

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ILEEM**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**LENKA PETROVÁ, DIS.**

**Praha 2022**

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

# **OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ILEEM**

Bakalářská práce

LENKA PETROVÁ, DIS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru/programu: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Radka Roubíčková, MBA

Praha 2022



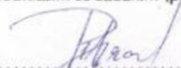
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ

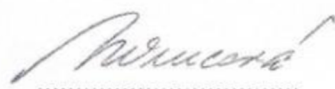
## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2021/2022

**Studentka:** Lenka Petrová, DiS.  
**UČO:** 7209  
**Program:** Všeobecné ošetřovatelství  
**Specializace:** Všeobecné ošetřovatelství  
**Téma práce:** Ošetřovatelský proces u pacienta s ileem  
**Téma práce anglicky:** Pflegeprozess bei einem Patienten mit Ileus  
**Vedoucí práce:** Mgr. Radka Roubíčková, MBA

Souhlasím se zadáním (podpis, datum): 1.11.2021

  
.....  
Lenka Petrová, DiS.  
studentka

  
.....  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné databázi kvalifikačních prací Thesis.cz provozovaného Masarykovou univerzitou (Fakulta informatiky MU), a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Dále souhlasím, aby toutéž cestou byly zveřejněny posudky vedoucího a oponenta bakalářské práce včetně záznamu o průběhu a výsledku obhajoby.

V Praze dne

.....

Lenka Petrová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Radce Roubíčkové, MBA, za odborné vedení, cenné rady, podněty a připomínky, které mi poskytla při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla velmi poděkovat své rodině za podporu a trpělivost.

## ABSTRAKT

PETROVÁ, Lenka. *Ošetrovatelský proces u pacienta s ileem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Radka Roubíčková, MBA. Praha. 2022. 51 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s ileem. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část, přičemž v teoretické části na základě informací získaných z odborné literatury je popsána definice ileu, anatomie a fyziologie střev, patofyziologie, klasifikace, klinický obraz, diagnostika, terapie, rehabilitace, prognóza a specifika ošetrovatelské péče u pacienta s ileem. Cílem praktické části je sběr informací, detailní popis a analýza ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu dle modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové. Celý proces je realizován u konkrétní pacientky s tímto onemocněním, hospitalizované na standardním chirurgickém oddělení. Veškeré informace využití v této části, jsou získány především z rozhovoru s pacientkou nebo ze zdravotnické dokumentace. v závěru jsou na základě teoretických a praktických znalostí získaných zpracováním této bakalářské práce vytvořena doporučení pro praxi a zhodnoceny stanovené cíle.

### **Klíčová slova**

Ileus, náhlé příhody břišní, ošetrovatelský proces, střevní neprůchodnost

## **ABSTRAKT**

PETROVÁ, Lenka. *Pflegeprozess bei einem Patienten mit Ileus*. Vysolá škola zdravotnická, o. p. s. Hochschule für Gesundheitspflege. Gemeinnützige Gesellschaft  
Qualifikationsgrad: Bachelor (Bc.). Betreuer der Arbeit: Mgr. Radka Roubíčková, MBA.  
Prag. 2022. 51 S.

Das Thema der Bachelorarbeit ist der Pflegeprozess bei einem Patienten mit Ileus. Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen praktischen Teil, wobei im theoretischen Teil auf der Grundlage von Informationen aus der Literatur die Definition des Ileus, die Anatomie und Physiologie des Darms, die Pathophysiologie, die Klassifizierung, das Krankheitsbild, die Diagnostik, die Therapie, die Rehabilitation, die Prognose und die Besonderheiten der Pflege bei einem Patienten mit Ileus beschrieben werden. Ziel des praktischen Teils ist die Sammlung von Informationen, die detaillierte Beschreibung und die Analyse der pflegerischen Versorgung unter Anwendung der Pflegeprozessmethode nach dem funktionellen Gesundheitsmodell von Marjory Gordon. Der gesamte Prozess wird an einer konkreten Patientin mit dieser Krankheit realisiert, die in der chirurgischen Abteilung hospitalisiert wurde. Alle Informationen, die in diesem Abschnitt verwendet werden, stammen hauptsächlich aus dem Gespräch mit der Patientin oder aus den Krankenakten. Abschließend werden auf Basis der theoretischen und praktischen Erkenntnisse dieser Bachelorarbeit Empfehlungen für die Praxis erwähnt und die gesetzten Ziele bewertet.

### **Schlüsselwörter**

Ileus, akutes Abdomen, Pflegeprozess, Darmverschluss

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	15
1 ILEUS .....	17
1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE STŘEV .....	17
1.2 PATOFYZIOLOGIE ILEU.....	19
1.3 KLASIFIKACE ILEU.....	20
1.3.1 <i>MECHANICKÝ ILEUS</i> .....	20
1.3.1.1 OBSTRUKČNÍ ILEUS.....	21
1.3.1.2 VULVULUS .....	22
1.3.1.3 STRANGULAČNÍ ILEUS .....	22
1.3.2 <i>NEUROGENNÍ ILEUS</i> .....	23
1.3.2.1 PARALYTICKÝ ILEUS.....	23
1.3.2.2 SPASTICKÝ ILEUS.....	24
1.3.3 <i>CÉVNÍ ILEUS</i> .....	24
1.4 KLINICKÝ OBRAZ .....	25
1.5 DIAGNOSTIKA .....	26
1.6 TERAPIE .....	28
1.7 REHABILITACE .....	30
1.8 PROGNÓZA .....	31
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ILEEM .....	32
3 TEORIE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU .....	35
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ILEEM .....	37
3.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	37
3.2 ANAMNÉZA.....	39
3.3 POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU.....	40
3.4 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA .....	43



<b>3.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT .....</b>	<b>50</b>
<b>3.6 SITUAČNÍ ANALÝZA .....</b>	<b>54</b>
<b>3.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ .....</b>	<b>55</b>
<b>3.8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....</b>	<b>61</b>
<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>63</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>65</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>66</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Identifikační údaje pacienta.....	37
Tabulka 2: Hodnoty fyziologických funkcí .....	38
Tabulka 3: Biochemické vyšetření krve .....	51
Tabulka 4: Hematologické vyšetření krve .....	52
Tabulka 5: Koagulační vyšetření .....	52
Tabulka 6: Mikrobiologické vyšetření .....	52

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>ARO</b>	anesteziologicko-resuscitační oddělení
<b>Bilat.</b>	oboustranný (bilaterální)
<b>BS</b>	biochemický soubor
<b>CT</b>	počítačová tomografie
<b>GIT</b>	gastrointestinální trakt
<b>KO</b>	krevní obraz
<b>KS</b>	krevní skupina
<b>NPO</b>	nic per os, nic nepodávat ústy
<b>Susp.</b>	podezřelý (suspektní)
<b>TEN</b>	tromboembolická nemoc

(VOKURKA a kol., 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Aborální</b>	vzdálený od úst
<b>Abúzus</b>	nadměrné užívání, zneužívání
<b>Acidobazická rovnováha</b>	rovnováha mezi kyselinami a zásaditými látkami v těle
<b>Adenokarcinom</b>	zhoubný nádor ze žláзовého epitelu
<b>Adheze</b>	srůst, slepení
<b>Adnexa</b>	připojené orgány
<b>Adnexotomie</b>	chirurgické odstranění vaječníku a vejcovodu
<b>Albumin</b>	hlavní bílkovina lidské krve
<b>Anamnéza</b>	předchorobí
<b>Anastomóza</b>	spojka mezi dvěma dutými orgány
<b>Anikterický</b>	bez přítomnosti žloutenky
<b>Anurie</b>	zástava močení a tvorby moči
<b>Anus</b>	řitní otvor
<b>Antalgický</b>	působící proti bolesti
<b>Appendix vermiformis</b>	červovitý přívěsek
<b>Ascendens</b>	vzestupný
<b>Caecum</b>	slepé střevo
<b>Colon</b>	tračník
<b>Bilaterální</b>	oboustranný
<b>Defekace</b>	vyprazdňování stolice
<b>Dehiscence</b>	rozestup

<b>Dekubitus</b>	proleženina
<b>Descendens</b>	sestupný
<b>Difúzní</b>	rozptýlený
<b>Dilatace</b>	rozšíření
<b>Distální</b>	vzdálený
<b>Duodenum</b>	dvanáctník, část tenkého střeva
<b>Dysbalance</b>	nerovnováha
<b>Edém</b>	otok
<b>Embolie</b>	vmetení, zaklínění vmetku (embolu) v krevních cévách s jejich následným ucpáním
<b>Embolus</b>	vmetek, útvar přítomný v krevním řečišti
<b>Extrakce</b>	vytažení, vynětí, odstranění, vytržení
<b>Extramurální</b>	umístěný vně stěny
<b>Ganglion</b>	nervová uzlinka obsahující nervové buňky
<b>Gastrointestinální trakt</b>	trávicí soustava
<b>Haustra</b>	přirozené segmentární vyklenutí na tlustém střevě
<b>Hemikolektomie</b>	chirurgické odstranění poloviny tlustého střeva
<b>Ileum</b>	kyčelník, část tenkého střeva
<b>Ileus</b>	střevní neprůchodnost
<b>Indikace</b>	rozhodný důvod či soubor okolností, vyžadující určitý léčebný nebo diagnostický postup
<b>Insuficience</b>	nedostatečnost, selhávání
<b>Intestinum</b>	střevo
<b>Intraluminální</b>	uvnitř průsvitu dutého orgánu
<b>Intramurální</b>	umístěný ve stěně

<b>Invaginace</b>	vchlípení jedné části střeva do části následující
<b>Ischémie</b>	nedokrevnost tkáně a orgánů, která vede k jejich poškození až odumření
<b>Izokorie</b>	normální stav, kdy zornice obou očí mají stejnou velikost
<b>Jejunum</b>	lačník, část tenkého střeva
<b>Kubitální</b>	loketní
<b>Meckelův divertikl</b>	vrozený divertikl vyskytující se u některých osob na tenkém střevě jako zbytek embryonální tkáně
<b>Mezenterium</b>	okružní
<b>Miserere</b>	zvracení střevního obsahu
<b>Nativní snímek</b>	RTG snímek získaný bez použití kontrastní látky
<b>Nauzea</b>	nevolnost, pocit na zvracení
<b>Nazogastrická sonda</b>	hadička zavedená nosem do žaludku
<b>Negovat</b>	popírat
<b>Nekróza</b>	odumření tkáně či části orgánu
<b>Neurogení</b>	nervového původu
<b>Obstipace</b>	zácpa
<b>Obstrukce</b>	překážka
<b>Oddiho svěrač</b>	okrouhlý hladký sval uzavírající Vaterskou papilu
<b>Oligurie</b>	malé množství moči vytvořené za 24 hodin
<b>Orální</b>	ústní, týkající se úst, blíže ústům
<b>Ovarium</b>	vaječník
<b>Pankreas</b>	slinivka břišní
<b>Paralýza</b>	ochrnutí

<b>Parenchym</b>	vlastní funkční tkáň některých orgánů, která je pro každý orgán specifická
<b>Parenterální</b>	mimostřevní
<b>Perforace</b>	proděravění, protržení
<b>Peritoneum</b>	pobřišnice
<b>Peristaltika</b>	vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů
<b>Perorální, per os, p.o.</b>	ústý, podávaný ústy
<b>Per rectum</b>	konečníkem
<b>Polyp</b>	zřetelné vyklenutí sliznice
<b>Rektum</b>	konečník
<b>Rektosigmoideum</b>	část tlustého střeva na přechodu sigmoidea a rekta
<b>Repozice</b>	napravení, vrácení do původní pozice
<b>Resekce</b>	chirurgické odstranění části orgánu
<b>Resorpce</b>	vstřebávání
<b>Retence</b>	zadržování
<b>Revize</b>	přezkoumání, přešetření
<b>Saturace</b>	nasycení
<b>Sigmoideum</b>	esovitá klička
<b>Somatický</b>	tělesný
<b>Spasmolytika</b>	léky odstraňující spasmus (křeč)
<b>Spastický</b>	provázený křečemi, křečovitý
<b>Stomie</b>	umělé vyústění dutého orgánu na povrch těla
<b>Stenóza</b>	abnormální zúžení
<b>Strangulace</b>	uškrcení, zaškrcení

<b>Sympatikus</b>	sympatický nervový systém, součást autonomního nervového systému, který se podílí na řízení činnosti vnitřních orgánů a cév
<b>Tachykardie</b>	rychlá a nepravidelná srdeční činnost
<b>Trauma</b>	úraz, poranění
<b>Transversum</b>	příčný
<b>Trávenina</b>	kašovitý, nestrávená potrava
<b>Trombóza</b>	sražení krve uvnitř cév
<b>Trombus</b>	krevní sraženina
<b>Vaterská papila</b>	vstup pro vývod žlučovodu a slinivky břišní
<b>Viscelární</b>	útrobní, týkající se vnitřních orgánů
<b>Vomitus</b>	zvracení
<b>Vulvulus</b>	otočení, zauzlení

(VOKURKA a kol., 2015)



# ÚVOD

Pro tuto bakalářskou práci bylo zvoleno téma „Ošetrovatelský proces u pacienta s ileem“. Ileus neboli střevní neprůchodnost je termín, užívaný pro zástavu střevní pasáže, kdy střevo není schopné zajistit průchod střevního obsahu pro nedostatečnou svalovou nebo nervovou činnost. Ileózní stav patří mezi neúrazové náhlé příhody břišní, označovaných také zkratkou NPB, které se vyznačují náhlým vznikem většinou z pocitu plného zdraví s poměrně rychlým průběhem. Nejčastějším a nejdůležitějším příznakem bývá bolest v oblasti dutiny břišní, dále pak zvracení, zástava odchodu střevních plynů a stolice. Jde o velmi závažné stavy, kdy je pacient ohrožen nejen na zdraví, ale i na životě. Jejich léčba většinou vyžaduje včasný chirurgický zásah. Úmrtnost pacientů s ileem se pohybuje kolem 10%, což tomuto onemocnění zabezpečuje neblahé prvenství mezi náhlými příhodami břišními.

Práce vznikla na podkladě přiblížit veřejnosti problematiku tohoto nepříliš známého a však závažného a život ohrožujícího onemocnění. Výběr tématu byl ovlivněn pracovními zkušenostmi v péči o pacienty s ileózním stavem, tak zároveň mým osobním zájmem rozšířit si vědomosti v této oblasti.

Bakalářská práce je rozdělena na praktickou a teoretickou část. V teoretické části práce na základě informací získaných z odborné literatury je popsána definice onemocnění, anatomie a fyziologie střev, patofyziologie, klasifikace, klinický obraz, diagnostika, terapie, rehabilitace a prognóza ileu. V závěru jsou uvedena specifika ošetrovatelské péče u pacienta s ileem. V praktické části je vytvořen detailní popis a analýza ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu u pacientky s diagnózou ileu. Po odebrání anamnézy jsou získané údaje o pacientce posuzovány podle modelu funkčního vzorce zdraví Marjory Gordonové a ošetrovatelské diagnózy stanoveny dle Taxonomie II NANDA I. Celý ošetrovatelský proces je realizován u pacientky hospitalizované na chirurgickém standardním lůžkovém oddělení během prvního dne hospitalizace. Hlavním zdrojem získaných informací byl rozhovor s pacientkou. Jako sekundární zdroj byla využita lékařská a ošetrovatelská dokumentace. Pacientka ústně souhlasila, že bude součástí bakalářské práce. Časová data a identifikační údaje byly vynechány či pozměněny z důvodu dodržení dikce platné legislativy, vztahující se k ochraně osobních údajů dle zákona č.101/2000 Sb.

### **Cíle stanovené pro teoretickou část**

Cíl 1: Popsat a charakterizovat onemocnění ileus z dohledatelných odborných zdrojů.

Cíl 2: Shrnout specifika ošetrovatelské péče u pacientky s daným onemocněním.

### **Cíle stanovené pro praktickou část**

Cíl 1: Zpracovat ošetrovatelský proces u pacientky s ileem.

Cíl 2: Vypracovat doporučení pro praxi.

