

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

Ošetrovatelský proces u pacienta se střevní neprůchodností

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kristýna Svobodová

Praha 2021

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

Ošetrovatelský proces u pacienta se střevní neprůchodností

Bakalářská práce

Kristýna Svobodová

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Vladimír Koutecký

Praha 2021



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

SVOBODOVÁ Kristýna
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

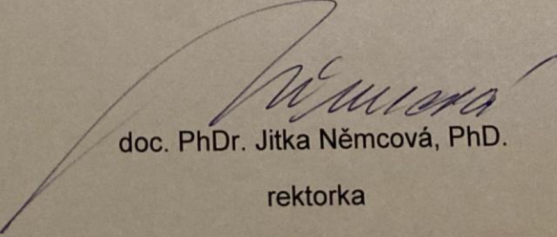
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta se střevní neprůchodností

Nursing Proces in a Patient with Intestinal Atresia

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Vladimír Koutecký

V Praze dne 1. listopadu 2019



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 neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Vladimíru Kouteckému za jeho trpělivost, podporu, odborné vedení a cenné rady i připomínky.

ABSTRAKT

SVOBODOVÁ, Kristýna. *Ošetrovatelský proces u pacienta se střevní neprůchodností.*

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.).

Vedoucí práce: Mgr. Vladimír Koutecký. Praha. 2021 69s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta se střevní neprůchodností. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je stručně popsána medicínská problematika náhlých příhod břišních obecně, rozdělení onemocnění na podskupiny. Dále práce zahrnuje samotné téma střevní neprůchodnost, jeho medicínskou problematiku, prevenci, diagnostiku, terapii a stomie. V praktické části bakalářské práce je popsána kazuistika u pacienta se střevní neprůchodností a ošetrovatelský proces včetně ošetrovatelské anamnézy podle modelu Marjory Gordon. V praktické části jsou dále dle ošetrovatelských problémů vypracovány diagnózy podle NANDA I taxonomie II 2015-2017 a následné doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Střevo, pacient, náhlá příhoda břišní, ileus, překážka, stomie, peristaltika.

ABSTRACT

SVOBODOVÁ, Kristýna. *Nursing Process in a Patient with Intestinal Atresia* Medical College. Degree: Bachelor (Bc.)

Supervisor: Mgr. Vladimír Koutecký. Prague. 2021 69 p.

The bachelor thesis deals with the nursing process in a patient with intestinal atresia. The bachelor thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part briefly describes the medical issue of sudden abdominal events in general, then divided into subgroups. Furthermore, the thesis includes also the sole topic of intestinal obstruction, its medical problem, prevention, diagnosis and therapy, stoma. In the practical part of the bachelor thesis, a case study in a patient with an intestinal obstruction is described as well as the nursing process including nursing history according to the Marjory Gordon model. In the practical part, according to relevant nursing problems, diagnosis according to NANDA I Taxonomy II 2015-2017 and subsequent recommendations for practice are elaborated.

Keywords

Intestine, patient, sudden abdominal, ileus, obstacle, ostomy, peristalsis.

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 ANATOMIE	14
1.1 TENKÉ STŘEVO (INTESTINUM TENUE).....	14
1.1.1 DVANÁCTNÍK (DUODENUM)	14
1.1.2 LAČNÍK A KYČELNÍK (JEJUNUM ET ILEUM)	15
1.2 TLUSTÉ STŘEVO (INTESTINUM CRASSUM).....	15
1.2.1 SLEPÉ STŘEVO (CAECUM).....	15
1.2.2 VZESTUPNÝ TRAČNÍK (COLON ASCENDENS).....	15
1.2.3 PŘÍČNÝ TRAČNÍK (COLON TRANSVERSUM).....	16
1.2.4 SESTUPNÝ TRAČNÍK (COLON DESCENDENS)	16
1.2.5 ESOVITÝ TRAČNÍK (COLON SIGMOIDEUM)	16
1.2.6 KONEČNÍK (RECTUM).....	16
2 NÁHLÉ PŘÍHODY BŘÍŠNÍ	17
2.1 ROZDĚLENÍ NÁHLÝCH PŘÍHOD BŘÍŠNÍCH (NPB)	18
3 CHARAKTERISTIKA A KLASIFIKACE STŘEVNÍ NEPRŮCHODNOSTI. 19	
3.1 PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ.....	19
3.2 SOUVISEJÍCÍ TERMÍNY	19
3.2.1 SUBILEUS.....	19
3.2.2 PSEUDOOBSTRUKCE	19
3.2.3 OGILVIEHO SYNDROM.....	20
3.2.4 MEGAREKTUM, MEGAKOLON	20
3.3 KLASIFIKACE ILEU	20
3.3.1 CÉVNÍ ILEUS	20
3.3.2 NEUROGENNÍ ILEUS	21
3.3.3 MECHANICKÝ ILEUS	22
3.4 DIAGNOSTIKA ILEU	24
3.5 TERAPIE.....	26
3.6 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	27
3.7 POOPERAČNÍ PÉČE	28
3.8 STOMIE	30
3.8.1 KOLOSTOMIE.....	30

3.8.2 ILEOSTOMIE.....	31
3.8.3 KOMPLIKACE.....	31
3.8.4 EDUKACE PACIENTA.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE STŘEVNÍ NEPRŮCHODNOSTÍ	34
4.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE	34
4.2 ANAMNÉZA	37
4.3 POSOUZENÍ PACIENTKY ZE DNE 3. 2. 2021 (první den hospitalizace)...	38
4.4 UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II.....	42
4.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT 3. 2 2021	47
4.6 OPERAČNÍ LÉČBA ze dne 3.2.2020.....	49
4.7 KONZERVATIVNÍ LÉČBA	50
4.8 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 3. 2 2021	51
4.9 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	52
4.10 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	63
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	64
ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATUTRY:.....	67
INTERNETOVÉ ZDROJE:	69
PŘÍLOHY	LXX

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

AST – aspartátaminotransferáza

ALP – alkalická fosfatáza

ALT – alaninaminotrasferáza

CK – kreatinkináza

CT – počítačová tomografie

D – dech

EKG – ektrokardiografie

GGT – glutamyltransferáza

i.v. – intravenózně

KRK – kolorektální karcinom

MR – magnetická rezonance

NSB – nativní snímek břicha

P – puls

SpO₂ – saturace krve kyslíkem

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

APPE – appendektomie

CHCE – cholecystektomie

(VOKURKA, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

AUSKULTACE – vyšetření poslechem

BAGATELIZACE – zlehčovat, podceňovat, znevažovat příznaky onemocnění

DISTENZE – roztažení, rozpětí orgánu

GRANULOMATÓZNÍ – zánět charakterizovaný výskytem granulomů

HEMOPERITONEUM – přítomnost volné krve v dutině břišní

HYPERTENZE – zvýšený krevní tlak

HYPOXIE – nedostatek kyslíku ve tkáni

INDIKACE – platný důvod pro použití určitého testu, medikace, výkonu

ISCHEMIE – nedokrvenost, zastavení přítoku tepenné krve do tkáně

KARCINOM – zhoubný nádor, vznikající z buněk kožního, slizničního, žláзовého povrchu

KONKREMENT – pevné útvary vznikající v orgánových vývodech

MALIGNÍ NÁDOR – zhoubný nádor

METEORISMUS – nadměrné nahromadění plynu v zažívacím traktu

MEZENTERIUM – zdvojená vrstva pobřišnice

NAUZEA – nevolnost

OBTURACE – ucpání dutého orgánu

PALPACE – vyšetření pohmatem

PERISTALTIKA – rytmický pohyb stěn dutých orgánů

PERKUSE – vyšetření poklepem

PER RECTUM – přes konečník

PERFORACE – protržení stěny orgánu

POLYP – výrůstek na sliznici

RETROPERITONEUM – štěrbinovitý prostor na zadní stěně břišní

REZISTENCE – odolnost

RESEKCE – odstranění části nebo celého orgánu

STOMIE – vyústění dutého orgánu napovrch

STRANGULACE – zaškrcení, uškrcení

TACHYKARDIE – zvýšená tepová frekvence

TACHYPNOE – zvýšená frekvence dýchání

TUMOR – jakékoliv lokalizované zatvrdnutí či otok tkáně

TROMBUS – krevní sraženina

TROMBOCYTÓZA – zvýšené množství krevních destiček

(VOKURKA, 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje	35
Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí	35
Tabulka 3 Biochemické vyšetření krve	47
Tabulka 4 Hematologické vyšetření krve	48
Tabulka 5 Medikamentózní léčba za hospitalizace	50

ÚVOD

Mezi náhlé příhody břišní se řadí onemocnění, které se nazývá ileus neboli střevní neprůchodnost. Náhlé příhody břišní obecně nastupují z plného zdraví pacienta, nastupující rychlý průběh ohrožuje člověka na životě často i v krátkém časovém rozmezí. Nejdůležitějším krokem je včasná diagnostika, která může zachránit život člověka. Při příjmu pacienta, je sepsána podrobná anamnéza, která je důležitá pro diagnostiku. Někteří lidé svůj stav podceňují a lékařskou pomoc vyhledají příliš pozdě, proto jejich nedbalost často ohrozí jejich život. Pacient musí být dostatečně prošetřen, protože podání některých léků může ovlivnit správnou a včasnou diagnostiku a zkreslit klinický obraz (analgetika). Pacienti s náhlou příhodou břišní jsou poměrně často hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče a bezprodlěně po zjištění příčiny indikovány k operačnímu výkonu.

Náhlé příhody břišní se dělí na úrazové a neúrazové, tato bakalářská práce byla zaměřena na neúrazové náhlé příhody břišní, konkrétně na střevní neprůchodnost neboli ileus. U tohoto onemocnění je typická vysoká morbidita a mortalita i přes pokroky v medicíně. Průběh onemocnění a prognóza závisí na věku pacienta, druhu střevní neprůchodnosti, délce trvání onemocnění, dalších přidružených nemocech pacienta, včasné diagnostice. Ileus je onemocnění, které vyžaduje akutní a správnou diagnózu a včasné zahájení léčby. V léčbě většinou převažuje operační řešení ileu. Je tedy potřeba si uvědomit, že navštívit lékařskou pomoc není zbytečné, ale může zachránit život člověka.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Shrnout poznatky z dostupné odborné literatury, které se týkají střevní neprůchodnosti.

Cíl 2: Popsat problematiku onemocnění střevní neprůchodnosti.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracovat ošetřovatelský proces u pacienta se střevní neprůchodností.

Cíl 2: Stanovit ošetřovatelské diagnózy dle NANDA International 2015-2017 taxonomie II.

Pro tvorbu a konkretizaci tématu bakalářské práce byla použita následující vstupní literatura:

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS. *Vybrané kapitoly intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing , 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.

KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory (Učební texty, Univerzita Karlova)*. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-2464-058-7.

LUKÁŠ Karel, Jiří HOCH a kol. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0353-9.

VODIČKA, Josef a kol. *Speciální chirurgie*. 2. Praha: Karolinum Press, 2014. ISBN 978-80-2462-512-6.

Popis rešeršní strategie

V této bakalářské práci s názvem Ošetřovatelský proces u pacienta se střevní neprůchodností proběhlo vyhledávání odborné literatury a odborných článků v období 2020-2021. Dle klíčových slov, které byly v této práci použity, byla zpracována rešerše v lékařské knihovně. Klíčová slova, která byla použita k vyhledávání: střevo, pacient,

náhlá příhoda břišní, ileus, překážka, stomie, peristaltika. Pro tvorbu této bakalářské práce bylo využito 5 knih z rešerše.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE

1.1 TENKÉ STŘEVO (INTESTINUM TENUE)

Tento orgán je považován za nejdelší oddíl trávicího traktu. Jeho vzhled se podobá trubici, která je dlouhá přibližně 3 až 5 m (délka za života kolísá), jeho šířka činí zhruba 3 cm. Hlavní funkcí je vstřebávání živin. Sliznice na povrchu střeva je kryta jednoduchým jednovrstevným cylindrickým epitelem. Za zvětšením aktivní vstřebávací plochy mohou tzv. mikrokilky, které ční z povrchu epiteliálních buněk (enterocytů), ale pouze na jedné straně (do dutiny střeva). Sliznice obsahuje velké množství drobných žlázek (glandulae intestinales), tvoří střevní tekutinu (hlen, střevní šťávy). Tenké střevo dále obsahuje podslizniční vazivo, hladkou svalovinu, serózní blánu. Hladká svalovina je zevnitř upravena do kruhové vrstvy a z venku do podélné vrstvy, toto uspořádání umožňuje střevu neustálé promíchávání tráveniny. Trávenina je promíchávána kývavými a segmentačními pohyby. Tenké střevo se rozděluje na dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum), kyčelník (ileum). (OREL, 2019)

1.1.1 DVANÁCTNÍK (DUODENUM)

Dvanáctník je zpravidla nejkratší úsek tenkého střeva, měří zhruba 20 až 28 cm. Nachází se mezi lačníkem a žaludkem. Z pravé strany tato část tenkého střeva obkružuje hlavu slinivky. Je pevně přirostlý pomocí adventicie na zadní břišní stěně, proto má stálou polohu. Dvanáctník má jednotlivé části: horní část (pars superior), sestupnou část (pars descendens), dolní část (pars inferior), vzestupnou část (pars ascendens). Do sestupné části ústí společně slinivkový vývod (ductus pancreaticus) a hlavní žlučovod (ductus choledochus) toto místo se nazývá Vaterská papila. Oddiho svěrač, na sestupné části duodena, uzavírá a brání vstup těchto vývodů před pronikáním kyselé tráveniny z duodena. Duodenum řídí trávicí děje tím, že tvoří a vylučuje hormony, které mají vliv na pohyb stěn. (KACHLÍK, 2018)

1.1.2 LAČNÍK A KYČELNÍK (JEJUNUM ET ILEUM)

Lačník a kyčelník jsou složeny do kliček a navazují na dvanáctník. V břišní dutině má lačník umístění spíše vlevo nahoře a kyčelník spíše vpravo dole. Lačník a kyčelník jsou v dutině břišní zavěšeny na tzv. okruží (mesenterium), který obsahuje krevní a mízní cévy a také nervy a tím zásobuje lačník a kyčelník. Okruží obsahuje také tuk, který je proměnlivý a imunitní dohled zde vykonává tzv. lymfatická tkáň. Kyčelník se na jeho konci spojuje k tlustému střevu. (KACHLÍK, 2018)