### **Vstupní literatura**

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2020. *Metodologie tvorby bakalářské práce. Text pro posluchače zdravotnických nelékařských programů vysoké školy zdravotnické, o.p.s.* 1. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7. ISBN 978-80-88249-21-4.

ZÁMEČNÍK, Josef, 2019. *Patologie 2.* Praha: Prager Publishing. ISBN 978-80-270-6457-1.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2014. *Speciální chirurgie.* Praha: Galém. ISBN 978-80-749-2128-5.

### **Popis rešeršní strategie**

Zdrojové publikace, které byly použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s ileem, byly shromažďovány v období říjen 2021 až březen 2022. Klíčová slova v českém jazyce pro literární rešerši byla zvolena: ileus, střevní obstrukce, akutní bolest břicha, tenké střevo, tlusté střevo, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces. Vypracování rešerše bylo zadáno Národní lékařské knihovně, která dle klíčových slov vyhledala 81 záznamů.

Pro vypracování bakalářské práce bylo použito celkem 25 zdrojů vydaných mezi roky 2011 až 2021. Jediná starší odborná publikace vydaná v roce 2007, byla použita v příloze D k zobrazení gastrointestinálního traktu, která je neocenitelná pro svou názornost a srozumitelný popis. Bylo čerpáno z 23 titulů psaných v českém jazyce a 2 titulů cizojazyčných.

# 1 ILEUS

Ileus neboli střevní neprůchodnost je termín, užívaný pro zástavu střevní pasáže, kdy střevo není schopné zajistit průchod střevního obsahu pro nedostatečnou svalovou nebo nervovou činnost. Ileózní stav patří mezi neúrazové náhlé příhody břišní, které se vyznačují náhlým vznikem většinou z pocitu plného zdraví s poměrně rychlým průběhem. Nejčastějším a nejdůležitějším příznakem bývá bolest v oblasti dutiny břišní, dále pak zvracení, zástava odchodu střevních plynů a stolice. Jde o velmi závažné stavy, kdy je pacient ohrožen nejen na zdraví, ale i na životě. Jejich léčba většinou vyžaduje včasný chirurgický zásah. Úmrtnost ileózních náhlých příhod břišních kolísá kolem 10%, což jim zabezpečuje neblahé prvenství (PLEVOVÁ a kol., 2021), (ZEMAN a kol., 2014).

## 1.1 ANATOMIE a FYZIOLOGIE STŘEV

Střevo (intestinum) je úsek gastrointestinálního traktu, v němž probíhá velká část trávení a vstřebávání živin. Je dlouhé několik metrů a dělí se na dvě hlavní části, tenké střevo a tlusté střevo (VOKURKA a kol., 2015).

**Tenké střevo** (intestinum tenue) je dlouhá trubice zprohýbaná do kliček, která je u dospělého člověka dlouhá 3 až 5 metrů s průměrem 2 až 4 centimetry. Kličky tenkého střeva pokrývá a ze zadní strany obkružuje zdvojený list pobřišnice (peritoneum), zvané okruží (mezenterium), sloužící k připevnění střeva k zadní stěně dutiny břišní. Okruží obsahuje četné lymfatické uzliny a vedou jím ke střevu cévy a nervy. Jednotlivé oddíly tenkého střeva se dělí na duodenum, jejunum a ileum. Duodenum tvoří oblouk stáčející se vlevo, který je uložen za velkým zakřivením žaludku. Na zadní stěně je umístěna Vaterská papila, ovládaná Oddiho svěračem, sloužící jako společný vstup pro žlučnickové a pankreatické vývody. Ostatní části tenkého střeva na sebe plynule navazující (DYLEVSKÝ, 2013), (DYLEVSKÝ, 2019), (HUDÁK a kol., 2017), (VOKURKA a kol., 2015).

Vnitřní povrch tenkého střeva, na kterém dochází ke štěpení a vstřebávání většiny látek obsažených v potravě, je mnohonásobně zvětšen slizničními řasami a mikroskopickými paličkovitými výběžky zvanými klky. V duodenu a v části jejuna jsou kruhové a poloměsíčné řasy, které střevním obsahem otáčejí a zajišťují jeho dokonalé

promíchání. V tomto oddílu střeva dochází k hlavnímu štěpení živin. V druhé části tenkého střeva se již řasy snižují a převažuje zde resorpce štěpených látek a vody do krevního a lymfatického oběhu. Celý úsek sliznice pokrývá velké množství žláz produkující střevní šťávu zásaditého charakteru, která obsahuje řadu enzymů a množství hlenovité tekutiny, která chrání stěnu střeva před účinkem kyseliny chlorovodíkové přicházející ze žaludku s tráveninou (chymus). Kromě střevní šťávy se na trávení podílí také pankreatické šťávy a žluč. Střevní šťávy prakticky dokončují štěpení bílkovin, cukrů a tuků, které se transportují přes jednovrstevný resorpční epitel na povrchu klků do krevního oběhu a následně do jater. Produkce střevní šťávy je řízená reflexně, podobně jako tvorba slin i žaludečních šťáv. Denně se jí vytvoří jeden až tři litry (DYLEVSKÝ, 2013), (DYLEVSKÝ, 2019), (MELLOVÁ, 2018).

Hladká svalovina tenkého střeva je složena z vnitřní cirkulární a zevní podélné vrstvy. Rytmičnými kontrakcemi obou vrstev vznikají peristaltické a kývavé pohyby. Peristaltické stahy cirkulární svaloviny mají charakter postupných vln, které slouží k posunu střevního obsahu. Za jednu minutu proběhne přibližně deset peristaltických vln. Kývavé pohyby krátkých úseků střev slouží k promíchávání střevní šťávy s tráveninou. Zrychlená peristaltika vyvolává rychlý průchod potravy, v jehož důsledku vzniká průjem. Zpomalení až zástava pohybu střev vede naopak k zácpě nebo až k ileu. Na konci tenkého střeva, v místě vyústění ilea do tlustého střeva se nachází slizniční ileocekální chlopeč, která uzavírá průchod mezi tenkým a tlustým střevem (DYLEVSKÝ, 2019), (MELLOVÁ, 2018).

**Tlusté střevo** (intestinum crassum) je přibližně 1,5 metru dlouhý a 6 až 8 centimetrů široký konečný oddíl trávicí trubice, který se dělí na slepé střevo (caecum), vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transversum), sestupný tračník (colon descendens), esovitý tračník (colon sigmoideum) a konečník (rektum). Pro esovitý tračník se velmi často také používá výraz esovitá klička. První a zároveň nejobjemnější částí tlustého střeva je slepé střevo. Leží v pravé dolní části dutiny břišní. Do jeho boční stěny vstupuje ileum, oddělené ileocekální chlopečí a směrem dolů je slepě ukončeno červovitým přívěskem (Appendix vermiformis). Na slepé střevo navazuje tračník a následně konečník, který probíhá před kostí křížovou a ústí na povrch těla řitním otvorem (anus), který je uzavírán dvojicí svěračů. Vnitřní svěrač je tvořen z hladké svaloviny nepodléhající vůli. Zevní svěrač je z příčně pruhované svaloviny, ovládaný vědomě (DYLEVSKÝ, 2013), (DYLEVSKÝ, 2019), (HUDÁK a kol. 2017).

Stěna střeva má vrstvy charakteristické pro duté orgány trávicí soustavy. Tloušťka této stěny je poměrně tenká, protože je redukována především její svalová vrstva, jak podélná, tak cirkulární a vytváří přirozené segmentární vyklenutí tzv. haustra. Ve sliznici střeva je velké množství hlenových žlázek, jejichž hlen chrání vnitřní povrch střeva před látkami vzniklých při procesu bakteriálního kvašení cukrů a tuků a těžce stravitelné celulózy a jedovatými látkami vznikajícími při bakteriálním hnití bílkovin. Tento hlen zároveň zabraňuje resorpci hnilobných a kvasných produktů do krevního oběhu. Sliznice tlustého střeva vytváří nízké řasy s malým množstvím resorpčních buněk. Mízní a cévní pleteně jsou uloženy těsně pod sliznicí, kde se formují rozsáhlé sítě schopné resorbovat velké množství vody, minerálních látek a cukrů. V tlustém střevě se shromažďují nestrávené zbytky potravy a obsah střeva je zde zahušťován. Trávenina pobývá v tlustém střevě osm až dvanáct hodin a posouvá se pomocí peristaltických pohybů a hlenu, který zároveň slepuje nestrávené zbytky potravy ve stolici. Složení stolice souvisí se stavbou přijímané potravy. Její tuhost je závislá na množství vody v organismu a barvu stolice ovlivňuje především množství žlučových barviv spolu s přijatou potravou. Vlivem nahromaděné stolice v konečníku se v dutině konečníku zvýší tlak a napětí stěny vyvolá pocit nucení na vyprazdňování stolice tzv. defekaci. Ochabují svěrače konečníku a smršťují se břišní svaly a bránice, které zvyšují tlak na koncový úsek trávicí trubice, který se vyprazdňuje. Defekace je reflexní děj. Opakovaným volným potlačováním defekačního reflexu dochází k ochabnutí svaloviny rekta a ke vzniku chronické zácpy (obstipace) (DYLEVSKÝ, 2019), (HUDÁK a kol., 2017), (VOKURKA a kol., 2015).

## **1.2 PATOFYZIOLOGIE ILEU**

Příčinou ileu je vytvoření překážky bránící normálnímu postupu střevního obsahu, což má za následek zvýšení peristaltiky se snahou tuto obstrukci překonat. Zesílená peristaltika trvá různě dlouhou dobu podle toho, kde je postižený úsek umístěn. Čím vzdáleněji od úst je, tím déle trvají pokusy o jeho překonání. Vlivem nahromaděného střevního obsahu nad překážkou dochází k vzednutí břicha a k dilataci střevních kliček s následným ustáváním peristaltiky, kdy střevo ochabuje, až jeho činnost ustane úplně. Tento obsah bývá většinou řidší s významnější příměsí plynu. Největší část plynu přijme tělo spolýkáním, část vniká do střevního průsvitu z krevních cév a nejméně se vytvoří rozkladem střevního obsahu působením bakterií. Většina z nich se za normálních

podmínek vstřebává stěvnou a zbytek odchází konečníkem. Tekutiny z tohoto obsahu jsou tvořeny z větší části sekrety, mezi které patří sliny, žaludeční šťávy, žluč, sekret slinivky břišní a stěvné šťávy. Za 24 hodin se jich vytvoří více než 8 litrů. U ileu vede kumulaci obsahu nad přepážkou ke stlačení stěvné stěny, a tím i žil a tepen v ní, čímž dochází k prostupu nejprve bakteriálních toxinů a rozpadových toxických produktů stěvního obsahu a později i bakterií. Další ztrátu tekutin představuje zvracení, únik plazmy do peritoneální dutiny, městnání krve v žilním řečišti střeva a prosáknutí stěvné stěny s následným vznikem edému. Ztráta tekutin vede k rozvoji dehydratace organismu, zahuštění krve (hemokoncentrace), ke snížení hladiny kaliumu v krvi (hypokalémie), ke snížení koncentrace chloridového aniontu (hypochlorémii) především vlivem zvracení, dále dochází ke snížení obsahu bílkovin (hypoproteinémie), zejména albuminů a poruše acidobazické rovnováhy, kdy v těle dochází k narušení rovnováhy mezi kyselinami a zásaditými látkami při tvorbě na jedné straně a vylučováním na straně druhé. Na nedostatek tekutin organismus reaguje sníženým vylučováním vody v podobě oligurie až anurie (PLEVOVÁ a kol., 2021), (ZÁMEČNÍK, 2019), (ZEMAN a kol., 2014).

### **1.3 KLASIFIKACE ILEU**

Podle příčiny vzniku se ileózní stavy nejčastěji dělí do tří základních skupin, a to na ileus mechanický, neurogení a cévní (ZEMAN a kol., 2014).

#### **1.3.1 MECHANICKÝ ILEUS**

Mechanický ileus se dělí na několik podtypů, mající společnou příčinu, která je charakterizována vznikem obstrukce střeva, bránící postupu stěvního obsahu. Touto překážkou může být cizí těleso, žlučové kameny, nádory nebo i vlastní střevo, u kterého dojde k zaškrcení a tím k přerušení jeho cévního a nervového zásobení (ZEMAN a kol., 2014).

### **1.3.1.1 OBSTRUKČNÍ ILEUS**

Mechanický ileus se dělí na obstrukční nebo též obturační, jehož příčinou je zpočátku vývoje uzávěr střevního průsvitu bez poškození výživy střevní stěny. Klinické příznaky se vyvíjejí podle výše uložení obstrukce trávicího ústrojí. Čím orálněji je překážka umístěna, tím rychlejší a výraznější jsou klinické příznaky. Téměř vždy je přítomna těžko lokalizovatelná kolikovitá bolest v dutině břišní s bezbolestnými intervaly, které se s pokročilejším stavem prodlužují. Téměř pravidlem bývá zpočátku nauzea a následně zvracení. Časná zástava odchodu plynů a stolice je typická pro nízko uloženou obstrukci, jejímž vlivem vzniká nad místem rozšíření střevních kliček vysoký bubínkový poklep takzvaný Wahlův příznak a můžeme slyšet, vidět i cítit pohmatem zvýšenou střevní peristaltiku, která je ještě výraznější zejména v období kolikovité bolesti. Obstrukční ileus se dále dělí na intraluminální, intramurální a extramurální (ZEMAN a kol., 2014).

- **Intraluminální ileus** vzniká nejčastěji vniknutím kamene ze žlučníku do trávicího ústrojí. Menší kamínky mohou bez větších problémů projít, kdežto větší se zachytí v distálním ileu a způsobí jeho obstrukci. Tento typ ileu se nejčastěji vyskytuje u pacientů s předchozími žlučnickovými obtížemi nebo u starších osob, které požíly hrubou či syrovou stravu ve větším množství bez náležitého stravení. Méně častým důvodem vzniku tohoto ileu bývají cizopasnici či vrozené stenózy.
- **Intramurální ileus** je dalším typem mechanického ileu, jehož příčinou vzniku jsou nejčastěji zhoubné nádory tlustého střeva s převahou v jeho levé části, zejména pak v oblasti přechodu sigmoidea a rekta označovanou jako rektosigmoideum. Nádor obvykle roste pomalu a postupně uzavírá střevní průsvit, což způsobuje zácpu s nadýmáním nebo střídání zácpy a průjmu.
- **Extramurální ileus** vzniká z důvodu problému umístěného z vnější strany stěny střeva. Jedná se především o adheze vznikající v dutině břišní po operacích a po infekčních zánětech pobřišnice. Mohou se však vyskytnout i ve formě pruhů jak vrozených, tak získaných, které pak často způsobují i strangulaci. Samy srůsty většinou úplně střevo neuzavírají, ale nevhodné mnohonásobné ohnutí střevních kliček ztěžuje pasáž tak, že nález funkčně odpovídá úplnému uzávěru střeva. Prevencí těchto adhezí je šetrná operační technika a používání drénů jen v přísně indikovaných případech. Další příčinou tohoto typu ileu jsou extramurálně

rostoucí nádory, které jsou v tomto stádiu již většinou natolik pokročilé, že jejich odstranění bývá technicky nemožné a stav je nutné řešit vyústěním střeva nad obstrukcí. Jedná se často o nádory gynekologického původu (ZÁMEČNÍK, 2019), (ZEMAN a kol., 2014).

### ***1.3.1.2 VULVULUS***

Vulvulus je druh ileu, který vzniká rotací některé části žaludku či střeva kolem většinou příčné osy, jdoucí od vrcholu otáčení ke kořeni mezenteria. Pokud otočení nepřesáhne 180 stupňů, nedochází ve střevní stěně ke vzniku žádné patologické změně, avšak při větších rotacích jsou v mezenteriu postiženy současně jak cévy, tak nervy. Příčinou vzniku tohoto stavu je příjem velkého množství potravy nalačno nebo vrozené anatomické poměry jako je například dlouhé mezenterium, dlouhá esovitá klička či vrozené nebo pozánětlivé pruhy jdoucí od vrcholu střevní kličky k nástěnné pobřišnici (ZEMAN a kol., 2014).

### ***1.3.1.3 STRANGULAČNÍ ILEUS***

Strangulační ileus představuje kombinaci obstrukčního ileu z komprese a paralytického ileu s ischemií. Důsledkem strangulace, tedy zaškrcení, dochází jednak k uzavěru střevního průsvitu, tak i ke stlačení cév s následným omezením krevní cirkulace ve střevní stěně a mezenteria. Strangulace se může týkat pouze části střevní stěny. Vlivem stlačení dochází k odumírání tkáně střeva nebo části jeho stěny s rychlým nástupem nekrózy, následnou perforací a rozvojem difúzního zánětu pobřišnice. Intenzita příznaků je dána rozsahem a umístěním strangulace. Krutá a náhle vzniklá bolest spolu s reflexním zvracením vede rychle k projevům šokového stavu. Pacient je neklidný, bledý, potí se, má tachykardii, někdy i pokles tlaku. Kromě bolesti se na šoku podílí i ztráta krve zadržovaná v postiženém úseku střeva vlivem poruchy jejího odtoku. Velmi rychle dochází k tvorbě výpotku v dutině břišní, kam se s postupující nekrózou stěny střevní dostávají i bakterie a prohlubují se známky dráždění pobřišnice. Vlivem těchto jevů se už v časně fázi onemocnění kombinují příznaky poruchy střevní pasáže a zánětlivého dráždění pobřišnice. Pravidelným příznakem při zaškrcení je i nález krve na rukavici při vyšetření per rectum. Strangulační ileus se dělí na uskřínutí pruhu, uskřínutí v otvorech a invaginaci.



- **Uskřinutí pruhu** je zaškrcení střeva jakýmkoli pruhovitým útvarem nacházejícím se v dutině břišní. Mezi vrozené pruhy patří Meckelův divertikl a jen vzácně vejcovody. Ze získaných jsou to nejčastěji pruhy pocházející ze srůstů jako důsledek operací v dutině břišní.
- **Uskřinutí v otvorech** je druh strangulačního ileu, na kterém se podílí uskřinutá kýla jak zevní, tak vnitřní. Neblahé prvenství mezi kýlami zevními zaujímají tříselné kýly, dále pak kýly stehenní, pupeční a kýly v jizvě. K vnitřním kýlám patří například kýly ve výchlípkách pobřišnice, v otvorech v mezenteriu, brániční a kýly obstrukční.
- **Invaginace** je vsunutí jedné části střeva do části následující, při které se většinou orální část střeva vsunuje do aborální, jen vzácně je nález obrácený. Invaginace se nejčastěji objevuje u dětí do jednoho roku a příčina jejího vzniku není známa. Pravděpodobně se na tomto stavu podílí dlouhé mezenteriu eventuálně změna dietního režimu. v dospělosti bývají příčinou polypy (ZÁMEČNÍK, 2019), (ZEMAN a kol., 2014).

### 1.3.2 NEUROGENNÍ ILEUS

Podstatou neurogenního ileu je zástava peristaltiky střev z důvodu narušení jeho nervového zásobení. Tento druh ileu rozlišujeme na ileus paralytický a ileus spastický (ZEMAN a kol., 2014).

#### 1.3.2.1 PARALYTICKÝ ILEUS

Paralytický ileus vzniká poruchou nervových pletení ve střevní stěně, čímž postižená část střeva ztrácí jak hybnost, tak svalové napětí. Nejčastější příčinou jsou operační trauma, dále pak záněty pobřišnice, strangulační ileus, cévní ileus, reflexní poruchy při poranění míchy a mozku, renální koliky, žlučnickové koliky, toxické poškození při otravách olovem, záněty plic a ochablost při celkových infekcích. Příznaky vycházejí především z přítomnosti rozšířeného střeva v dutině břišní. Z pocitu nadmutí se dostavuje jen mírná rozpínavá bolest. Celkový stav nemocného je zpočátku uspokojivý, ale postupem času se zhoršuje. Vlivem zástavy odchodu plynů a stolice se označuje poslechový nález jako mrtvolné ticho. Jen ojediněle může být slyšet kovový

šplíchat. Místně je vidět vzdučné břicho, avšak lokální bolest ani svalové stažení přítomno není. Na nativním rentgenovém snímku je patrna zvýšená plynatost a později hladinky v tenkém i tlustém střevě (ZEMAN a kol., 2014).

### ***1.3.2.2 SPASTICKÝ ILEUS***

Spastický ileus je na rozdíl od paralytického velmi vzácný. Vzniká v důsledku předráždění nervových pletení ve střevní stěně. Svalovina střeva, která se dostane do křeče, není schopna se uvolnit a tím posunout střevní obsah. Příčinou tohoto stavu mohou být některá onemocnění nervové soustavy jako je například meningitida nebo poruchách endokrinního systému, u ledvinových a žlučkových kolik, či u poranění míchy. Klinický obraz odpovídá obstrukčnímu ileu s příznaky kolikovitých bolestí, zvracení, zástavy odchodu plynů a stolice a vzdučnatí stěny břišní. Oproti mechanickému ileu je však celkový stav nemocného subjektivně dobrý (ZEMAN a kol., 2014).

### **1.3.3 CÉVNÍ ILEUS**

Cévní ileus vzniká nejčastěji v důsledku embolie nebo trombózy mezenterických cév. Následkem tohoto ucpaní dochází k narušení cévního zásobení střeva a jeho funkce. Nejprve ustane peristaltika a rychle se objevuje edém, prosáknutí, namodralé zbarvení střeva a nekróza stěny s následným difúzním zánětem pobřišnice. Nejčastější příčinou bývá vznik embolie v oblasti horní mezenterické tepny u pacientů s kardiologickými nemocemi jako je například stav po infarktu myokardu, vady u srdečních chlopní či záněty srdce. Projevy odpovídají druhu a lokalizaci uzávěru. Příznaky obou příčin jsou velmi podobné, i když u trombóz je průběh onemocnění pozvolnější. Cévní ileus začíná obvykle náhlou a prudkou bolestí kolikovitého rázu. Velmi rychle se zastavuje střevní peristaltika a kolikovitá bolest kolem pupku přechází v trvalou. Současně se objevuje zvracení, které často obsahuje příměs krve. Celkový stav nemocného se rychle zhoršuje a dostávají se známky počínajícího šoku, kdy dochází k poklesu krevního tlaku, rychlé a nepravidelné srdeční činnosti, bledosti vlivem ztráty krve do stěny střeva a otoku vlivem úniku tekutiny z cév při jejich zvýšené propustnosti do dutiny břišní. Někdy bývá průjmovitá stolice s příměsí krve. Při pohledu je patrné mírné vzdučnatí břicha s výraznou

difúzní bolestivostí stupňující se při poklepu. Poslechem je možno zjistit oslabení až vymizení střevních zvuků (ZEMAN a kol., 2014).

## 1.4 KLINICKÝ OBRAZ

**Bolest** je u ileózních stavů nejčastějším a nejdůležitějším příznakem, která má svůj původ buď v orgánech dutiny břišní takzvaně bolest viscerální neboli orgánová, nebo je projevem dráždění pobřišnice takzvaně bolest somatická neboli tělesná. Viscerální bolest je projevem dráždění vegetativních nervů, které nejsou řízeny naší vůlí a somatická bolest vychází z míšních nervů.

*Viscerální bolesti* vznikají v orgánech dutiny břišní při izolovaném postižení orgánů, bez dráždění nástěnné pobřišnice. Většinou jde o rozpínání nebo naopak stažení orgánů, často jsou projevem nadměrného stahu jejich stěny. Střídavým snížením a zvýšením tlaku v orgánu vzniká typická kolikovitá bolest. V parenchymových orgánech pak většinou vzniká zvýšeným napětím v pouzdru orgánu. Z klinického hlediska je významné, že bolest nemá přesnou lokalizaci, kdy nemocný udává bolest celého břicha nebo jeho části, protože v mozkové kůře není přesně lokalizováno orgánové zastoupení. Bolest odpovídá dráždění pouze určitého míšního segmentu, a proto lokalizace bolesti často neodpovídá uložení postiženého orgánu. Jejich dráha vede od zakončení sympatiku v orgánech přes ganglia a míchou do mozku. Tyto bolesti nejsou provázeny stažením břišního svalstva a dokonce si pacienti ulevují tlakem na břicho.

*Somatické bolesti* vznikají podrážděním nástěnné pobřišnice. Zdrojem podráždění je většinou obsah trávicího ústrojí po jeho perforaci, ale též moč, krev, hnís, bakterie, toxiny a někdy i pouhé mechanické rozepětí. Tyto bolesti jsou vedeny mezižeberními a bráničními nervy, a proto vykazují přesnou lokalizaci, kdy pacient je schopen určit místo maximální bolesti. Somatické bolesti nutí nemocného, aby zachoval přísný klid a neměnnou polohu, kdy každá změna polohy bolest zhoršuje, stejně jako kašel či pouhý hluboký nádech. Na rozdíl od orgánových bolestí, jsou somatické většinou trvalé a často provázeny svalovým stažením.

**Zvracení** (vomitus) či pouhá nauzea provází většinu náhlých příhod břišních. Jeho příčinou bývá podráždění nervů pobřišnice, obstrukce trávicí trubice nebo celkový vliv vstřebaných toxinů. Podle toho lze rozlišit takzvané reflexní zvracení z dráždění

nervů, vyskytující se často na počátku onemocnění, po kterém většinou nenastává úleva a takzvané ublinkávání z nadměrného množství obsahu, po kterém bývá alespoň úleva dočasná, vyskytující se u dlouhotrvající obstrukce či pokročilé fáze paralytického ileu. Dochází ke zvracení střevního obsahu označovaného jako miserere, jde již o velmi pokročilý a život ohrožující stav.

**Zástava odchodu střevních plynů a stolice** provází téměř všechny druhy ileózních stavů. Porucha se často dostavuje až po ochrnutí střevní stěny. Příměs krve ve stolici ukazuje na možnost invaginace, trombózy nebo embolie mezenterických cév. Někdy se může objevit i průjem.

**Vzednuté břicho** bývá pozorovatelné v pokročilejším stádiu nad uzávěrem střeva. V začátcích nemocní udávají pouze pocit nadmutí břicha.

**Puls** nebo spíše změna tepové frekvence patří k nejvýznamnějším příznakům, i když na samotném počátku nevykazuje větší změny. Podstatnější je sledování jeho vývoje.

**Krevní tlak** zvýšený může doprovázet silnou bolest. Naopak nižší hodnota krevního tlaku je způsobena deficitem tekutin či krvácením.

**Teplota** není typickým příznakem ileózních stavů, pokud ovšem nejde už o zánětlivé komplikace. Původně vyšší hodnoty teploty spíše svědčí pro jiné onemocnění.

**Dech** bývá zrychlený a povrchní vlivem bolesti způsobené při hlubokém nádechu. Vlivem stažení svalů břišní stěny jsou omezeny dýchací pohyby a dýchání probíhá spíše v horní části hrudníku (ZEMAN a kol., 2014).

## 1.5 DIAGNOSTIKA

Již při prvním kontaktu s pacientem, u kterého je podezření na ileus, je nutné racionálně nastavit postup celého komplexu vyšetření tak, aby nedošlo jednak k přehlédnutí kteréhokoli příznaku při vynechání některého vyšetření, jednak ke zbytečnému prodlužování diagnostiky. Je také nutné omezit vyšetření na opravdu nezbytná a přínosná, aby pacienta zbytečně nevyčerpávala (BARTŮNĚK a kol., 2016).

**Anamnéza** neboli předchorobí je podrobný sběr informací od pacienta, v případě nutnosti i od okolí nemocného. Na základě rozboru příčin či charakteru nástupu

onemocnění lze často směřovat další vyšetření přímo ke konkrétnímu orgánu. Významné jsou rovněž informace o předchorobí jako například onkologické diagnózy, záněty či předchozí operace. Vzhledem k možnosti operačního zákroku je nutné zjišťovat chronickou medikaci a případné alergie. Během stanovení anamnézy je nutno stanovit a zaznamenat základní životní funkce takzvané fyziologické funkce, mezi které patří stav vědomí, tělesná teplota, dech, krevní tlak a puls.

Druhy anamnéz:

- Osobní anamnéza (OA) – předchozí operace, kýly, strava, léčba nádorových onemocnění
- Rodinná anamnéza (RA) – výskyt chorob v rodině a dědičná rizika
- Nynější onemocnění (NO) – veškeré informace o zdravotním stavu a co mu předcházelo
- Pracovní anamnéza (PA) – pracovní podmínky a případná rizika
- Farmakologická anamnéza (FA) – zahrnuje užívané léky nyní či v minulosti
- Alergologická anamnéza (AA) – obsahuje veškeré druhy alergií
- Gynekologická anamnéza (GA) – odebírání se pouze u žen
- Sociální anamnéza (SA) – životní podmínky
- a další (BARTŮNĚK a kol., 2016), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2021).

**Fyzikální vyšetření** je základním kamenem diagnostiky. Řada lokálních a celkových příznaků umožňuje odhalit podezření na konkrétní diagnózy. Fyzikální vyšetření zahrnuje:

- Pohled – vzednutí a tvarové změny břicha, přítomnost operačních jizev, poloha nemocného, stav výživy, stav kůže, dýchací pohyby
- Poklep – poklepová bolestivost, zvuk poklepu
- Pohmat – bolestivost, svalové napětí břišní stěny, změny na orgánech, patologické útvary
- Poslech – intenzita, rytmus či úplné vymizení zvuků, patologické zvuky
- Per rectum vyšetření – sledujeme tonus svěrače, náplň, barvu stolice, případnou přítomnost krve (BARTŮNĚK a kol., 2016), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2021), (ZEMAN a kol., 2014).

**Laboratorní vyšetření** je významným přínosem v diagnostice. Správně indikovaná laboratorní vyšetření krve a moči umožňuje posouzení přítomnosti a rozsah například stavu vnitřního prostředí, zánětu, krevní ztráty či aktuální hemokoagulační situace. Současně určí také přítomnost jaterní nebo ledvinné insuficience, tedy opět faktorů ovlivňujících diagnózu i případnou anestezii, operační výkon a pooperační péči. U pacientů se odebírá a provádí:

- Biochemické vyšetření krve neboli biochemický soubor (BS)
- Biochemické vyšetření moči (M+S)
- Krevní obraz (KO)
- Krevní skupina (KS)
- Hemokoagulační parametry (BARTŮNĚK a kol., 2016), (ZEMAN a kol., 2014).

**Zobrazovací vyšetření** je nutné indikovat, pokud stávající vyšetření zásadně nepřispějí k diagnóze.

- Nativní RTG snímek břicha – přítomnost hladinek ve střevech, volného plynu a tekutiny v dutině břišní, rozepnutí střev plynem, cizích těles, eventuálně uložení orgánů.
- RTG vyšetření břicha s kontrastní látkou – místo obstrukce, únik kontrastu do okolí, průběh pasáže.
- Ultrasonografie
- Počítačová tomografie (CT) (BARTŮNĚK a kol., 2016), (ZEMAN a kol., 2014).

## 1.6 TERAPIE

Vyšetření, která významně pomáhají v diagnostice, mají svá omezení, a proto zůstává rozhodnutí na chirurgovi, aby posoudil veškerá hlediska, vedoucí k případné indikaci operace. Každá léčba se vždy zahajuje zavedením nazogastrické sondy a podáním infúze k doplnění ztráty tekutin a minerálů. Ileózní stavy jsou ve většině případech indikovány k rychlému chirurgickému výkonu, který by měl být proveden do několika málo hodin od přijetí pacienta. Technika provedení operace závisí především na nálezů z vyšetření a celkovém stavu pacienta, jeho přidružených onemocnění,

na zkušenostech chirurga a vybavení pracoviště (BARTŮNĚK a kol., 2016), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2021).