1.2 TLUSTÉ STŘEVO (INTESTINUM CRASSUM)

Tento orgán navazující na dvanáctník tenkého střeva dosahuje délky zhruba 1,5 až 2 m. Jeho šířka je přibližně 5 až 8 cm. Začíná vakovitým rozšířením slepého střeva (coecum) v pravé kyčelní jámě. Rozlišují se další části tlustého střeva: tračník vzestupný (colon ascendens), tračník příčný (colon transversum), tračník sestupný (colon descendens), tračník esovitý (colon sigmoideum), konečník (rectum), který je ukončen řitním otvorem (anus). Sliznice střeva má bledou barvu bez klků, proto má vstřebávací vlastnosti menší než tenké střevo. V tlustém střevě se nachází velké množství žláz, které produkují hlen, který má funkci ochrany. Tlusté střevo obsahuje početné množství bakterií (anaerobních). Funkce tohoto orgánu spočívá v dokončení zpracování tráveniny pomocí hnilobných procesů. (KITTNAR a kol., 2020)

1.2.1 SLEPÉ STŘEVO (CAECUM)

V kyčelní jámě se nachází tato vakovitě rozšířená část tlustého střeva. Z vnějšku je povrch pokryt pobřišnicí. Z mediální stěny slepého střeva odstupuje tzv. červovitý výběžek slepého střeva (apendix vermiformis), každý člověk může mít jinou polohu a délku tohoto výběžku. Nejčastěji se nachází v pravém podbříšku, ale někdy sestupuje do malé pánve. Ucpání appendixu tuhou stolicí, cizím tělesem, případně i nádorem, způsobuje apendicitidu, neboli zánět červovitého výběžku slepého střeva. (KACHLÍK, 2018)

1.2.2 VZESTUPNÝ TRAČNÍK (COLON ASCENDENS)

Tato část tlustého střeva je nepohyblivá, neboli přisedlá a pod játry přechází na pravé tračnickové ohbí (flexura coli dextra) do příčného tračníku. (KACHLÍK, 2018)

1.2.3 PŘÍČNÝ TRAČNÍK (COLON TRANSVERSUM)

Tato část tlustého střeva je pohyblivá, má široký závěs. Příčný tračník se nachází před kličkami tenkého střeva. Má tvar písmene U. Přečází doleva ke slezině a zde přečází v levé tračnickové ohbí (flexura coli sinistra). (KACHLÍK, 2018)

1.2.4 SESTUPNÝ TRAČNÍK (COLON DESCENDENS)

Tato část tlustého střeva je nepohyblivá, neboli přisedlá. V levé kyčelní jámě se napojuje na esovitý tračník. (KACHLÍK, 2018)

1.2.5 ESOVITÝ TRAČNÍK (COLON SIGMOIDEUM)

Široký závěs esovitého tračníku zajišťuje jeho pohyblivost, jeho tvar je zakřivený. V malé pánvi esovitý tračník přečází v konečník. (KACHLÍK, 2018)

1.2.6 KONEČNÍK (RECTUM)

Je uložen vzadu v malé pánvi a je to poslední část zažívacího ústrojí. Rozděluje se na horní část, kterou tvoří tzv. ampulla, její sliznice je vystlána jednovrstevným cylindrickým epitelem. Další část tvoří krátký řitní kanál (canalis analis), nachází se zde vícevrstevný dlaždicový epitel a jeho podsliznice obsahuje podslizniční vazivo s bohatými žilními pleteněmi. Na konci řitního kanálu se nachází dva svěrače. Vnitřní svěrač obsahuje hladkou svalovinu, která není ovládatelná vůlí. Vnější řitní svěrač, který tvoří svalovina příčně pruhovaná, je vůlí ovládatelný. Jeho funkcí je defekace neboli vyprázdnění stolice přes svěrače a řitní otvor (anus). (KACHLÍK, 2018)

2 NÁHLÉ PŘÍHODY BŘÍŠNÍ

Jedná se o náhlé břišní příhody (dále jen NPB), pro které je typické náhlé rozvinutí a rychlý průběh u do té doby zdravého jedince. Někdy jsou ukončené během několika hodin či dnů. Jedním z hlavních lékařských postupů je zahájení včasného chirurgického zákroku, který nejčastěji jako jediný může zachránit pacientův život. Diagnostika NPB bývá často obtížná a proto i pouhé podezření na tento stav vyžaduje, chovat se v první řadě tak, jako by se o NPB skutečně jednalo. Rozpoznání NPB je ve velké míře ztíženo i tím, že příznaky, které pacient má, mohou být podobné s dalšími nemocemi nitrobřišních orgánů, ale i orgánů například v retroperitoneu a hrudníku. Včasnou diagnostiku může ztížit přidružení onemocnění pacienta související s jeho věkem. Sám pacient, který přichází k lékaři v pozdní fázi tohoto onemocnění (například kvůli snížené vnímavosti bolesti) má tendenci tyto příznaky bagatelizovat a tím výrazně zkomplikovat včasné zahájení lékařské péče. Mezi některé příčiny včasného nerozeznání tohoto akutního a závažného stavu patří například: pacient vyhledá lékařskou pomoc příliš pozdě, pacient bagatelizuje svůj velmi vážný stav, nedostatečné znalosti a zkušenosti ošetřujícího lékaře, zahájení nesprávné léčby aj.. Je mnoho příčin, z důvodu kterých se NPB včas nerozeznají a pro člověka končí smrtí. (VODIČKA a kol, 2014)

Příznaky bývají různé u různých typů náhlých příhod břišních a nejčastěji se rozdělují na subjektivní a objektivní příznaky. Mezi subjektivní příznaky patří velká bolestivost v případě NPB se jedná o orgánovou bolestivost nebo podbřišní bolestivost. Dalším subjektivním příznakem často nauzea a zvracení, které vnikají kvůli dráždění nervů stěny střeva či dráždění nervů pobřišnice. A také je s tím spjatá zástava odchodů plynů a stolice. Objektivním příznakem může být viditelná antalgická chůze (chůze, která značí snahu nemocného vyhnout se bolestivosti břicha), člověk se brání kašli či kýchnutí kvůli nesnesitelným bolestem v oblasti břicha. Viditelně často člověk nemění polohu a snaží se zůstat v nehybnosti. Pacient přichází „bez lesku v očích“, s nezvyklým výrazem tváře. Z důvodu bolestivosti vzniká tachykardie, tachypnoe, bolestivost při pohmatu, vymizení zvuků střevní peristaltiky. (LUKÁŠ a kol., 2014)

Důležitou roli v tomto onemocnění hraje také prevence, která se rozděluje na primární, sekundární a terciální prevenci. Primární prevence závisí na předcházení vzniku

onemocnění u pacientů, či osob u kterých se toto onemocnění ještě nevyskytlo. Řadí se sem například včasná léčba kýl, léčba vředového onemocnění, léčba Crohnovy nemoci s tím související ulcerózní kolitidy, prevence úrazů. Sekundární prevence zahrnuje včasnou diagnostiku onemocnění a následně přidělení správné a účinné léčby. Terciální prevence dává důraz na doléčení a dodržování lékařských doporučení po již prodělaném onemocnění. (LUKÁŠ a kol., 2014)

2.1 ROZDĚLENÍ NÁHLÝCH PŘÍHOD BŘIŠNÍCH (NPB)

Náhlé příhody břišní se nejčastěji dělí do dvou základních skupin a to na úrazové a neúrazové. Neúrazové náhlé příhody břišní mohou vznikat například probíhajícím zánětem v dutině břišní, kam se většinou řadí appendicitis acuta, pancreatitis acuta, cholecystitis acuta, peritonitida. Dále se mezi neúrazové řadí střevní neprůchodnost neboli ileózní náhlé příhody břišní a v neposlední řadě krvácení do gastrointestinálního traktu (ruptura jícnových varixů, ruptura břišního aneurysmatu, aj.). Úrazové náhlé příhody břišní vznikají nějakým úrazem nejčastěji proniknutím nějakého předmětu do dutiny břišní nebo tupým násilím na stěnu břišní. Nejčastěji se rozdělují na perforace do GIT, hemoperitoneum. Existuje také smíšená forma, která zahrnuje více forem náhlých příhod břišních. (VODIČKA a kol., 2014)

Příznaky jedné formy NPB se v průběhu času mohou změnit na příznaky jiné formy. Například pacient s tumorem sigmoidu, který má rozvinutý mechanický ileus, po rozepětí a perforaci tračníku vede k difuzní peritonitidě. Další možný příklad je, že pacient s perforovanou apendicitidou a difuzní peritonitidou může časně vyvolat příznaky paralytického ileu. (LUKÁŠ a kol., 2014)

3 CHARAKTERISTIKA A KLASIFIKACE STŘEVNÍ NEPRŮCHODNOSTI

3.1 PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ

Je to velmi závažný stav, který ve velké míře ohrožuje život pacienta. Tento akutní stav patří do náhlých příhod břišních a vyžaduje rychlou diagnostiku a zahájení časně léčby. Může postihovat jak tenké, tak tlusté střevo, kdy je lumen částečně či úplně zablokován. Jedná se o náhlou příhodu, kdy střevo není schopné, z důvodu špatné nervové či svalové činnosti, zajistit cestu pro průchod střevního obsahu. Bývá často charakterizován poruchou rytmu střevní pasáže, kdy se zvyšuje rychlost peristaltiky střeva ve snaze překonat vzniklou překážku. Nad již vzniklou překážkou se nahromadí střevní obsah a plyny, způsobuje to distenzi střeva a nakonec úplné vymizení peristaltiky. Nahromaděný obsah způsobuje útlak střevní stěny a také žil, které v ní probíhají. Cévy se mohou uzavřít, z důvodu intraluminálního tlaku, vznikne ischemie střevní stěny a sníží se její odolnost. Začnou prostupovat toxiny a následně i bakterie. Pokud nedojde včas k odstranění příčiny ileu, pacient je bezprostředně ohrožen na životě. Ileus často vzniká z plného zdraví a náhle přechází ve stav, který bezprostředně ohrožuje člověka na životě. Čím výše je překážka ve střevě umístěna, tím se rychleji rozvíjí toto nelehké onemocnění. (VOKURKA, 2012)

3.2 SOUVISEJÍCÍ TERMÍNY

3.2.1 SUBILEUS

Jedním s dalších termínů související s ileem je takzvaný subileus, který se také řadí do náhlých příhod břišních. Je to stav omezené průchodnosti střevní, ale nedosahuje úplného vymizení peristaltiky, může však přejít v ileus. (LUKÁŠ a kol., 2018)

3.2.2 PSEUDOOBSTRUKCE

Pseudoobstrukce je velmi vážný stav, který ohrožuje člověka na životě. Je od ileu velmi těžko rozeznatelná, v pozadí je totiž funkční porucha motility střev doprovázené

výraznou bolestivostí. Příčinou může být porucha funkce sympatického nervového systému střeva, přidružená onemocnění (autoimunitní choroby, diabetická poškození), vedlejší účinky omamných látek. (LUKÁŠ a kol., 2018)

3.2.3 OGILVIEHO SYNDROM

Ogilvieho syndrom, bývá často diagnostikován jako ileus mechanický, jejich hlavním rozdílem je, že zde chybí mechanická překážka ve střevě. Nejčastější příčinou syndromu bývá nedostatečná pohyblivost nejčastěji související s operací páteře, kyčle či neurologické příčiny. (LUKÁŠ, 2018)

3.2.4 MEGAREKTUM, MEGAKOLON

Jedná se o chronické onemocnění tračníku či recta, kdy jsou tyto orgány dilatované. Bývá to často následek pseudoobstrukce nebo spinálního traumatu. Toto onemocnění může mít i vrozený charakter. Je to vlastně chronicky roztažené rektum nebo tračník. (LUKÁŠ, 2018)

3.3 KLASIFIKACE ILEU

3.3.1 CÉVNÍ ILEUS

Tento typ ileu vzniká v mezenterálních cévách, kde se v důsledku trombu, nebo embolu v různém stupni uzavře tepenné řečiště. Nejčastěji se tento typ objevuje u starších lidí, kteří mají problémy se sklerotizací cév. Porušení vitality střeva hodně záleží na stupni uzávěry mezenterální cévy a může dojít až k nekróze celého střeva, což bývá neřešitelné. Pokud dojde k trombóze či embolii horní mezenterické tepny, dochází k poškození střeva od jejuna do poloviny příčného tračníku. Jedná se o nejrozsáhlejší poškození doprovázené nekrózou střeva. Nejčastější příčiny uvolnění embolu ze srdeční nitroblány jsou infarkty myokardu, endokarditidy. Poté se může uvolňovat z oušek síní při arytmiích, nebo u mitrálních vad. Mezenterické tepny mohou obsahovat aterosklerotické pláty a vzniklý trombus nasedne na tento plát a vznikne cévní ileus. Trombóza se nečastěji tvoří při vysokých koagulačních hodnotách, trombocytóze, onemocnění jater aj. (VODIČKA a kol., 2014)

SYMPTOMATOLOGIE

Stejně jako většina ileózních stavů je cévní ileus také charakterizován prudkou bolestí břicha, poměrně rychle se rozvíjí šokový stav. Tento stav je natolik závažný a často končí úmrtím pacienta. Střevní stěna se barevně mění, vybledá, nastupuje otok a může končit nekrózou s následkem zánětu pobřišnice. (ŠEVČÍK, 2014)

3.3.2 NEUROGENNÍ ILEUS

Tento typ ileu se rozděluje na spastický typ a paralytický typ, dále se sem může řadit tzv. smíšený ileus. Sníženou nebo zrychlenou motilitu střeva a jejich poruchy má za příčinu neurogenní či toxickou. (ŠVÁB 2007)

DĚLENÍ:

Paralytický ileus je často charakterizovaný paralýzou neboli zástavou střevní peristaltiky s rozšířením kliček střeva. Ve střevě není slyšitelná peristaltika je poslechové „ticho“. Tento stav může nastat při úrazech břicha, krvácení do retroperitonea, při peritonitidě. (VODIČKA a kol., 2014)

Spastický ileus se vyskytuje poměrně vzácně, při nějakým onemocněním či poraněním nervové soustavy, kdy je střevo v křečovitém stavu z důvodu podráždění nervových pletní například při úrazech míchy, meningitida, choroby endokrinních orgánů. Je pozorován u pacientů s onemocněním nervové soustavy nebo endokrinního systému a byl nejčastěji pozorován u lidí s mentální retardací. (VODIČKA a kol., 2014)