### 1. Mechanický ileus – léčba je vždy chirurgická.

**Obstrukční ileus** – u intraluminálních ileů spočívá léčba v proříznutí střevní stěny a odstranění překážky. U intramurálního ileu, kde je překážkou nejčastěji nádor, je primární resekce postiženého úseku značně riskantní, proto se většinou střevo vyústí navenek nad překážkou pomocí stomie. Odstranění překážky se provádí až ve druhé době, po zlepšení stavu pacienta i dilatované stěny střeva. Je-li úsek postižený tumorem volný v oblasti příčného tračníku až k esovité kličce a je-li střevo dostatečně dlouhé, lze postižený úsek vyvést před břišní stěnu a během několika dnů jej odstranit. Vytvořená takzvaná dvouhlavňová stomie se ruší v druhé době napojením obou konců střeva k sobě. U překážky umístěné v pravé polovině tračníku lze překážku obejít ileotransverzoanastomózou nebo provést pravostrannou hemikolektomii, která spočívá v odstranění pravé poloviny tlustého střeva. V případě výskytu velkých jizevnatých stenóz je nutné provedení resekce střeva. U extramurálních obstrukcí je stav většinou neoperovatelný a provádí se pouze vyústění střeva nad překážkou pomocí terminální stomie (ZEMAN a kol., 2014).

**Vulvulus** – je indikován k akutní chirurgické terapii spočívající v derotaci otočené části trávicího ústrojí a její fixaci ve správném postavení. Při porušení vitality postižené části střeva je nutno provést neprodleně resekci postiženého úseku (ZEMAN a kol., 2014).

**Strangulační ileus** – uskřínutí pruhu se řeší chirurgickým odstraněním příčiny, tedy protětím pruhu. O dalším postupu rozhoduje stav střevní stěny. Při porušení vitality střevní stěny je nutná resekce postiženého úseku. V případě zachování vitality, projevující se zlepšením barvy a obnovením peristaltiky, se ponechává klička v dutině břišní. Uskřínutí v otvorech, tedy každá uskřínutá kýla, je indikací k neodkladné chirurgické intervenci, při níž je nutné posoudit vitalitu uskřínuté části střeva a provést plastiku kýly. Pokud vitalita střeva zachována není, je nutné postižený úsek resekovat. Pokusy o konzervativní terapii je možné tolerovat jen u časných nebo neúplných uskřínutí, ale vždy hrozí nebezpečí poškození střeva s následnými infekčními komplikacemi v dutině břišní. Při výkonu by nemělo dojít k proniknutí tekutiny z kýlního

vaku do břišní dutiny, aby nedocházelo ke komplikacím. Pokud dojde těsně před operačním výkonem ke spontánní repozici několik hodin uskrínuté části, je nutné zrevidovat původní obsah kýlního vaku. Invaginace se často úspěšně rozvine již po aplikaci kontrastní látky při rentgenovém vyšetření. Pokud je tento pokus o rozvinutí neúspěšný, je nutno po chirurgickém otevření dutiny břišní invaginaci vytlačit, odstranit příčinu vzniku a zabránit recidivě fixací postiženého úseku. Nepodařili se invaginaci odstranit nebo pokud je porušena vitality v postiženém úseku, je nutno tuto část resekovat (ZEMAN a kol., 2014).

## **2. Neurogenní ileus**

**Paralytický ileus** – je léčen konzervativním postupem. Pacientovi je zavedena nosem do žaludku nazogastrická sonda, určená k odchodu žaludečního obsahu. Parenterálně se doplňují tekutiny s vyloučením perorálního příjmu a podávají se léky posilující střevní peristaltiku. Zároveň je snaha odstranit základní vyvolávající příčinu. Jen vzácně se provede odsátí obsahu střeva s následnou stomií (ZEMAN a kol., 2014), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2021).

**Spastický ileus** – je také léčen konzervativně, jako ileus paralytický. Pacientovi se podávají parenterálně mimo tekutin i spasmolytika. Tento typ ileu však většinou nelze bezpečně odlišit od ileu obstrukčního, a tak dochází k indikaci revize břišní (ZEMAN a kol., 2014).

**3. Cévní ileus** – je nutné vždy řešit chirurgicky. Důležitá je časná operaci a odstranění embolu nebo trombu. Při porušení vitality střeva je nezbytné provést resekci postiženého úseku s anastomózou konců (ZEMAN a kol., 2014).

## **1.7 REHABILITACE**

Chirurgická rehabilitace je součástí prevence komplikací a především léčby u všech ohrožených klientů. Již v předoperačním období se u pacientů může provádět nácvik správného způsobu dýchání, důležitý pro pooperační dobu, takzvaná dechová gymnastika. Tato dechová gymnastika je zvláště důležitá pro pacienty postižené chorobami v oblasti hrudní, břišní a u obézních pacientů. V předoperačním období je u pacienta také důležitý nácvik aktivity dolních končetin, vhodný způsob vstávání z lůžka a následná chůze. Včasná mobilizace je nedílnou součástí prevence pooperačních



komplikací, jako je zejména tromboembolická nemoc. Dalším důležitým rehabilitačním opatřením v pooperačním období je preventivní polohování pacienta, které minimalizuje tvorbu dekubitů a kontraktur. U pacientů, kteří nejsou schopni cvičit aktivně, provádí pasivní cvičení rehabilitační pracovník. Aktivní i pasivní cvičení je jednou z nejdůležitějších součástí léčebné tělesné výchovy. V průběhu rekonvalescence může být léčba pacienta doplněna fyzikální rehabilitací, reflexní rehabilitací či ergoterapií (SLEZÁKOVÁ, 2019).

## **1.8 PROGNÓZA**

Prognóza ileózních stavů je závislá především na onemocnění, které je vyvolává, dále na celkovém stavu pacienta a jeho věku, na přidružených nemocech, pokročilosti stavu v kterém se dostane k lékaři a včasnosti určení správné diagnózy a léčby (BARTŮNĚK, 2016).

## 2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ILEEM

### **Předoperační příprava**

U akutních stavů, které vyžadují chirurgickou léčbu, se omezuje předoperační příprava na úkony jen nezbytně nutné ke snížení operačního rizika a k minimalizaci případných pooperačních komplikací. Veškeré tyto úkony je nutné provést bez časové prodlevy s cílem připravit pacienta na operační výkon (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

### **Pacient je po přijetí na lůžkové oddělení a dle stavu:**

- Uložen na lůžko a poučen o dodržování přísného klidu na lůžku
- Seznámen s plánovaným výkonem
- Vyzván k podpisu informovaného souhlasu
- Edukován o zákazu jakéhokoli perorálního příjmu
- Vyzván k sejmutí šperků
- Vyzván k sejmutí snímatelných náhrad
- Je provedena očista těla (koupel je kontraindikována)
- Oholen a odezinfikován v operačním poli
- Převlečen do nemocničního (operačního) prádla
- Zavedena nazogastrická sonda k odvádění žaludečního obsahu
- Zajištěn venózní vstup pro infúzní indinace lékaře
- Zaveden permanentní močový katétr
- Zajištěny bandáže dolních končetin
- Monitorován celkový stav
- Snaha o psychickou podporu
- Lékařem je případně označeno místo vhodné pro umístění stomie (JENÍKOVÁ, 2013), (KAPOUNOVÁ, 2020), (LIBOVÁ, 2020), (SCHNEIDEROVÁ, 2014), (SLEZÁKOVÁ, 2019).

## **Pooperační péče**

V období prvních hodin po operaci je doba velmi riziková pro vznik pooperačních komplikací, a proto pacient zůstává pod dohledem dle stavu na takzvaném dospávacím pokoji, jednotce intenzivní péče nebo na anesteziologicko–resuscitačním oddělení (ARO), dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně spontánně nedýchá a nejsou u něho patrné obranné reflexy, jako schopnost kašlat a polykat (JENÍKOVÁ, 2013), (SLEZÁKOVÁ, 2019).

### **U pacienta je nutno po operaci zajistit:**

- Monitoraci fyziologických funkcí – krevní tlak, puls, vědomí, dech, saturace, tělesná teplota
- Monitoraci operační rány
- Monitoraci bolesti
- Monitoraci zvracení
- Monitoraci odchodu plynů a stolice
- Péči o nazogastrickou sondu
- Péči o permanentní močový katétr
- Péči o venózní vstup
- Parenterální výživu a následné pomalé zatěžování trávicího ústrojí v dalších pooperačních dnech a její monitoraci
- Monitoraci psychiky
- Hygienickou péči
- Prevenci proleženin
- Prevenci tromboembolické nemoci
- Případně péči o drény
- Případně péči o stomii
- Včasnou mobilizaci (JENÍKOVÁ, 2013), (SLEZÁKOVÁ, 2019).

### **Pooperační komplikace**

- Krvácení operační rány
- Rozestup (dehiscence) operační rány
- Infekce v ráně a následné záněty operační rány a jejího okolí

- Infekce vzniklé přes invazivní vstupy
- Sepsa
- Nekróza rány
- Nefunkčnost drénů
- Nechtěné vytažení drénů
- Vznik paralytického ileu vlivem operace
- Retence moči po extrakci permanentního močového katétru
- Odmítání spolupráce pacienta
- Tromboembolické příhody
- Smrt pacienta (SLEZÁKOVÁ, 2019).

### **Pooperační edukace**

- Pooperační pohybový režim
- Péče o operační ránu
- Možné pooperační komplikace a jejich projevy
- Užívání medikace
- Dietní opatření
- Organizační záležitosti po propuštění – návštěva praktického lékaře, stoma poradny, agentura domácí péče
- Dispenzarizace v rámci sekundární a terciální prevence (JENÍKOVÁ, 2013).

### 3 TEORIE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Ošetřovatelský proces lze definovat jako systematickou, racionální a cyklickou metodu plánování a poskytování ošetřovatelské péče jednotlivci, rodině či komunitě použitelnou ve všech typech prostředí zdravotní péče. Tento proces je otevřený pro neustálou možnost přehodnocování ošetřovatelských cílů i intervencí, zaměřených na uspokojování potřeb jednotlivce či jeho blízkých, obnovení zdraví a pohody, na dosažení co nejvyšší možné úrovně kvality života, na zabezpečení klidného umírání a smrti. Ošetřovatelský proces se skládá z několika fází, které jsou vzájemně propojeny.

Tyto fáze se dělí:

- Posouzení – je první fáze ošetřovatelského procesu, kde dochází ke sběru údajů o pacientovi a posouzení jeho základních potřeb.
- Diagnózy – jsou druhou fází ošetřovatelského procesu, formulují se zde ošetřovatelské diagnózy dle Taxonomie II NANDA I.
- Plánování – je třetí fáze ošetřovatelského procesu, kde jsou stanoveny cíle, výsledná kritéria, intervence a ošetřovatelský plán.
- Realizace – je čtvrtou fází ošetřovatelského procesu. V této fázi se uskutečňují plánované intervence ošetřovatelského plánu.
- Hodnocení – je pátá fáze ošetřovatelského procesu. V tomto kroku dochází k hodnocení výsledků ze všech fází (LIBOVÁ, 2019), (MASTILIAKOVÁ, 2014), (TÓTHOVÁ, 2014).

Pro vytvoření této bakalářské práce byl zvolen Model funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové. Model je odvozený z interakcí osoba – prostředí s cílem dosažení zdraví, zvyšování odpovědnosti jedince za své zdraví, rovnováhy jedince jako bio-psycho-sociální bytosti. Pacient je chápán jako holistická bytost vyznačující se funkčním či dysfunkčním typem zdraví. Funkční vzorce zdraví reprezentují osoby zdravé neboli lidé s absencí nemoci a dysfunkční vzorce jsou projevem aktuálního onemocnění nebo mohou být znakem potenciačního problému. Hlavním úkolem sestry je systematické zhodnocení pacienta, získání údajů, následná analýza výsledků a stanovení vzorců zdraví. Marjory Gordonová původně stanovila jedenáct funkčních vzorců zdraví

plus dvanáctý pro případné jiné nezařaditelné potřeby, které byly později přepracovány do třinácti domén dle NANDA International.

**Jednotlivé oblasti funkčních vzorců zdraví jsou rozděleny na domény:**

1. Podpora zdraví
2. Výživa
3. Vylučování a výměna
4. Aktivita/ Odpočinek
5. Vnímání/ Kognice
6. Sebevnímání
7. Vztah mezi rolemi
8. Sexualita
9. Zvládání zátěže/ Tolerance stresu
10. Životní principy
11. Bezpečnost/ Ochrana
12. Pohodlí
13. Růst/ Vývoj

Každý z těchto vzorců představuje určitou část zdraví, který je buď funkční nebo dysfunkční (HERDMAN a kol., 2020), (LIBOVÁ, 2019), (NANDA INTERNATIONAL, 2020), (PLEVOVÁ, 2018), (PODRAZILOVÁ, 2016), (TÓTHOVÁ, 2014).

## 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ILEEM

V praktické části bakalářské práce byl zpracován ošetrovatelský proces u pacientky s ileem tenkého střeva. Patientka byla přijata na standardní lůžkové chirurgické oddělení, odkud byla následně přeložena na chirurgickou jednotku intenzivní péče, kde byl proveden operace. Ošetrovatelský plán byl sestaven 1. dne hospitalizace.

Anamnestické údaje byly získány se souhlasem pacientky, z lékařské a ošetrovatelské dokumentace, z pozorování a především z rozhovoru s pacientkou samotnou. Následně byla vypracována anamnéza, posouzen zdravotní stav a vytvořeny ošetrovatelské diagnózy dle Taxonomie II NANDA I vycházející z modelu funkčního vzorce zdraví Marjory Gordonové.

Pro zachování anonymity byly vynechány identifikační údaje pacientky a pozměněna časová data, z důvodu dodržení platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů, dle zákona č. 101/2000 Sb.

### 3.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1: identifikační údaje pacienta

<b>Jméno a příjmení:</b> XX	<b>Pohlaví:</b> žena
<b>Datum narození:</b> xx.xx.xxxx	<b>Věk:</b> 72
<b>RČ:</b> xxxxxx/xxx	<b>Číslo pojišťovny:</b> 211
<b>Vzdělání:</b> střední odborná škola	<b>Zaměstnání:</b> v důchodu
<b>Stav:</b> vdova	<b>Národnost:</b> česká
<b>Datum přijetí:</b> 26.10.2021	<b>Čas přijetí:</b> 11:48
<b>Typ přijetí:</b> akutní	<b>Důvod hospitalizace:</b> léčebný
<b>Oddělení:</b> chirurgické standardní lůžkové	<b>Ošetřující lékař:</b> XX

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2021

#### Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Nemohu nic jíst ani pít, protože všechno hned vyzvracím. Trvá to asi 6 dní. Bolí mě břicho a žebra na levé straně. Už 5 dní jsem nebyla na stolici.“

**Lékařská diagnóza hlavní:**

Ileus (K567)

**Lékařské diagnózy vedlejší:**

Arteriální hypertenze

St. p. adnexotomie bilat. pro adenocarcinom ovarii v březnu 2015

**Nynější onemocnění:**

Pacientka byla přijata na standardní chirurgické oddělení pro strangulační ileus. Pacientkou jsou udávány bolesti břicha s propagací do levého podžebří, bolesti spíše nárazově křečovitě, opakované zvracení trvající asi 6 dní (20.10.2021), jídlo i pití okamžitě vyzvrací, včera zvracela nazelenalou tekutinu. Větry nejdu, stolice naposledy ve čtvrtek, před 5 dny (21.10.2021), zvýšené teploty a zimnice neguje.

**HODNOTY ZJIŠTĚNÉ PŘI PŘIJETÍ**

Tabulka 2: Hodnoty fyziologických funkcí

<b>TK:</b> 148/98 mmHg	<b>P:</b> 79/min.
<b>D:</b> 16/min.	<b>TT:</b> 36,4 °C
<b>Výška:</b> 162 cm	<b>Hmotnost:</b> 64 kg
<b>SpO<sub>2</sub>:</b> 98 %	<b>BMI:</b> 24,38

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2021

**Stav vědomí:** při vědomí, plně orientována místem, osobou i časem, spolupracuje

**Krevní skupina:** nezjištěna

**Pohyblivost:** plně soběstačná, bez omezení

**Informační zdroje:** lékařská dokumentace, pacientka

**Covid:** neočkována

**Informační zdroje:**

Zjištěné informace byly získány od pacientky, z lékařské a ošetrovatelské dokumentace.



## 3.2 ANAMNÉZA

### *Osobní anamnéza:*

#### **Léčba a operace:**

- Adenokarcinom ovaria s ascitem – únor 2015
- St. p. adnexotomii bilat. – březen 2015
- Dispenzarizace na onkologické ambulanci v Č. Budějovice
- Arteriální hypertenze
- V dětství prodělala běžné dětské nemoci
- Na preventivní prohlídky u praktického lékaře, gynekologa a zubaře dochází

**Úrazy:** fraktura pravého zápěstí 1963

**Transfúze:** nikdy nepodány

**Očkování:** povinná očkování absolvovala v řádném termínu, očkování proti covid19 neguje

**Abúzus:** pacientka udává příležitostné pití alkoholu, kouření a drogy neguje

**Farmakologická anamnéza:** pravidelně užívá Betaloc zok 25mg 0,5 tbl. p.o. ráno

#### **Gynekologická anamnéza:**

- 2 porody
- menopauza v 50 letech
- preventivní gynekologické prohlídky absolvuje pravidelně

**Alergologická anamnéza:** neguje

#### **Rodinná anamnéza:**

- Otec zemřel v 75 letech
- Matka zemřela v 85 letech
- 1. bratr zemřel v 50 letech na CMP
- 2. bratr zemřel v 74 letech – příčina neznámá
- Jiné choroby neudává

**Sociální anamnéza:** vdova, pacientka žije sama v bytě, s dcerou a synem se stýká nepravidelně, mají dobré vztahy

**Pracovní anamnéza:** starobní důchodce, dříve účetní

**Spirituální anamnéza:** nevýznamná, pacientka je nevěřící

### 3.3 POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

#### **Hlava a krk:**

- **Subjektivní údaje:** „Hlava mě nebolí, jen mě trochu pálí v krku, ale to asi bude od zvracení.“
- **Objektivní údaje:** Hlava palpačně i pokleповě nebolestivá, bez zevních známek traumatu, bez deformit. Oční bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, anikterické, spojivky růžové, bez známek zánětu, zornice izokorické, reagující. Používá brýle na čtení, které vyhovují. Nos průchodný, bez sekrece, bez deformit. Uši bez patologické sekrece, slyší dobře. Rty jsou růžové, suché, bez ragád a oparů. Jazyk plazí středem, vlhký s povlakem. Chrup je vlastní, sanován. Výstupy n. V. nebolestivé. Krk volně pohyblivý všemi směry, pulzace karotid bilat. hmatná, bez šelestu, štítná žláza nezvětšena, lymfatické uzliny nehmatné. Náplň krčních žil nezvětšena.

#### **Hrudník a dýchací systém:**

- **Subjektivní údaje:** „Bolest břicha mi jdou do žeber na levé straně. Jinak bolesti na hrudníku nepocítuji, dýchá se mi dobře.“
- **Objektivní údaje:** Hrudník symetrický, bez deformit, poklep symetrický, plný, jasný. Dýchání je čisté, sklípkové, v plném rozsahu, bez vedlejších poslechových fenoménů.

#### **Srdce a cévní systém:**

- **Subjektivní údaje:** „Se srdcem se léčím. Beru léky na vysoký tlak už spoustu let a problémy nemám.“
- **Objektivní údaje:** Srdeční akce pravidelná, ozvy 2, ohraničené, bez šelestu. Krevní tlak kompenzován antihypertenzivy, nyní 148/98 mmHg. Puls hmatný

nyňí 79/min. Dolní končetiny bez otoků, bez známek akutní TEN, pulsace na periferii hmatná, akra teplá, bez deformit, lýtka na pohmat nebolestivá, bez varixů. Horní končetiny bez patologických změn.

#### ***Břicho a gastrointestinální trakt:***

- **Subjektivní údaje:** „Břicho mě bolí hodně, proto jsem dnes raději přišla. Mám spíš křeče, ne, že by mě bolelo neustále. Mám také zácpu. Na stolici jsem byla ve čtvrtek, před pěti dny. Břicho mám nafouklé, je to velmi nepříjemné. Nemohu nic jíst ani pít, protože všechno hned vyzvracím. Včera jsem zvracela zelenou tekutinu.“
- **Objektivní údaje:** Břicho nad niveau, přifouklé, bolest v epigastriu s propagací do levého podžebří, bolesti spíše nárazově křečovité, palpačně měkké, bez rezistence, peristaltika auskultačně zpomalená, místy neslyšná, bez známek peritoneálního dráždění, poklep diferencovaně bubínkový. Plyny neodchází. Stolice naposledy před pěti dny (ve čtvrtek 21.10.2021), za normálních podmínek pravidelná, jednou za dva dny. Játra a slezina nezvětšené, tapottement bilaterální negativní, ledviny nehmatné. Nauzea přítomna. Po každém jídle a pití pacientka opakovaně zvrací už 6 dní (od středy 20.10.2021). Včera (v pondělí 25.10.2021) zvracela nazelenalou tekutinu. Okolí anu je klidné, vyšetření nebolestivé, tonus svěračů přiměřený, ampula v dosahu prstu bez rezistence, stolice na rukavici bez patologické příměsi.“

#### ***Vylučovací a pohlavní ústrojí:***

- **Subjektivní údaje:** „S močením problémy nemám, ani jsem se nikdy neléčila. Nyní moc nepiji, tak na záchod chodím málo. Na gynekologii chodím pravidelně. Měla jsem rakovinu pravého vaječníku. Jsem po gynekologické operaci, ale teď jsem v pořádku.“
- **Objektivní údaje:** Močení méně časté, bez problémů, bez inkontinence, moč tmavě žlutá, bez zápachu, bez patologických příměsí. St. p. adnexotomii bilat. v březnu 2015 pro adenokarcinom ovaria s ascitem diagnostikovaný v únoru 2015. Pacientka dispenzarizována na onkologické ambulanci v Č. Budějovicích, dochází pravidelně.

### ***Kosterní a svalový systém:***

- **Subjektivní údaje:** „Za normálních podmínek problémy s pohybem nemám, občas mě jen pobolívají záda, ale není to nic hrozného. Dřív jsem hodně sportovala, ale teď chodívám spíš na procházky. Nyní kvůli bolesti převážně polehávám, jsem hodně vyčerpaná.“
- **Objektivní údaje:** Pohyblivost je nyní omezena pro bolesti břicha. Pacientka udává příležitostné bolesti zad. Pohybový aparát je bez deformit, bez patologických změn, bez defektů a otoků. Rozsah hybnosti kloubů vzhledem k věku velmi dobrý, klouby bez bolestí.

### ***Nervový a smyslový systém:***

- **Subjektivní údaje:** „Problémy s pamětí myslím zatím nemám a lidé v mém okolí také nic nenaznačují. Slyším docela dobře. S očima je to horší. Na čtení musím nosit brýle, na dálku vidím.“
- **Objektivní údaje:** Pacientka je orientovaná místem, časem i osobou, GCS 15 bodů, sluch bez patologických změn, zrak korigován brýlemi na čtení. Chuť a čich přítomny, reflexy zachovány.

### ***Endokrinní systém:***

- **Subjektivní údaje:** „Žádné problémy nemám.“
- **Objektivní údaje:** Pacientka se neléčí s žádným onemocněním endokrinního systému, bez patologických projevů, štítná žláza symetrická, nezvětšená, palpačně nebolestivá, diabetes mellitus neguje.

### ***Imunologický systém:***

- **Subjektivní údaje:** „Nevím o tom, že bych byla na něco alergická. S imunitou problémy nemám, občas bývám nachlazená, ale nic vážného. Někdy si koupím vitamíny, pravidelně je však neberu.“
- **Objektivní údaje:** Lymfatické uzliny nezvětšené, bez patologie, nebolestivé, potvrzené alergie neguje. Tělesná teplota v normě.

### ***Kůže a její adnexa:***

- **Subjektivní údaje:** „Kůži poraněnou nemám, jen občas nějaké běžné říznutí, záděry nebo modřiny. Hodně se mažu krémem, abych nebyla tak vysušená. Vlasy

už mám hodně řídké, ale nevšimla jsem si, že by mi padaly poslední dobou nějak více. Už jsem prostě stará.“

- **Objektivní údaje:** Kůže je bez patologických projevů, bez poruchy integrity, kožní turgor v normě, bledšího zabarvení, bez ikteru a cyanózy, bez poruchy pigmentace. Vlasy jsou prošedivělé, upravené, krátce střižené. Nehty upravené, bez patologie.

#### ***Průběh prohlídky:***

Pacientka na otázky odpovídala velmi trpělivě a ochotně.

### **3.4 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA**

Informace utříděné dle domén Taxonomie II NANDA I podle modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové byly odebrány u pacientky v den přijetí na chirurgickém standardním lůžkovém oddělení v nemocnici v Jindřichově Hradci.

#### **Doména 1: PODPORA ZDRAVÍ**

##### **Subjektivní údaje:**

„O své zdraví jsem se starala celý život. Vždy jsem se snažila zdravě jíst a hýbat se. Léčím se jen s vysokým tlakem. Na lékařské kontroly chodím pravidelně. Alkohol piji při různých oslavách. Nikdy jsem nekouřila.“

##### **Objektivní údaje:**

Pacientka se snaží pečovat o svůj zdravotní stav. Léčí se s vysokým tlakem. Na lékařské kontroly pravidelně dochází, alkohol užívá jen příležitostně. Nikdy nekouřila. Během hospitalizace dodržuje lékařské ordinace, se zdravotnickým personálem maximálně spolupracuje.

**Ošetřovatelský problém: 0**

**Měřicí technika: 0**

## Doména 2: VÝŽIVA

### Subjektivní údaje:

„Za normálních podmínek žádnou dietu nedržím. Snažím se jíst rozumně, ale jsem už sama, tak si připravuji, na co mám chuť. Jím hodně ovoce a zeleniny. Stravuji se celkem pravidelně asi třikrát až čtyřikrát denně. S věkem pomalu přibývám na váze, ale obézní snad zatím nejsem. Za poslední dny jsem shodila na váze, protože jsem nemocná, jinak si váhu držím. S pitím je to trochu horší. Musím se dost nutit. K snídani a po obědě si dávám kávu, jinak piji čaje nebo samotnou vodu. Teď když jsem nemocná, nemohu jíst a pít vůbec nic. Několik dní před příchodem do nemocnice jsem všechno jídlo i pití zvracela.“

### Objektivní údaje:

Stav výživy je uspokojivý. Pacientka měří 162 cm a váží 64 kg. Výpočet BMI je 24, tedy optimální váha bez váhových výkyvů kromě posledních dnů. Pacientka má nyní dietu NPO a zavedenou nazogastrickou sondu kvůli odvádění žaludečního obsahu a sledování bilance tekutin. Byla poučena o dietním režimu, který nemá problém dodržovat. Příjem tekutin probíhá parenterální cestou, formou infuzních roztoků.

**Ošetrovatelský problém:** snížený objemu tekutin, nevyvážená výživa: méně, než je potřeba pro organismus

**Měřicí technika:** BMI, bilance tekutin, hodnocení nedostatečné výživy

## Doména 3: VYLUČOVÁNÍ a VÝMĚNA

### Subjektivní údaje:

„Nikdy jsem s močením problémy neměla. Na stolici chodím pravidelně většinou jednou za dva dny. Na zácpy ani průjmy netrpím. Dýchá se mi dobře. V posledních dnech jsem doma močila jen velmi málo, ale tady v nemocnici jsem už byla dvakrát. Je to sice trochu nepohodlné, protože musím močit do džbánu, ale dá se to zvládnout. Na stolici jsem byla naposledy ve čtvrtek, před pěti dny. S nadměrným pocením problémy běžně nemám.“

**Objektivní údaje:**

Pacientka neudává žádné výrazné problémy s močením, je plně kontinentní, bez známek infekce. Moč je čirá, žluté barvy bez viditelných patologických příměsí a zápachu. Snížená frekvence močení je dána nižším příjmem tekutin. Pacientka močí spontánně v koupelně do džbánu kvůli sledování bilance tekutin. Dle pacientky byla poslední stolice 21.10.2021. Peristaltika je poslechově zpomalená, místy neslyšná. Saturace se pohybuje kolem 98% bez podpory kyslíku. Dušná není, nadměrně se nepotí.

**Ošetrovatelský problém:** zácpa

**Měřicí technika:** 0

**Doména 4: AKTIVITA/ODPOČINEK****Subjektivní údaje:**

„Běžně nemám se spaním problémy, spávám celou noc a někdy si zavřu oči po obědě. Jen občas jdu jednou během noci na toaletu. Teď už jsem se dlouho pořádně nevyspala kvůli bolestem a neklidu. Dlouho jsem odkládala návštěvu lékaře, tak nevím, jestli jsem neudělala chybu a něco nezanedbala. Jsem už dost vyčerpaná i přesto, že poslední dny jen polehávám. Jindy se snažím hýbat. Celý život jsem hodně sportovala, ale teď už chodím jen na procházky a sport sleduji maximálně v televizi, raději však mám detektivky nebo komedie. Také moc ráda čtu. Žiji sama v panelovém bytě, manžel už mi bohužel zemřel, ale zatím všechno zvládám sama. Pokud potřebuji pomoci s něčím těžším, obracím se na syna nebo dceru, kteří žijí nedaleko se svými rodinami.“

**Objektivní údaje:**

Pacientka problémy se spaním nikdy nemívala. Léky na spaní neužívá. Nyní je fyzicky vyčerpaná a nedostatečně vyspalá z důvodu bolesti a neklidu. Převážnou část dne nyní proleží. Pacientka je soběstačná. Běžné denní aktivity zvládá sama, v případě nutnosti jí v domácnosti vypomáhá syn s dcerou. Mezi pacientčiny záliby patří četba, sledování televize a procházky.

**Ošetrovatelský problém:** nedostatek spánku, únava

**Měřicí technika:** Barthelův test všedních činností

## **Doména 5: VNÍMÁNÍ/ KOGNICE**

### **Subjektivní údaje:**

„Myslím si, že pozornost jsem schopna udržet. Jak už jsem říkala, hodně čtu a tím si udržuji mozek v záprahu. Občas se snažím vyluštit nějakou křížovku, ale moc mě to nebaví. Zmatená také nebývám. Co se paměti týče, no, už si musím důležité věci psát, abych na nic nezapomněla, ale zatím to zvládám. Myslím si, že to ke stáří už patří. Nosím brýle na čtení, na dálku zatím vidím. Slyším také dobře.“

### **Objektivní údaje:**

Komunikace a spolupráce s pacientkou je velmi dobrá. Na otázky odpovídá srozumitelně, je plně orientovaná místem, časem, osobou i prostorem. Používá brýle na čtení, které vyhovují. Se sluchem a pamětí problémy nemá.

**Ošetrovatelský problém: 0**

**Měřicí technika: 0**

## **Doména 6: SEBEVNÍMÁNÍ**

### **Subjektivní údaje:**

„Jsem velmi klidný člověk. Nevyvolávám konflikty, naopak se je snažím mírnit. Teď mi do smíchu moc není, trochu se bojím, co se mnou je, ale jinak beru život tak, jak jde a na svět se dívám optimisticky.“

### **Objektivní údaje:**

Pacientka působí velmi vyrovnaným dojmem, i přesto, že má strach ohledně svého zdravotního stavu. Hodnotí se jako bezkonfliktní člověk s optimistickým pohledem na svět.

**Ošetrovatelský problém: 0**

**Měřicí technika: 0**



## **Doména 7: VZTAH MEZI ROLEMI**

### **Subjektivní údaje:**

„S manželem jsme prožili moc krásný život. Samozřejmě, že jsme se také někdy hádali, ale vždycky byla vůle se domluvit. Bohužel před dvěma roky zemřel, tak teď žiji v bytě sama. Máme spolu dceru a syna, na které jsem moc pyšná. Často se s dětmi a vnoučaty vídám. Máme mezi sebou pěkné vztahy a moc mi pomáhá vědomí, že je mám. V paneláku mám i hodné sousedy, takže je tam klid.“

### **Objektivní údaje:**

Pacientka je již dva roky vdova. Žije sama v bytě, kde dříve bydlela s manželem, s kterým má dceru a syna. Obě děti mají svoje rodiny. S rodinnými příslušníky i s lidmi ve svém okolí vychází velmi dobře. Pacientka je na pokoji sama. Se zdravotnickým personálem spolupracuje, je nekonfliktní. Léčebný režim bez problémů dodržuje.