Smíšený ileus, jsou segmenty kliček střeva paretické (nehybné), a jsou navzájem spleené. Paretické kličky střeva tudíž tvoří překážku v průchodu střeva. Kličky střeva se chovají různě podle typu probíhajících okolností, pokud je dutina břišní bez zánětu, kličky se chovají stejně jako při mechanickém ileu. (ŠVÁB, 2007)

SYMPTOMATOLOGIE:

U paralytického ileu dochází k nafouknutí či roztažení celé trávicí trubice, mírné tlakové bolestivosti v oblasti břicha. Zástava odchodu plynů a stolice, které charakterizuje tzv. mrtvé ticho. Zvracení nastupují až později. Zpočátku je pacient ve

stavu uspokojivém, později, z důvodu roztažení celé trávicí trubice, se stav zhoršuje. Lokální bolestivost zde není přítomná a není zde přítomná ani svalový spasmus. Je zde přítomný meteorismus. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010)

Spastický ileus a jeho příznaky jsou podobné mechanickému ileu, konkrétně obturačnímu ileu. Ileus doprovází silné kolikovitě bolesti břicha, probíhá zde usilovná peristaltika, zvracení a také zástavy odchodu plynů a stolice. Kličky střeva jsou stažené tzv. pentlicovitě. (VODIČKA a kol., 2014)

Smíšený ileus se projevuje poruchou pasáže střeva, zvracením, pravidelné křečovité bolesti břicha. Jsou zde přítomny také známky sepse. Pohmatově se zde může nacházet rezistence, toto vyšetření provádí lékař per rektum nebo per vaginam. Je zde také přítomná spastická peristaltika. (ŠVÁB, 2007)

3.3.3 MECHANICKÝ ILEUS

Fyziologickou střevní průchodnost znemožňuje mechanická překážka. Může zde vzniknout překážka uzávěrem neboli obturací, strangulací neboli zaškrcením nebo také volvulusem neboli otočení střeva kolem své osy. (BÁRTKOVÁ, 2015)

DĚLENÍ:

Obstrukční střevní neprůchodnost bývá způsobena nějakou překážkou, která uzavírá střevní lumen. Může se jednat o biliární neprůchodnost, která je způsobena kamenem, který zneprůchodní zažívací systém. Další příčinou vzniku obstrukčního ileu může být nádor, který se může objevit intramulárně, extramulárně, intraluminárně. Špatné stravování a dokonce i parazit škrkavka může vyvolat tento typ onemocnění. U dětí je nejčastější příčinou tohoto typu ileu spolknutí cizího tělesa. (VODIČKA a kol., 2014)

Obturační ileus – intraluminální: Překážka se nachází v lumenu střeva. Nejčastější příčinou tohoto typu je biliární konkrement. Tento žlučový konkrement ze žlučníku proniká píštělí do trávicího ústrojí. Nejčastější místo pronikajícího konkrementu je do duodena, méně často do žaludku nebo do příčného tračníku. Malé konkrementy zhruba do 2 cm bezproblémově projdou zažívacím ústrojím. Větší konkrementy jak 2 cm neprojdou zažívacím traktem, způsobí překážku a ta vyvolá ileus. Projevuje se

přechodem biliární koliky do obrazu typického ileu. Menší konkrémenty uváznou na spodní části zažívacího traktu. Velké konkrémenty se většinou stanou příčinou tzv. vysokého ileu (v duodenu). Kromě biliárního ileu mohou uzavřít střevní lumen cizopasníci, jako jsou škrkavky. Dále mohou tento typ ileu způsobit potrava, která v zažívacím systému zvětšuje svůj objem „bobtná“. Po operacích zažívacího traktu, se může tato strava stát překážkou, proto by pacienti měli dodržovat lékařem předepsanou dietu. (LUKÁŠ a kol., 2014)

Obturační ileus – intramulární vzniká nejčastěji z důvodu onemocnění stěny střeva nádorem. Převážně se vyskytují v levé části střeva (rektosigmoidea), zde nádor pomalu roste a postupně uzavírá střevní lumen. Střevní neprůchodnost někdy poprvé rozpozná nádorové bujení dutině břišní, bohužel ve většině případů bývá toto nádorové bujení maligní. Jizevnaté stenózy, které se na stěně střeva nacházejí po různých poraněních nebo operačních výkonech, mohou být také příčinou tohoto typu ileu. Jizva, která se formuje, může střevo zúžit nebo úplně uzavřít. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010)

Obturační ileus – extramulární útlak střeva zvenčí. Často utlačení střev způsobují nádory, které se nacházejí mimo střevo v dutině břišní, nejčastěji to bývají gynekologické nádory. Plošné srůsty, které se nacházejí v dutině břišní mezi kličkami střeva, nejčastěji po operacích, mohou zapříčinit extramulární ileus. Další možnou příčinou mohou být uskřínuté kýly, které mohou být vrozené nebo získané. (POLLAK et al., 2017)

Strangulační ileus je ileus, kdy dojde nejen k uzavěru střevního průsvitu, ale stlačí i se i cévy a dojde k ohrožení vitality střeva. Člověk po častých operacích, kdy se vytvoří srůsty, má větší sklony právě k tomuto ileu. Právě srůsty z vnějšku sevrou střevo. Může se týkat pouze části střeva, ale může postihnou i větší část. (LUKÁŠ a kol., 2018)

Volvulus vzniká otočením střeva kolem osy větším než 180 stupňů, větší otočení zapříčiňuje poškození cév a nervů. Nejčastěji se vyskytují v částech, které má delší mezenterium. Nejčastějším místem tohoto typu je colon sigmoidei. Je to velmi vzácný typ. Po otočení rychle nastupuje nekróza střeva. (VODIČKA a kol., 2014)

Invaginace znamená, že se jedna část střeva zasune do sousední druhé části střeva. Nejčastěji se zasune část orální do aborální části. Vrozený invaginační ileus nastupuje do jednoho roku dítěte, získaný invaginační ileus postihuje dospělé nejčastěji při polypózních útvarech. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010)

SYMPTOMATOLOGIE

Obturační ileus doprovází schvácenost člověka trpící kolikovitými bolestmi břicha, které jsou způsobeny stahem svaloviny střeva nad překážkou, z důvodu snahy střeva překonat vzniklou překážku. Bolesti břicha jsou doprovázené zástavou plynů a stolice. Nacházíme vysoký bubínkový poklep. Dále tento stav doprovází nauzea a zvracení. Kolikovitá bolest se může změnit v trvalou po vymizení peristaltiky střeva. (LUKÁŠ a kol., 2018)

Strangulační ileus a jeho rozsah symptomů je dán tím, kde se strangulace nachází. Typické pro strangulaci je reflexní zvracení. Bolestivost, která je akutní. Pacient je opocený, neklidný, se známkami šoku. Tedy pokles tlaku a tachykardie je dalším příznakem. V dutině břišní se tvoří exsudát. Postupující nekróza střeva zapříčiňuje průchod bakteriím peritoneální dutiny. (LUKÁŠ a kol., 2018)

Volvulus způsobuje u pacienta šokový stav, pacient má ve zvratkách přítomnost krve. Pohmatem se zjišťuje hmatná rezistence v nadbříšku, která je měkká. U chronický stavů má pacient mírné bolesti a pocit na zvracení doprovázené říháním. (ŠVÁB 2007); (POLLAK et all 2017)

Invaginaci doprovází silné křečovitě bolesti břicha záchvatovitého charakteru, u vyšetření per rektum se nachází krev na rukavici. Zvracení je další příznak, který doprovází tento typ a dále porucha vyprazdňování střeva. (ŠVÁB 2007)

3.4 DIAGNOSTIKA ILEU

Sběr rychlých a přesných informací může zachránit člověku život. Zkrácené verze anamnestických údajů může mít následky na vynechání potřebných vyšetření a také na stanovení správné léčby a diagnózy. U tohoto náhlého stavu by měl být lékař plně

soustředěn. U anamnézy je tedy zapotřebí mít dobré znalosti o tomto stavu. (VODIČKA a kol., 2014)

Ovládání komunikace je také velice důležité k určení správné a včasné diagnózy a postupu následné léčby. Hlavní problémy se musí zaznamenat prioritně. A údaje o pacientovi se musí zaznamenávat do dokumentace. (DOBIÁŠ, 2013)

Po anamnéze následuje fyzikální vyšetření palpační, auskultační, perkusní a per rektum. Pacient by měl být ve vyhřáté místnosti, protože chladné prostředí může způsobit napětí břišních svalů a zkreslení vyšetření. Pohledem lékař vyšetřuje předchozí operace či poranění, změny tvaru břišní části. Pokud je pacient velmi hubený může lékař vidět peristaltické vlny. Poslechové vyšetření břicha informuje lékaře o motilitě střev. Pokud má pacient zavedenou NGS, měla by se zasvorkovat, protože sání může napodobovat střevní zvuky. Některé nádory mohou být přes stěnu břišní hmatné. Poklepově se nejčastěji hodnotí bubínkový poklep, který je přítomný nad normálním střevem, pokud se bubínkový zvuk mění na ztemnělý, může být příznakem zbytnělého nebo pevného orgánu. Poklepově se hodnotí uložení břišních orgánů, nadměrné hromadění tekutiny. Pohmatem lékař určuje rozsah bolestivosti, rezistenci ve střevě, spasmus břišní stěny. Pohmat se provádí jemnými a hlubokými doteky. Nejbolestivější místo by mělo být vyšetřeno až na konci, aby nedošlo k zbytečnému stresu pacienta. Lékař vyšetřením per rectum může zjistit přítomnost tumoru v oblasti rekta a malé pánve. Dále se tímto vyšetřením sleduje tonus svěračů, stěnu rekta a okolní orgány. Hodnotí se bolestivost Douglasova prostoru. (PÁRAL a kol., 2020)

Laboratorní vyšetření doplňuje všechna ostatní vyšetření pacienta. Jsou odebírány vzorky krve a moče. Odebírá se krev na biochemii (minerály, jaterní soubor, CRP,...) na krevní obraz a koagulace, vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru. (PÁRAL a kol., 2020)

Dále se měří fyziologické funkce, krevní tlak, dýchání, pulz, tělesná teplota, stav vědomí. Mezi další vyšetřovací metody patří nativní RTG snímek břicha, který se u těžkých stavů provádí vleže, v lehčích případech ve stoje. Zjišťují se tumory, abnormální hromadění plynů ve střevě, hladinky, vnitřní uskřínuté kýly. Irigografie může určit obrys hlavy invaginátu, provádí se pomocí kontrastní látky. Angiografie se

provádí u cévního ileu, kdy vyšetření ukáže uzávěr mezenterické cévy. Koloskopie určují odchylky střeva od normy. CT se provádí buď s kontrastní látkou, nebo bez ní. Umožňuje rozpoznat v jaké míře je střevo postižené. Dalším možným vyšetřením je UZ, rozpozná dilataci střeva u ileu, nebo zesílení peristaltiky a dále volnou tekutinu v dutině břišní. Toto vyšetření je velmi rychlé a může rychle pomoci lékaři stanovit správnou diagnózu, jedná se o poměrně levnou metodu, která navíc nezatěžuje pacienta. (VODIČKA a kol., 2014)

3.5 TERAPIE

Chirurgická léčba u cévního ileu je jediná možnost, provádí se resekce postižené části střeva. V mnoha případech jakákoliv léčba pacienta pro rozsáhlou nekrózu střeva je neřešitelná a ve většině případů končí smrtí. Pokud se úspěšně provede chirurgické řešení a odstranění části střeva, pacient často trpí tzv. syndromem krátkého střeva. (VODIČKA a kol., 2014)

Neurogenní typ střevní neprůchodnosti bývá většinou léčen konzervativně často na jednotce intenzivní péče při kontinuálním měření vitálních funkcí. U paralytického ileu se zavádí nozogastrická sonda, která má velkou roli k odvádění žaludečního obsahu. Farmakologická léčba spočívá v podávání prokinetik, u spastické střevní neprůchodnosti se podávají spasmolytika. Dále se léčí minerální rozvrat podáním infuzních roztoků. (LUKÁŠ a kol., 2018)

Léčbou mechanického obturačního typu ileu bývá skoro vždy chirurgická. Nejčastěji se provádí odstranění či obejetí překážky. Může se provádět primární resekce s anastomózou, dále může být řešení vyvedení stomie nad překážkou při nádoru na tlustém střevě, který dělá překážku. Poté se odstraní překážka a provede se anastomóza. Terapie se odvíjí od místa vzniklé překážky. Například když se překážka vyskytne v pravé polovině tračníku, provádí se resekce s anastomózou. U volvulu se může při chirurgickém řešení otočená klička části trávicího ústrojí derotovat zpět do správného postavení. Pozdní fáze volvulu s vzniklou peritonitidou končí resekci postižené části zažívacího ústrojí. Také se může provést stomie. Provádí se také laparotomie nebo laparoskopie, při kterých se odstraní vyvolávající překážka, nebo se provede resekce nekrotické části střeva. (GOULD et al., 2015)

3.6 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Po rentgenovém vyšetření, ultrasonografickém vyšetření nebo po provedení CT se indikuje pacient k operačnímu výkonu. Pokud se přistoupí k operačnímu řešení, provádí se celková anestezie. U ileu se často zavádí nasogastrická sonda na odvádění střevního obsahu, hraje velkou roli v úlevě plnosti břicha. Sleduje se barva a konzistence střevního obsahu odvedeného z nasogastrické sondy. Standardně se zavede periferní žilní katétr kvůli podávání roztoků k zajištění hydratace pacienta, kvůli velkým ztrátám tekutin. Po zavedení se sleduje známky infekce místní či celkové dle Maddona. Někdy se u pacientů hlavně starších zavádí permanentní močový katétr. Pacientovi se musí před operací připravit operační pole, holení operačního místa vyčistění pupku liho-benzínem kvůli zabránění přenosu infekce. Pokud má pacient zubní protézu, musí se vyndat z dutiny ústní, odstranit se musí i šperky, náušnice, piercingy. (SCHEIN et al., 2011)