**Ošetrovatelský problém: 0**

**Měřicí technika: 0**

## **Doména 8: SEXUALITA**

### **Subjektivní údaje:**

„S manželem jsme se znali už jako děti a po škole jsme spolu začali randit. Nikdy jsem jiného chlapce neměla a po manželově smrti ani nikoho jiného nechci. Na samotu už jsem si zvykla. Rodila jsem dvakrát. První se nám narodila dcera a o dva roky později syn. Oba porody byly bez komplikací. Menstruovala jsem pravidelně. Přechod jsem měla v padesáti letech.“

### **Objektivní údaje:**

Pacientka měla sexuální vztah pouze s manželem. Jiného partnera nemá, ani nehledá. Porodila dvě zdravé děti. Porody a menstruace byly bez komplikací. Menopauzou prošla v padesáti letech také bez problémů.

**Ošetrovatelský problém: 0**

**Měřicí technika: 0**

## **Doména 9: ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE/TOLERANCE STRESU**

### **Subjektivní údaje:**

„Myslím si, že těžké situace zvládám dobře, nic jiného ani člověku nezbyvá. Prostě беру věci, tak jak jdou. Když je mi těžko, jdu se projít nebo se sejdu s dětmi a vnoučaty. Teď mám trochu strach, jak to se mnou dopadne. Honí se mi hlavou, jestli jsem něco nezanedbala. Obávám se, že jsem měla asi přijít dříve. No, co, jsem už stará, tak na něco umřít musím.“

### **Objektivní údaje:**

Pacientka uvádí, že zátěžové situace a stres zvládá dobře. Má obavy ohledně svého zdravotního stavu, ale navenek působí klidně a vyrovnaně.

**Ošetrovatelský problém:** strach

**Měřicí technika:** 0

## **Doména 10: ŽIVOTNÍ PRINCIPY**

### **Subjektivní údaje:**

„Pro mě je na prvním místě v životě rodina. Nic důležitějšího na světě nemám. Samozřejmě je velmi důležité i zdraví, bez toho to nejde. V boha nevěřím, ale nikoho od víry neodvracím“

### **Objektivní údaje:**

Pro pacientku je nejdůležitější její rodina a zdraví. Věřící není. Víru ostatních respektuje.

**Ošetrovatelský problém:** 0

**Měřicí technika:** 0

## Doména 11: BEZPEČNOST/OCHRANA

### Subjektivní údaje:

„V nemocnici se cítím bezpečně a všichni se ke mně chovají hezky. Před pár lety jsem byla vážně nemocná, ale teď jsem gynekologicky v pořádku. Teploty a alergii nemám.“

### Objektivní údaje:

Pacientka se v nemocnici cítí bezpečně. Alergii žádnou nemá. Tělesná teplota je v normě. V kubitální jamce PHK má zavedený PŽK a do pravé nosní dírky NGS. Dle ordinovaného pohybového režimu se může neomezeně pohybovat.

**Ošetrovatelský problém:** riziko infekce, narušená integrita kůže, riziko narušené integrity ústní sliznice

**Měřicí technika:** hodnocení rizika pádu, hodnocení rizika poškození kožní integrity dle Nortonové, hodnocení infekce dle Madonna

## Doména 12: POHODLÍ

### Subjektivní údaje:

„Je tu moc pěkné prostředí a cítím se tu pohodlně. Co se tělesného pohodlí týče, s tím už je to horší. Bolí mě břicho a ta hadička v nose také není moc příjemná.“

### Objektivní údaje:

Pacientka se cítí v prostředí nemocnice pohodlně. Zároveň si stěžuje na nárazové bolesti břicha, levého podžebří a na zavedenou NGS. Na stupnici bolesti od jedné do deseti udává číslo 4.

**Ošetrovatelský problém:** akutní bolest, narušené pohodlí

**Měřicí technika:** VAS (vizuální analogová škála bolesti)

## **Doména 13: RŮST/VÝVOJ**

### **Subjektivní údaje:**

„Nejsem si vědoma nějakých komplikací při mém narození. Jako dítě jsem prodělala běžné nemoci. Nemám žádné vývojové vady.“

### **Objektivní údaje:**

Pacientka v dětství prodělala běžné dětské nemoci bez komplikací. Je přiměřeného vzrůstu bez vývojových vad.

**Ošetrovatelský problém:** 0

**Měřící technika:** 0

## **3.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT**

**Fyzikální vyšetření:** vyšetření fyziologických funkcí pacienta, vyšetření pohledem, poslechem, poklepem a pohmatem

**Ordinovaná vyšetření:** biochemické vyšetření krve a moči, hematologické vyšetření krve na krevní obraz, koagulace, stěr na PCR test covid-19, EKG, interní vyšetření, RTG břicha – nativní, CT břicha a malé pánve

**Výsledky vyšetření:**

- Tabulka 3: Biochemické vyšetření krve – plazma

<b>Vyšetření</b>	<b>Výsledek</b>	<b>Hodnocení</b>	<b>Ref. mez</b>	<b>Jednotky</b>
Močovina	22,6	( )**	2,8 – 8,1	mmol/l
Kreatinin	154	( )**	45 – 84	μmol/l
Na	139	( *)	136 – 145	mmol/l
K	3,5	* ( )	3,8 – 5	mmol/l
Cl	86	** ( )	98 – 107	mmol/l
Bilirubin	11,9	( *)	0 – 21	μmol/l
ALT	0,24	( *)	0 – 0,58	μkat/l
AST	0,42	( *)	0 – 0,6	μkat/l
GGT(GMT)	0,51	( *)	0 – 0,7	μkat/l
ALP	1,51	( *)	0,58 – 1,74	μkat/l
Amyláza	0,65	( *)	0 – 1,67	μkat/l
Lipáza	0,37	( *)	0 – 1	μkat/l
Albumin	48	( *)	35 – 52	g/l
Glukóza	5,1	( *)	3,9 – 5,5	mmol/l
CRP	42,3	( )**	0 – 5	mg/l
Cholinesteráza	145	( *)	89 – 215	μkat/l
Osmolalita měř.	313	( )**	275 – 295	mmol/kg
Osmolalita vyp.	309	( )*	275 – 295	mmol/kg

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2021

- Tabulka 4: Hematologické vyšetření krve

Leukocyty	6,4	( *)	4 – 10	10*9/l
Neutrofily %	66,3	( *)	45 – 70	%
Lymfocyty %	14,6	** ( )	20 – 45	%
Monocyty %	18,6	( )**	2 – 12	%
Eozinofily %	0,2	( *)	0 – 5	%
Basofily %	0,3	( *)	0 – 2	%
Neutrofily abs.	4,2	( *)	2 – 7	10*9/l
Lymfocyty abs.	0,9	( *)	0,8 – 4	10*9/l
Monocyty abs.	1,2	( *)	0,1 – 1,2	10*9/l
Eozinofily abs.	0,0	( *)	0 – 0,5	10*9/l
Basofily abs.	0,0	( *)	0 – 0,2	10*9/l
Erytrocyty	5,17	( *)	3,8 – 5,2	10*12/l
Hemoglobin	164	( )*	120 – 160	g/l
Hematokrit	0,485	( )*	0,35 – 0,47	-
Trombocyty	297	( *)	150 – 400	10*9/l

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2021

- Tabulka 5: Koagulační vyšetření

INR	1,09	( *)	0,8 – 1,2	INR
Quick	91,6	( *)	70 – 126	%
PT RATIO	1,09	( *)	0,8 – 1,2	1

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2021

- Tabulka 6: Mikrobiologické vyšetření

PCR covid19	negativní	( *)	0 – 2	-
-------------	-----------	------	-------	---

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2021

- Interní vyšetření – bolesti břicha, zvracení – ileus tenkého střeva, minerálová dysbalance, elevace renálních parametrů při dehydrataci a zvracení, pacientka

kardiopulmonálně kompenzována, operačního výkonu schopná po korekci minerálů a rehydrataci

- RTG břicha- nativní – obraz tenkostřevního ileózního stavu
- CT břicha a malé pánve s kontrastní látkou – CT obraz strangulačního tenkostřevního ileu, na kličce ilea, asi 30-50 cm od ileocekální chlopně, bez známek nekrózy stěny střevní, menší množství tekutiny v malé pánvi

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

#### **Sledované parametry:**

- fyziologické funkce (TK, P, vědomí) - á 1 hodinu
- bolest
- celkový stav pacientky
- bilance tekutin - za 24 hodin
- NGS
- Stolice
- větry

#### **Ordinace při konzervativní terapii:**

- Dieta: NPO
- Pohybový režim: relativní klid na lůžku
- NGS
- Bilance tekutin
- Klyzma
- M +S

#### **Farmakoterapie:**

- Analgin 1 amp + 100 ml FR i.v. á 8 hod. (analgetikum)
- Tralgit 100 mg + 100 ml FR i.v. max. á 8 hod., dle potřeby při VAS 4-6 (analgetikum)
- Diprodon 1 amp. s.c. max. á 12 hod., dle potřeby při VAS 7-8 (analgetikum)
- Controloc 40 mg i.v. 15:00 (antiulcerózní látka)
- Plasmalyte 1000 ml + 20 ml 7,45% KCL i.v., na 5 hod. 15:00 – 20:00

- Plasmalyte 1000 ml i.v., na 5 hod. 20:30 – 1:30
- Clexane 0,4 ml s.c. á 24 hod. ve 20:00 (antikoagulancium)
- Lexaurin 1,5 mg 1 tbl. na noc dle potřeby (anxiolytikum)
- Torecan 1 amp + 100 ml FR i.v. max. á 8 hod. při nevolnosti (antiemetikum)

### 3.6 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka XX, 72let, byla přivezena synem na chirurgickou ambulanci a následně byla akutně přijata 26.10.2021 na standardní lůžkové chirurgické oddělení pro podezření na ileus, které bylo později potvrzeno CT a RTG vyšetřením. Pacientkou byly udávány šestidenní bolesti břicha s propagací do levého podžebří a opakované zvracení. Pacientka je dispenzarizována na kardiologické ambulanci v Jindřichově Hradci pro arteriální hypertenzi a na onkologické ambulanci v Českých Budějovicích pro adenokarcinom ovaria a podstoupenou bilaterální adnexotomií v březnu 2015. Pacientka je orientována, klidná a spolupracuje.

Při příjmu byly naměřeny hodnoty fyziologických funkcí: krevní tlak 148/98 mmHg, puls 79 tepů za minutu, 16 dechů za minutu, saturace O<sub>2</sub> 98 %, tělesná teplota 36,4 °C. Byly odebrány krevní odběry, během kterých byl zaveden PŽK. Dále byl proveden stěr PCR na covid19 a pořízeno CT břicha a malé pánve za pomoci kontrastní látky a RTG břicha vestoje, které potvrdily diagnózu strangulačního ileu na tenkém střevě. Pacientka byla seznámena s navrženým léčebným režimem, s kterým souhlasí. Byl podepsán souhlas s hospitalizací a na zápěstí umístěn identifikační náramek.

Pacientka byla v 11:48 převezena na chirurgické oddělení. Po uložení na lůžku zaujmula úlevovou polohu na boku. Cítí se unavená a nevyspalá. V oblasti sebepéče je soběstačná a vše zvládá bez problémů sama. Je edukována ohledně chodu oddělení a léčebném režimu. Pacientce je ordinován relativní klid na lůžku, NPO se zavedením NGS a bilance tekutin, s kterou souvisí močení do džbánu a následný odběr moči na biochemické vyšetření. Lékařem ordinované klyzma bylo provedeno po chvilkovém odpočinku.

Na základě provedeného rozhovoru s pacientkou byly zjištěny tyto ošetrovatelské problémy. Poslední stolice byla před pěti dny, proto byl stanoven problém zácpy. Pacientce bylo na oddělení provedeno klyzma, po kterém nastala částečná úleva.



Z důvodu zavedení PŽK do kubitální jamky PHK a NGS do pravé nosní dírky je narušena pacientčina integrita kůže, ohrožena rizikem infekce a rizikem narušené integrity ústní sliznice. Posouzení testu dle Nortonové s 31 body, je pacientka bez rizika vzniku dekubitů. PŽK je bez známek infekce hodnocen dle Madonna. Při příjezdu na oddělení je pacientkou udávána bolest s číslem 4 s pomocí VAS. Analgetika jsou podávána pravidelně po osmi hodinách, po kterých nastává úleva. Pomocí Barthelova testu všedních činností se součtem sto bodů, je plně nezávislá. Pacientkou je zmiňován strach z časového prodlení či zanedbání zdravotního stavu svojí vinou. Z důvodu několikadenního zvracení, byl vyhodnocen snížený objem tekutin a nevyvážená výživa: méně, než je potřeba pro organismus. Příjem tekutin probíhá parenterální cestou, formou infuzí. Je sledována bilance tekutin. Vzhledem ke zdravotnímu stavu pacientky byly stanoveny ošetrovatelské problémy, nedostatek spánku, únava a narušené pohodlí způsobené diskomfortem při akutní bolesti.

Pacientka je ve starobním důchodu, dříve pracovala jako účetní. Před dvěma roky ovdověla, nicméně velkou oporou jí jsou dcera a syn s rodinami. I přes zhoršený zdravotní stav, je pacientka optimistická a maximálně spolupracuje.

### **3.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ**

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA i Taxonomie II za pomoci NANDA INTERNATIONAL, 2020. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2018-2020*. 11. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0710-0.

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny 26.10.2021, během prvního dne hospitalizace a rozděleny na aktuální a rizikové. Dále byly seřazeny dle priorit a dvě z nich podrobně rozpracovány. Realizace a zhodnocení ošetrovatelské péče byla provedena během hospitalizace pacienta na standardním lůžkovém oddělení chirurgie. Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz byla využita zdravotnická dokumentace a rozhovor s pacientkou.

#### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

- Akutní bolest - 00132
- Zácpa - 00011
- Snížený objem tekutin - 00027

- Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba pro organismus - 00002
- Únava – 00093
- Nedostatek spánku – 00096
- Strach - 00148
- Narušené pohodlí – 00214
- Narušená integrita kůže – 00045

#### **Rizikové ošetrovatelské diagnózy**

- Riziko infekce – 00004
- Riziko narušené integrity ústní sliznice – 00247

## AKUTNÍ BOLEST – 00132

**Doména** 12. Pohodlí

**Třída** 1. Tělesné pohodlí

**Definice:** *Nepříjemný smyslový a emoční zážitek související s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem a s délkou trvání menší než 3 měsíce (NANDA INTERNATIONAL, 2020, s. 489).*

**Určující znaky:**

- Vlastní hlášení o intenzitě [bolesti] pomocí standardizované škály bolesti
- Vyhledávání antalgické [úlevové] polohy
- Výraz bolesti v obličeji
- Změna chuti k jídlu

**Související faktory:** Biologický původce zranění

**Priorita:** Vysoká

**Cíl krátkodobý:** Pacientce se zmírní bolest po podání analgetik do 1 hodiny.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nebude pociťovat bolest při propuštění z nemocnice.

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka udává sníženou intenzitu bolesti po podání analgetik.
- Pacientka umí zhodnotit svou bolest s pomocí vizuální analogové škály (VAS) do 1 hodiny.
- Pacientka rozumí příčině vzniku bolesti do 2 hodin.
- Pacientka nepociťuje bolest při propuštění z nemocnice.

**Ošetřovatelské intervence:**

1. Edukuj pacientku o vizuální analogové škále (VAS) hodnotící bolest, do 1 hodiny, všeobecná sestra.
2. Hodnoť intenzitu bolesti ve spolupráci s pacientkou dle VAS, á 1 hodinu, pacientka, všeobecná sestra.

3. Sleduj verbální a neverbální projevy bolesti, průběžně, všeobecná sestra.
4. Edukuj pacientku o úlevové poloze, do 30 minut, všeobecná sestra, lékař.
5. Edukuj pacientku o příčině vzniku bolesti, do 2 hodin, lékař.
6. Podej analgetika, dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.
7. Sleduj účinky podaných analgetik, 30 minut po podání, všeobecná sestra.
8. Edukuj o možnosti podání analgetik na žádost pacientky mezi analgetiky podávanými pravidelně, do 2 hodin, lékař, všeobecná sestra.
9. Pouč o možnosti využití signalizačního zařízení, do 30 minut, všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitářka.
10. Sleduj fyziologické funkce, dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.
11. Informuj lékaře při změně stavu a proved' záznam do ošetřovatelské dokumentace, vždy, všeobecná sestra.