Psychická příprava pacienta je velmi důležitá, proto je důležité, aby lékař pacientovi výkon vysvětlil a ujistil se zda rozuměl veškerým informacím o provedení výkonu. Konzultace s anesteziologem a operátérem by měl mít velký vliv na psychiku člověka. Anesteziolog by měl člověku vysvětlit průběh anestezie doporučit medikaci před provedením výkonu a ujistit se, že je pacientem podepsán souhlas s anestézií. Operátér vysvětlí samotný výkon a vysvětlí, že po operaci bude přesunut na jednotku intenzivní péče, z důvodu sledování fyziologických funkcí. Pacient v této fázi potřebuje mít nějakou důvěru k někomu, protože ho zužuje strach a úzkost a proto je důležitá přítomnost všeobecné zdravotní sestry, která pacientovi zodpoví veškeré doplňující dotazy. Sestra se zajímá o pacientovi potřeby (biologické i duchovní). (BARTŮŇEK a kol., 2016)

3.7 POOPERAČNÍ PÉČE

Po příjezdu z operačního sálu pacient ve většině případů končí na jednotce intenzivní péče, kde hraje velkou roli monitorování vitálních funkcí. Sleduje se tlak pacienta, který se měří dle indikace lékaře nejčastěji po 15 minutách, postupně se interval prodlužuje na každou 1 hodinu. Dále sledujeme kontinuálně okysličení krve kyslíkem (SpO_2), puls, tělesnou teplotu a bilance tekutin. Po celkové anestezii do úplného probuzení pacienta se hodnotí Ramsay scale. (BARTŮNĚK a kol., 2016)

Všeobecná zdravotní sestra škáluje bolest pacienta pomocí vizuálních analogových škál, dle míry bolestivosti se podávají analgetika nebo opiáty dle ordinace lékaře. (BARTŮNĚK a kol., 2016)

Kontroluje se operační rána, zda nekrvácí či nejsou přítomny známky infekce. Odebírají se krevní vzorky na krevní obraz, biochemii, koagulace. Pečuje se o invazivní vstupy, kdy se dodržuje přísná asepse. Kontrolují se celkové či místní známky infekce. U periferního žilního katétru se hodnotí stav dle Maddona. Kontroluje se množství přibývajících tekutin do drénu a například u Redonovi láhve se kontroluje správná podtlakovost. U permanentního močového katétru se musí dodržovat, při výměně sběrného sáčku přísná asepse a zvýšená hygienická péče v oblasti genitálu. Sleduje se množství přibývajících moče (barva, hustota, zápach, zkalenost). Důležité je příjem a výdej tekutin. (BARTŮNĚK a kol., 2016)

U nasogastrické sondy se sleduje množství vytékající tekutiny její barvu, konzistenci. Se zavedenou nasogastrickou sondou souvisí častější hygiena dutiny ústní a prevence dekubitů v oblasti sliznice, kde naléhá sonda. Jedním s preventivních opatření je změna polohy sondy pomocí občasných posunů. (BARTŮNĚK a kol., 2016)

Příjem tekutin je velmi důležitý, z počátku je strava výhradně parenterální. S postupně obnovující se peristaltikou se pacient postupně zatěžuje tekutinami ústy a stravou. Strava je zpočátku tekutá a postupně se dostává k racionální. Důležité je poučení pacienta o výběru správného jídla, protože spousta potravin by mohlo opět vyvolat střevní neprůchodnost. (BARTŮNĚK a kol., 2016)

Rehabilitace je velmi důležitým opatřením k rychlejší funkci zažívacího traktu. U pacienta se sleduje odchod plynů a stolice, důležité je znovuobnovení střevní peristaltiky. Na podporu střevní peristaltiky se například podává Syntostigmin. (BARTŮNĚK a kol., 2016)

3.8 STOMIE

Vyústění dutého orgánu napovrch těla se nazývá stomie. Nejčastěji se provádí chirurgickým vyšíáním a také pomocí katétru. Důvodem založení stomii bývá samozřejmě různé onemocnění orgánů, kdy se provádí stomie trvalé nebo dočasné. Trvalé vyústění dutého orgánu se používá, pokud není možné zprůchodnit nebo obnovit chod trávicího traktu a odchod stolice. Pokud lze obnovit chod trávicího traktu, vyvádí se stomie dočasná, aby se orgán mohl zahojit a obnovil svoji funkci. Dočasná stomie se může změnit v trvalou, pokud pacient nechce podstoupit další operační výkon. Trvalou stomii má pacient dokonce života. Existuje spousta druhů stomií a v rámci bakalářské práce bude popsána kolostomie a ileostomie. Ileus neboli střevní neprůchodnost je život ohrožující stav, kdy se střevní obsah neposunuje. Následkem různých chorob se může rozvinout ileus. Založením stomie na zažívací ústrojí se může vyřešit vznik ileózního stavu. Stomie se může zavést pouze dočasně, ale může být i trvalá (do konce života člověka). (VEVERKOVÁ a kol., 2019)

3.8.1 KOLOSTOMIE

Kolostomie neboli vyústění tlustého střeva napovrch těla. Nejčastěji vystupuje pouze v oblasti kůže, vyvedený kruhový otvor měří zhruba 2 až 5 cm. Střevní obsah bývá závislý na dietním opatření, většinou bývá zahuštěný, záleží na místě vývodu. (ZACHOVÁ a kol., 2010)

DĚLENÍ:

V oblasti slepého střeva je stomie nazývaná jako cékostomie, tento typ se nejčastěji provádí u paralytického typu střevní neprůchodnosti. Tento typ stomie je méně častým. Cékostomie bývá chirurgicky provedena pomocí katétru nebo drénu. (LUKÁŠ a kol., 2018)

Dále máme stomie, kdy je vyveden vzestupný tračník (ascendentostomie), příčný tračník (transverzostomie), sestupný tračník (descendentostomie), esovitá klička (sigmoideostomie). (LUKÁŠ a kol., 2018)

3.8.2 ILEOSTOMIE

Jedná se o vývod tenkého střeva na povrch. Jednou z příčin zavedení ileostomie bývá odstranění celého tlustého střeva. Ošetřování ileostomie bývá náročnější z důvodu agresivnějšího střevního obsahu. Je důležité správné a pečlivé ošetření stomie. Chirurgové se tento druh stomie snaží vyústit a upevnit zhruba 1 až 2 cm nad břišní stěnu. U tohoto typu stomie hlavně u výše položených stomii se může jednat o syndrom krátkého střeva. (ZACHOVÁ a kol., 2010)

DĚLENÍ:

Vývod z první části tenkého střeva (dupodenostomie), dále z úseku jejunu (jejunostomie). Oba vývody mohou sloužit na výživu pacienta, neboli výživové vstupy. (ZACHOVÁ a kol., 2010)

3.8.3 KOMPLIKACE

Komplikace spojené s vyprazdňováním je pro člověka velmi závažná jak psychická, tak fyzická životní komplikace. Pokud se stomik nějakým způsobem nevyrovná se stomií, může to mít velmi zásadní vliv na psychické zdraví pacienta. Změna vzhledu pacienta a pocit diskomfortu vede k nevyplnění všech potřeb života člověka. Komplikace se nejčastěji rozdělují na časné a pozdní. (VEVERKOVÁ a kol., 2019)

Mezi časné komplikace, které se projevují brzy po operačním výkonu, řadíme krvácení z místa vyústění, vyhřeznutí kliček vedle stomie, nekrotická změna stomie, zanoření stomie pod úroveň kůže (retrakce stomie). Mezi pozdní komplikace řadíme vyhřeznutí stomie nad úroveň kůže (prolaps stomie), stenóza pasáže střeva, granulace okrajů stomie, iritační dermatitida, parastomální absces. (BARTŮŇEK a kol., 2016)

Parastomální absces je jednou z komplikací, je to zánětlivá komplikace postihující často podvyživené pacienty. Hnisavá sekrece, která vytéká, může způsobit rozpad ještě nezahojených stehů. Komplikace nekrózou, která se projevuje na střevní sliznici změnou barvy, následně se sliznice začne odlupovat. Může dojít až k poruše vitality stomie. Například poruchou krevního zásobení. Dehiscence je stav, kdy se odloučí sliznice střeva od okolí rány. S touto komplikací je úzce spjata stenóza stomie, je to

komplikací pro pasáž exkrementů, protože dochází k zúžení vývodu střeva. V důsledku chemického, biologického nebo mechanického dráždění kůže může vzniknout další komplikace a to kontaktní iritační dermatitida. Kožní ochranná vrstva se poškodí projevující se začerváním, mohou vzniknout puchýřky a mokvání poškozené kůže. Další komplikace úzce spjatá s podtékáním střevního obsahu pod pomůckou stomika. Nadměrná vlhkost způsobuje poleptání vyblednutí a odloučení povrchové vrstvy kůže. Prevencí je častější vyměňování stomických pomůcek a zvýšená hygienická péče. Vytrhání chlupů při stomické výměně podložky, může mít za následek folikulitidu, jedná se o infekci v oblasti váčku chlupu. Předjít této komplikaci se může šetrným holení chlupů pod stomickými pomůckami. U stomiků, které mají časté hmotnostní výkyvy se může stát, že je stomie vtažená pod úroveň břišní stěny. Tento typ komplikace se nazývá retrahovaná stomie. Další možnou komplikací je, že se střevo dostane před stomický otvor. Střevo se musí manuálně vrátit do dutiny břišní a tomuto typu se říká prolaps stomie. Při zvýšené námaze a vnitrobřišním tlaků se může stát, že se vytvoří parastomální hernie, kdy se vytvoří kýla zvenku stomie. (VEVERKOVÁ a kol., 2019)

3.8.4 EDUKACE PACIENTA

S edukací začíná stomická sestra již v prvních dnech po operaci vyvedení stomie. Pacient by měl být v lepším fyzickém, psychickém a hlavně zdravotním stavu. U pacienta, který by nezvládl výměnu stomického systému a pečování o samotnou stomii sám, edukujeme i rodinu. Sestra ukazuje vyměření šablony následné vystřížení a vytvarování podložky. Sestra připraví kůži kolem vývodu a informuje pacienta o možnostech hygieny stomie. Existuje spousta možností hygieny jako očistné koupele, ochranné a čistící pomůcky. (BARTŮNĚK a kol., 2016)

Pacient by měl být ve vhodné poloze nejlépe v soukromí. Před samotným sundáním stomického systému, který může být jednodílný či dvoudílný, by si měl stomik připravit potřebné pomůcky (podložku, sáček, rukavice, hygienické mýdlo, žínku a pomůcku na osušení, čistící pěnu odstraňovač náplasti, pastu pro doplnění, ochranný film). Pacient by si měl sám vyzkoušet, co mu nejvíce vyhovuje. Vystřihne si podle šablony podložku a vytvaruje otvor podle samotné stomie. Podložku si dá na teplé místo, aby byla lépe tvarovatelná a lépe přilnula na kůži. Pacient si následně po sundání systému důkladně

hygienicky ošetří a omyje stonii a její okolí. Zarudlá místa v okolí vyústění dutého orgánu ošetří ochranným filmem. Kolem stomie se mohou nacházet různé nerovnosti, které se vyplní ochrannou pastou. Z předpřipravené podložky si pacient sundá ochrannou fólii a opatrně nalepí okolo vývodu tak, aby okraj stomie odpovídal okraji otvoru v podložce (prevence macerace kůže). Na těle může správně přilepená podložka zůstat i několik dní. Na podložku si nasadí stomický sáček a zkontroluje těsnost systému (u dvoudílného systému). Sáčky mohou být s výpustí nebo bez výpustě. (BARTŮNĚK a kol., 2016)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE STŘEVNÍ NEPRŮCHODNOSTÍ

V této práci byly identifikační údaje pacientky a časová data změněny z důvodu dodržení dílčí platné národní a evropské legislativy, která se vztahuje k ochraně osobních údajů. U autora je uschován souhlas o sběru dat o pacientce. Informace o pacientce byly získány pomocí rozhovoru s pacientkou, lékařské a ošetrovatelské dokumentace dále z osobní péče o pacientku a dále ze získání informací od ošetrovatelského personálu. Anamnéza byla následně vypracována dle modelu funkčního zdraví Marjory Gordon a ošetrovatelské diagnózy byly zpracovány dle NANDA I taxonomie II. Zformované diagnózy byly následně vyhodnoceny.

NANDA domény napomáhají zdravotnickému personálu stanovit správné ošetrovatelské diagnózy. Domény jsou pojmenovány podpora zdraví, výživa, výměna a vylučování, aktivita/odpočinek, percepce/kognice, sebepercepce, vztahy mezi rolemi, sexualita, zvládání/tolerance zátěže, životní principy, bezpečnost/ochrana, komfort, růst/vývoj. (HERDMAN a kol., 2015)

4.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

Pacientka ve věku 34 let, byla přijata dne 3. 2. 2021 na chirurgické oddělení jednotky intenzivní péče z důvodu nespecifických bolestí břicha a zvracení. Pacientka udává: *„Od oběda mě bolí břicho, dvakrát jsem zvracela bez příměsí krve a na stolici jsem byla dvakrát, bolesti neustoupily.“*

Pacientka byla hospitalizovaná ve večerních hodinách na chirurgickém oddělení. Pacientce při příjmu byly vysvětleny a podány důležité informace o vnitřním řádu nemocnice a signalizačním zařízení. Důležitou součástí bylo přiložení identifikačního náramku. Pacientce byl hned u příjmu zavedený permanentní močový katétr a periferní žilní katétr.

Tabulka 1 identifikační údaje

Jméno a příjmení: B. V.	Pohlaví: žena
Rok narození: 1986	Věk: 34
Rodné číslo: 86...../....	Číslo pojišťovny: -111-
Adresa bydliště: XY	Státní příslušnost: česká
Telefon: 000000000	Zaměstnání: zdravotní sestra
Rodinný stav: vdaná	Ošetřující lékař: MUDr. L. M
Vzdělání: vysokoškolské	Datum přijetí: 3.2 2020 Čas: 15:00
Krevní skupina: A Rh pozitivní	Oddělení při příjmu: chirurgická JIP

HLAVNÍ LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA:

Ileus mechanicus intestini tenuis e adhesione

LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY VEDLEJŠÍ:

St. p. APPE

St. p. CHCE

St. p. abdominoplastice

St. p. status subileosus v těhotenství 2x

St. p. plastice prsou

Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí

TK (krevní tlak): 99/64	SpO2 (saturace): 98%
P (pulz): 78 za minutu	Váha: 53 kg
TT (tělesná teplota): 36,6°C	Výška: 158 cm
D (dech): 17 za minutu	BMI (body mass index): 21,2

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:

Pacientka byla přijata pro difuzní bolestivost břicha, která jí trvá přibližně 5 hodin. Byla přijata na chirurgické oddělení. Bylo provedeno CT vyšetření, kde byl nález ileu jejunioilea s přechodovou zónou v pravém hypogastriu.

STAV PŘI PŘIJETÍ:

Pacientka při vědomí spolupracující, je orientovaná místem, časem, osobou. Pacientka je bez známek dušnosti cyanózy, bez ikteru. Z důvodu zvracení a suchých úst, se jeví mírně dehydratována.

POHYBLIVOST:

Volná ve všech kloubech, vizuálně pomalejší z důvodu bolestivosti v břišní oblasti.

4.2 ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA: Bezvýznamná, matka zdravá, otec mírná hypertenze, bratr zdrav, děti zdravý.

OSOBNÍ ANAMNÉZA: Pacientka prodělala v dětství běžná onemocnění, žádné vážné úrazy neprodělala. Podstoupila běžná očkování. Appendektomie v roce 1991, cholecystektomie v roce 2007. Pacientka podstoupila abdominoplastiku roku 2018 a plastickou operaci prsou roku 2012.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA: Vysokoškolské vzdělání. Pacientka pracující jako zdravotní sestra na jednotce intenzivní péče.

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA: Menstruační cyklus pravidelný, samo vyšetření prsou provádí, v roce 2015 častější gynekologické záněty. Poslední gynekologickou prohlídku podstoupila v červnu 2019. Pacientka trpí na cysty na vaječnících, právě cysty byli příčinou vzniku tohoto mechanického ileu.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA: Žádné léky neužívá, v zimě pouze vitamíny, nejčastěji C, Omega-3 rybí olej.

ALERGICKÁ ANAMNÉZA: Alergii neudává pouze intolerance Algifenových kapek, má po nich pocit hořkosti v ústech.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA: Pacientka žije s manželem a s dvěma dětmi v rodinném domě ve vesnici.

ABÚZUS: Pacientka nyní nekouří, kouřila před 5 lety zhruba 7 cigaret denně, alkohol konzumuje příležitostně, léky žádné nebere, kávu pije, zhruba tři za den.

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA: Konzultace s kaplanem nevyžaduje.

4.3 POSOUZENÍ PACIENTKY ZE DNE 3. 2. 2021 (první den hospitalizace)

CELKOVÝ VZHLED, ÚPRAVA, HYGIENA

Subjektivně: „*Cítím se neupraveně, necítím se dobře, je mi špatně, mám ukrutné bolesti břicha.*“

Objektivně: Vlasy upravené, celkový vzhled dobrý, nehty čisté, hygiena dobrá.

HLAVA, KRK:

Subjektivně: „*Zhruba jednou za měsíc trpím bolestí hlavy. Zatím vidím dobře.*“

Objektivně: Nebolestivá, normocefalická. Oči ve středním postavení, zornice izokorické, spojivky růžové, skléry bílé, brýle ani kontaktní čočky nemá, nenosí, oči jsou bez sekrece. Nos je bez deformit, sliznice vlhké normálně prokrvené, bez výrazné sekrece. Sluch se jeví bez obtíží. Rty se jeví dostatečně prokrvené, bez jakéhokoliv viditelného poranění. Chrup je vlastní, jeví známky dostatečné péče. Jazyk plazí ve střední rovině, mírně povleklý, čichově je zápach z úst nepřítomen.

HRUDNÍK A DÝCHACÍ SOUSTAVA:

Subjektivně: „*Bolestivosti na hrudniku jsem nikdy neměla, dušná jsem se nikdy necítila, dnes se mi zdá, že se mi hůře dýchá, ale myslím, že je to tím, že mi není dobře.,,*“

Objektivně: Hrudník je bez jakékoliv zřejmé patologie. Jizvy pod prsy pevné, dobře hojené. Dýchání se poslechově jeví čisté, alveolární, srdeční ozvy jsou pravidelné, bez patologie. Počet dechů je 17 za minutu. SpO₂ je bez kyslíku 98 %, kyslík zatím nepotřebuje.

SRDEČNĚ CÉVNÍ SYSTÉM:

Subjektivně: „*S vysokým krevním tlakem se nelčím, se srdcem také ne. Křečové žíly si myslím, že nemám. Mám spíše sklony k hypotenzi.*“

Objektivně: Dle monitorace je srdeční frekvence pravidelná 78/minutu. Na periferii je pulz dobře hmatný. Na pravé horní končetině je dnes první den zaveden preferní žilní

katetr v kubitální žíle, dle Maddona se jeví 0. Končetiny jsou bez otoků, varixy viditelné nejsou. Pulz na dolních končetinách je dobře hmatatelný. Krevní tlak činí 99/64 mmHg.

BŘICHO, GASTROINTESTINÁLNÍ SYSTÉM:

Subjektivně: *„Břicho mě nyní velmi bolí, potíže mám již od oběda, kdy jsem už začala zvracet. Potíže neustoupily. Zvracení neustupovalo ba naopak a trpím kolikovitými bolestmi břicha.“*

Objektivně: Břicho vzedmuté, palpačně tužší a bolestivé. Poslechově usilovná peristaltika v levé polovině, větry neodchází. Játra, slezina je palpačně nehmatná, nepřesahující oblouk žeberní. Pupeční jizva je pevná, třísla jsou pevná bez jakékoliv herniace. Jizvy jsou klidné, pevné, zhojené. Poslední stolice byla 3. 2. 2021 v ranních hodinách. Byla zavedena nasogastrická sonda velikosti 18. Pacientka zhodnotila bolest na škále VAS 7. Pacientka 3. 2. 2021 je indikována k operačnímu výkonu k odstranění střevní překážky mechanického ileu.

MOČOVÝ A POHLAVNÍ SYSTÉM:

Subjektivně: *„Potíže s močením nemívám, častěji na záchod jsem chodila při těhotenství, nyní jsem bez potíží. V noci chodím močit maximálně jednou. Před zhruba pěti lety jsem měla častější cystitidy, dostala jsem na to speciální autovakcínu, od té doby mám pokoj. Nyní bych asi měla problém s touto bolestivostí sama navštívit toaletu.“*

Objektivně: Permanentní močový katétr zaveden velikosti 16 CH. Moč je čirá, bez zápachu a příměsí, specifická hmotnost moči činí 1010 g/cm³. Množství moči je přiměřené příjmu.

KOSTERNÍ A SVALOVÝ SYSTÉM:

Subjektivně: *„Momentálně žádné problémy nemám, občas mě bolí krční páteř nebo záda.“*

Objektivně: Horní končetiny jsou bez patologických změn. Dolní končetiny jsou bez patologie, bez otoků a bez kožních trofických změn. Pacientka je soběstačná, volná pohyblivost ve všech kloubech. Nyní jí v pohybu velmi omezuje bolestivost břicha,

chůze je pomalá. Barthelové test byl vyhodnocen na 65 bodů, lehká závislost, stupnice dle Nortonové bylo vyhodnoceno žádné riziko vzniku dekubitů.

NERVOVÝ A SMYSLOVÝ SYSTÉM:

Subjektivně: „*Paměť mě zatím slouží dobře, si myslím, brýle nenosím, slyším poměrně dobře, žádné problémy nepocítuji.*“

Objektivně: Pacientka reaguje na oslovení, spolupracuje, je orientovaná místem, časem osobou. Výbavnost reflexů se jeví bez známek patologie. Citlivost končetin je normální. Dlouhodobá i krátkodobá paměť je dobrá. Řeč je bez známek jakékoliv poruchy.

ENDOKRINNÍ SYSTÉM:

Subjektivně: „*Se štítnou žlázou si myslím, že žádné problémy nemám. Na odběrech jsem byla a neprokázaly se žádné problémy.*“

Objektivně: Štítná žláza je na pohmat nebolestivá a nezvětšená, uzliny zvětšeny nejsou. Příznaky poruch endokrinního systému jsou nepozorovány, nemá.

IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM:

Subjektivně: „*Občas bývám nachlazená, ale asi jako každý, momentálně nachladnutí nepocítuji. Alergií si myslím, že netrpím, na alergologii jsem nikdy nebyla. Občas na jaře víc smrkám, ale není to nic hrozného, myslím, že to je spíš střídáním teplot. Jinak mám spíše intoleranci Algifenových kapek, bylo mi po nich špatně a cítila jsem velké hořko v puse.*“

Objektivně: Lymfatické uzliny má pacientka nebolestivé, na pohmat nezvětšené. Tělesná teplota je 36,6°C, intolerance na Algifen kapky (hořkost v puse po požití).

INVAZIVNÍ VSTUPY:

Pacientce byly 3. 2. 2021 zaveden periferní intravenózní katétr, kvůli zvracení byla zavedena nasogastrická sonda. Před operačním výkonem byl zaveden také močový katétr. Po operačním výkonu ze dne 3. 2. 2021 byly do rány zavedeny dva drény (Redonovy láhve).

KŮŽE A JEJÍ ADNEXA:

Subjektivně: *„Kůži mívám občas suchou, hlavně na dolních končetinách po depilaci nohou. Často si je promazávám tělovým mlékem. Dále mám jizvy na břiše. Nyní mám hroznou žízeň a mám suché rty, po zavedení NGS aspoň nezvracím.“*

Objektivně: Kůže je vzhledově dobře prokrvená, kožní turgor jeví známky mírné dehydratace, kůže je nyní mírně suchá. Dekubity jsou nepřítomny, jizvy na těle jsou dobře zhojeny per-primam. Pacientka byla na apendektomii roku 1991, po cholecystektomii byla v roce 2007, dále podstoupila plastickou operaci prsou roku 2012. Kůže je bez známek patologie. Vlasy jsou čisté, dostatečně hydratované, ostříhány po ramena. Nehty čisté, místy třepící se. Po operačním výkonu 3. 2. 2021 byla operační rána sešita e překryta sterilním krytím.

4.4 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Se souhlasem pacientky byla rozpracována ošetrovatelská anamnéza dle holistického modelu funkčního zdraví Marjory Gordon. Anamnéza byla odebrána v den příjmu 3. 2. 2021, kdy byla 34letá pacientka na chirurgické jednotce intenzivní péče před indikací k operaci mechanického ileu. Model je rozdělen do třinácti domén.

DOMÉNA 1 : Podpora zdraví

V dětství prodělala pacientka běžná infekční onemocnění. Podstoupila povinné očkování. Pacientka byla na apendektomii roku 1991, po cholecystektomii byla v roce 2007. Pacientka roku 2010 se začala stravovat zdravě a začala se trvale věnovat sportu. Výrazně zhubla a roku 2012 podstoupila plastickou operaci prsou a roku 2016 abdominoplastiku. Alkohol pije příležitostně, nekouří a drogy nebere ani nikdy nebrala. Pacientka po dobu hospitalizace dodržuje režimová opatření, lékařské i sesterské rady a spolupracuje. Pacientka nejvíce touží po návratu do běžného života a k rodině.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: 0

PRIORITA: Nízká

MĚŘÍCÍ TECHNIKA: 0

DOMÉNA 2: Výživa

Pacientka nyní měří 158 centimetrů a váží 53 kilogramů, vyhodnocené BMI je 21,2 což je normální váha. Pacientka se snaží stravovat zdravě a snaží se pravidelně sportovat. Pacientce byla zavedena nasogastrická sonda. Naposledy jedla oběd, který celý vyzvracela. Po zavedení sondy se jí výrazně ulevilo. Před zavedením mnohokrát zvracela. Pila také naposledy cca v 11:30. Nyní má pocit suchých rtů a suchosti v ústech. Značí známky mírné dehydratace. Pacientce jsou naordinované infuzní roztoky, na doplnění tekutin. Za normálních okolností pitný režim dodržuje, vypije denně 2 litry tekutin. Nejčastějším jejím nápojem bývá čistá voda nebo bylinkový čaj. Pacientka udává, že před tímto vážným stavem se stravovala pětkrát denně.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: Dehydratace způsobená zvracením

PRIORITA: Střední

MĚŘÍCÍ TECHNIKA: BMI (Body Mass Index)

DOMÉNA 3: Vylučování a výměna

Před onemocněním pacientka chodila na stolicí pravidelně ve stejnou denní dobu. S močením žádné problémy neměla, pacientce byl zaveden močový katétr, který odvádí čistou moč bez příměsí. 3. 2. 2021 ráno byla naposledy na stolicí, nebylo jí dobře, ale od oběda měla ileózní příznaky jako zvracení, bolesti břicha a pocit nafouklého břicha. Dechové problémy pacientka neudává.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: Riziko dysfunkční gastrointestinální motility, riziko zácpy z důvodu nefunkční motility střeva, riziko infekce z důvodu zavedení PMK, riziko dehydratace

PRIORITA: Vysoká

MĚŘÍCÍ TECHNIKA: Odběry moče, stolice, krve

DOMÉNA 4: Aktivita/odpočinek

Pacientka udává, že nespavostí netrpí. V domácím prostředí ráda sportovala a chodila s dětmi a manželem na procházky. Pacientka pracuje jako zdravotní sestra ve směnném provozu. Vede velice aktivní život. Pacientka dodržuje rady lékaře a nelékařského zdravotnického personálu. Je velice unavená, trápí ji velké bolesti v oblasti břicha. Dle testu Barthelové bylo vyhodnoceno 65 bodů, což znamená lehká závislost.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: zhoršená tělesná pohyblivost z důvodu kolikovitě bolestivosti, únava

PRIORITA: Střední

MĚŘÍCÍ TECHNIKA: Barthelové test

DOMÉNA 5: Percepce/kognice

Pacientka je orientovaná místem, časem i osobou s následující situací je obeznámena, spolupracuje se zdravotnickým personálem. Zrak a sluch má pacientka přiměřené svému věku, brýle ani kontaktní čočky nemá. Řeč je plynulá bez vad. Pacientka je plně při vědomí Glasgow Coma Scale po vyhodnocení vyšlo na 15, což znamená plné vědomí.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: 0

PRIORITA: 0

MĚŘÍCÍ TECHNIKA: Glasgow Coma Scale

DOMÉNA 6: Sebepercepce

Pacientka bývala optimistická. Bojí se, aby se jí tento stav neopakoval. Říká, že se bude snažit dodržovat veškeré doporučení lékařů i sester. Pacientka se chce co nejdříve vrátit domů za rodinou a zapojit se do svých každodenních činností. Pacientka se jeví velmi komunikativně a snaživě.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: 0