### **Realizace:**

V 11:48 byla pacientka přivezena na chirurgické standardní lůžkové oddělení a uložena na lůžko. Všeobecnou sestrou byla poučena o úlevové poloze a možnosti využití signalizačního zařízení. Dle ordinace lékaře byly sledovány fyziologické funkce a zaznamenávány do zdravotnické dokumentace. Pacientce byla podávána pravidelně analgetika a následně sledován jejich účinek, který mohl být případně podpořen dalšími analgetiky na vyžádání, o nichž byla pacientka informována. Proběhl rozhovor mezi lékařem a pacientkou, během kterého došlo k edukaci o příčině vzniku bolesti, jejíž projevy ať verbální či neverbální byly průběžně sledovány sestrou. Pacientce byla dále vysvětlena vizuální analogová škála, pomocí které byla bolest ve spolupráci s pacientkou hodnocena. Všechny výkony a zjištěné informace byly řádně zaznamenány do zdravotnické dokumentace.

### **Hodnocení:**

Pacientčina bolest byla částečně zmírněna již po podání prvních analgetik. Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl splněn nebyl. Pacientka zůstává hospitalizována a ošetřovatelské intervence 2, 3, 6, 7, 10 a 11 přetrvávají. S pacientkou byla velmi dobrá spolupráce.

## ZÁCPA – 00011

**Doména 3.** Vylučování a výměna

**Třída 2.** Funkce gastrointestinálního systému

**Definice:** *Pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným či nekompletním odchodem stolice a/nebo odchodem nepřiměřeně tuhé, suché stolice* (NANDA INTERNATIONAL, 2020, s. 239).

**Určující znaky:**

- Bolest břicha
- Hypoaktivní střevní zvuky
- Snížená frekvence stolice
- Vzedmuté břicho
- Změna ve vzorci vyprazdňování střev
- Zvracení
- Zvýšený intraabdominální tlak

**Související faktory:**

- Nedostatečný příjem tekutin
- Snížená gastrointestinální motilita

**Priorita:** Vysoká

**Cíl krátkodobý:** Pacientka se vyprázdní do 5 hodin od hospitalizace.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka se bude pravidelně vyprazdňovat před ukončením hospitalizace.

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka zná příčinu svého onemocnění do 2 hodin.
- Pacientka se vyprázdní po podání klyzma do 4 hodin.
- Pacientka se pravidelně vyprazdňuje do 7 dní.
- Pacientka přijímá dostatečné množství tekutin do 2 hodin.

**Ošetřovatelské intervence:**

1. Edukuj pacientku o příčině vzniku zácpy, do 2 hodin, lékař.

2. Informuj pacientku o podání klyzma, dle ordinace lékaře, všeobecná sestra, lékař.
- 3 Vysvětlí způsob provedení klyzma, dle ordinace lékaře, všeobecná sestra, lékař.
4. Podej klyzma, dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.
5. Zhodnot' barvu, konzistenci, množství a četnost stolice, vždy, všeobecná sestra.
6. Proved' záznam stolice do zdravotnické dokumentace, vždy, všeobecná sestry.
7. Edukuj pacientku o provádění bilance tekutin, dle ordinace lékaře, všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitářka, pacientka.
8. Zznamenej veškerý příjem a výdej tekutin do zdravotnické dokumentace, vždy, všeobecná sestra.
9. Edukuj pacientku o vhodných opatření jako prevenci zácpy, před ukončením hospitalizace, lékař, všeobecná sestra.

#### **Realizace:**

V 11:48 byla pacientka přivezena na chirurgické standardní lůžkové oddělení a uložena na lůžko. v průběhu 1 hodiny došlo k rozhovoru lékaře s pacientkou, během kterého byla pacientka informována o svém zdravotním stavu a doporučené léčbě. Všeobecná sestra, pacientku seznámila s podáním klyzma, které bylo následně provedeno. O podání klyzma a jeho průběhu byl proveden záznam do ošetřovatelské dokumentace. Od příjmu na oddělení je zdravotním personálem sledována bilance tekutin. I přesto, že pacientky měla zavedenou NGS a nesměla přijímat nic ústy, byla řádně poučena o příjmu i výdeji a vše zaznamenáno do dokumentace. Lékař naplánoval edukaci o prevenci zácpy na den ukončení hospitalizace.

#### **Hodnocení:**

U pacientky došlo do 5 hodin od hospitalizace k vyprázdnění pomocí podaného klyzma a přineslo pacientce částečnou úlevu. Tímto byl krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl splněn nebyl, ošetřovatelské intervence 5, 6, 8 a 9 přetrvávají, přičemž ošetřovatelská intervence číslo 9, tedy edukace o prevenci zácpy, byla předběžně naplánována na den propuštění z nemocnice. Spolupráce s pacientkou byla naprosto bezproblémová, ačkoliv problém s vyprazdňováním stolice jí nebyl vůbec příjemný.

### 3.8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Dne 26.10.2021 byla pacientka přivezena synem do nemocnice na urgentní příjem pro bolesti břicha s propagací do levého podžebří, zvracení trvající asi 6 dní a zástavu stolice.

Zde byla vyšetřena lékařem, sepsána anamnéza, změřeny fyziologické funkce a posouzen zdravotní stav. Všeobecnou sestrou byl pacientce zaveden PŽK do kubitální jamky pravé horní končetiny a odebrána venózní krev na biochemické, hematologické a koagulační vyšetření. Dále byl pacientce proveden stěr z nosohltanu na PCR test covid-19, natočeno EKG, provedeno interní vyšetření, nativní RTG břicha a CT břicha a malé pánve s podáním kontrastní látky. Po zjištění výsledků zobrazovacích vyšetření a potvrzení diagnózy strangulačního ileu na tenkém střevě, byla pacientce zavedena pravou nosní dírkou nazogastriká sonda z důvodu odchodu žaludečního obsahu a převezena na chirurgické standardní lůžkové oddělení. Před odjezdem byla pacientce vysvětlena nutnost hospitalizace, podepsán souhlas s hospitalizací a nasazen identifikační náramek na levé zápěstí. Na oddělení byla pacientka uložena na lůžko, kde proběhlo opětovné fyzikální vyšetření (pohledem, poslechem, poklepem a pohmatem) a přijímací rozhovor lékaře s pacientkou, při kterém byl probrán plán léčby, se kterým pacientka souhlasila a byla poučena o léčebném režimu. Lékařem byla naordinována konzervativní terapie obsahující již zavedenou NGS, dietu NPO, neomezující pohybový režim s možností chůze, sledování fyziologických funkcí, sledování bolesti a celkového stavu pacientky, sledování bilance tekutin, stolice, odchod větrů, funkčnost a obsah z NGS. Pacientce byla odebrána moč na biochemické vyšetření a provedeno klyzma, po kterém nastala pouze částečná úleva. Hydratace a farmakoterapie byla podávána dle ordinace lékaře.

Během druhého dne hospitalizace byla pacientka přeložena na chirurgickou JIP, kde byl proveden operační výkon. Během laparoskopické revize byla uvolněna uskřinutá klička tenkého střeva ze strangulačního pruhu vzniklým srůsty jako důsledek po předchozí operaci dutiny břišní. Bez jakýchkoli komplikací byla třetí pooperační den přeložena zpět na chirurgické standardní lůžkové oddělení a po dvou dnech propuštěna do domácí péče.

První den hospitalizace byl proveden sběr informací pro zpracování celého ošetrovatelského procesu. S pacientkou byla výborná spolupráce i přesto, že byla velmi vyčerpaná a její lékařská diagnóza ji ohrožovala na životě. V porovnání s údaji

uvedenými v teoretické části neměla pacientka s diagnózou strangulačního ileu uskřínutého v pruhu úplně typické příznaky, a proto byl také odlišný postup terapie, který většinou vyžaduje bezodkladné chirurgické řešení.



## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Následující doporučení byla sestavena jednak na základě informací z odborné literatury, tak i ze zkušeností vyplývající z ošetřování pacienta s ileem. Tato doporučení by měla vést ke zlepšení zdravotního stavu a urychlení rekonvalescence pacientky. Mohou z nich čerpat pacienti se stejným onemocněním, jejich rodinní příslušníci a blízké pečující osoby, zdravotnický personál i veřejnost.

### Doporučení pro pacienta po ukončení hospitalizace

- Péče o operační ránu – omývat čistou vodou bez mýdla a následně důkladně vysušit. Po odstranění stehů promazávat nedráždivým krémem bez parfémace.
- Dodržovat klidový režim po dobu 2 týdnů s postupnou fyzickou zátěží dle tolerance.
- Nezatěžovat břišní stěnu – vstávat z lůžka z pozice na boku, dolní končetiny spustit z lůžka na podlahu a následně vertikalizovat hrudník, ze sedu pomalu vstát – pokud se takzvaně netočí hlava. Ulehat v opačném pořadí.
- Nenosit těžká břemena.
- Dostatečná hydratace – 2 litry veškerých tekutin za den.
- Dieta šetřící s postupnou zátěží stravou dle tolerance.
- Prevence zácpy – dostatek tekutin, vlákniny, pohybu.
- Návštěvy lékaře na chirurgické ambulanci z důvodu pooperačních kontrol.
- Poučení o možných pooperačních komplikacích a jejich projevech – případné vyhledání lékařské pomoci.
- Nebát se zeptat, případně si napsat dotazy a při pooperační kontrole probrat s lékařem.
- Užívání chronické medikace a volně prodejných analgetik dle potřeby.

### Doporučení pro rodinu

- Být pacientce oporou při návratu do běžného života.
- Povzbuzovat ke spolupráci.
- Být trpělivý a empatický.
- Zajímat se o doporučení vhodná pro pacientku.
- Poskytnou dostatek času na veškeré aktivity.

## **Doporučení pro zdravotnický personál**

- Pacientka je bio-psycho-sociální bytost.
- Péče o operační ránu.
- Sledování příjmu tekutin a stravy.
- Sledování výdeje tekutin a vylučování stolice.
- Individuální a empatický přístup.
- Podávání informací v dostatečném množství.
- Zajištění dostatku času a soukromí při všech úkonech.
- Zajištění klidného a tichého prostředí.
- Aktivní komunikace.
- Sledování pacientčinych verbálních i neverbálních projevů.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zpracována na téma ošetrovatelský proces u pacienta s ileem. Ileus neboli střevní neprůchodnost je velmi závažný stav, patřící mezi neúrazové náhlé příhody bříšní, které se vyznačují náhlým vznikem většinou z pocitu plného zdraví s poměrně rychlým průběhem, kdy je pacient ohrožen na zdraví i na životě.

Bakalářská práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část, přičemž v teoretické části na základě informací získaných z odborné literatury byla popsána definice onemocnění, anatomie a fyziologie střev, patofyziologie, klasifikace, klinický obraz, diagnostika, terapie, rehabilitace a prognóza ileu. V závěru teoretické části byla uvedena kapitola specifika ošetrovatelské péče u pacienta s ileem. Cílem praktické části práce bylo zpracování tématu metodou ošetrovatelského procesu, během kterého byla systematicky zhodnocena pacientka, získány veškeré údaje, zanalyzovány údaje výsledků a stanoveny vzorce zdraví podle modelu Marjory Gordonové. Následně byly vytvořeny ošetrovatelské diagnózy dle Taxonomie II NANDA I a dvě z nich podrobně rozpracovány. Celý ošetrovatelský proces byl realizován u pacientky hospitalizované na chirurgickém standardním lůžkovém oddělení během prvního dne hospitalizace. V závěr praktické části byla na základě teoretických a praktických znalostí získaných zpracováním této práce vytvořena doporučení pro praxi. Cíle stanovené pro teoretickou i praktickou část byly splněny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTŮNĚK, P. a kol., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.

ČSN ISO 690: 2011. *Informace a dokumentace – Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví. Třídící znak 01 0197.

DYLEVSKÝ, I., 2013. *Základy funkční anatomie člověka*. Praha: ČVUT. ISBN 978-80-0105-249-5.

DYLEVSKÝ, I., 2019. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2111-3.

HUDÁK, R. a kol., 2017. *Memorix anatomie*. 4. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-420-0.

JENÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. akt. a doplnění vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6.

KOCINOVÁ, S., Z. ŠTERBÁKOVÁ a Š. ERBANOVA, 2018. *Přehled nejužívanějších léčiv*. 7. vydání. Praha: Informatorium. ISBN 978-80-7333-131-3.

LIBOVÁ, L., H. BALKOVÁ a M. JANKECHOVÁ, 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0710-0.

LIBOVÁ, L. et al., 2020. *Ošetrovatel'stvo v chirurgii. Hodnotiaca a meracie nástroje*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-491-9.

MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.

MELLOVÁ, Y. et al., 2018. *Anatómia človeka pre nelekárske študijné programy*. 2. vydání. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-454-4.

NANDA INTERNATIONAL, 2020. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace*. Editor: HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU. 2018-2020. 11. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0710-0.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2020. *Metodologie tvorby bakalářské práce. Text pro posluchače zdravotnických nelékařských programů vysoké školy zdravotnické, o.p.s.* 1. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7. ISBN 978-80-88249-21-4.

PLEVOVÁ, I. a kol., 2018. *Ošetrovatelství I. 2.* přepracované a doplnění vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.

PLEVOVÁ, I. a kol., 2021. *Sestra a akutní stavy od a do Z.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0890-9.

PODRAZILOVÁ, P. a kol., 2016. *Teorie ošetrovatelství: skripta pro bakalářské studijní obory*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7494-297-6.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I. 2.* vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2900-5.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2021. *Ošetrovatelství v chirurgii II. 2.* vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1718-5.

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

TÓTHOVÁ, V. a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2.* akt. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

VIGUÉ, J., 2007. *Atlas lidského těla. 2.* vydání. Čestlice: Rebo. ISBN 978-80-7234-734-6.

VOKURKA, M. a J. HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník. 10.* akt. vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-464-2.

ZÁMEČNÍK, J., 2019. *Patologie 2.* Praha: Prager Publishing. ISBN 978-80-270-6457-1.

ZEMAN, M. a Z. KRŠKA, 2014. *Speciální chirurgie*. Praha: Galém. ISBN 978-80-749-2128-5.

## **PŘÍLOHY**

Příloha A – Průvodní list k rešerši .....	I
Příloha B – Čestné prohlášení .....	II
Příloha C – Žádost o umožnění sběru dat .....	III
Příloha D – Obrázek GIT .....	IV
Příloha E – Hodnotící škály .....	V

## **Příloha A – Průvodní list k rešerši**

### **PRŮVODNÍ LIST k REŠERŠI**

**Jméno:** Lenka Petrová, DiS.

**Název práce:** Ošetrovatelský proces u pacienta s ileem

**Jazykové vymezení:**

čeština, slovenština

**Klíčová slova:**

ileus - střevní obstrukce - akutní bolest břicha - tenké střevo - tlusté střevo - ošetrovatelská péče - ošetrovatelský proces

**Rešeršní strategie**

je kombinací různých způsobů hledání - **neváže se pouze na klíčová slova**, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“, případně Termíny MeSH, nemusí se nutně shodovat s Vámi zadanými klíčovými slovy, neboť vycházíme z tezauru použitých databází

**Časové vymezení:**

2011-2021 (monografie: 2001-2021)

**Počet záznamů:**

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu tuzemské zdroje - (KNIHY a ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

**Celkem:** 81 záznamů (monografie: 11; články, abstrakta, kapitoly: 61; vysokoškolské kvalifikační práce: 9)

**Použitý citační styl:**

Bibliografický záznam v portálu MEDVIK (Bibliomedica)

ČSN ISO 690

**Zdroje:**

Katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)) a databáze BMČ

Theses.cz- národní registr a systém pro odhalování plagiátů mezi závěrečnými vysokoškolskými kvalifikačními pracemi

**Zpracoval:**

PhDr. Ondřej Burský

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54

121 32 Praha 2

E-mail: [bursky@nlk.cz](mailto:bursky@nlk.cz)

Zdroj: Národní lékařská knihovna, 2021

## **Příloha B – Čestné prohlášení**

### **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s ileem v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 12.3.2022

.....  
Lenka Petrová

Zdroj: AUTOR, 2022



Příloha C – Žádost o umožnění sběru dat



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

**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ  
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

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

Příjmení a jméno studenta	TETDOVA' LENKA	
Studijní obor	VĚDOBECNÉ NĚTĚVATELTVÍ	Ročník 3.
Téma práce	OŠETŘOVATELSKÝ PŘECES U PACIENTA S ILEEM	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	NEMOCNICE JINDŘ. HRADEC, o. s. U NEMOCNICE 380/III, 377 01 J. HRADEC	
Jméno vedoucího práce	MGR. ZADKA DOUBIČKOVÁ, MBA	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Dana VELIMSKÁ, MBA hlavní sestra Nemocnice Jindřichův Hradec, o. s.	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis Mgr. ROUSŮVĚNÁ, MSc. Mgr. Dana Velimská! Věd. náměstkyně, MBA

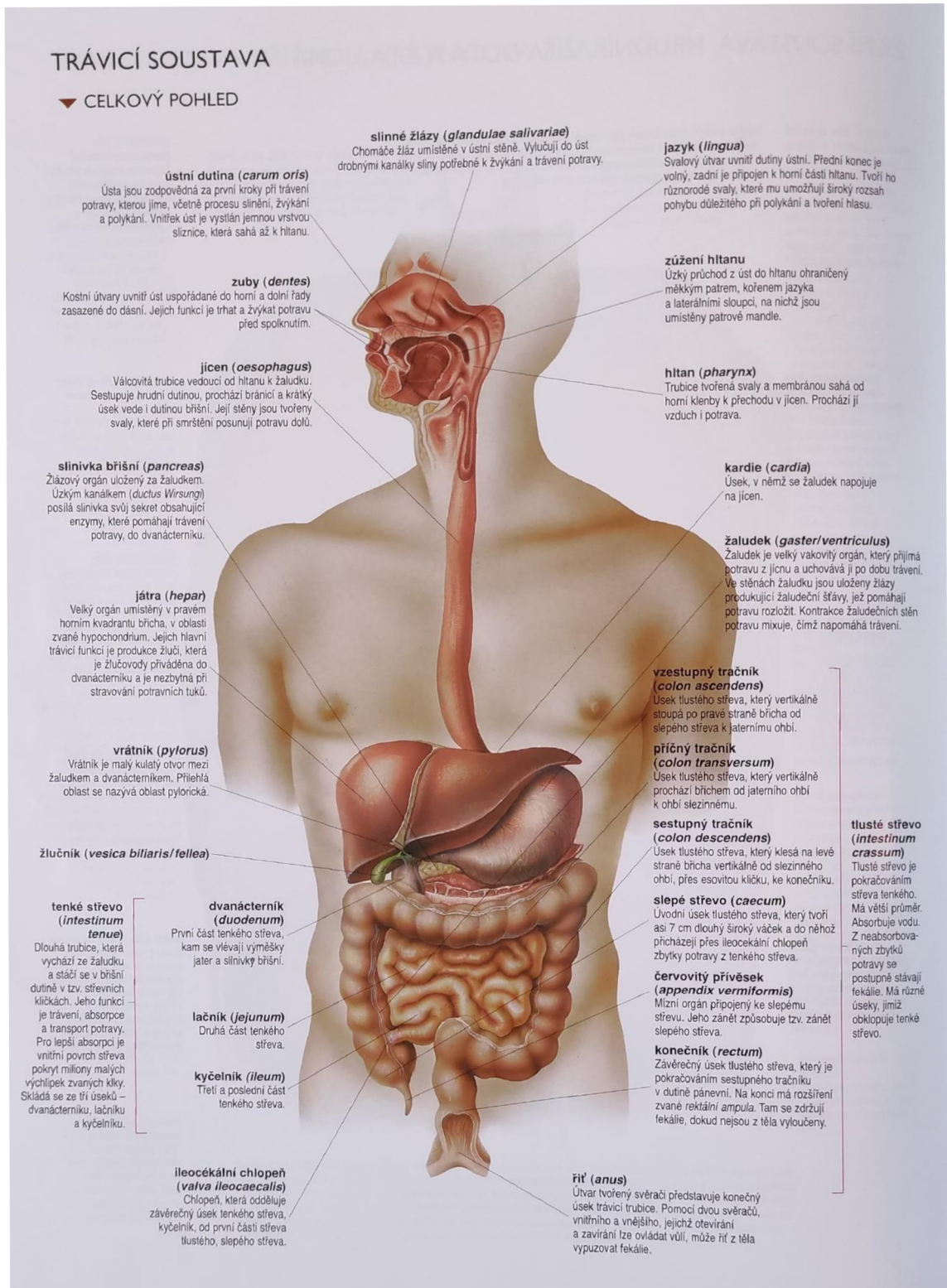
**Nemocnice Jindřichův Hradec, o. s.**  
U Nemocnice 380/III  
377 08 Jindřichův Hradec  
IČ 254 95 157 IČO CZ26095157  
DIČ pro DPH CZ590005400 24

V J. HRADCI dne 30. 11. 21

*Lenka Tetdová*  
podpis studenta

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, 2021

## Příloha D – Obrázek GIT



Zdroj: VIGUÉ, J., 2007. *Atlas lidského těla*. 2. vydání. Čestlice: Rebo., 92 s. ISBN 978-80-7234-734-6.

BARTHELŮV TEST VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ			Rozšířená stupnice Nortonovy riziko kožní integrity vzniká při 25 bodech a méně			Zjištění rizika pádu, riziko pádu vzniká při 4 a více bodech:																						
Přijem potravy a léků	Samostatně bez pomoci	10	Schopnost spolupráce	Úplná	4	Pohyb	Neomezený	0	Vyprazdňování	Používá pomůcky	1	Medikace	Potřebuje pomoc k pohybu	1	Smyslové poruchy	Žádné	0	Mentální status	Orientován	0	Věk	18 - 65	0	Pád v anamnéze	1	Datum	součet	
	S pomoci	5		Částečně omezená	3		Neschopen přesunu	1		Užívá léky ze skupiny (diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky, benzodiazepiny)	1		Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1		65 a výše	1											
	Neprovede	0		Velmi omezená	2		Nevyžaduje pomoc	0					Občasná / noční desorientace	1		65 a výše	1											
Oblékání samostatně	Bez pomoci	10	Věk	Žádná	1	Stav pokožky	Normální	4	V anamnéze nykturie / inkontinence	Vyžaduje pomoc	1	Historie desorientace / demence	1	Věk	18 - 65	0	Pád v anamnéze	1	Datum	součet								
	S pomoci	5		<10	4		Alergie	3					Historie desorientace / demence		1	65 a výše		1										
	Neprovede	0		<30	3		Vlhká	2					Občasná / noční desorientace		1	65 a výše		1										
Koupání	Samostatně nebo s pomoci	5	<60	2	Přidružené onemocnění	Suchá	1	Smyslové poruchy	Žádné	0	Mentální status	Orientován	0	Věk	18 - 65	0	Pád v anamnéze	1	Datum	součet								
	Neprovede	0	>60	1		DM, ↑TT	3		Smyslové poruchy	Vizuální, sluchové, smyslový deficit		1	Mentální status		Občasná / noční desorientace	1		Věk		65 a výše	1	Pád v anamnéze	1	Datum	součet			
						Anemie, kachexie, trombóza, obezita	2																					
				Karcinom	1																							
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	5	Stav pokožky	Normální	4	Fyzický stav	Dobry	4	Smyslové poruchy	Žádné	0	Mentální status	Orientován	0	Věk	18 - 65	0	Pád v anamnéze	1	Datum	součet							
	Neprovede	0		Alergie	3		Fyzický stav	Zhoršený		3	Smyslové poruchy		Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1		Mentální status	Občasná / noční desorientace		1		Věk	65 a výše	1	Pád v anamnéze	1	Datum	součet	
				Vlhká	2			Fyzický stav		Špatný			2	Smyslové poruchy			Žádné		0			Mentální status	Občasná / noční desorientace		1		Věk	65 a výše
				Suchá	1	Fyzický stav			Velmi špatný	1		Smyslové poruchy	Vizuální, sluchové, smyslový deficit		1		Mentální status	Občasná / noční desorientace	1	Věk			65 a výše		1			Pád v anamnéze
Kontinence moči	Plně kontinentní	10	Přidružené onemocnění	DM, ↑TT	3		Stav vědomí		Bdělý	4	Smyslové poruchy		Žádné		0	Mentální status		Občasná / noční desorientace	1		Věk		18 - 65	0	Pád v anamnéze	1		
	Občas inkontinentní	5		Přidružené onemocnění	Anemie, kachexie, trombóza, obezita			2	Stav vědomí	Zhoršený			3	Smyslové poruchy	Vizuální, sluchové, smyslový deficit			1	Mentální status			Občasná / noční desorientace	1	Věk		65 a výše	1	
	Trvale inkontinentní	0			Přidružené onemocnění	Karcinom		1		Stav vědomí		Špatný	2		Smyslové poruchy		Žádné	0		Mentální status		Občasná / noční desorientace	1			Věk	65 a výše	1
		Přidružené onemocnění					Stav vědomí	Velmi špatný			1	Smyslové poruchy	Vizuální, sluchové, smyslový deficit			1	Mentální status	Občasná / noční desorientace			1	Věk	65 a výše		1		Pád v anamnéze	1
Kontinence stolice	Plně kontinentní		10	Fyzický stav		Dobry		4	Stav vědomí		Bdělý		4	Smyslové poruchy		Žádné		0	Mentální status		Občasná / noční desorientace		1	Věk	18 - 65			0
	Občas inkontinentní		5		Fyzický stav	Zhoršený		3		Stav vědomí	Zhoršený		3		Smyslové poruchy	Vizuální, sluchové, smyslový deficit		1		Mentální status	Občasná / noční desorientace		1		Věk	65 a výše		1
	Plně inkontinentní	0	Fyzický stav			Špatný	2	Stav vědomí			Špatný	2	Smyslové poruchy			Žádné	0	Mentální status			Občasná / noční desorientace	1	Věk			65 a výše	1	Pád v anamnéze
		Fyzický stav		Velmi špatný		1	Stav vědomí		Velmi špatný		1	Smyslové poruchy		Vizuální, sluchové, smyslový deficit		1	Mentální status		Občasná / noční desorientace		1	Věk		65 a výše		1	Pád v anamnéze	
Použití WC	Samostatně bez pomoci			10	Aktivita	Chodí			4	Aktivita	Chodí			4	Smyslové poruchy	Žádné			0	Mentální status	Občasná / noční desorientace			1	Věk	18 - 65		
	S pomoci		5	Aktivita		Chodí s doprovodem		3	Aktivita		Chodí s doprovodem		3	Smyslové poruchy		Vizuální, sluchové, smyslový deficit		1	Mentální status		Občasná / noční desorientace		1	Věk		65 a výše		1
	Neprovede	0	Aktivita			Sedačka	2	Aktivita			Sedačka	2	Smyslové poruchy			Žádné	0	Mentální status			Občasná / noční desorientace	1	Věk			65 a výše	1	Pád v anamnéze
		Aktivita			Leží	1	Aktivita			Leží	1	Smyslové poruchy			Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1	Mentální status			Občasná / noční desorientace	1	Věk			65 a výše	1	Pád v anamnéze	
Přesun na lůžko / židli	Samostatně bez pomoci			15	Mobilita	Úplná			4	Mobilita	Úplná			4	Smyslové poruchy	Žádné			0	Mentální status	Občasná / noční desorientace			1	Věk	18 - 65		
	S malou pomocí		10	Mobilita		Částečně omezená		3	Mobilita		Částečně omezená		3	Smyslové poruchy		Vizuální, sluchové, smyslový deficit		1	Mentální status		Občasná / noční desorientace		1	Věk		65 a výše		1
	Vydrží sedět	5	Mobilita			Velmi omezená	2	Mobilita			Velmi omezená	2	Smyslové poruchy			Žádné	0	Mentální status			Občasná / noční desorientace	1	Věk			65 a výše	1	Pád v anamnéze
Neprovede	0	Mobilita			Žádná	1	Mobilita			Žádná	1	Smyslové poruchy			Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1	Mentální status			Občasná / noční desorientace	1	Věk			65 a výše	1	Pád v anamnéze	
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m			15	Inkontinence	Není			4	Inkontinence	Není			4	Smyslové poruchy	Žádné			0	Mentální status	Občasná / noční desorientace			1	Věk	18 - 65		
	S pomoci 50 m		10	Inkontinence		Občas		3	Inkontinence		Občas		3	Smyslové poruchy		Vizuální, sluchové, smyslový deficit		1	Mentální status		Občasná / noční desorientace		1	Věk		65 a výše		1
	Na vozíku	5	Inkontinence			Převážně moč	2	Inkontinence			Převážně moč	2	Smyslové poruchy			Žádné	0	Mentální status			Občasná / noční desorientace	1	Věk			65 a výše	1	Pád v anamnéze
Neprovede	0	Inkontinence			Moč i stolice	1	Inkontinence			Moč i stolice	1	Smyslové poruchy			Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1	Mentální status			Občasná / noční desorientace	1	Věk			65 a výše	1	Pád v anamnéze	
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci			10	Inkontinence	Datum			součet	Inkontinence	Datum			součet	Smyslové poruchy	Žádné			0	Mentální status	Občasná / noční desorientace			1	Věk	18 - 65		
	S pomoci		5	Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy		Vizuální, sluchové, smyslový deficit		1	Mentální status		Občasná / noční desorientace		1	Věk		65 a výše		1
	Neprovede	0	Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy			Žádné	0	Mentální status			Občasná / noční desorientace	1	Věk			65 a výše	1	Pád v anamnéze
		Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy			Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1	Mentální status			Občasná / noční desorientace	1	Věk			65 a výše	1	Pád v anamnéze	
Hodnocení stupně závislosti 0-40b vysoce závislý	Datum			součet	Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy	Žádné			0	Mentální status	Občasná / noční desorientace			1	Věk	18 - 65		
				Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy		Vizuální, sluchové, smyslový deficit		1	Mentální status		Občasná / noční desorientace		1	Věk		65 a výše		1
			Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy			Žádné	0	Mentální status			Občasná / noční desorientace	1	Věk			65 a výše	1	Pád v anamnéze
45-60b závislost středního stupně					Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1			Mentální status	Občasná / noční desorientace	1			Věk	65 a výše	1	
				Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy		Žádné	0		Mentální status		Občasná / noční desorientace	1		Věk		65 a výše	1	
			Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy			Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1	Mentální status			Občasná / noční desorientace	1	Věk			65 a výše	1	Pád v anamnéze
65-95b lehká závislost					Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy	Žádné	0			Mentální status	Občasná / noční desorientace	1			Věk	18 - 65	0	
				Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy		Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1		Mentální status		Občasná / noční desorientace	1		Věk		65 a výše	1	
			Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy			Žádné	0	Mentální status			Občasná / noční desorientace	1	Věk			65 a výše	1	Pád v anamnéze
100b nezávislý					Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1			Mentální status	Občasná / noční desorientace	1			Věk	65 a výše	1	
				Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy		Žádné	0		Mentální status		Občasná / noční desorientace	1		Věk		65 a výše	1	
			Inkontinence					Inkontinence					Smyslové poruchy			Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1	Mentální status			Občasná / noční desorientace	1	Věk			65 a výše	1	Pád v anamnéze

Riziko nedostatečné výživy vzniká, pokud je odpověď na některou otázku ANO	datum	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
1. Je BMI < 20,5?													
2. Došlo u pacienta v průběhu 3 měsíců k nechtěné ztrátě hmotnosti?													
3. Měl pacient poslední týden snížený příjem stravy?													
4. Je pacient těžce nemocný? (např. onkol. onem., orgánová selhání, závažná infekce, sepsa, CMP, velké chir. výkony)													
5. Pacienta nelze zvážit, změřit, nete od něho získat informace?													