PRIORITA: 0

MĚŘÍCÍ TECHNIKA: 0

DOMÉNA 7: Vtahy mezi rolemi

Pacientka žije v rodinném domě s manželem a dvěma malými dětmi. Pacientka má jednoho sourozence a to sestru, se kterou se pravidelně navštěvují. S jejími rodiči i s rodiči z manžela strany se také pravidelně navštěvují, minimálně jednou týdně. Pacientka, jelikož je velice komunikativní, vstřícná a milá má spoustu dobrých přátel. Vztahy na jejím pracovišti si také velice pochvaluje a říká, že všichni táhnou za jeden provaz. Je ráda, že má rodinu, která za ní stojí a podporuje ji.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: 0

PRIORITA: 0

MĚŘÍCÍ TECHNIKA: 0

DOMÉNA 8: Sexualita

Pacientka ve věku 34 let má dvě malé děti. V této oblasti nemá problém hovořit. Její menstruační cyklus je pravidelný, spíše bolestivý. Na gynekologické prohlídky se snaží chodit pravidelně. Trpí na cysty ovaria, což byla i příčina tohoto akutního stavu. Pacientka antikoncepční léky neužívá. Sexuální dysfunkci ani jiné problémy nyní neudává.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: 0

PRIORITA: 0

MĚŘÍCÍ TECHNIKA: 0

DOMÉNA 9: Zvládání/tolerance zátěže

Pacientka pracující jako zdravotní sestra na jednotce intenzivní péče tvrdí, že musí umět zvládat různé stresové situace. Tento akutní stav by znovu zažít nechtěla a doufá, že do budoucna už se s ním nesetká. Má strach z operačního výkonu.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: Strach

PRIORITA: Nízká

MĚŘÍCÍ TECHNIKA: 0

DOMÉNA 10: Životní principy

Pacientka má křesťanskou víru. Udává, že vždy měla na prvním místě rodinu, její blaho a hlavně zdraví.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: 0

PRIORITA: 0

MĚŘÍCÍ TECHNIKA: 0

DOMÉNA 11: Bezpečnost/ ochrana

Pacientka má z důvodu infuzní terapie zavedený periferní žilní katétr. Před operacím byla zavedena nasogastrická sonda, která odvádí hojné množství žaludečního obsahu. Dále má pacientka zavedený močový katétr. Pacientka se polohuje sama, není u ní riziko vzniku dekubitů ani riziko vzniku imobilizačního syndromu, pacientka se velmi snaží. Nyní zaujímá úlevovou polohu. Snaží se dodržovat veškeré instrukce. Jako prevenci tromboembolické nemoci jsou pacientce namotány na obě nohy obinadlové kompresní bandáže. Dále je v medikaci naordinován fraxiparine, která se smí dát až několik hodin po operačním výkonu.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: Riziko infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů, riziko krvácení z důvodu operační rány, narušená integrita kůže, riziko pádu.

PRIORITA: Nízká

MĚŘÍCÍ TECHNIKA: Hodnocení rizika pádu dle Morse, hodnocení rizika infekce dle Maddona

DOMÉNA 12: Komfort

Pacientka udává bolesti v břišní oblasti, dle vizuální analogové stupnice bolesti 7 stupeň. Po diagnostice a rozpoznání onemocnění se pravidelně podávají analgetika, dle ordinace lékaře a intenzity bolesti. Pacientka popisuje, že je bolest nyní značně a nesrovnatelně lepší než před podáním analgetik. Nemocniční prostředí jí nevadí, protože pracuje sama jako sestra na jednotce intenzivní péče, ale radši by byla jako sestra, než pacient.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: Akutní bolest, z důvodu rozvíjejícího se ileózního stavu.

PRIORITA: Vysoká

MĚŘÍCÍ TECHNIKA: Vizuální analogová stupnice bolesti (VAS).

DOMÉNA 13: Růst/vývoj

U pacientky je růst a vývoj v normě dle lékařské a ošetrovatelské dokumentace a rozhovoru s pacientkou. Pacientka měří 158 centimetrů a váží 53 kilogramů. Dle zhodnocení činí BMI (Body Mass Index) 21,2 což je ideální váha.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM: 0

PRIORITA: 0

MĚŘÍCÍ TECHNIKA: 0

4.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT 3. 2 2021

ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ:

RTG vyšetření, NSB v leže, ve stoje

CT břicha

Laboratoř na STATIM

Interní předoperační vyšetření + EKG

Anesteziologické konzilium

VÝSLEDKY VYŠETŘENÍ:

RTG vyšetření NSB v stoje: Je zde lokálně souvislá pneumatizace kliček tenkého střeva, známky ileu.

RTG vyšetření NSB v leže: Subileus, klička 38 mm v levém mesogastriu.

CT břicha: Uděláno nativně a poskontrastně 401 obrazů. Ileus jejunoileu s přechodovou zónou v pravém hypogastriu.

EKG vyšetření: Normální sinusový rytmus, normální EKG.

Tabulka 3 Biochemické vyšetření krve

BICHEMICKÉ VYŠETŘENÍ	VÝSLEDEK	NORMOHODNOTA
UREA	7,0 mmol/l	2,5-7,4 mmol/l
KREATININ	85 umol/l	62-106 umol/l
BILIRUBIN CELKOVÝ	14 umol/l	4-21 umol/l
AST	0,31 ukat/l	0,17-0,85 ukat/l
ALT	0,26 ukat/l	0,20-0,80 ukat/l
ALP	0,72 ukat/l	0,67-2,15 ukat/l
GGT	0,21 ukat/l	0,13-1,02 ukat/l
CK	1,84 ukat/l	0,48-3,33 ukat/l
GLUKÓZA	5,30 mmol/l	3,30-5,59 mmol/l
Na	141 mmol/l	132-144 mmol/l

K	3,8 mmol/l	3,7-5,1 mmol/l
Cl	101 mmol/l	97-108 mmol/l
Ca	2,07 mmol/l	2,15-2,50 mmol/l
P	1,54 mmol/l	0,81-1,45 mmol/l
CRP	150,6 mg/l	0,0-5,0 mg/l
AMYLÁZY	1,56 ukat/l	0,30-1,67 ukat/l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

Tabulka 4 Hematologické vyšetření krve

HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ	VÝSLEDEK	NORMOHODNOTA
LEUKOCYTY	16,0 10^9 l	4-10 10^9 l
ERYTROCYTY	5,31 10^{12} l	4-5,8 10^{12} l
HEMOGLOBIN	167 g/l	135-175 g/l
TROMBOCYTY	351 10^9 l	150-400 10^9 l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

4.6 OPERAČNÍ LÉČBA ze dne 3.2.2020

Operace zahájena: 3. 2. 2021 v 17:00 hod.

Operace ukončena: 3. 2. 2021 v 18:15 hod.

Operatér: MUDr. TF

Asistenti: MUDr. TJ

Anesteziolog: MUDr. DM

Instrumentářka: MD

Typ anestezie: Celková anestezie

Operační diagnózy: K 565- Ileus mechanicus intestini tenuis e adhesione – cystis ovarii latear dextra; sp.p. appendecomiam cum peritonitidem

Popis operace: Z dolní střední laparotomie byla otevřena dutina břišní. V podkoží nad fascií zřejmá plošná dutina s malým množstvím tekutiny po předchozím operačním výkonu plastice břišní stěny. Dále bylo proniknuto do dutiny břišní, kde se nachází serosanguinální výpotek. Kličky střeva jsou posrústané v konvulu v malé pánvi a plochou jsou pevně dvě kličky ke stěně vytvořené cysty ovaria na pravé straně. Tyto kličky byly postupně rozvolněny. Palpačně se v podjaterní krajině nacházejí srůsty. Žaludeční sonda je hmatná. V oblasti proximálního ilea zaveden trokar s následným odsátím obsahu v tenkých kličkách zhruba 1100 ml. Přešito pokračujícím stehem. Po uvolnění srůstů byla na více místech desertována stěna ilea a tyto místa byla sešita vstřebatelným stehem. Nyní zbylí střevní obsah je možné protlačit do céka. V pravo se nachází cysta, která je naplněná sekretem. Cysta byla odstraněna a provedeno následné sešití okrajů při ovariu. Cysta byla poslána na histologický rozbor a bylo zastavené krvácení. Do malé pánve byl zaveden Redonův drén. Bylo sešito peritoneum a fascie. Další tenčí radon byl zaveden v pravo do podkožní dutiny po plastické operaci. Následně proběhla sutura podkoží a kůže a rána kryta sterilním krytím. (OPERAČNÍ ZÁZNAM)

4.7 KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Tabulka 5 Medikametózní terapie za hospitalizace.

NÁZEV LÉKU	FORMA	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	LÉKOVÁ SKUPINA
Novalgin	i.v	1g	á 6 hodin nad vas 3	analgetikum
Paracetamol	i.v	1g	á 6 hodin nad vas 4	analgetikum,antipyretikum
Nolpaza	i.v	40 mg	á 24 hodin	antiulcerotikum
Degan	i.v	10 mg	á 8 hodin	prokinetikum
MGSO4	i.v	10ml 10%	á 8 hodin	solí a ionty
Ringerfunfin	i.v	1000ml	od 6 do 6 hodin	infúzní roztok
Glukosa	i.v	10% 500ml	Od 7 do 10 hodin Od 13 do 16 hodin Od 19 do 22 hodin	transdermální roztok
Ondasetron	i.v	4 mg	á 8 hodin	antiemetikum
Syntostigmin	i.v	1,5 mg dotáhnuto do 20 ml F1/1	Lineárním dávkovačem na 24hodin rychlostí 0,8ml/ hodinu	parasympatomimetikum
Axetine	i.v	1,5 G	6 hodin po operaci a ex	antibiotikum
Fraxiparin	s.c	0,4 ml	á 24 hodin	antikoagulancium
Dipidolor	i.m	14mg	á 6 hodin nad vas 5	opioidní analgetikum

Zdroj: lékařská dokumentace

4.8 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 3. 2 2021

Pacientka ve věku 34 let byla přijata na jednotku intenzivní péče 3. 2.2021 v 15:00 hodin. Důvod její hospitalizace byl z důvodu neúrazové náhlé příhody břišní z důvodu mechanického ileu, způsobeného cystou na vaječníku. Pacientka přijela na urgentní příjem z důvodu kolikovitých bolestí břicha a zvracení. Při příjmu byly pacientce změřeny fyziologické funkce TK 99/64, P 78/min, D 17, SpO2 98%. Pacientce se odebrala krev na statimové vyšetření, dále bylo provedeno CT a RTG břicha, bylo provedeno interní předoperační vyšetření a natočeno EKG. Pacientka byla uložena na jednotku intenzivní péče a po podrobném vyšetření byla indikována k operačnímu výkonu, z důvodu mechanického ileu. Operační výkon proběhl v odpoledních hodinách a trval více než hodinu. Pacientka byla v celkové anestezii během výkonu. Po operaci pacientka spávala. Byly naordinovány antibiotika, z důvodu rizika infekce z důvodu operační rány. Pacientka byla velmi milá a vstřícná. Pacientce se podávali na bolest analgetika a sledovali se vitální funkce, odpad z nasogastrické sondy a byl zaznamenáván parenterální příjem a výdej. Byly sledovány známky infekce dle Madonna s výsledkem 0 (žádné známky infekce).

Pacientka podstoupila v předchozích letech plastickou operaci prsou a abdominoplastiku. Pacientka je již po cholecystektomii, apendektomii. Pacientka se nyní s ničím neléčila a léky žádné neužívá, pouze vitamíny. Pacientka je nekuřačka, alkohol pije příležitostně.

4.9 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Následné diagnózy byly seřazeny dle priorit byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II 2015 – 2016. Stanovené diagnózy jsou rozděleny na aktuální a rizikové. Celkem stanoveno 12 diagnóz. Aktuálních je stanoveno 9 a potencionálních 3.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

00132 AKUTNÍ BOLEST

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Priorita: Vysoká

Určující znaky: Expresivní chování, výraz bolesti v obličeji, vyhledávání antalgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (vizuální analogová škála)

Související faktory: Biologičtí původci zranění.

00196 DYSFUNKČNÍ GASTROINTESTINÁLNÍ MOTILITA

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Priorita: Vysoká

Určující znaky: Abdominální dysteze, bolest břicha, absence plynatosti, změna střevních zvuků, potíže s odchodem stolice, nauzea, zvracení.

Související faktory: Úzkost

00044 NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ

Doména 11: Bezpečnost a ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Priorita: Vysoká

Určující znaky: Abdominální dysteze, bolest břicha, absence plynatosti, změna střevních zvuků, potíže s odchodem stolice, nauzea, zvracení.

Související faktory: Úzkost

00027 SNÍŽENÝ OBJEM TEKUTIN (DEHYDRATAČE)

Doména 2: Výživa
Třída 5: Hydratace
Priorita: Střední
Určující znaky: Suchá sliznice, žízeň
Související faktory: Aktivní pokles objemu tělesných tekutin

00085 ZHORŠENÁ POHYBLIVOST

Doména 4: Aktivita/odpočinek
Třída 2: Aktivita/cvičení
Priorita: Střední
Určující znaky: Zhoršená chůze, zpomalené pohyby
Související faktory: Bolest

00134 NAUZEÁ

Doména 12: Komfort
Třída 1: Tělesný komfort
Priorita: Střední
Určující znaky: Nauzea
Související faktory: strach, úzkost

00046 NARUŠENÍ INTEGRITA KŮŽE

Doména 11: Bezpečnost/ochrana
Třída 2: Tělesné poškození
Priorita: Střední
Určující znaky: Změny integrity, průnik cizího tělesa
Související faktory: Vnější: farmaka, mechanické faktory

00016 ZHORŠENÉ VYLUČOVÁNÍ MOČI

Doména 3: Vylučování a výměna
Třída 1: Funkce močového systému
Priorita: Střední

Určující znaky: dysurie.
Související faktory: mnohočetná kauzalita.

00148 STRACH

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže
Třída 2: Reakce na zvládání zátěže
Priorita: Nízká
Určující znaky: Znepokojení, pociťuje strach, pociťuje obavy.
Související faktory: Neznámé prostředí.

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGÓZY:

00015 RIZIKO ZÁCPY

Doména 3: Vylučování a výměna
Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému
Priorita: Střední
Rizikové faktory: Snížená motilita gastriontestinálního traktu, dehydratace

00155 RIZIKO PÁDU

Doména 11: Bezpečnost/ochrana
Třída 2: Tělesné poškození
Priorita: Střední
Rizikové faktory: Alterace kognitivních funkcí, akutní onemocnění, zhoršená motilita a potíže s chůzí

00004 RIZIKO INFEKCE

Doména 11: Bezpečnost/ochrana
Třída 1: Infekce
Priorita: Nízká
Rizikové faktory: Invazivní vztupy, změna integrity kůže

V této bakalářské práci byly rozpracovány 3 aktuální diagnózy.

AKUTNÍ BOLEST

KÓD: 00132

DOMÉNA: 12. Komfort

TRŽÍDA 1: Tělesný komfort

DEFINICE:

„Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození 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. „ (NANDA 2015)

URČUJÍCÍ ZNAKY:

Expresivní chování, výraz bolesti v obličeji, vyhledávání antalgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti(vizuální analogová škála)

SOUVISEJÍCÍ FAKTORY:

Biologičtí původci zranění.

CÍL KRÁTKODOBÝ:

Pacientce se zmírní bolest z VAS 7 na přijatelnou bolest maximálně VAS 1 do večera prvního dne.

CÍL DLOUHODOBÝ:

Pacient nebude trpět bolestí po propuštění z nemocničního zařízení.

OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY:

- Pacientka umí určit bolest, její lokalitu, intenzitu a charakter do 1 hodiny
- Pacientce se zmírní bolesti po podání analgetik do 1 hodiny.
- Pacientka rozumí účinkům podávaných analgetik do 1 dne.
- Pacientka po propuštění z nemocnice nebude pociťovat bolest.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

1. Pomož pacientce najít vhodnou úlevovou polohu pro zmírnění bolesti, všeobecná sestra, dle potřeby.
2. Monitoruj pacientčinu bolest na vizuální analogové škále, všeobecná sestra, každou hodinu.
3. Podávej analgetika dle ordinace lékaře a charakteru bolesti, všeobecná sestra, dle potřeby.
4. Sleduj možnou přítomnost nežádoucích účinků analgetik, všeobecná sestra po denně po dobu hospitalizace.
5. Proveď záznam do zdravotnické dokumentace, všeobecná sestra denně po dobu hospitalizace.

REALIZACE DNE 3. 2 2021 (DEN OPERACE)

15:00 – Pacientka byla převezena z urgentního příjmu na jednotku intenzivní péče. Pacientka byla napojena na monitor aktuální TK byl 100/57 a P 123 za minutu. Měření tlaku probíhalo každou hodinu. Pacientka byla poučena o hodnocení bolesti dle VAS. Pacientka udává bolest na škále 7. Pacientce bylo poukázáno na důležitost úlevové polohy. Pacientce byly podány analgetika dle ordinace lékaře. a chápe nutnost operačního řešení a souhlasí s ním. Vše je zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace. (Všeobecná sestra)

16:00 – U pacientky proběhla předoperační příprava. Lékař a anesteziolog informoval pacientku o samotném výkonu. Samotný výkon proběhne v 17:00. Pacientka udává zmírnění bolesti ze stupně 7 na stupeň 5. (Všeobecná sestra)

17:00 – Pacientce byl výkon proveden v celkové anestezii.

18:30 – Pacientka je vrácena z operačního sálu. Opět je pacientka napojena na monitor kde jí byl změřený TK 98/45 a P 80. Pacientka pospávala, nyní neudává žádnou bolest. Pacientka je informována o možnosti podávání analgetik. (Všeobecná sestra)

20:00 – Pacientka udává bolest na stupnici VAS číslem 4. Byly jí podány analgetika dle ordinace lékaře. (Všeobecná sestra)

21:00 Pacientce zabraly analgetika, nyní nepocítuje bolest, TK 106/70 a P 68. Pacientka pocítuje velký rozdíl bolesti před operací a po operaci. (Všeobecná sestra)

REALIZACE DNE 5. 2. 2021 (2. POOPERAČNÍ DEN)

Pacientka vypadá visuelně velmi dobře. Vadí jí nasogastrická sonda. Pacientka udává mírnou bolest v oblasti operační rány na VAS číslem 3, pacientce jsou podána slabá analgetika. (Všeobecná sestra)

REALIZACE DNE 7. 2. 2021 (4. POOPERAČNÍ DEN)

Pacientka neudává žádné bolesti. Je spokojená, hezky se vyspala. Pacientka je již bez drénů a nasogastrické sondy a je slíben přesun na standardní oddělení. (Všeobecná sestra)

HODNOCENÍ DNE 11. 2. 2021 (7. POOPERAČNÍ DEN)

Pacientka velmi dobře spolupracovala v oblasti určování bolesti. U pacientky byly oba stanovené cíle splněny. Pacientka nepocítuje bolest při odchodu z nemocnice do domácího prostředí. Všechny stanovené intervence byly provedeny. Vše bylo celou dobu hospitalizace pečlivě zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.

NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ:

KÓD: 00044

DOMÉNA: 11. Bezpečnost/ochrana

TŘÍDA 2: Tělesné postižení

PRIORITA: Vysoká

DEFINICE:

„Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů.“ (NANDA 2015)

UČUJÍCÍ ZNAKY:

Poškozená tkáň, zničená tkáň.

SOUVISEJÍCÍ FAKTORY:

Chirurgický zákrok

CÍL KRÁTKODOBÝ: Pacientka bude mít ránu sterilně krytou a rána nebude jevit známky krvácení a infekce do 24 hodin.

CÍL DLOUHODOBÝ: Pacientka při odchodu z nemocnice bude znát péči o operační ránu, rána se bude hojit per primam.

OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY:

- Rána nebude jevit známky krvácení do 24 hodin.
- Rána nebude jevit známky infekce do 24 hodin.
- Rána se bude hojit per primam po dobu hospitalizace.
- Pacientka dodržuje klidový režim do 6 hodin od operace.
- Rána je asepticky ošetřována sestrou, po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka je edukována o aseptické ošetřování rány v domácím prostředí.
- Pacientka je informována a zná možné komplikace s operační ránou po propuštění.

PLÁN INTERVENČÍ:

1. Kontroluj operační ránu a možné známky krvácení, všeobecná sestra, vždy.
2. Proveď odběr krve, z důvodu možných krevních ztrát, všeobecná sestra, dle ordinace lékaře.
3. Pouč pacientku o nutnosti klidového režimu po operačním výkonu, všeobecná sestra, do 15 minut po operaci.
4. Sleduj odpad z drénů, všeobecná sestra, do extrakce drénů.
5. Pouč pacientku, že v případě jakýchkoliv změn či diskomfortu, neprodleně informuje zdravotnický personál, všeobecná sestra, hned po příjezdu ze sálu.
6. Prováděj převaz operační rány asepticky, všeobecná sestra, vždy.
7. Informuj lékaře o jakýchkoliv komplikacích v oblasti operační rány, všeobecná sestra, dle potřeby.
8. Pomož pacientovi s hygienou, všeobecná sestra, dle potřeby pacienta.
9. Udělej záznam do zdravotnické dokumentace, všeobecná sestra, vždy.

10. Pouč pacienta o správnosti péče o operační ránu v domácím prostředí, všeobecná sestra, při propouštění pacienta.

REALIZACE DNE 3. 2 2021 (DEN OPERACE)

18:30 – Pacientka je vrácena z operačního sálu na jednotku intenzivní péče a byla jí zkontrolována operační rána, která je sterilně kryta. Do rány jsou zavedeny dva Redonovy drény, které odvádí malé množství krvavého sekretu. Rána nejeví známky krvácení, ani infekce. Pacientce byl odebrán kontrolní krevní obraz a poslán na statimové vyšetření. (Všeobecná sestra)

19:00 – Pacientka je edukována o nutnosti klidového režimu do 6 hodin od operace, je obeznámena se signalizačním zařízením a toto signalizační zařízení je v dostatečném dosahu od pacientky. Pacientka je edukována o možných komplikacích z důvodu operační rány a jakékoliv komplikace ihned nahlásila zdravotnímu personálu. (Všeobecná sestra)

20:00 – Pacientce byla zkontrolována operační rána, která nejeví známky infekce ani krvácení. Odpady z drénu jsou minimální. (Všeobecná sestra)

21:00 – Operační rána je opět kontrolována a nejeví známky krvácení ani infekce, odpady z drénu jsou stále minimální, pacientce byl odebrán kontrolní krevní obraz, z důvodu kontroly krevních ztrát. (Všeobecná sestra)

22:00 – Rána je stále bez známek krvácení a infekce, vše je pravidelně zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace pacientky. (Všeobecná sestra)

REALIZACE DNE 5. 2. 2021 (2. POOPERAČNÍ DEN)

Pacientka chodí na jednotce intenzivní péče v doprovodu všeobecné sestry. Vertikalizace je velmi důležitá i z důvodu dřívějšímu nastartování motility střev. Pacientce byla rána asepticky převázána, nejeví známky infekce ani krvácení. Okolí drénů i rána je sterilně kryta. Odpady z drénu jsou stále minimální. (Všeobecná sestra)

REALIZACE DNE 7. 2 2021 (4. POOPERAČNÍ DEN)

Pacientka je nyní více soběstačná. Převaz operační rány 3 pooperační den umožnil extrakci drénů zavedených v ráně. Rána byla převázána, byla ponechána volně, nastříkána tekutým obvazem. Nejeví známky infekce, pacientka bude přeložena v 10:00 hodin na standardní chirurgické oddělení. (Všeobecná sestra)

HODNOCENÍ DNE 11. 2. 2021 (7. POOPERAČNÍ DEN)

Pacientka velmi dobře spolupracovala v oblasti klidového režimu, dodržovala všechna doporučení lékařem i nelékařským zdravotnickým personálem. U pacientky byly oba stanovené cíle splněny. U pacientky se neprojeví žádné známky infekce ani krvácení v průběhu 24 hodin. Pacientka byla informována o správné péči o operační ránu v domácím prostředí.

NARUŠENÁ INTERGRITA KŮŽE

KÓD: 00046

DOMÉNA: 11. Bezpečnost/ochrana

TRÍDA 2: Tělesné poškození

PRIORITA: Střední

URČUJÍCÍ ZNAKY:

Změny integrity, průnik cizího tělesa

SOUVISEJÍCÍ FAKTORY:

Vnější: farmaka, mechanické faktory

DEFINICE:

„Změna v epidermis a/nebo dermis.,, (NANDA, 2015)

CÍL KRÁTKODOBÝ:

Pacientka je informována o nutnosti zavedení periferního žilního katétru a zná péči o periferní žilní katétr do 1 hodiny.

CÍL DLOUHODOBÝ: Pacientka nejeví žádné známky infekce po dobu zavedení periferního žilního katétru do konce hospitalizace.

OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY:

- Pacientka je edukována o nutnosti zavedení periferního žilního katétru do 1 hodiny.
- Pacientka nejeví žádné známky infekce po dobu hospitalizace.
- Pacientka zná péči o periferní žilní katétr do 1 hodiny.
- Pacientka rozpozná známky infekce v oblasti periferního žilního katétru do 1 hodiny.

PLÁN INTERVENČÍ:

1. Edukuj pacientku o nutnosti zavedení periferního žilního katétru, všeobecná sestra, do 1 hodiny.
2. Informuj pacientku o místních i celkových známkách projevujících se infekce z důvodu zavedení periferního katétru, všeobecná sestra do 1 hodiny.
3. Informuj pacientku o péči o periferní žilní katétr, všeobecná sestra do 1 hodiny.
4. Převazuj krytí periferního žilního katétru asepticky, všeobecná sestra, vždy.
5. Dodržuj asepsi při podávání léků, všeobecná sestra, vždy.
6. Kontroluj místo zavedení periferního žilního katétru, všeobecná sestra, vždy.
7. Kontroluj funkčnost periferního žilního katétru, všeobecná sestra, denně.
8. Vyměň periferní žilní katétr, při nefunkčnosti, či projevujících se známkách infekce nebo po uplynutí 72 hodin, dle standardu oddělení, všeobecná sestra, vždy.

REALIZACE DNE 3. 2. 2021 (DEN OPERACE)

15:15 – Pacientka byla poučena o nutnosti zavedení periferní žilní katétr (dále jen PŽK). Pacientce by zaveden PŽK, asepticky. Byl zaveden na předloktí, velikost kanily číslo 20 G. Výkon byl zaznamenán do ošetřovatelské dokumentace. (Všeobecná sestra)

16:00 – Pacientka byla poučena o péči o PŽK a rozumí jí. Místo vpichu nejeví žádné známky infekce. Pacientce byly podány analgetika i.v., dle asepsy a ordinace lékaře. (Všeobecná sestra)

19:00 – Pacientka nejeví žádné známky infekce. Funkčnost PŽK byla zkontrolována po příjezdu pacientky z operačního sálu. Pacientce kape Ringerfundin, 1000 ml i.v., který má kapat do rána do 6 hodin. Byly jí podány léky dle ordinace lékaře. (Všeobecná sestra)

21:00 – Pacientka nejeví žádné známky infekce, vše je zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace. (Všeobecná sestra)

22:00 – Pacientka se cítí dobře, okolí místa vpichu je klidné. (Všeobecná sestra)

REALIZACE DNE 5. 2. 2021 (2. POOPERAČNÍ DEN)

Pacientce byl ráno zkontrolován PŽK, jeho funkčnost, nebyly přítomné žádné známky infekce. Byl proveden asepticky převaz PŽK, byl přelepen sterilním krytím. Vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace. Pacientka nejeví místní ani celkové známky infekce. Do periferního žilního katétru je lineárním dávkovačem podáván syntostigmin, 1,5 mg i.v. na 24 hodin, na podporu střevní peristaltiky (již druhý den). (Všeobecná sestra)

REALIZACE DNE 7. 2. 2021 (4. POOPERAČNÍ DEN)

Pacientka má od 6.2 nově zavedený PŽK, dle standardu oddělení. Funkčnost katétru byla zkontrolována, vpich po kanyle je klidný. Nejeví známky infekce, pacientka bude přeložena v 10:00 hodin na standardní chirurgické oddělení. Veškeré postupy jsou zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace. (Všeobecná sestra)

HODNOCENÍ DNE 11. 2. 2021 (7. POOPERAČNÍ DEN)

Stanovený krátkodobí cíl byl splněn, pacientka byla informována o nutnosti zavedení PŽK a uměla o něj pečovat. Stanovený dlouhodobý cíl byl také splněn, pacientka nejevila místní ani celkové známky infekce po dobu hospitalizace, z důvodu zavedení PŽK.

4.10 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacientka ve věku 34 let byla přijata na chirurgickou jednotku intenzivní péče, z důvodu kolikovitých bolestí břicha, pacientka zvracela, od oběda jí bylo špatně. Byl jí zjištěn podle stanovených vyšetření mechanický ileus, způsobený cystou na vaječniku. Pacientce byl indikován výkon operačního řešení mechanického ileu, s kterým pacientka souhlasila. Výkon byl proveden 3. 2. 2021, v celkové anestezii. Pacientka byla po operačním výkonu opět převezena na jednotku intenzivní péče k monitoraci vitálních funkcí po jedné hodině, které byly zaznamenávány pravidelně do dokumentace pacientky.

U pacientky byly stanoveny ošetrovatelské problémy, první den kontaktu s pacientkou před operačním výkonem. Problémy byly nalezeny v oblasti výživa, vylučování výměna, aktivita odpočine, bezpečnost a ochrana, komfort. Dále byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy. Tři aktuální diagnózy byly zpracovány a byly u nich stanoveny dlouhodobé a krátkodobé cíle. Pomocí stanovených intervencí byla realizována ošetrovatelská péče. Hodnocení péče probíhalo po propuštění pacientky do domácího prostředí. Pacientka byla spokojena s hospitalizací. Byla vždy plně informována o prováděných výkonech. Pacientka byla informována o dodržování určitých stravovacích omezeních i o možných komplikacích po propuštění do domácího prostředí. Pacientka plně porozuměla důležitosti preventivních kontrol u lékaře. Po celou dobu hospitalizace spolupracovala a byla orientována místem časem i osobou. Pacientka se aktivně zapojovala do ošetrovatelského procesu. Během hospitalizace neproběhly u procesu péče žádné komplikace. Pacientka byla propuštěna domů dne 11. 2. 2021. Celkové hodnocení péče bylo vyhodnoceno jako efektivní.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Toto doporučení je určeno pro všeobecné zdravotní sestry, pro studenty zdravotnických škol, pro pacientku i pro rodinu pacientky. Toto doporučení bylo vytvořeno na základě praktických zkušeností ze získání informací z odborné literatury i ze získání informací během studia.

DOPORUČENÍ PRO SESTRY NEBO PRO STUDENTY ZDRAVOTNICKÝCH ŠKOL:

- Vnímat pacienta jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, naslouchat pacientovi a sledovat celkový vzhled pacienta.
- Získat pacientovu důvěru, vcítit se do pacientova problému.
- Informovat se a vzdělávat se v oblasti náhlých příhod břišních, konkrétně v oblasti ileu.
- Informovat pacienta o důležitosti brzké diagnostiky u tohoto typu onemocnění.
- Informovat pacienta o všech prováděných výkonech spojené s jeho osobou.
- Pacienta je nutné motivovat, aby proběhla rychlejší vertikalizace s následným uzdravením.
- Sledovat polohu a chůzi pacienta.
- Sledovat výraz tváře, z důvodu bolestivosti.
- Informovat pacientka, že jakékoliv pozorované problémy musí ihned nahlásit zdravotnickému personálu.
- Informovat pacienta o závažnosti stavu.
- Všechny úkony pravidelně zaznamenávat do dokumentace pacienta.

DOPORUČENÍ PRO PACIENTA:

- Důrazně nabádat o důležitosti vyhledání odborné pomoci.
- Informovat, že pokud pacient něčemu nerozumí, tak ať se nebojí zeptat.
- Dodržovat doporučená režimová opatření.
- Dodržovat pokyny lékaře a nelékařského zdravotnického personálu.

- Důrazně dbát na spolupráci s lékařským i nelékařským zdravotnickým personálem.
- Dodržovat pravidelnost kontrol u praktického lékaře popř. gynekologa.

DOPORUČENÍ PRO RODINU:

- Spolupracovat s pacientem.
- Snaha o vyhledávání nových informací v oblasti střevní neprůchodnosti.
- Vcítit se do pacientova problému.
- Podpora pacienta v denních činnostech.

ZÁVĚR

Ileus, neboli střevní neprůchodnost je závažné onemocnění, které potřebuje rychlé řešení. Včasná diagnostika je velmi důležitá k zahájení včasné terapie. Diagnostika může zachránit život člověka. Prognóza tohoto onemocnění závisí na mnoha faktorech a na pokročilosti stavu. Úmrtnost menší než 5 % nastává, pokud nedojde k peritonitidě nebo nekrotické změně střeva. Úmrtnost větší než 50 % nastává pokud k nekrotickým změnám a peritonitidě dojde. Ileus způsobený nádorem má prognózu, vzhledem k metastazování poměrně špatnou, zhruba 75 % až 90 % úmrtnosti.

Cílem bakalářské práce bylo popsat ošetrovatelskou a medicínskou problematiku u pacienta se střevní neprůchodností. Byla zde popsána specifika ošetrovatelské péče. Byl zde sestaven a realizován ošetrovatelský plán funkčního modelu dle Marjory Gordon u pacientky se střevní neprůchodností. Cíle, které byly stanoveny, byly splněny.

Tato bakalářská práce byla rozdělena na dvě části, první teoretická a druhá praktická. Teoretická část zahrnuje anatomii tenkého a tlustého střeva, náhlé příhody břišní obecně a jejich rozdělení, ileus a jeho dělení, diagnostika, terapie, stomie a péče o stomie. V praktické části této bakalářské práce se nachází ošetrovatelský proces u pacientky se střevní neprůchodností. Ošetrovatelský proces byl popsán dle modelu Marjory Gordon, Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA taxonomie II 2015 - 2017. V této bakalářské práci byly diagnózy seřazeny dle priorit. Závěrem této bakalářské práce byla sepsána kapitola doporučení pro praxi, která byla věnována studentům zdravotnických oborů, všeobecným sestřám i lidem, aby nepodceňovali problematiku tohoto onemocnění a navštívili včas odbornou lékařskou pomoc.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATUTRY:

BÁRTOVÁ, Jarmila, *Přehled patologie*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2746-8.

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS. *Vybrané kapitoly intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing , 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.

DOBIÁŠ, Viliam. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. 1. vyd. 1. Praha:Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4571-8.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy*. 10 vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-271-9009-6.

HOCH, Jiří, Jan LEFFLER a kol. *Speciální chirurgie: Učebnice pro lékařské fakulty*. 2. Praha 4: MAXDORF s.r.o, 2001. ISBN 80-85912-06-6.

KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory (Učební texty, Univerzita Karlova)*. Charles University in Prague, Karolinum Press. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-2464-058-7.

KITTNAR, Otomar a MBA a kol. *Lékařská fyziologie*. 2. Praha: Grada Publishing, 2020.

LUKÁŠ Karel, Jiří HOCH a kol. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0353-9.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.

NANDA INTERNACIONAL Inc, 2015, Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017. Praha : Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

OREL, Miroslav. *Anatomie a fyziologie lidského těla: Pro humanitní obory*. Praha 7: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0531-1.

Páral JIŘÍ, kol. *Chirurgická propedeutika: Základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1235-7.

POLLAK, Andrew N. a MD, FAAOS. *Critical Care Transport*. 2. Maryland: Jones & Bartlett Learning, 2017. ISBN 978128040999.

SCHEIN, Moshe a Paul ROGERS. *Urgentní břišní chirurgie: Schein's Common Sense Emergency Abdominal Surgery*. Praha: Grada Publishing , 2011. ISBN 978-80-247-2357-0.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada Publishing, a.s, 2010. ISBN 978-80-247-3130-8.

ŠEVČÍK, Pavel (ed.). *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. 1. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-066-0.

ŠVÁB, Jan. *Náhlé příhody břišní*. Na Bělidle 34; 150 00; Praha 5: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-485-0; 978-80-246-1394-9.

VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ, Jan MATEK, Veronika ZACHOVÁ a Pavel SVOBODA. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-.

VODIČKA, Josef a kol. *Speciální chirurgie*. 2. Praha: Karolinum Press, 2014. ISBN 978-80-2462-512-6.

VOKURKA, Martin. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3., upr. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2032-9.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. Velký lékařský slovník. 10. aktualizované vydání. 1. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2

ZACHOVÁ, Veronika a kol. Stomie. 1. Praha 7: Grada Publishing, a.s, 2010. ISBN 978-80-247-3256-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

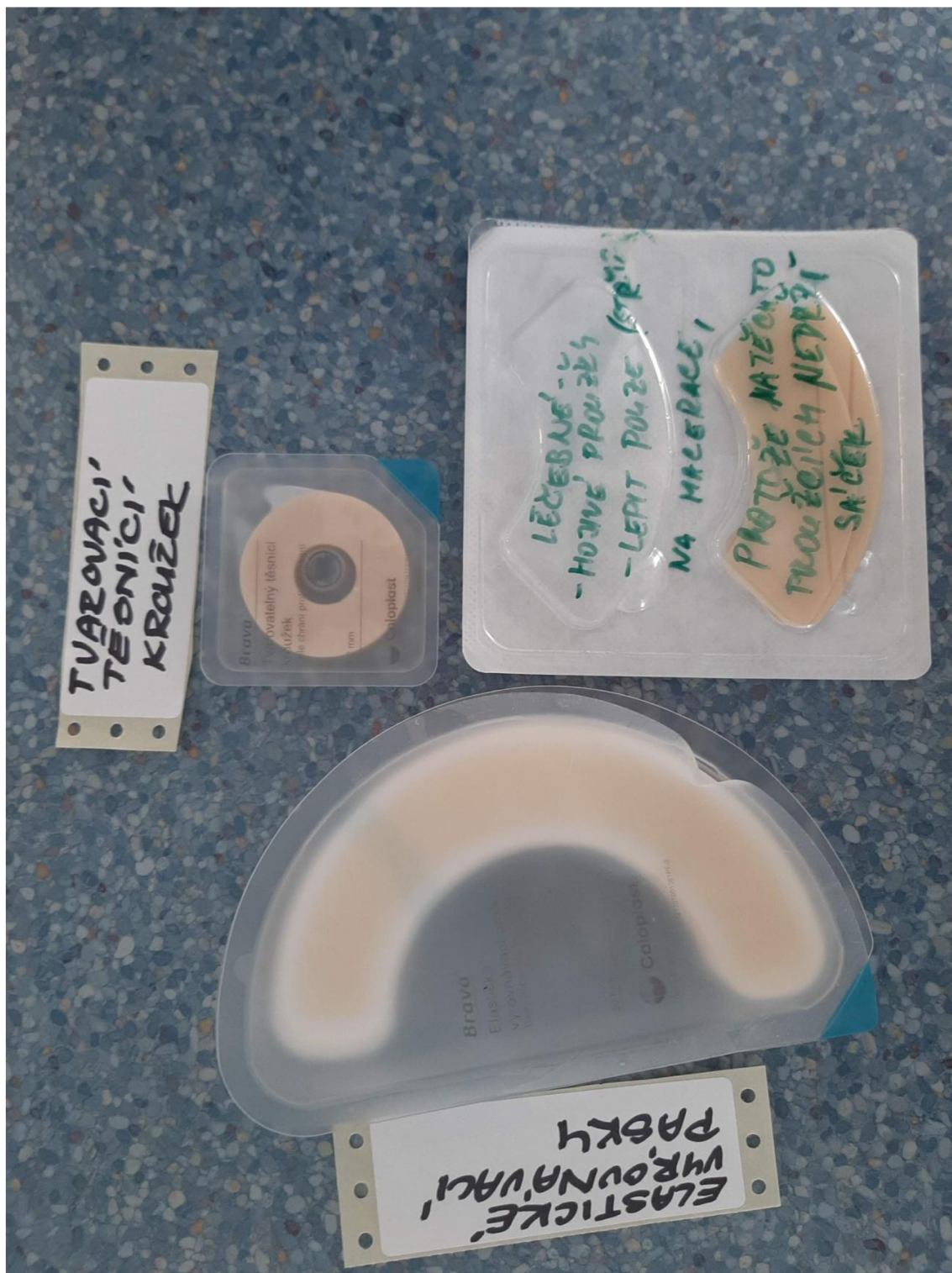
GOULD, Lisa et al. Chronic wound repair and healing in older adults: Current status and future research. Wound repair and regeneration [online]. 2015, [cit 2021-01-10]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wrr.12245/full>

PŘÍLOHY

Příloha A – Pomůcky pro stomiky.....	I
Příloha B – Pomůcky pro stomiky.....	II
Příloha C –Jednotka intenzivní péče.....	III
Příloha D –Hodnotící škály.....	IV
Příloha E – Zhojené jizvy pacientky.....	V
Příloha F – Rešeršní protokol	VI
Příloha G – Čestné prohlášení	VII



Příloha A – Pomůcky pro stomiky (vlastní zdroj)



Příloha B – pomůcky pro stomiky (vlastní zdroj)



Příloha C – jednotka intenzivní péče (vlastní zdroj)

Glasgow Coma Scale

Otevření očí	spontánně	4
	na oslovení	3
	na bolest	2
	žádná reakce	1
Slovní odpověď	orientovaná	5
	zmatená	4
	pouze slova	3
	nesrozumitelné zvuky	2
	žádná odpověď	1
Reakce na bolest	provede na příkaz pohyb	6
	lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
	úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
	nečíslená flexe končetiny (dekortikační reakce)	3
	nečíslená extenze končetiny (decerebrační reakce)	2
	nereaguje	1
CELKEM (maximum)		15

Hodnocení:

Plné vědomí: 15 bodů

Lehká porucha vědomí: 14 až 13 bodů

Střední porucha vědomí: 12 až 9 bodů

Závažná porucha vědomí: 8 až 3 bodů

Klasifikace tíže tromboflebitis (podle Maddona)

Stupeň	Reakce
0	Není bolest ani reakce v okolí
I	Pouze bolest, ne reakce v okolí
II	Bolest a zarudnutí
III	Bolest, zarudnutí, otok, a nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Příloha D – hodnotící škály (vlastní zdroj)



Příloha E – zhojená jizva pacientky (vlastní zdroj)

PŮVODNÍ LIST K REŠERŽI

JMÉNO: Kristýna Svobodová, DiS.

NÁZEV PRÁCE: Ošetrovatelská proces u pacienta se střevní neprůchodností

JAZYKOVÉ VYMEZENÍ: čeština, angličtina.

ČASOVÉ VYMEZENÍ: 2020 až 2021

KLÍČOVÁ SLOVA: Střevo, pacient, náhlá příhoda břišní, ileus, překážka, stomie, peristaltika.

POČET ZÁZNAMŮ: 27 (knihy: 12, články 11 a elektronické zdroje: 4).

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů).

Základní prameny:

Katalogy knihoven (www.medvik.cz),

Databáze vysokoškolských kvalifikačních prací (www.theses.cz).

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta