



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav Ošetřovatelství

Ošetřovatelská péče o nemocného s akutní apendicitidou

*Nursing care of the patient with acute
appendicitis*

Případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, březen 2010

Šárka Dvořáková

Autor práce:	Šárka Dvořáková
Studijní program:	Ošetřovatelství
Bakalářský studijní obor:	Zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Holubová
Pracoviště vedoucího práce:	UK v Praze, 3.LF, Ústav ošetřovatelství
Odborný konzultant:	MUDr. Kateřina Novotná
Pracoviště odborného konzultanta:	NMSKB v Praze, ARO
Datum a rok obhajoby:	Duben 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 19.března 2010

.....
Šárka Dvořáková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé práce paní Mgr. Janě Holubové za cenné rady v oblasti ošetrovatelství. Dále bych též vyjádřila poděkování MUDr. Kateřině Novotné za odbornou spolupráci a poskytnuté rady.

OBSAH

OBSAH	5
ÚVOD	6
1. KLINICKÁ ČÁST	7
1.1 OBECNÁ ČÁST	7
1.1.1 Obecná stavba trávicího systému.....	7
1.1.2 Anatomie a fyziologie slepého střeva.....	8
1.1.3 Patologicko - anatomická klasifikace zánětu apendixu	10
1.1.4 Výskyt a etiologie	10
1.1.5 Klinický obraz	11
1.1.6 Diagnostika.....	14
1.1.7 Komplikace	16
1.1.8 Terapie.....	18
1.2 PÉČE V SOUVISLOSTI S OPERAČNÍM VÝKONEM	19
1.2.1 Příprava nemocného před apendektomií	19
1.2.2 Pooperační péče o nemocného po apendektomii	20
1.3 PROGNOZA.....	21
2. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM	22
2.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	22
2.2 ANAMNÉZA NEMOCNÉHO	22
2.3 DIAGNÓZA PŘI PŘIJETÍ.....	23
2.4 PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	24
2.5 DIAGNOSTICKÉ VÝKONY A VYŠETŘENÍ V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE.....	26
2.5.1 Laboratorní hodnoty 1. pooperační den	28
2.6 STATUS PRAESENS – 1. POOPERAČNÍ DEN	29
2.7 LÉČBA	30
2.7.1 Farmakoterapie 1. pooperační den.....	30
2.7.2 Inhalační terapie.....	33
2.7.3 Nutriční terapie.....	34
2.7.4 Fyzioterapie	34
2.8 TERAPEUTICKÁ PÉČE.....	35
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	37
3.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	37
3.1.1 Model „Fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové	38
3.1.2 Aplikace modelu „fungujícího zdraví“	39
3.1.3 Ošetřovatelské diagnózy stanovené k 1. pooperačnímu dni	45
3.1.4 Akutní diagnózy.....	46
3.1.5 Potencionální diagnózy.....	54
3.2 DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	58
4. PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO	60
5. EDUKACE	63
ZÁVĚR	64
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
SEZNAM PŘÍLOH	71

ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného J.P., 41 let, který byl hospitalizován na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO) v nemocnici v Praze s diagnózou akutní appendicitis gangrenosa perforata, status ileosus, difusní peritonitis, septický stav.

Na základě těchto diagnóz byl pacient po provedené revizi břicha s appendectomií, laváží a drenáží dutiny břišní přijat na ARO, kde jsem k této případové studii získávala informace. V klinické části práce se zabývám anatomii a fyziologií zažívacího traktu a céka. V další části popisuji klinický obraz, polohy appendixu, diagnostiku onemocnění, komplikace, terapii a prognózu onemocnění.

Na tuto kapitolu navazují základní údaje o nemocném při příjmu, lékařská anamnéza, průběh celé hospitalizace, provedené diagnostické výkony, vyšetření a léčba po operaci. V ošetrovatelské části se nemocnému věnuji z hlediska ošetrovatelského procesu. Pro vytvoření ošetrovatelské anamnézy jsem použila koncepční model „Fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové. Vzhledem k omezenému rozsahu této práce jsem ošetrovatelské diagnózy stanovila a podrobně vypracovala pouze na první pooperační den, 2. den hospitalizace v nemocnici. Podrobný plán ošetrovatelské péče byl stanoven s ohledem na současný zdravotní stav, potřeby a problémy nemocného. Ve své práci popisuji realizaci ošetrovatelské péče a hodnotím poskytovanou péči. V kapitole psychologie nemocného jsou popsány i vlastní postřehy nemocného z pobytu v nemocnici, včetně návštěvy pana kardinála Miloslava Vlka u lůžka pana J.P. Dále se věnuji nezbytné edukaci pacienta.

Závěr bakalářské práce tvoří shrnutí péče o nemocného. Práce je doplněna seznamem použitých zkratk, seznamem použité literatury a přílohami.

1. KLINICKÁ ČÁST

1.1 OBECNÁ ČÁST

1.1.1 Obecná stavba trávicího systému

Funkcí trávicího systému je mechanické a chemické zpracování přijaté potravy, její transport a vstřebání enterocytem a vyloučení nestrávených zbytků ven z těla. K trávicímu traktu patří dutina ústní – cavum oris, hltan – pharynx, jícen - oesophagus, žaludek - ventriculus, tenké střevo – intestinum tenue, členěné na dvanáctník – duodenum, lačnick – jejunum a kyčelník – ileum a tlusté střevo – intestinum crassum, jehož úseky jsou slepé střevo – caecum, tračnick – colon, který se dělí na vzestupný tračnick - colon ascendens, přímý tračnick – colon transversum, sestupný tračnick – colon descendens a esovitá klička – colon sigmoideum a konečnick – rectum přecházející análním kanálem – canalis analis v řitní otvor – anus.

Každá část zažívacího systému má své drobné žlázy uložené přímo ve stěně trávicí trubice. K trávicí trubici jsou připojeny i velké samostatné žlázy, které se podílí na procesu trávení: slinné žlázy – příušní, podčelistní a podjazyková žláza, dále slinivka břišní a játra.

Stěna trávicí trubice se skládá ze čtyř základních vrstev, které jsou pro celou trubici společné, jen některé části mají některou z vrstev charakteristicky upravenou. Vnitřní vrstva je sliznice - tunica mucosa , která vystýlá celou trávicí trubici jako měkká, růžová vrstva vytvářející řasy – plicae, nebo menší papily, v tenkém střevě nazývané klky. Obvykle je pokryta hlenem – mucus. Na povrchu sliznice je epitel, v dutině ústní, hltanu, jícnu a v terminální části konečnicku je vrstevnatý dlaždicový epitel, v ostatních částech je jednovrstevný cylindrický epitel s mnoha žlázkami. Pod epitelem je slizniční vazivo – lamina propria mucosae, kde se nachází na mnoha místech lymfatická tkáň. Druhou vrstvou je podslizniční vazivo – tunica submucosa, tvořena kolagenním vazivem s bohatými sítěmi cév krevních i mízních. Zde se nachází nervová pletěň – plexus submucosus (Meissneri). Třetí vrstvu tvoří svalovina – tunica muscularis – zpravidla uspořádaná do vnitřní vrstvy cirkulární a zevní podélné, longitudinální.

Ve svalovině se nachází nervová pleteň – plexus myentericus (Auerbachův), která ovlivňuje hybnost střeva. Příčně pruhovaná svalovina trávicí trubice je inervována míšními a hlavovými nervy a je ovládána vůlí. Hladkou svalovinu inervuje autonomní systém a nepodléhá volní kontrole. Na povrchu trávicí trubice se nachází buď vazivová adventicie (hltna, jícen), nebo serózní pobřišnice, peritoneum, které kryje části trubice nacházející se v břišní dutině (4,6,14.).

1.1.2 Anatomie a fyziologie slepého střeva

Slepé střevo – caecum leží v pravé jámě kyčelní, kaudálně od ileocekálního vyústění jako vakovitý začátek tlustého střeva. Caecum je 6-8cm dlouhé a 6-7,5cm široké. Zleva do něj ústí konečná část tenkého střeva, ileum. Při vyústění tenkého střeva do céka vytváří sliznice horní a dolní příčnou řasu, valvula ileocaecalis (Bauhini), která brání zpětnému posunu obsahu. Na slepé střevo navazuje vzestupný tračník tlustého střeva, colon ascendens. Pod ileocékálním spojením je appendix vermiformis – červovitý výběžek, slepý výběžek céka, délky 5 - 10cm a průměru zhruba do 1 cm.

Mesoappendix (mesenteriolum appendicis) je peritoneální duplikatura – závěs, na němž je appendix připojen a vede zde arteria appendicularis, zásobující appendix.

Ostium appendicis vermiformis je ústí appendixu do céka, je kruhové, opatřené slizniční řasou.

Část průběhu appendixu se promítá na povrch břicha do místa zvaného Lanzův bod, který leží na linea bispinalis, na rozhraní její pravé a střední třetiny.

McBurneyův bod je místo, kam se promítá začátek appendixu nebo část jeho průběhu. Tento bod leží na spojnici spina iliaca anterior superior s pupkem, asi 6 cm vzdálený od spiny. Oba body se uplatňují při vyhledávání appendixu.

Polohy apendixu

Stálou polohu má jen začátek apendixu, vůči céku zaujímá apendix různé polohy. Nejčastěji je uložen pod cékem a směřuje do malé pánve, kde se dostává do blízkosti močového měchýře nebo vaječníku.

Positio pelvina – apendix leží mediálně od céka a přes linea terminalis zasahuje do malé pánve (asi 40% případů).

Positio retrocaecalis – apendix je zasunutý za cékem a směřuje volným koncem kranálně (asi 15% až 30% případů).

Positio ileocaecalis – apendix je mediálně od céka, rovnoběžně s dolním koncem ilea (asi 15% případů).

Positio laterocaecalis – apendix je umístěný zevně od céka, směřuje volným koncem vzhůru (asi 2% až 16% případů).

Positio subcaecalis – apendix jde od céka ventrokaudálně (asi 2% až 12% případů)

Positio praecaecalis – apendix je ventrálně od céka, volným koncem míří kranálně (nejméně časté, jen asi 5% případů).

Stěna apendixu

Stěna apendixu má podobnou stavbu jako stěna tlustého střeva. Sliznice a podslizniční vazivo jsou protkány lymfatickou tkání se zárodečnými centry připomínající tonsilu. Sliznice obsahuje hojně lymfocyty.

V epitelu apendixu je velké množství M-buněk (membránové buňky), které jsou ve spojení s lymfocyty. Endotelové buňky mají na povrchu povlak imunoglobulinů, který nejspíše spolupůsobí při kontrole recirkulace lymfocytů. Masy lymfatické tkáně představují místní obranu proti infekci a apendix je mimo to považován za jeden z orgánů, kde část lymfocytů získává svoji imunokompetenci a velké množství lymfatické tkáně, proto je příčinou častých zánětů apendixu.

Svalovina apendixu má typickou souvislou snopcovitou vrstvu.

Serosa povléká celý apendix (s výjimkou části, kde je připojen mesoappendix). Pod serózním povlakem je subserózní vazivo (4,14,21).

Fyziologie

Apendix, červovitý výběžek, má po narození ve své stěně velké množství lymfatické tkáně. Proto se zvažuje jeho funkce v imunitním systému spolu s funkcí sleziny a ostatních imunitních orgánů. Do 15 let věku lymfatická tkáň postupně ubývá a je nahrazena vazivem. Vzácně se může apendix nacházet v levém podbříšku a může činit diagnostické potíže (21).

1.1.3 Patologicko - anatomická klasifikace zánětu apendixu

Nejčastěji se vyskytuje katarální zánět (appendicitis catarrhalis), flegmonózní zánět postihuje stěnu červu v celé tloušťce (appendicitis phlegmonosa), gangrenózní (appendicitis gangraenosa) a zánět apendixu s perforací stěny (appendicitis perforans).

Přechodem zánětu do okolí vzniká nejdříve serózní, posléze purulentní výpotek a fibrinové slepeniny s okolními kličkami, břišní stěnou a omentem, popř. s dalšími orgány za vzniku periapendikulárního infiltrátu. Perforací obsahu přívěsku do infiltrátu vzniká periapikulární absces. O vzniku infiltrátu nebo perforace do dutiny břišní rozhoduje časový vývoj onemocnění a rychlost tvorby adhezí (21,27).

1.1.4 Výskyt a etiologie

V rozvinutých zemích je appendicitis acuta nejčastější náhlou příhodou břišní (NPB). V některých rozvojových zemích Afriky a Asie, kde převažuje zbytková strava, je prakticky neznámá. Vyskytuje se v jakémkoli věku a postihuje asi 7-10% populace. Na vzniku se můžou podílet některé civilizační faktory jako např. vymílání mouky a zbavování celulósových zbytků, které se podílejí na intenzitě pasáže trávicím ústrojím. Infekce v lumen apendixu pak snadněji napadá lymfatickou tkáň ve střešní stěně. Vliv může mít také používání antibiotik. Další

příčinou může být zúžení červovitého výběžku v důsledku přeměny lymfatické tkáně na vazivo během vývoje. Často je onemocnění způsobeno koprolitem, fibrózou po zánětu, parazity a jejich vajíčky, popř. hyperplazií lymfatické tkáně apendixu. Překážka v lumen apendixu se podílí na jeho špatném vyprazdňování, a proto tam dochází k pomnožení bakterií. Při jeho obstrukci probíhá zánět rychleji a s častějšími komplikacemi, jako jsou absces nebo perforace.

Jedná se o závažné onemocnění, o čemž svědčí 2-3% mortalita na zánět komplikovaný perforací (21,27).

1.1.5 Klinický obraz

Klinické projevy apendicitidy jsou velice pestré, nejčastěji spojené s atypickou polohou červu. Onemocnění vzniká většinou náhle z plného zdraví.

Klasický obraz apendicitidy

Ze subjektivních příznaků nemocný nejdříve pociťuje nepříjemné pocity v břiše, několik hodin trvající tlak až křeče ve středním nadbříšku, doprovázený nechutenstvím, nauzeou, případně i zvracením, nadýmáním. Pacienti častěji trpí zácpou než průjem. Během několika hodin se bolest přesouvá do pravého podbříšku a nabývá charakteru ostré až bodavé somatické bolesti zvyšující se při pohybu, chůzi a kašli. Někdy může dojít i ke krátkodobému zlepšení. Jindy je bolest popisována přímo v pravém podbříšku. Z objektivních příznaků je podstatný nárůst tepové frekvence, zvýšená teplota nepřesahující 38°C, leukocytóza, axilo-rektální rozdíl teplot (Lennanderovo znamení). Teplota vyšší než 38,5°C je příznakem spíše jiné nemoci než apendicitidy, nejedná-li se již o difúzní zánět pobřišnice (8,19,25,26).

Klinické obrazy apendicitidy s atypicky uloženým appendixem

Appendicitis retrocaecalis

Červ je uložený za cékem, proto je bolest v nadbřišku provázená dyspepsií, menší palpační bolestivostí. Tam, kde appendix leží v blízkosti močovodu, mohou obtíže připomínat renální koliku. Bývá psoatový příznak a stažení bederních svalů. Patří mezi nejzákladnější obrazy akutní apendicitidy.

Appendicitis lateroecoecalis

Symptomatologie podobná jako u klasické apendicitis s bolestivostí laterálně od McBurneyova bodu, možné jsou známky peritoneálního dráždění a svalová zábrana.

Appendicitis subhepatalis

Připomíná spíše zánět žlučníku, bývá špatně diagnostikován, proto často dochází k perforacím. Bývá častěji u těhotných, protože cékum je vytlačeno směrem k játrům.

Appendicitis pelvalis

U žen se často zamění s gynekologickým onemocněním. Někdy je považován za gastroenteritidu. Mezi příznaky patří nauzea, zvracení a průjem. Bolest je nevýrazná za stydkou sponou, nebývá svalová zábrana. Významné je zde vyšetření per rektum, kde je výrazná bolestivost na přední straně rekta.

Appendicitis mesocoeliacalis

Zanícený červ je uložen mezi kličkami tenkého střeva, reflexní paréza okolních kliček tenkého střeva napodobují obraz střevní neprůchodnosti. Je minimální bolestivost, bez známek peritoneálního dráždění a svalového stažení. Špatně se diagnostikuje a hrozí perforace.

Levostranná appendicitis

Vzniká u nemocných se situs viscerum inversus, bolestivost v levém podbřišku a s místními příznaky peritoneálního dráždění vlevo. Těžko rozpoznatelná.

Apendicitida u dětí

Je velmi častá NPB v dětství, ale je vzácná do dvou let věku. Dítě je nápadně neklidné, má průjem, vzedmuté břicho, vysoké horečky, zvrací a tepová frekvence je zrychlená, snadno dochází k dehydrataci. Dítě jen těžko lokalizuje bolest. U kojenců výrazným příznakem bývá přitahování pravé dolní končetiny k břišku. Protože záněty červu v dětském věku rychle postupují, mají tendenci k perforaci a k rozvoji difúzní peritonitidy, je nutné i při pouhém podezření na zánět červu u dítěte provést operaci.

Apendicitida stařecká

Je méně častá a svými projevy odlišná od klasického obrazu apendicitidy. Může se projevit jen lokalizovanou bolestí v pravém podbřišku, ostatní celkové příznaky se nemusí vyskytovat. Často dochází k ohraničení zánětu. Výrazně napodobuje nádorové onemocnění či střevní neprůchodnost.

Apendicitida těhotenská

Vyskytuje se vzácně a ohrožuje na životě matku i plod. Vyšetření je pro velikost dělohy a vysunutí červu z jeho původní polohy je obtížné (21,27).

1.1.6 Diagnostika

Diagnóza akutní apendicitidy vychází z klinického obrazu. Anamnéza onemocnění a fyzikální vyšetření je nezbytné. Ostatní vyšetření mají jen pomocnou úlohu.

Anamnéza má při podezření na náhlou příhodu břišní (NPB) nezastupitelnou úlohu. Nejvíce nás u nemocného zajímá vývoj nemoci – bolest břicha, nauzea, zvracení, nechutenství, defekace, výživa a výskyt alergie.

Fyzikální vyšetření je nedílnou součástí vyšetření při podezření na akutní apendicitidu. Pohledem, pohmatem, poslechem, per rektum – což je manuální vyšetření konečníku na dosažitelnou vzdálenost 8-10cm, součástí je pak makroskopické vyšetření stolice.

Vyšetření pohmatem:

Mc Burneyův bod - rozhraní zevní a střední třetiny spojnice pupku a spina iliaca anterior superior, zde je bolestivost při pohmatu v pravém podbříšku největší.

Pléniesovo znamení – při poklepu bolestivost v místě zánětu červu.

Blumbergův příznak – pozvolna tlačíme na břišní stěnu a poté ruku rychle oddálíme a nemocný cítí bolest v místě tlaku.

Rovsingův příznak – pozvolna tlačíme na břišní stěnu v levém podbříšku. Při rychlém oddálení pociťuje nemocný bolest v pravém podbříšku (bolest se objeví v místě zánětlivého procesu).

Psoatový příznak – zkoušíme hyperextenzi a flexi v kyčli proti odporu a pacient cítí bolest v místě červovitého přívěšku (u retrocékální formy).

Obturatorový příznak – v poloze nemocného na boku abduce, flexe a vnitřní rotace v kyčli vyvolá bolest v břiše, dochází k dráždění fascie m. obturatorius int., kde je uložen červovitý přívěsek (pelvální forma).

Při vyšetření **per rectum** nacházíme bolestivost v Douglasově prostoru vpravo.

Měříme **fyziologické funkce** : tělesnou teplotu (TT), puls (P), krevní tlak (TK)(21,27).

Zobrazovací metody

Při časně apendicitidě nepřinese rentgenologické, ultrazvukové ani CT vyšetření žádnou diagnostickou pomoc. V pozdních stádiích nemoci mohou být tato vyšetření velice prospěšná pro diagnózu abscesu .

Nativní snímek břicha (RTG) – vstoje někdy prokáže hladinku v paretické kličce v blízkosti appendixu, může zobrazit volný plyn v dutině břišní, rozepětí střev, event. zhuštěný obsah ve střevech, prokázat přítomnost kontrastních konkrémentů, tekutinu v dutině břišní.

Výpočetní tomografie (CT) – není zcela běžnou vyšetřovací metodou v diagnostice akutní apendicitidy, přestože v některých případech je diagnosticky výhodnější než ultrasonografie.

Ultrasonografie (USG) – je to neinvazivní metoda, která nám umožní sledovat dynamiku patologických procesů v dutině břišní. Ultrazvuk by se měl provádět vždy při bolestech břicha jakéhokoliv původu. Je možné potvrdit ileus, stenózy, abscesy, volnou tekutinu v dutině břišní, ukáže nám polohu appendixu atd.

Laboratorní diagnostika

Z klasických laboratorních vyšetření je nutné provést základní biochemický rozbor krve a moče. Nejvíce nás zajímá krevní obraz, konkrétně počet leukocytů. Dalším cenným ukazatelem zánětu je vysoká hladina sedimentace červených krvinek (FW) a „bílkovina akutní fáze“ CRP (c-reaktivní protein). Výška koncentrace CRP v séru má těsný vztah k aktivitě a rozsahu zánětu (21,27).

U žen je požadováno gynekologické vyšetření.

Diferenciální diagnostika

Při rozhodování o diagnóze je třeba odlišit zánět apendixu od perforovaného gastroduodenálního vředu, gastroenteritidy, pravostranné renální koliky a ureterolithiázy, zánětu žlučníku, adnexitidy a ovulační krize u ženy, mesenteriální lymfydenitidy, zánětu Meckelova divertiklu, Crohnově nemoci atd., při nejistotě je možné provést diagnostickou laparoskopii (2,21,27).

1.1.7 Komplikace

Jsou časté u onemocnění, které trvá několik dní. Zánět červu přechází na okolí a vytváří zánětlivý konglomerát s omentem, střevem a ostatními okolními strukturami. Pohmatem nalézáme bolestivou rezistenci v pravém podbřišku, zvýšenou teplotu a tachykardii. Mezi komplikace apendicitidy patří – lokalizovaná peritonitida - periappendicitis, periapendikulární infiltrát, absces, perforace do volné dutiny břišní a pyeloflebitis.

Periapendicitida vzniká v důsledku mikroperforace červu nebo přestupu infekce z červu do jeho bezprostředního okolí a tvoří se serózní, serofibrinózní nebo seropurulentní exudát.

Periapendikulární infiltrát vzniká u zánětu apendixu neoperovaného zhruba do 72 hodin od začátku onemocnění, nedojde-li k jeho perforaci. Projeví se nepřesně ohraničenou rezistencí a bolestivostí v pravém podbřišku s trvalou teplotou do 38°C. Léčí se klidem, studenými obklady, tekutou dietou-čajem a jsou podávána ATB. Po úplném zklidnění zánětu je indikována plánovaná apendektomie.

Apendikulární absces (hlíza) je zánět, který přestoupil přes stěnu červu s nebo bez jejího proděravění a vytvořil ohraničený hnisavý absces. Jeho stěna je tvořena omentem, střevními kličkami a břišní stěnou, nejčastěji v pravé jámě

kyčelní. Objevuje se obraz mechanického nebo paralytického ileu. Mohou být průjmy. Diagnózu potvrdí ultrasonografické vyšetření. Léčí se extraperitoneální drenáží abscesu, systémovým podáním ATB k zabránění sepse. Za 5 až 6 týdnů je vhodné provést operační revizi ileocékalní krajiny.

Difúzní zánět pobřišnice v průběhu apendicitidy je nejzávažnější komplikací přímo ohrožující život nemocného. Jedinou prevencí je včasná apendektomie. Nejčastěji červovitý přívěsek perforuje v prvních 48 až 72 hodinách. Příznaky difúzního zánětu pobřišnice jsou bolest difúzního rázu, která trvá a zhoršuje se při pohybu, změně polohy, kašli. Nemocný má prknavitě staženou břišní stěnu, zaujímá úlevovou polohu s pokrčenými dolními končetinami, zpravidla zvrací, je schvácený a dochází k zástavě odchodu plynů a stolice. Při objektivním vyšetření nalézáme zvýšenou teplotu, zrychlení pulsu a postupný pokles krevního tlaku, oligurii. Dochází ke změně vzhledu a výrazu obličeje, oči pacienta jsou vpadlé, sliznice rtů jsou oschlé a často cyanotické tzv. Facies Hippocratica. Pokožka je bledá, pokrytá studeným potem. Definitivní určení příčiny často přinese až operační revize dutiny břišní, protože se jedná o sterkorální peritonitidu, letalita bývá až 50%. Léčí se neodkladnou revizí břicha pod clonou ATB, odstraněním zbytků appendixu a ošetřením pahýlu červovitého přívěšku, laváží břicha a drenáží, popř. dočasnou laparotomií u nejzávažnějších stavů. Ke komplexní léčbě patří monitorování fyziologických funkcí, rehydratace, korekce vnitřního prostředí, pokračování v ATB léčbě dle citlivosti. Stav může zanechat srůsty, které mohou být příčinou časně poruchy pasáže, ileózního stavu, infertility u žen.

Pyelophlebitis patří mezi vzácné, ale závažné komplikace. Vzniká přechodem zánětu cév mezenteriola appendixu až na portální žílu a do jater. Projeví se vysokými teplotami s třesavkami a subikterem. Může se vytvořit jaterní absces. Léčí se širokospektrými ATB (8,21,27,28).

1.1.8 Terapie

Akutní apendicitida je vždy indikována k chirurgické léčbě, která spočívá v odstranění červovitého výběžku (appendectomy). Konzervativně se léčí jen ve výjimečných případech.

Typy operačních výkonů

Jsou dvě možnosti operačního řešení, buď klasickou laparotomií nebo laparoskopickou metodou, operační výkon je zpravidla kryt clonou antibiotik.

Při **klasické laparotomii** z pararektálního řezu v pravém podbřišku se otevře dutina břišní, odsaje se případný zánětlivý výpotek, který se pošle na bakteriologické vyšetření. Po nález apendixu se provádí nejdříve podvaz mesenteriola, červ se protne u baze a jeho pahýl se zanoří po podvazu do stěny céka.

Laparoskopická apendektomie se provádí ze tří malých řezů, používá se při diferenciálně diagnostických rozpacích. Takto můžeme potvrdit nebo vyvrátit akutní apendicitidu. V případě, že je nález laparoskopicky operabilní, dokončíme operaci touto metodou. V opačném případě přecházíme na klasickou apendektomii

Konzervativní léčbu lze doporučit jen v počátečních stádiích a u diagnosticky nejasných případů. Nesmějí se podávat antibiotika a analgetika, která zastřou vývoj onemocnění. Výjimku může tvořit časné stádium zánětu bez známek progresu a šíření do okolí, u ohraničeného periapendikulárního infiltrátu a převyšuje-li riziko operace, zde je možno léčit konzervativně kompletní parenterální výživou s podáním širokospektrých ATB. Při známkách zhoršujícího se nálezu je nutné revidovat dutinu břišní.

Antibakteriální léčba

Při pouhém podezření na apendicitidu antibiotika nepodáváme. Antibiotika širokospektrá se používají jako antibiotická clona, podávají se 1 hodinu před operací intravenózně (i.v.).

Obecné pravidlo: operační revize je indikována vždy tam, kde nelze bezpečně zánět appendixu vyloučit (2,8,21,27).

1.2 PÉČE V SOUVISLOSTI S OPERAČNÍM VÝKONEM

1.2.1 Příprava nemocného před apendektomií

Psychická příprava je zaměřena na předcházení nebo alespoň omezení obav z operace, na vysvětlení a zdůvodnění operačního výkonu. Po celou dobu předoperační přípravy nemocného sledujeme, povzbuzujeme a uklidňujeme.

Somatická příprava je zaměřena na pečlivé vyšetření pacienta, zvolení nejlepší operační techniky. V době mezi přijetím a operací nemocný nesmí přijímat nic per os, kouřit, sledují se fyziologické funkce a provedou se potřebná vyšetření (krevní skupina, krevní obraz, biochemie včetně minerálů a funkce jater a ledvin, koagulační faktory, orientační vyšetření moče, elektrokardiogram - EKG).

Místní příprava nemocného před operací. Nemocný by měl být lačný, čistý, bez ozdob a šperků, bez naličení a ženy mají mít odlakované nehty. Má-li nemocný v ústech snímací náhrady, musí je vyndat. Operační pole musí být omyté, popř. oholené. Někdy je potřeba zavést nasogastrickou sondu (NGS) k odsávání žaludečního obsahu. Vyprázdnění tlustého střeva očistným klysmatem

nebo projímadly je vždy dle ordinace lékaře, protože u NPB by se klyasma dělat nemělo. Pacientovi se zabandážují dolní končetiny k zabránění městnání krve. Při apendektomii s pokročilým nálezem se často zavádí močový katétr k měření bilance tekutin.

K **předcházení tromboembolické nemoci** se zpravidla aplikuje nízkomolekulární Heparin (např. Clexane) subcutánně (s.c.).

Profylaxi infekce provádíme 1 hodinu před výkonem podáním ATB (např. Augmentin 1,2g i.v.).

Premedikace se aplikuje 30 až 60min. před anestezií (např. Dolsin 100mg, Atropin 0,5mg intramuskulárně (i.m.)). Před podáním premedikace se nemocný vymočí a poučí se, aby už nevstával a ležel v klidu. Před přesunem na operační trakt se změní u nemocného fyziologické funkce, ještě jednou zkontrolujeme, zda nemocný nemá vyjímátný umělý chrup a uklidníme ho (20).

1.2.2 Pooperační péče o nemocného po apendektomii

Pooperační péče, zvláště u rizikových nemocných a po komplikovaných operačních výkonech, má být vždy kvalitní a diferencovaná. Po nekomplikovaných apendektomiích se nemocní vracejí zpět na chirurgické oddělení, při komplikacích jsou pacienti převezeni na chirurgickou jednotku intenzivní péče (CHIP), popř. na anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO).

U nemocných po operaci sledujeme

Fyziologické funkce - každých 15 minut se kontroluje krevní tlak, tep, saturace O₂, tělesná teplota, dech a stav vědomí až do úplného probuzení, dále dle stavu a potřeby i několikrát denně. Sledujeme pacientovy pocity a vjemy (bolest, spánek, úzkosti), zbarvení pokožky, výraz tváře a polohu, kterou zaujímá. Kontrolujeme stav ob vazů - operační ránu, drény, zda nemocný nezvrací, jestli

močí a odchází plyny a stolice. Příjem a výdej tekutin měříme u komplikovaných výkonů. Ke zhodnocení dynamiky vývoje zdravotního stavu sledujeme průběžně u pacienta krevní obraz, biochemii, hodnoty krevních plynů a bilanci tekutin. Nedílnou součástí je stálá psychická podpora nemocného i jeho rodiny.

V pooperačním období podáváme infuzní roztoky i.v. a léky na tlumení bolesti (většinou opiáty i.m.), miniheparinizaci, je-li nutné podají se i léky chronické medikace. Na JIP/ARO je terapie doplněna o zvlhčený kyslík eventuálně inhalace. Nejdříve 4 hod. po operaci můžeme podat čaj po lžičkách. V dalších dnech se pokračuje v dietě tekuté, potom následuje kašovitá dieta a postupně se přechází na dietu jaká byla před operací.

S rehabilitací začínáme, jakmile to dovolí zdravotní stav, nejčastěji 1. den po operaci s cílem zabránění vzniku tromboembolických komplikací (16,22).

1.3 PROGNÓZA

Při včasné nekomplikované operaci je mortalita nízká, nemocný je obvykle propuštěn během několika dní domů, rekonvalescence bývá krátká, uzdravení úplné. Pokud nastaly komplikace (např. perforace s peritonitidou, absces) prognóza je vážnější. Širokospektrá antibiotika sice snížila mortalitu na minimum, ale často následují opakované operace a dlouhá rekonvalescence (21).

2. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

2.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Iniciály nemocného: J.P.

Rok narození: 1968

Pohlaví: muž

Stav: ženatý, 2 děti

Bydliště: Praha

Povolání: lékař

Datum přijetí: 5.2.2009

2.2 ANAMNÉZA NEMOCNÉHO

RA: oba rodiče žijí, otec 80 let - léčen pro DM 2. typu, hypertenzi,
matka 76 let – léčena pro hypertenzi

OA: vážněji nestonal, úrazy 0

AA: jód

FA: neužívá žádné léky

SA: lékař, žije s manželkou a dětmi v bytě v Praze

Abusus: nekuřák, alkohol pije příležitostně

2.3 DIAGNÓZA PŘI PŘIJETÍ

NO: Přivezen RZP pro difúzní bolest břicha, subileozní stav, dehydrataci. Od včerejšího večera po zátěži nadýmavou stravou křečovitě bolesti v dutině břišní, které progredují.

Subjektivně: udává difúzní bolesti břicha, mírná nauzea, zástava odchodu plynů

Objektivně při přijetí:

Pacient při vědomí, orientovaný, spolupracující, bez cyanózy, bez ikteru, subfebrilní TT-37,4°C, neurologicky orientačně bez patologie, zornice izokorické, fotoreakce normální, uši, nos bez sekrece, jazyk suchý, bez povlaku, náplň krčních žil nezvětšena, hrudník souměrný, dýchání tachypnoe - 25/min., symetrické, sklípkové, od středních polí oslabené až k bazím, saturace O₂ 96%, akce srdeční sinus - 120/min., oběhově stabilní, TK - 160/100, mírně zpomalený kapilární návrat, břicho vzedmuté nad niveau hrudníku, palpačně citlivé v celém rozsahu s maximem v obou podbřiších, pro bolesti hůře prohmatné, peristaltika je výrazně oslabena, slyšitelné pouze ojedinělé přelévavé fenomény, více vlevo, stolice dnes nebyla, plyny neodcházejí, končetiny bez otoků či známek zánětu, diuréza spontánní.

váha - 84kg, výška - 179 cm, BMI – 26,3

TK – 160/100, P – 120/min, SpO₂ – 96%, DF – 25/min, TT – 37,4°C

Provedená vyšetření : fyzikální vyšetření, ultrasonografie, RTG dutiny břišní, biochemie včetně zánětlivých markerů, KO, koagulace, moč.

Diagnostický závěr při přijetí: Susp. appendicitis acuta perforata

Septický šok s dehydratací

2.4 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Nemocný J.P. byl přijat dne 5.2.2009 na chirurgické oddělení na jednotku intenzivní péče v nemocnici v Praze s difúzní bolestí břicha, s diagnózou susp. akutní apendicitida, septický šok s dehydratací. Pacient trpěl nevolností, zaujímal úlevovou polohu vleže na zádech s pokrčenými končetinami, byl bledý s bolestivým výrazem v obličeji, na čele měl studený lepkavý pot. Pacient byl napojen na monitor, kde se pravidelně měřil TK, P, SpO₂, dech, probíhal záznam EKG, teploměrem byla měřena TT. Po provedení potřebných vyšetření byla zahájena rehydratační terapie infuzními roztoky i.v. Vzhledem k vzestupu zánětlivých parametrů a progredujícím známkám peritoneálního dráždění byla provedena akutní revize dutiny břišní. Před operací byla podána antibiotika (Tazocin, Efloran i.v.). Operační nález odpovídal akutní gangrenózní perforující apendicitidě s difúzní peritonitidou. Operace začínala laparoskopickou technikou k ověření diagnózy. Laparoskopickému obrazu dominovaly rozepjaté kličky tenkého střeva, v pravém podbříšku bylo nalezeno jezírko hnisavého sekretu. Vzhledem k nálezu se přešlo na klasickou laparotomii. Appendix byl tuhý, zarudlý, zesílený, asi 7 cm dlouhý v poloze sub. až mediocekální, naplněný koprolytami a v oblasti apexu byl 5mm dlouhý perforační otvor.

Vzhledem k závažnosti operačního nálezu a stavu pacienta byl nemocný přijat k monitoraci a stabilizaci vitálních funkcí na anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Ještě na operačním sále byl nemocnému zaveden centrální žilní katétr (dále jen CŽK), nasogastrická sonda (dále jen NGS), permanentní močový katétr (dále je PMK) a dva vrapované drény (z pravého subfrenia a z Douglasova prostoru) napojené do sběrných sáčků.

V bezprostředním pooperačním období dominují příznaky sepse, bez nutnosti nasazení katecholaminů, proto byly u pacienta kontinuálně monitorovány vitální funkce. Ordinance lékaře se řídily aktuálním stavem nemocného. Komplexní péče zahrnovala oxygenoterapii, infúzní terapii, ATB, kombinaci analgetik k potlačení pooperačních bolestí, inhalace s mukolytiky, miniheparinizaci, sledování hodinové diurézy a měření CVP. 1. den po operaci měl nemocný i přes podávaná antibiotika a antipyretika horečku, třesavku a profúzně se potil. Přetrvávala tachykardie 90-120/min, vyšší TK 150/90mmHg,

výrazně pozitivní bilance tekutin a vysoký CVP (20cmH₂O). Organismus reagoval na operační výkon při sepsi výraznou retencí tekutin. Pan J. P. byl unavený, spavý, bolesti pociťoval i při kontinuálním přívodu opiátů, měl nauzeu. Perorálně mohl pouze čaj „na svlažení“ dutiny ústní, při zavedené NGS. 1. pooperační den byla nasazena plná parenterální výživa. Pan J.P. trpěl pocitem úzkosti, způsobenou odloučením od rodiny. 2. pooperační den byla terapie stejná, ale i přes únavu pacienta rozšířena o rehabilitaci alespoň na lůžku. 3. pooperační den měl pacient nejvýše TT 38,3°C, TK se upravil do normálních hodnot, dochází k postupné mobilizaci tekutin a vyrovnání vodní bilance. Nemocnému se začala rozbíhat střevní pasáž s odchodem střevních plynů a perorálně mohl zvyšovat příjem tekutin při snižujícím se odpadu z NGS. S dopomocí se pan J.P postavil u lůžka na nohy. 4. pooperační den došlo k poklesu TT na 37,4°C, rozběhla se peristaltika, stav nemocného se začal zlepšovat, mohl čaj i tekutiny bez omezení při zavřené NGS, aktivně rehabilitoval na lůžku a s pomocí ošetřujícího personálu sám došel na hygienu k umyvadlu. Pacient se začal cítit lépe jak fyzicky, tak hlavně duševně díky několika návštěvám manželky a přátel. Hojení rány probíhalo bez komplikací. 5. pooperační den byly odstraněny drény a NGS. 6. pooperační den byl odstraněn CŽK a PMK a byla zavedena periferní kanyla pro pokračující aplikaci antibiotik a ostatních léků i.v.. Ještě přetrvávaly večerní subfebrilie. Během dalších dnů a snad i díky osobní návštěvě pana kardinála Miloslava Vlka, při oslavě Dne nemocných, se zdravotní stav pana J.P. dále zlepšoval, byl stále více optimističtější a díky telefonátům s dětmi i v dobré náladě. Klidovými bolestmi již nemocný netrpěl, ale před hygienou a rehabilitací byl pacientovi naordinován Novalgin 1 amp. i.v. Pro přetrvávající subfebrilie a menší poslechový nález (drobné vrzoty vpravo bazálně) bylo provedeno rtg hrudníku, kde se potvrdila inaktivní pleuritida s minimálním výpotkem vpravo bazálně. A dále k vyloučení podbráničního abscesu bylo provedeno kontrolní ultrasonografické vyšetření s negativním výsledkem, odpovídajícím nekomplikovanému pooperačnímu průběhu.

Při celkovém zlepšení stavu byl pacient dne 14.2.2009, 9. pooperační den, přeložen na standardní chirurgické oddělení, 11. pooperační den byly odstraněny stehy. Další dny hospitalizace byly bez pozoruhodností. Pacient byl dne 19.2.2009, 15. den hospitalizace, propuštěn v uspokojivém stavu do domácího ošetřování.

2.5 DIAGNOSTICKÉ VÝKONY A VYŠETŘENÍ V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE

Fyzikální vyšetření – pohledem, pohmatem, poslechem a poklepem

Monitorace vitálních funkcí – TK, P, D, SpO₂, TT, CVP – po celou dobu hospitalizace na ARO měřeno v pravidelných intervalech

EKG – tří-svodové, zajišťuje trvalou monitoraci srdeční činnosti – při pobytu na ARO byl pacient stále napojen na monitor.

CVP - centrální žilní tlak nám pomáhá posoudit srdeční funkci, hodnotí žilní návrat do srdce a stav hydratace. Podle CVP řídíme množství a rychlost infuzí do žilního systému. U pacienta byl měřen každých 6 hodin. Nemocný se postupně stabilizoval, hodnota CVP se pozvolna upravovala do fyziologických hodnot.

Příjem a výdej tekutin (bilance tekutin) – měřen pravidelně nejdříve po 1 hod, od 4.pooperačního dne po 6-ti hodinách, vždy spočítáno za 12 a 24 hodin

Nativní snímek břicha v den příjmu

Závěr: Obraz ileozního stavu kliček tenkého střeva s hladinkami.

RTG S+P vleže v den přijetí

Závěr: Rozšíření srdečního stínu s mírným městnáním v malém oběhu.

Vpravo bazálně suspektní ložiskové změny indukované z dutiny břišní.

RTG S+P za 2 hod. po operaci

Závěr: CŽK zaveden levou podklíčkovou žílou do horní duté žíly.

RTG hrudníku

Závěr: Vpravo mediobazálně zastínění dané susp. cévní strukturou.

Ultrasonografie v den přijetí

Závěr: Obraz ileózního stavu tenkých kliček s drobným výpotkem kolem apendixu.

Ultrasonografie 14.2. 2009 (9. pooperační den)

Závěr: Přehledné části subfrénií jsou bez patrné kolekce tekutiny bez ložiskových změn.

Odběry biologického materiálu

- **Krev** – biochemické vyšetření, monitorace zánětlivých markerů CRP a PCT, krvácivost, srážlivost, Astrup, krevní obraz
- **Moč** – biochemické vyšetření moče + sediment, Uricult *nález:* negativní
- **Výpotek z dutiny břišní** - odebráno při operaci a posláno na bakteriologické vyšetření

Nález: Escherichia coli, Streptococcus hemolyticus skupiny C

- **Amputovaný apendix** odeslán k histologickému vyšetření

Nález: Akutní ulceroflegmonózní až gangrenózní appendicitis s rozsáhlou lýzou (perforací) stěny, hnisavou periappendicitidou a flegmónou mesenteriola.

2.5.1 Laboratorní hodnoty 1. pooperační den

Astrup z kapiláry

	jednotky	hodnota	norma
pH		7,385 (*)	7,36-7,44
k-pCO ₂	kPa	5,52 (*)	4,66-6,0
k-pO ₂	kPa	5,70 *()	9,9-14,4
k-HCO ₃ -act	mmol/l	19,5 *()	22-26
k-HCO ₃ -stand.	mmol/l	18,6 *()	22-26
k-BE	mmol/l	-6,6 *()	-2,0-2,0
k-O ₂ sat.	%	72,6 *()	95-100

Koagulační vyšetření

	jednotky	hodnota	norma
APTT	s	42 ()*	25,9-40,0

Krevní obraz

	jednotky	hodnota	norma
--	----------	---------	-------

leukocyty	10 ⁹ /l	9,0 (*)	4,0-10,7
erytrocyty	10 ¹² /l	4,17 (*)	3,54-5,18
hemoglobin	g/l	135 (*)	116/163
hematokrit		0,380 (*)	0,330-0,470
Trombocyty	10 ⁹ /l	181 (*)	131-364

Biochemická vyšetření

	jednotky	hodnota	norma
S - Na	mmol/l	140 (*)	137-146
S - K	mmol/l	4,20 (*)	3,8-5,0
S - Cl	mmol/l	104 (*)	97-108
S - Ca ²⁺	mmol/l	1,94 *()	2,0-2,75
S- Osm	mosm/kg	297 ()*	275-295
S - Urea	mmol/l	5,7 (*)	2,0-6,7
S- Krea	μmol/l	56 (*)	44-104
S- Bili	μmol/l	28,1 ()*	2,0-17,0
S-ALT	μkat/l	0,14 (*)	0,10-0,78
S -AST	μkat/l	0,23 (*)	0,1,-0,72
S - ALP	μkat/l	0,60 *()	0,60-2,2
S - GMT	μkat/l	0,29 (*)	0,14-0,68
S - AMS	μkat/l	0,60 *()	1,25-5,0
S - CB	g/l	41,9 *()	65-85
S -Alb	g/l	24,0 *()	35-53
S -CRP	mg/l	211,6 ()*	0,0-7,0
S -CT	μg/l	>2	
S- Gluk	mmol/l	5,7 (*)	3,6-6,3

2.6 STATUS PRAESENS – 1. POOPERAČNÍ DEN

Pacient při vědomí, orientovaný, spontánně ventilující, v noci ho budily bolesti, spolupracuje. Kůže je bledá, bez ikteru a cyanózy. TT je 37,4°C. Neurologicky orientačně bez lateralizace, ameningeální. Bulby ve středním postavení, zornice izokorické, reagují. Uši a nos bez sekrece. Jazyk vlhký, bez povlaku. Krční žíly bez patologické náplně. Hrudník souměrný, dýchání čisté sklípkové, bez vedlejších fenoménů, baze oslabené více vpravo, SpO₂-99% při nebulizaci. Akce srdeční – sinus, tachykardie 90-120/min., oběhově stabilní, TK-150/85, kapilární návrat živý. CVP 20cmH₂O. Břicho vzedmuté nad úroveň hrudníku, kryto obvazy, mírně prosáklými, palpačně citlivé, peristaltika není slyšet, větry neodcházejí. Odpad z drénů přiměřený, NGS s odpadem tmavého žaludečního obsahu. Dolní končetiny bez otoků a zánětu. Diuréza hraniční při pooperační retenci tekutin. Výrazně pozitivní bilance tekutin. Invazivní vstupy klidné.

2.7 LÉČBA

2.7.1 Farmakoterapie 1. pooperační den

Terapie i.v.

Infuzní terapie

infuze do CŽK – vena subclavia l.sin., dvoucestná

- **Hartmanův roztok**, rychlost = 200ml/hod (dle CVP, bilance tekutin)

IS: infuzní roztoky elektrolytů

I: stavy vyžadující doplnění sodíku a dalších elektrolytů nebo vody (např. po chirurgickém zákroku)

NÚ: při obvyklém podávání nejsou známy

- **Aminomix 1 inf. 2000ml** na 24 hod., rychlost 83ml/hod.

IS: infundibulum, infuzní roztok aminokyselin, glukózy, elektrolytů, celkový obsah energie 4200kJ/l

I: krátkodobá parenterální výživa v pooperačním období aplikovaná do CŽK

NÚ: příliš rychlá infuze může vést k třesavce, zvýšené teplotě, tachykardii, nevolnosti, zvracení a alergickým kožním reakcím

Lineární dávkovače do CŽK

- **Sufentanyl 500 μ g + 40ml FR kontinuálně, rychlost = 4 - 7 ml/hod.**

IS: analgetikum anodynum, opioidní anestetikum

I: perioperační analgezie, analgosedace v resuscitační péči

NÚ: nauzea, vomitus, zácpa, útlum dechu, ospalost, hypotenze, sucho v ústech, riziko lékové závislosti

- **KCL 7,45% do 50ml kontinuálně, rychlost = 2 ml/hod.**

IS: koncentrované roztoky minerálů

I: substituce minerálů

NÚ: arytmie, zástava srdce, flebitida

Ostatní léky podávané i.v.

- **Tazocin 4,5g i.v. po 8 hod.**

IS: ureidopenicilin, širokospektré antibiotiku

I: septické stavy, respirační, nitrobřišní a gynekologické infekce

NÚ: průjem, alergické kožní reakce, pseudomembranózní kolitida, zhoršení funkce ledvin nebo jater

- **Efloran 500mg i.v. po 8 hod.**

IS: nitroimidazolové baktericidní chemoterapeutikum

I: anaerobní infekce, profylaxe infekcí chirurgických ran

NÚ: nauzea, zvracení, kovová chuť v ústech, alergická kožní reakce, nespavost, bolest hlavy, třes, tmavé zbarvení moči

- **Perfalgan 1g i.v. po 6 hod.**

IS: analgetikum, antipyretikum

I: krátkodobá léčba horečnatých stavů a středně silných bolestí po chirurgických výkonech

NÚ: vzácné, ale může být neklid, přecitlivělost, hypotenze, tachykardie, zvýšení transamináz, návaly horka

- **Helicid 40mg i.v. 1x denně**

IS: omeprazol, inhibitor protonové pumpy

I: reflexní ezofagitida, v pooperačním období jako prevence vzniku stresového vředu

NÚ: zřídka nauzea, průjem, bolest hlavy

- **Torecan 1 amp. i.v. při nevolnosti**

IS: antiemetikum

I: léčba a prevence nauzey a zvracení

NÚ: somnolence, závratě, bolesti hlavy, neklid, křeče, sucho v ústech, hypotenze, periferní edém končetin, edém obličeje

Terapie s.c.

- **Clexane 0,4 ml (40mg) s.c. 1x denně**

IS: nízkomolekulární heparin, antitrombotikum, antikoagulans

I: léčba a profylaxe tromboembolické nemoci

NÚ: hemoragie, trombocytopenie, kožní i celkové alergické reakce

Terapie p.o.

- **Hypnogen 10mg p.o. na noc**

IS: hypnotikum

I: krátkodobá léčba nespavosti

NÚ: zmatenost, halucinace, točení hlavy, bolest hlavy, ospalost během dne, průjem, nauzea, zvracení (1,12)

2.7.2 Inhalační terapie

Inhalační léčba je nedílnou součástí celkové léčby v intenzivní péči. Cílem je terapeutické působení inhalované látky uvnitř dýchacích cest a snaha o lepší průchodnost dýchacích cest. Techniku inhalace je třeba nacvičit. Inhalační pauza na konci nádechu zlepšuje transport léku do dýchacích cest (9).

- **Mucosolvan 5ml + 5ml aqua destilata po 6 hod. k inhalaci**

IS: expektorans, mukolytikum

NÚ: pálení žáhy, dyspepsie, břišní bolesti, občas nauzea, zvracení

- **Oxygenoterapie maskou**

Průtok O₂ maskou 6 l/min, podávaný přes zvlhčovač.

- **Nebulizace zvlhčeného O₂**

2.7.3 Nutriční terapie

Při přijetí a po operaci nic per os, 1. pooperační den byly nutriční potřeby hrazeny parenterálně (Aminomix 1 inf. 2000ml/24hod) cestou CŽK a nemocný mohl jen čaj po lžičkách na svlažení.

Od 3. pooperačního dne postupné navyšování tekutin. Od 5. dne od operace přechod na kašovitou stravu, Nutridrinky, přesnídávky, jogurty. 7. den po

operaci pacient mohl jíst bílé pečivo a později měl dietu č.3 racionální s omezením nadýmové stravy. V prvních pooperačních dnech byly nutriční potřeby hrazeny parenterálně (Aminomix 1 inf. 2000ml/24hod) cestou CŽK.

2.7.4 Fyzioterapie

Cílem rehabilitace po operaci je převážně prevence tromboembolických komplikací a potíží plynoucích z mobility. Cvičení je zaměřeno na dechovou gymnastiku, aktivní cvičení a postupnou vertikalizaci - nácvik vstávání přes bok, DK z postele, stoj. Po operaci má nemocný klid na lůžku, dechová cvičení a nácvik odkašlávání zahajujeme ihned, jakmile se pacient probudí z anestezie. 1. pooperační den dechová expektorační cvičení k odstranění hlenu, odkašlávání, nafukování gumové rukavice, cvičení DK (plantární flexe a extenze chodidel každé 4 hodiny (prevence TEN), nácvik posazování. Od 2. pooperačního dne dechová rehabilitace, nafukování gumové rukavice, posazování, 3. den nácvik stoje u lůžka, později chůze (9).

2.8 TERAPEUTICKÁ PÉČE

Péče o operační ránu

- Operační rána – dolní střední laparotomie protažená několik cm nad pupek a malá operační rána po provedené diagnostické laparoskopii.
- První převaz byl proveden operátorem, dále pak sestrami.
- Operační rána mírně prosakovala, při převazu vždy ošetřena Cutaseptem za přísných aseptických podmínek a kryta mulovými čtverci.
- Stehy byly odstraněny chirurgem 11. pooperační den.

Péče o CŽK

- CŽK byl zaveden levou podklíčkovou žílou do horní duté žíly před zahájením operace.
- Převaz byl prováděn za přísných aseptických podmínek dle potřeby, místo vstupu vždy ošetřeno Cutaseptem a kryto transparentní fólií Tegaderm.
- Výměna spojovacích hadiček a ramp se prováděla 1x za 24 hodin.
- 6. pooperační den CŽK odstraněn.

Péče o drény

- Zavedeny 2 vrapované drény – 1. drén zprava do pravého subfrenia, 2. drén zleva do Douglas prostoru, oba drény fixovány stehem ke kůži a vedeny do sběrných sáčků.
- Odpad z drénů 1. pooperační den 500ml s postupně klesající sekrecí. Převazy byly prováděny za aseptických podmínek, dezinfikováno Cutaseptem, sáčky měněny dle potřeby. Odpady započítány do bilance tekutin.
- 5. pooperační den byly drény odstraněny.

Péče o NGS a PMK

- NGS zavedena před operací a byl odsán žaludeční obsah a sonda napojena na sběrný sáček. Po operaci byla NGS na spád.
- Kontrola průchodnosti NGS, odpady započítány do bilance tekutin.
- NGS 4. den po operaci uzavřena a 5. pooperační den odstraněna.

- PMK zaveden na operačním sále, napojen na sběrný sáček s možností sledování hodinové diurézy. Kontrola průchodnosti.
- Moč započítávána do bilance tekutin.
- PMK odstraněn 6. pooperační den.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Termín ošetřovatelský proces (OP) poprvé použila Hallová v roce 1955. V České republice OP začala používat Doc. Staňková. Ošetřovatelský proces je základním kamenem moderního ošetřovatelství, je to metodický rámec pro plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Zásadně ovlivňuje jeho kvalitu a přivádí sestru od techniky zpátky k pomoci nemocnému člověku a jeho rodině. OP je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jde o sérii vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetřovatelské péči. Aplikace OP vyžaduje, aby sestra ovládala různé dovednosti včetně interpersonálních, technických a rozumových (intelektových). Ošetřovatelský proces se uskutečňuje v pěti fázích.

Fáze ošetrovatelského procesu

- *Ošetrovatelská anamnéza* – zjišťování, třídění informací, zhodnocení nemocného
- *Ošetrovatelská diagnóza* – stanovení potřeb (problému) nemocného, posouzení míry jejich naplnění, dělíme na akutní a potenciální, řadíme podle naléhavosti
- *Ošetrovatelský cíl* – stanovení očekávaných konkrétních výsledků, vytyčujeme krátkodobé a dlouhodobé cíle
- *Ošetrovatelský plán* – návrh vhodných činností k uspokojení potřeb
- *Realizace* – provedení navržených činností, naplnění stanovených cílů
- *Hodnocení* – zhodnocení efektu poskytnuté péče, jednotlivých kroků OP

Každá fáze je sice samostatná, ale jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a v kruhu opakují (18,19,22,23).

3.1.1 Model „Fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové

Dr. Marjory Gordonová je profesorkou a koordinátorkou ošetrovatelství na Boston Collage. Je známá svým přínosem k ošetrovatelské teorii. Její doménou je ošetrovatelská diagnostika. Do roku 2004 stála v čele Severoamerické asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku – NANDA. Model Gordonové vychází z hodnocení kvality zdraví jedince z hlediska funkčního stavu jeho organismu. Model fungujícího zdraví je založen na interakci člověka – prostředí a zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Tento model je

považován odborníky za nejkomplexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie.

Funkční typ zdraví je ovlivňován biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a spirituálními faktory.

Dysfunkční zdravotní stav vyjadřuje sestra v ošetrovatelských diagnózách, které se mohou týkat nejen chorobných stavů, ale i dalších problémů, vyplívajících z poruch bio-psycho-sociální integrace jedince s okolím.

Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí označených autorkou jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každá část představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční nebo dysfunkční (17,22,23).

12 vzorců zdraví

- Vnímání – udržování zdraví
- Výživa – metabolismus
- Vylučování
- Aktivita – cvičení
- Spánek – odpočinek
- Vnímání – poznávání
- Sebepojetí – sebeúcta
- Plnění rolí – mezilidské vztahy
- Sexualita – reprodukční schopnost
- Stres, zátěžové situace – jejich zvládnání, tolerance
- Víra – přesvědčení – životní hodnoty

3.1.2 Aplikace modelu „fungujícího zdraví“

Údaje k ošetřovatelské anamnéze jsem zjišťovala 1. pooperační den. Jako zdroj informací jsem použila lékařskou a ošetřovatelskou dokumentaci. Další údaje jsem získala při rozhovoru s pacientem a jeho rodinou. Nedílnou součástí zpracování ošetřovatelské anamnézy je i pozorování. Ke zhodnocení nemocného jsem vybrala „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové.

Pan J.P. byl po provedené apendektomii pro akutní gangrenózní perforující apendicitidu s difúzní peritonitidou přijat v šokovém stavu na ARO. Nyní 1. pooperační den, 2.den hospitalizace, pro nemocného první hospitalizace v nemocnici. Pacient má zaveden CŽK, NGS a PMK. Operační rána je krytá sterilním obvazem, jsou zavedeny 2 vrapované drény. U pacienta J.P. jsou trvale monitorovány vitální funkce, prováděny laboratorní odběry a měřen příjem a výdej tekutin. Intravenózně jsou podávána ATB, kontinuální analgezie a infúze s parenterální výživou a rehydratačními roztoky. Pomocí kyslíkové masky nebo nebulizace je aplikován 100% zvlhčený kyslík.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pan J.P. se cítil subjektivně zdravý. V dospělosti měl občas křeče v pravém podbřišku provázené plynatostí, které vždy po teplé koupeli, „puškvorcovém“ čaji a klidu ustoupily a vše se po pár dnech srovnalo do normálního stavu. Tentokrát použil stejnou metodu léčby, ale bolest nepolevovala, naopak se zvětšovala. Jelikož snědl k obědu fazole, myslel si, že je jen nadmutý a teplá koupel mu udělá dobře. Z pohledu zpátky mu je jasné, že měl přijít do nemocnice dříve, ale ví, že to teď musí vydržet. Věří, že se jeho zdravotní stav rychle upraví a brzy půjde domů.

Při studiích občas kouřil, alkohol pije jen příležitostně. Pečuje o své zdraví pravidelným pohybem při sportu, snaží se jíst zdravou stravu, chodí na preventivní prohlídky k závodní lékaře. V pracovní neschopnosti dosud zatím nebyl.

2. Výživa a metabolismus

Pacient se snaží dodržovat zásady racionálního stravování. Snídá doma (káva, chléb), obědvá v závodní jídelně a má rád společné večere s rodinou. Přiznává, že večer má občas chuť na něco sladkého jako je čokoláda, sušenky, puding. Někdy si dopřeje grilovanou klobásu, kterou má moc rád. Během dne vypije asi 2 litry tekutin, hlavně vodu se šťávou. Váží asi 84kg, výška je 179 cm a BMI je 26,3 (norma 18,5 – 24,9). Chrup má vlastní, se zuby problémy nemá, ale má veliký strach ze zubaře. Nyní může pacient pouze čaj „na svlažení“, živiny i tekutiny jsou podávány i.v. přes CŽK do levé podklíčkové žíly. Aminomix 2000 ml/24 hod. a Hartmanův roztok. Během 1. pooperačního dne na ARO je u nemocného pravidelně měřeno a zaznamenáváno: fyziologické funkce po 30 min., centrální žilní tlak po 6 hod. a příjem a výdej tekutin (bilance tekutin) po 1 hod.. Do výdeje je započítána moč a odpad z NGS a z drénů. Ráno a večer jsou prováděny laboratorní odběry k monitorování celkového stavu. Břicho je mírně nad úroveň hrudníku, palpačně citlivé. 1. den po operaci je kůže bledá, dobře hydratovaná, opocená, kožní turgor přiměřený, bez známek zčervenání a dekubitů, jazyk vlhký. Během dne nemocný pociťoval nevolnost. Hlad nepociťuje, žízeň mírnou, důvod tohoto dietního opatření zná.

3. Vylučování

Před onemocněním měl pan J.P. pravidelnou stolici 1-2x denně, s močením problémy neměl. Nyní 1.den po operaci je peristaltika neznatelná, jsou slyšet pouze ojedinělé přelévavé fenomény, plyny ještě neodcházejí. Diuréza je hraniční, přetrvává značná retence tekutin, bilance je výrazně pozitivní (ráno +10 900ml/24hod., CVP: +20cmH₂O), postupně se obnovuje tvorba moči, v odpoledních hodinách je moč již méně koncentrovaná a světlejší. Při tělesné teplotě kolem 38°C se pacient výrazně potí. CVP postupně klesá na +13cmH₂O. Pacient má zavedený PMK, NGS na spád a 2 vrapované drény (z pravého subfrenia a z Douglasova prostoru) napojeny do sběrných sáčků. Bilance tekutin se zapisuje po 1 hodině a ještě se vždy počítá za 12 a 24 hod.. Operační rána, dlouhá asi 25cm, je kryta sterilními čtverci a mírně secernuje.

4. Aktivita, cvičení

Při dobrém zdraví se pan J.P. cítí plný energie, do práce jezdí často na kole, hraje tenis, v zimě lyžuje, rád bere saunu. Během víkendů a prázdnin je hodně s rodinou a společně podnikají výlety do přírody. 1. den po operaci se cítí slabý, unavený, břicho je i přes silnou analgezii citlivé, každý pohyb nemocný cítí, není schopen se bez pomoci sestry umýt, potřebuje pomoc zdravotnického personálu při změně polohy či v denních aktivitách. Pacient rehabilituje zatím pouze na lůžku, provádí doporučené cviky nohama v rámci prevence TEN a je pobízen k dechové rehabilitaci jako je nafukování gumové rukavice a k inhalaci mukolytik pro prevenci plicních komplikací. Nemocný dobře spolupracuje.

5. Spánek a odpočinek

Se spánkem doma pacient problémy nemá. Kromě služeb v nemocnici chodí spát mezi 23. a 24.hod., ale před tím občas „odpočívá“ u televize nebo knihy. Léky na spaní neužívá. Rád čte, navštěvuje kino, divadlo, schází se s přáteli. Nejlépe si odpočine aktivním pohybem v přírodě a při poslechu své oblíbené hudby. Během hospitalizace na ARO měl se souvislým spánkem problémy, rušil ho noční provoz na ARO - nedostatek ticha a tmy, zvuky monitorovacích přístrojů, proto pospává i v průběhu dne. Přestože má pacient kontinuálně analgezii – Sufentanyl 500 μ g+40ml FR/24 hod., při změně polohy a odkašlání si stěžoval na bolest. Pro lepší dýchání a odkašlávání byl aplikován zvlhčený kyslík. Odpočinek narušovaly i pocity na zvracení. Pacient se cítil slabý a unavený.

6. Vnímání, poznávání

Se smyslovým vnímáním pan J.P. problémy nemá, žádné kompenzační pomůcky nepoužívá. Dříve trpěl krátkozrakostí a nosil brýle, ale před delší dobou

podstoupil laserovou operaci očí a od té doby používá jen brýle sluneční. Při rozhodování je většinou přímý a nečiní mu potíže. Věci, které se týkají rodiny, rozhoduje společně s manželkou. Změny v kvalitě paměti po operaci zatím nepozoruje. 1. pooperační den je pacient při vědomí, orientován časem i místem, o svém zdravotní stavu je dostatečně poučen a informován. Díky kontinuální analgézií jsou klidové bolesti snesitelné, na stupnici bolesti 1 až 5 nemocný ohodnotil číslem 3, ale při změně polohy je břicho a operační rána hodně bolestivá. Bolest při změně polohy je poznat i z neverbálního projevu – křečovitý výraz obličeje, strnulé pohyby a ještě výraznější pocení. Při bolesti je u nemocného zjišťována tachykardie až 120 tepů za minutu. Bolest zhoršily i pocity na zvracení, po odeznění nevolnosti se pacient cítil vyčerpaný. Pacient popisoval „živé sny“, do kterých se mu promítalo dění na oddělení. Spolupráce s nemocným byla velice dobrá.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacient hodnotí sebe jako klidnou osobu, přátelské a rozhodné povahy, potrpí si na přesnost u sebe a vyžaduje ji i u ostatních. Vyvést z míry ho dokáže nedodržení daného slova či slibu, když není na někoho spolehnutí. S estetickou změnou - dlouhá jizva na břicho, si starosti nedělá, protože je přirozeně ochlupený a jizva nebude vidět. Uvědomuje si riziko vzniku kýly v jizvě, proto nebude nějaký čas sportovat a vykonávat těžší práci doma i v zaměstnání. Den po operaci otázku studu nemocný neřešil, uvědomoval si, že převlékání postele, hygiena, převazy jsou výkony, které k léčbě nezbytně patří. Nepříjemné pocity vůči personálu měl až později, když se rozbíhala normální činnost střev a neudržel dostatečně plyny a stolici. Velmi ocenil profesionální přístup ošetřujícího personálu. Nemocný je k sobě přísný, snaží se vše vydržet, nechce nikoho obtěžovat, je velice trpělivý.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pan J.P. žije společně s manželkou, dcerou a synem v panelovém bytě v Praze, jako rodina se snaží být všichni co nejvíce spolu. Žena pracuje v místě bydliště, aby byla dětem více na blízku. Pan J.P. každé ráno doprovází syna do školky a často i děti vyzvedává ze školy, školky a kroužků. V rodině se věci řeší společně. S dětmi žádné problémy nemají. S manželkou mají hodně společných přátel jak v místě bydliště, tak kamarády z mládí, z práce. Nyní, v době hospitalizace pana J.P., se manželka sama stará o děti a o domácnost, pomáhají jí rodiče, kamarádky a v práci jí vyjdou vstříc. Nemocnému se po rodině stýská a cítí se klidnější, když ví, že žena všechno zvládá. Manželka navštěvuje muže v nemocnici každý den a je pro něho psychickou oporou, vždy přinese pozdravy a obrázky od dětí. Rodina je velkou motivací pro nemocného, aby se co nejdříve uzdravil a mohl být propuštěn do domácí péče a plnil opět roli otce a manžela. V průběhu hospitalizace si nemocný vyměnil svoji normální roli a z lékaře se stal trpělivý pacient.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacient žije ve spokojeném manželství a má dvě děti. Podrobnější informace nejsou v současné době z hlediska poskytování ošetrovatelské péče důležité.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí

V posledních dvou letech se nevyskytla u pacienta žádná významná krizová situace. S řešením všech problémů nemocnému pomáhá manželka a přátelé, o kterých ví, že se na ně může ve všem spolehnout a se vším se na ně obrátit. Všechny situace se snaží řešit v klidu, neuznává křik, zvýšený hlas. Nikdy neřeší stresové momenty alkoholem. Nyní má pocit určitého napětí z odloučení od rodiny, je mu smutno, trpí úzkostí, i když ví, že je o rodinu dobře postaráno.

11. Víra, přesvědčení , životní hodnoty

Pan J.P. je pokřtěný římský katolík. Děti a manželka jsou také pokřtěné. Kostel nenavštěvuje pravidelně, nemá potřebu chodit pravidelně na bohoslužby, zpovídat se, přestože někteří jeho přátelé jsou věřící a on sám pracuje v církevní nemocnici.

Pro pana J.P. je nejdůležitější životní hodnotou láska a zdraví celé rodiny. Nyní věří v brzké uzdravení a propuštění domů (17,19,23).

3.1.3 Ošetrovatelské diagnózy stanovené k 1. pooperačnímu dni

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na základě vyhodnocení získaných informací k 1. pooperačnímu dni. Pořadí ošetrovatelských diagnóz a plán péče jsem určila po dohodě s pacientem a s přihlédnutím k medicínským prioritám.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu.
2. Zvýšení tělesné teploty z důvodu operačního výkonu a šokového stavu.
3. Nauzea a foetor ex ore v souvislosti s operačním výkonem a anestezií.
4. Deficit soběstačnosti v důsledku snížené fyzické kondice po operaci.
5. Porucha spánku z důvodu bolesti a rušení provozem oddělení.
6. Úzkost způsobená odloučením od rodiny.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. Riziko pooperačních komplikací – nestabilního krevního tlaku, krvácení z operační rány, vznik bronchopneumonie.
2. Riziko vzniku infekce v souvislosti s porušením kožní integrity - způsobené operační ránou a invazivními vstupy (CŽK, 2 vrapované drény, PMK).
3. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu omezené pohyblivosti pacienta po operaci.

3.1.4 Akutní diagnózy

1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu

Ošetřovatelský cíl:

- pacient chápe příčinu bolesti
- u pacienta dojde ke zmírnění bolesti hodnotitelné pomocí stupnice bolesti (1-5) do 1 hodiny po zvýšení dávky analgetika v kontinuální analgézii
- pacient zná metody tišení bolesti

Ošetřovatelský plán:

- akceptovat a uznat bolest takovou jak ji vnímá pacient
- lokalizovat bolest, zjistit změny v průběhu dne a charakterizovat bolest, zhodnotit intenzitu bolesti podle analogové stupnice bolesti 1 až 5

- prodiskutovat s nemocným dosavadní léčbu bolesti a příčinu, podávat analgetika dle ordinace, sledovat a zaznamenávat účinek léků, jakoukoli změnu hlásit lékaři
- sledovat fyziologické funkce a každých 30 minut provádět záznam do ošetrovatelské dokumentace
- pomoci panu J.P. najít úlevovou polohu, zajistit pohodlí
- ukázat nemocnému jak fixovat operační ránu při změně polohy, kašli
- pečovat o pohodlí pacienta: mazání zad, masáž, aplikace tepla, chladu

Realizace:

Pacient znal příčiny bolesti, vyjádřil své pocity, vnímání bolesti. S panem J.P. jsme lokalizovali bolest, změřili na analogové škále bolesti, při změně polohy, kašli pacient udával stupeň bolesti č.4 a v klidu stupeň číslo 3. Bolest byla tupá a vyzařovala do okolí, při pohybu byla bolest ostrá, bodavá. Dle ordinace lékaře byla kontinuálně aplikována do CŽK analgezie Sufentanyl 500 µg + 40ml FR rychlostí 4-7ml/hod. injekčním dávkovačem. V ranních hodinách měl pacient nastavenou rychlost 4ml/hod., pro bolest jsem rychlost analgezie zvýšila až na 7ml/hod. a zapsala do ošetrovatelské dokumentace, žádné nežádoucí účinky jsem nezaznamenala. Každou hodinu jsem se nemocného ptala na intenzitu bolesti a podle potřeby upravovala rychlost analgetika na dávkovači v rozsahu ordinace lékaře. Sledovala jsem a zapisovala do dekurzu hodnoty fyziologických funkcí každých 30 minut. Pomohla jsem panu J.P. najít úlevovou polohu – mírně na boku s vypodloženými zády a pokrčenými dolními končetinami. Naučila jsem nemocnému fixovat operační ránu při změně polohy a kašli. Během dvanáctihodinové směny jsem pacientovi 2x namazala a namasírovala záda Francovkovou emulzí a přiložila obalený ledový sáček na operační ránu.

Hodnocení:

Pacient zná příčinu bolesti a možnosti léčby bolesti, umí fixovat operační ránu při kašli. Akutní bolest se nám již v průběhu dne podařila snížit, nemocný označil bolest číslem 1-2 a našel úlevovou polohu. Aplikace ledového sáčku na operační ránu zmírnilo charakter ostré bolesti na mírně řezavou, ale při nástupu třesavky jsem sáček s ledem odstranila. Krevní tlak byl v rozmezí 128/85-160/90, puls v rozmezí 92-120/min. a SpO₂ bylo 99% při nebulizaci. Cíl se podařilo splnit, došlo ke zmírnění bolesti.

2. Zvýšení tělesné teploty z důvodu operačního výkonu a šokového stavu

Ošetrovatelský cíl:

- pan J.P. nebude mít během mé směny tělesnou teplotu nad 38°C
- při nadměrném pocení bude mít pacient suché lůžko

Ošetrovatelský plán:

- zjistit příčinu zvýšené tělesné teploty
- monitorovat hodnoty tělesné teploty
- sledovat stav vědomí a pravidelně měřit fyziologické funkce (TK,P,D, CVP)
- sledovat příjem a výdej tekutin
- při pocení zajistit suché lůžko, dostatečnou hydrataci
- provádět fyzikální chlazení, podávat ATB a antipyretika dle ordinací lékaře

Realizace:

V 8.00 hodin byla u pacienta zvýšená teplota (37,4°C), během dne měl nemocný třesavku a navečer již byla TT 38°C a došlo k profúznímu pocení. Proto jsem tělesnou teplotu sledovala každé 2 hodiny, příjem a výdej tekutin jsem měřila po 1 hod.. Podle ordinací jsem podávala antipyretikum Perfalgan 1g po 6-ti hodinách a ATB Tazocin 4,5g a Efloran 500mg po 8 hodinách vše i.v.. Ztráty tělesných tekutin - hlavně potu jsem řešila podáváním infuzí dle ordinace lékaře. Při třesavce jsem pacientovi přidala další přikrývku a večer pro zvyšující se tělesnou teplotu byl nemocný přikrytý pouze kapnou. Ruce a nohy byly studené, proto jsem nepřistoupila k fyzikálnímu chlazení ledovými sáčky. Dbala jsem na to, aby pacient ležel v suchém lůžku, proto jsem postel za směnu převlékla 3x k nelibosti pacienta, protože jakýkoli pohyb byl bolestivý. Vždy před hygienou jsem přidala rychlost analgetika a po toaletě jsem rychlost opět snížila.

Hodnocení:

Ke zvýšení tělesné teploty došlo vlivem operačního výkonu v situaci šokového stavu. Cíl se nepodařilo splnit zcela, pacient měl horečku, ale ležel v suchém lůžku. Hodnoty fyziologických funkcí na konci dne byly: TK-145/58, P-104/min., SpO₂-99% při nebulizaci.

3. Nauzea a foetor ex ore v souvislosti s operačním výkonem a anestezií

Ošetřovatelský cíl:

- pacient s NGS nebude mít nauzeu a nebude zvracet během 12-ti hodin
- pan J.P. nebude mít nepříjemnou pachut' v ústech

Ošetřovatelský plán:

- prodiskutovat s nemocným příčinu nevolnosti
- zkontrolovat průchodnost sondy, množství a charakter odpadů ze žaludeční sondy

- podávat antiemetika dle ordinace a sledovat jejich účinek
- při pocitu na zvracení pobízet k hlubokému pomalému dýchání
- doporučit zvýšenou polohu horní poloviny těla
- nabízet čaj ke svlažení
- pomoci pacientovi s častější hygienou dutiny ústní

Realizace:

S nemocným jsme probrali příčiny nauzey (operace na stěvě, doznívající anestezie, dráždění NGS). Pravidelně jsem kontrolovala průchodnost a zavedení žaludeční sondy pohledem (fixace NGS a odvádění žaludeční šťávy) a odtažením žaludečního obsahu Janettovou stříkačkou. Při pocitu na zvracení zhluboka a pomalu dýchat nepomohlo, proto byl podán intravenózně Torecan 1amp. i.v. dle ordinace. Nemocný ležel ve Fowlerově poloze s podloženými nohama. Pacient si dvakrát vyčistil zuby a vypláchnul ústa ústní vodou Tantum verde, vše zvládnul jen s dopomocí. Během dne se nemocný 10x napil čaje ze skleničky s brčkem, vždy jen 1 lok a pak jsem mu pokaždé vytřela dutinu ústní tamponem namočeným v roztoku Stopangin+Borax glycerin, který jsem připravila na stolek vedle postele.

Hodnocení:

Při správném zavedení, dobré průchodnosti žaludeční sondy měl pacient stále pocity nevolnosti, zlepšení nastalo až po aplikaci antiemetika. Pacient má po hygieně dutiny ústní lepší pocit, zápach z úst je menší. Cíl se nepodařilo úplně splnit, pacient nezvracel, ale trpěl nevolností, zápach z úst se podařil zmírnit.

4. Deficit soběstačnosti v důsledku snížené fyzické kondice po operaci

Ošetřovatelský cíl:

- pacient provádí péči o sebe samého na úrovni svých možností, sám si umyje obličej a vyčistí zuby

- pacient bude mít zajištěny potřeby v oblasti osobní hygieny

Ošetrovatelský plán:

- zhodnotit stupeň soběstačnosti – Barthelův test
- podporovat pana J.P. v samostatnosti a pomáhat mu
- poskytnout dostatek času k dané činnosti
- zajistit rehabilitaci a pobízet ke cvičení na lůžku
- monitorovat bolest při zvýšené aktivitě
- připravit potřebné pomůcky k hygieně

Realizace:

S pacientem jsem udělala Barthelův test základních všedních činností s bodovým výsledkem 20 bodů, což svědčí o vysoké závislosti. První pooperační den vykonal pacient 3x hygienu za asistence ošetrojícího personálu v leže na lůžku, sám si otřel žínkou obličej a ruce, vyčistil si chrup dle svých možností, ostatní už sám nezvládl. Pro velké pocení byla celková hygiena provedena 3 krát během dne. Před hygienou byla nemocnému vždy preventivně zvýšena dávka analgetika. Pro zajištění dostatečné intimity posloužily závěsy mezi jednotlivými lůžky. 1. pooperační den se pan J.P. ještě neuměl obsloužit sám, skleničku s čajem a brčkem jsem mu přidržovala. U nemocného byla zajištěna každodenní rehabilitace (dechová rehabilitace, cvičení na lůžku horními a dolními končetinami) nejen s ošetrojícím personálem, ale i s fyzioterapeutem. Na další den byla v plánu postupná vertikalizace nemocného.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, nemocný se postaral o sebe samého dle svých možností, sám si vyčistil chrup a umyl obličej. Potřeby v oblasti osobní hygieny byly zajištěny ošetrovatelským personálem. Deficit sebepéče je pouze dočasný. Pan J. P. je snaživý, snaží se spolupracovat a podle svých možností aktivně rehabilituje.

Při provádění hygieny i přes zvýšení analgezie pacient cítil bolest v oblasti operační rány.

5. Porucha spánku z důvodu bolesti a rušení provozem oddělení

Ošetřovatelský cíl:

- nemocný bude v noci klidně spát alespoň 6 hodin bez přerušení
- pacient chápe příčiny, které způsobují nespavost
- ráno se bude cítit odpočatý

Ošetřovatelský plán:

- prodiskutovat s panem J.P. příčinu nespavosti
- upravit lůžko nemocnému
- omezit rušivý hluk a světlo na oddělení
- zaměstnávat pacienta během dne a kontrolovat, aby nespal
- podat ordinace dle lékaře

Realizace:

Nemocný si stěžoval na přerušovaný spánek, jako důvod udával bolestivost břicha, ruch, alarmy, světlo a provoz na oddělení. Přes den jsem nemocného pobízela k hovoru a k činnostem jako je rehabilitace, vypláchnutí dutiny ústní a kontrolovala jsem, aby nespal. Na noc byla panu J.P. zvýšena dávka analgetika, upraveno lůžko, ztlumilo se světlo, alarmy byly slyšet jen na sesterně a omezil se provoz oddělení na noční režim. Vyvětrala jsem jen krátce. Na noc pacient dostal Hypnogen 1tbl. per os, který měl naordinovaný od lékaře při potížích s usínáním.

Hodnocení:

Nemocný si uvědomuje příčiny poruchy spánku, proto se snažil přes den být vzhůru. Cíl se podařilo skoro splnit, pacient v noci spal 5 hodin bez přerušení. Ráno se cítil odpočatý a mírně dezorientovaný, podle tvrzení nemocného, měl živé sny. Na bolesti si během noci nestěžoval.

6. Úzkost nemocného způsobená odloučením od rodiny**Ošetrovatelský cíl:**

- pacient nebude úzkostný, bude udávat zlepšení nálady

Ošetrovatelský plán:

- zjistit možné příčiny úzkosti od pacienta a od rodiny
- povídat si s nemocným v klidu, nespěchat a naslouchat mu se zájmem, úctou a respektem
- sledovat úzkostné projevy verbální i neverbální
- povzbuzovat nemocného, umožnit vyplakat, popsat pocity, které vyvolaly úzkost
- zapojit pacienta do nejrůznějších aktivit, které mohou odvést pozornost od problému

- zajistit možnost návštěv rodiny, přátel nebo zajistit jiný způsob komunikace mezi panem J.P. a rodinou

Realizace:

Během dne jsem si zajistila dostatek času na rozhovor s pacientem, snažila jsem se získat jeho důvěru. Nemocný vyjadřuje své pocity, cítí určité napětí, nervozitu, změny nálad, dělá mu problém souvisle mluvit, je zadýchaný, unavený. Příčina úzkosti pana J.P. byla v odloučení od rodiny, o svůj zdravotní stav strach neměl, věřil kolegům a sám sobě. Myslel si, že na rodině není tak závislý, ale teď mu je smutno a velice se mu po dětech a ženě stýská. Umožnila jsem nemocnému mít u sebe mobilní telefon a spojit se s rodinou. Rád této možnosti využil. Pana J.P. jsem seznámila s provozem oddělení a on sám si domluvil návštěvu. Pacienta jsem potom tak zaměstnala - hygiena dutiny ústní, převlékání postele, naše rozhovory, že když byl v klidu, tak pospával. S rodinou jsem se domluvila, aby pacientovi volala jen žena, protože velké množství telefonátů by ho unavovalo a rušilo jeho samotného i ostatní pacienty. V mobilní telefonu jsme místo zvonění nastavili vibrace.

Hodnocení:

U pana J.P. byla úzkost zmírněna, byl klidnější, vyrovnanější, po návštěvě manželky se mu zlepšila nálada. Cíl byl dosažen. Pacient mobilní telefon využíval minimálně, i když mu stále přicházely povzbuzující textové zprávy od přátel, které ho potěšily. Sám ale neměl dostatek sil a chuti na ně odpovídat. Pan J.P. byl spokojený, že si může sám zavolat a nemusí obtěžovat ošetřující personál.

3.1.5 Potencionální diagnózy

- 1. Riziko pooperačních komplikací – nestabilního krevního tlaku, krvácení z operační rány, vznik bronchopneumonie**

Ošetřovatelský cíl:

- včasné odhalení komplikací v průběhu prvního pooperačního dne
- dechová rehabilitace

Ošetřovatelský plán:

- pravidelně kontrolovat a zaznamenávat hodnoty fyziologických funkcí (TK, P, SpO₂, TT)
- měřit CVP a bilanci tekutin
- kontrolovat krytí operační rány
- sledovat průchod PMK, množství, barvu, příměsi moče
- sledovat množství a barvu odpadu z drénů
- dle ordinace provádět odběry na krevní obraz a koagulaci
- při jakýchkoliv odchylkách informovat lékaře
- nácvik dechové rehabilitace, inhalace, nebulizace zvlhčeného kyslíku

Realizace:

Sledovala jsem a zapisovala do dokumentace hodnoty fyziologických funkcí á 30min., CVP po 6-ti hodinách, TT jsem měřila po 2 hodinách a příjem a výdej tekutin (moč, odpady z drénů a NGS) jsem změřila a zaznamenala po 1 hodině. Vždy jsem zkontrolovala průchodnost NGS, PMK. Každou hodinu jsem kontrolovala, zda krytí operační rány není prosáklé. Před koncem mé směny jsem odebrala krev na krevní obraz a koagulaci, o výsledku jsem informovala lékaře. Nemocného jsem naučila zhluboka dýchat, inhalovat inhalace

s expectoranciem, nafukovat gumovou rukavici. Nemocný měl stále zapojenou nebulizaci O₂.

Hodnocení:

Během dne se hodnoty fyziologických funkcí pohybovaly v rozmezích: TK- systola:120-155mmHg, diastola: 80-90mmHg, puls: 88-120 tepů za minutu, CVP: nejdříve + 20cmH₂O a ve 22od.+13cmH₂O, SpO₂: 97-99%, dech: 10-18 za minutu, TT: 37,1°C – 38,0°C. Během dne jsem 2x převázala operační ránu, protože krytí bylo prosáklé. Odpad z drénů byl za 12 hodin 200ml a za 24 hodin 280ml, charakter – naředěná krev. Množství moče za 12 hodin: 1900ml , za 24hodin: 4300ml charakter – čirá, světle žlutá moč. Bilance tekutin za 1. pooperační den za 12hod.: +2500ml, za 24hod.: +3400ml (+ velké pocení). Při inhalacích pacient spolupracoval, sám foukal proti odporu do stříkačky, nafukoval gumovou rukavici. Během pobytu na ARO žádné komplikace nenastaly, cíl splněn.

2. Riziko vzniku infekce v souvislosti s porušením kožní integrity - způsobené operační ránou a invazivními vstupy (CŽK, 2 vrapované drény, PMK)

Ošetřovatelský cíl:

- nemocný nebude ohrožen komplikací z infekce po dobu pobytu na ARO
- operační rána se bude hojit per primam

Ošetřovatelský plán:

- kontrolovat místa vpichu CŽK, kůži v okolí drénů, okolí kůže PMK
- kontrolovat funkčnost drénů a močového katétru

- sledovat proces hojení a charakter operační rány (zápach, sekrece, okolí rány, přítomnost infekce, bolest, velikost, tvar, hloubka)
- včas diagnostikovat známky infekce: zarudnutí, otok, sekrece, bolest
- udržovat okolí rány v čistotě a v suchu
- denně provádět převaz CŽK, drénů a dodržovat přísně pravidla asepsy
- dodržovat hygienu rukou
- provádět časnou výměnu osobního i ložního prádla
- měřit a zaznamenávat TT
- Sledovat laboratorní hodnoty ukazatelů zánětu: CRP, prokalcitonin.

Realizace:

Místa vstupu CŽK, drénů, operační rány, PMK, NGS jsem kontrolovala minimálně 2x denně, operační ránu převázal při dopolední vizitě chirurg, odpoledne po hygieně jsem operační ránu převázala ještě jednou, vždy asepticky (sterilní materiál, rukavice a desinfekce Cutasept). Bilance tekutin byla pozitivní. 1. pooperační den se TT začala zvyšovat, organismus reagoval třesavkou a následně profúzním pocením, i když byla ordinována antipyretika. Pohledem kontrolujeme průchodnost PMK, drénů. Dodržujeme hygienu rukou: mytí dezinfekčním mýdlem, desinfekce Sterilliem, používání jednorázových či sterilních rukavic. Výměna osobního a ložního prádla byla prováděna při toaletě, při velkém pocení častěji. Zaznamenávali jsme hodnoty CRP, prokalcitoninu.

Hodnocení:

Operační rána se hojila per primam. Tělesná teplota nad 37°C byla po celou dobu pobytu nemocného na ARO. Zvýšená tělesná teplota, při užívání antipyretika Perfalgan, byla v důsledku septického stavu, jiná infekce se nepřidala. Nebyly zaznamenány žádné známky nozokomiální infekce.

3. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu omezené pohyblivosti pacienta po operaci

Ošetrovatelský cíl:

- pacient nejeví známky TEN

Ošetrovatelský plán:

- zajistit časnou mobilizaci pacienta
- vysvětlit nemocnému nezbytnost cvičení DK na lůžku
- aplikace antikoagulancií dle ordinací
- sledovat příznaky TEN
- zajistit elastickou kompresi DK

Realizace:

Pan J.P. znal důvody cvičení, na DK měl do poloviny stehů elastické punčochy, které jsem kontrolovala, zda jsou správně nasazené, antikoagulancia (Clexane 0,4ml) byla aplikována podkožně podle ordinace ve 12.00 hod.. S rehabilitací nemocný začal hned první den po operaci, i když to pro nemocného bylo hodně náročné a bolestivé, vždy před rehabilitací byla zvýšena dávka analgetika. Nejdříve pacient cvičil na lůžku, každé 4 hodiny se snažil kroužit chodidla, provádět plantární flexi a extenzi, pokrčovat a napínat prsty nohou. Rehabilitace byla prováděna fyzioterapeutem i s ošetrovatelským personálem.

Hodnocení:

Nemocný si sám procvičuje DK, s fyzioterapeutem aktivně spolupracuje. Cíl byl splněn. Příznaky tromboembolické nemoci se neprojevíly.

3.2 DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Zdravotní stav pana J.P. umožnil 2. pooperační den rozšíření rehabilitace o posazování na lůžku s nohama svěšenými z postele dolů, další den se nemocný snažil s dopomocí personálu postavit u lůžka. Následující den byla v plánu chůze okolo lůžka. Stav pan J.P. se začal od 4. pooperačního dne postupně zlepšovat, rozběhla se peristaltika, nemocný mohl přijímat tekutiny bez omezení, NGS byla uzavřena, s pomocí ošetřujícího personálu se pacient došel k umyvadlu umýt. Nemocný se začal cítit lépe jak fyzicky, tak duševně. 5. pooperační den byla nemocnému odstraněna NGS a drény. Během dne popíjel Nutridrinky, navečer ochutnal přesnídátku, další dny dostával k jídlu bramborovou kaši, jogurty, přesnídávkou, ale stále neměl pocit hladu, k jídlu se musel pobízet. 6. pooperační den byl odstraněn PMK a CŽK, byla zavedena periferní kanyla pro aplikaci léků. 7. pooperační den nemocný mohl už jíst racionální stravu s omezením nadýmavého jídla, stále měl zvýšenou tělesnou teplotu a citlivé břicho při pohybu a kašli. 11.2. na Den všech nemocných navštívil ARO pan kardinál Miloslav Vlk a s panem J.P. promluvil několik slov, byl to pro nemocného nevšední zážitek. 9. den po operaci byl pacient přeložen na chirurgické oddělení na nadstandardní pokoj, to už se pan J.P. cítil dobře, sám v mírném předklonu chodil, mohl si kdykoliv dojít na toaletu, protože už nebyl připojen na monitor. Nemocný byl rád, že má více soukromí, v noci lépe spal, nebudil ho hluk alarmů a ruch oddělení, měl větší klid při čtení knihy. Pravidelně přečetl několik stránek a usnul, protože byl unavený a příběh z knihy se mu promítal do děje na oddělení. Přibyl počet návštěv, ale s ohledem na pacienta se všichni zdrželi jen chvíli a pak nechali nemocného odpočívat.

Dlouhodobý ošetřovatelský plán je zaměřen na dechovou rehabilitaci, odkašlávání, cvičení, posilování dolních končetin a pravidelný odpočinek. Dále je u nemocného potřeba osvojit soběstačnost, sledovat a hodnotit bolest, kontrolovat pravidelně tělesnou teplotu, měřit FF, aplikovat 1x denně 0,4ml

Clexane s.c., kontrolovat stav operační rány. Důležité je vždy si najít čas na rozhovor s nemocným, povzbuzovat ho a chválit za každý pokrok.

4. PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO

Nemoc znamená zátěžovou situaci pro člověka, která ho vyřadí z každodenních činností a přeruší dosavadní způsob jeho života, zároveň jsou zvýšené nároky na jeho okolí, zvláště na rodinu. Nemoc znamená omezení funkcí, rozličné sociální důsledky, kromě toho také často úzkostlivé obavy z toho, jak se nemoc bude vyvíjet. Nejčastější změny s příchodem nemoci jsou: změna sociální role a postavení jedince, pokles sociální prestiže, omezení až zpřetrhání dosavadních mezilidských kontaktů a vztahů, změna denního a týdenního stereotypu, řešení nových situací, frustrace a deprivace potřeb biologických i sociálních, konflikty se zdravotníky, pacienty a jiné. Nemoc zbavuje člověka řady povinností, nemocný bývá uznán práce neschopným, je zbaven domácích povinností. Na tento stav každý reaguje různě, u někoho se objeví pocity méněcennosti nebo depresivní nálada, někdo to prožívá jako výhodu a snaží se situaci prodloužit. Každý se s náročnou životní situací vyrovnává způsobem, který si v průběhu života osvojil. Průběh nemoci je často ovlivněn psychickým stavem nemocného, množstvím informací o chorobě a léčbě, prognózou, náladou nemocného, obavami a nadějí, sociálním zázemím a podporou rodiny, důvěrou ve zdravotnický personál. Proto každý člověk prožívá nemoc zcela odlišně. Abychom nemocnému dobře porozuměli a mohli ho dobře ošetřovat, potřebujeme

ho vidět jako celého člověka. Pacient v souvislosti se svým onemocněním prožívá často řadu negativních, nepříjemných emocí, pocitů a duševních stavů jako je úzkost, strach, bezmocnost, lítost, má pocit hrožení a nejistoty.

Akutní onemocnění je svým charakterem náhlé, přerušuje veškeré sociální aktivity nemocného. Příznaky jsou snášeny lépe, protože nemocný věří v brzké zmírnění obtíží a ústup onemocnění (7,22,25).

O svém zdravotním stavu byl pan J.P. plně informován, uvědomoval si svůj zdravotní stav, věděl co ho čeká. Nyní, během hospitalizace, přiznal, že měl strach jestli to je „jen apendix“, bál se, aby se při operaci nezjistilo nějaké zhoubné onemocnění. Po provedené operaci, potvrzení diagnózy a rozhovoru s operátorem se nemocnému ulevilo. Velice ocenil komunikaci a práci zdravotnického personálu, měl k nim důvěru, každý si na něho udělal čas, popovídal si, pomohl, vysvětlil. Pacient se snažil ve všech směrech aktivně spolupracovat s lékaři, sestrami i s rehabilitačními pracovníky.

Pan J.P. má velikou podporu ve své rodině, která převzala dočasně bez problémů řadu jeho rolí. To nemocného velice motivuje a psychicky podporuje. Vždy se těší na manželku, která ho navštěvuje každý den a přináší zprávy z domova, také je s ním ve stálém telefonním kontaktu. Velmi se mu stýskalo po dětech a tak mu manželka přinesla rodinné fotografie, které si často prohlížel. Rád mluvil s dětmi po telefonu. Radost mu dělají krátké návštěvy přátel a kolegů, povzbuzující textové zprávy. Největším přáním pana J.P. bylo dosažení takového zdravotního stavu, aby mohl být propuštěn domů a být se svoji rodinou.

Úryvek z dopisu psaný za pobytu v nemocnici pacientem / lékařem svému bratrovi do zahraničí - ohlédnutí na pobyt v nemocnici:

„Řadu věcí z knihy jsem prožil ve snu jako pozorovatel nebo jako okrajová indiferentní postava. Každému, kdo se u mě zastavil, jsem chtěl něco z toho sdělit a žádný mi nedal najevo, že nemá čas. To jsem teda ocenil. Svoje pocity na ARO jsem několikrát v duchu přirovnával k momentu, kdy se malé dítě z ničeho nic spontánně rozhodne podat ruku vedle stojícímu rodiči, aniž by

konkrétně vědělo čeho se bojí. A já jsem žádný strach neměl, bolest byla pryč a já věděl, že to jde pomalu k dobrému bodu a každý mě vždycky převedl za ruku přes úzkou lávku jen o malý krok, ale já nikam nespěchal, užíval jsem si to a věděl, že to tak má být. Naprosto nepopsatelný zážitek pro mne byl, když 11.2. (svátek všech nemocných) přišel na ARO kolem poledne arcibiskup a primas český pan kardinál Miloslav Vlk. Na ARU byli 3 pacienti v komatu a při vědomí jenom já, tak šel ke mně a vzal mě za ruku, ptal se, co mě trápí. Já jsem řekl, že jsem si nechal prasknout slepé střevo. On se pobaveně zarazil a pravil, že teď už to bude jenom dobrý. Ten ohromný energetický tok, co se na mě v tu chvíli z něj řinul, se nedá popsat. Teplo, vlna, světlo – prostě všechno... Ted' už vím, že se mi povedlo něco ojedinělého – dokonale jsem si vyzkoušel roli pacienta, ale bez zátěže profesionála. To by se mi nikdy nepoštěstilo, pokud bych ležel v nemocnici při plánované operaci bez toho zážitku akutního zla a utrpení. Ted' už vím, co to je vůle času a trpělivost lidí u lůžka. Bez toho se prostě stoná úplně jinak. Daleko hůře, pomaleji a v nejistotě. Ted' už vím, jak Ti pomůže opiát rozevřít mozkovou kůru jako archiv pocitů, nálad, jemností vjemu, násobků prožitku, ať negativních nebo pozitivních (podle lidí kolem Tebe) a já jsem ten archiv na pár dnů nabídl lidem kolem sebe, ať si volně listují, mají-li čas a chuť a vždycky tu byl, kdo se do mě začel, zaposlouchal, chytil mě za ruku a jen mi trochu nabil baterky- převedl přes kluzkou lávku. Ted' už vím, že takto milosrdně opiát působí jenom tehdy, když Ti má pomoci v bolesti, ale nikdy ne jako fet na vyzkoušení účinku. To Ti pak určitě zavaří. Ted' už vím, že ničeho nelituji, vůbec si nevyčítám, že jsem zanedbal svůj chronický apendix. Ty dva týdny tady si stále užívám, cítím se pod ochranou, je mi nádherně, i když při hlubokém nádechu ještě bolí podrážděná pohrudnice, děti jsem 14 dní neviděl, narušil jsem hory ve Francii a Rakousku, je to nicotné proti tomu zážitku, který jsem se snažil Ti ve zkratce popsat. Jsem zvědav jak to mysl zpracuje třeba za měsíc a jak se to projeví po nástupu do práce.“

Tolik citace z dopisu pana doktora .

5. EDUKACE

Během pobytu v nemocnici byl nemocný průběžně edukován sestrami, lékaři a fyzioterapeuty. Lékaři pacienta informovali o průběhu operace, v pooperačním období o vývoji onemocnění a léčbě. Od sester byl pan J.P. v prvních dnech po operaci poučen o důležitosti dechové rehabilitace a inhalací pro prevenci bronchopneumonie, o rehabilitaci na lůžku s následným vstáváním pro prevenci TEN, o dietním opatření a režimu na oddělení. Při všech výkonech, které sestry u něj prováděly jako převazy, podávání léků a infuzí, měření fyziologických funkcí a provádění hygieny vždy nemocnému vysvětlily, co dělají a proč. Po zlepšení stavu se nemocný učil s fyzioterapeutem správně vstávat z lůžka. V poloze na zádech s pokrčenými dolními končetinami si nemocný rukou přidržel operační ránu a otočil se na levý bok, potom zároveň spouštěl nohy na podlahu a zvedal se do sedu. Pacient byl poučen o nepřetěžování břišních svalů, o nebezpečí rozestupu operační rány a později při velké zátěži vytvoření kýly v jizvě. Po zahojení operační rány a vzniku jizvy bylo pacientovi doporučeno, aby zvýšeně pečoval o jizvu jemnými masážemi, jizvu často promazával např.

Indulonou a ve sprše střídal studený a teplý proud vody na jizvu. Vše vede k lepšímu prokrvení a následně lepšímu hojení (9,22).

S pacientem jsem během hospitalizace probírala i dietní opatření, která se upravovala podle zdravotního stavu od tekuté diety až po dietu č.3 s omezením nadýmavé potravy. Při propuštění do domácí péče bylo nemocnému doporučeno, aby jídlo nebylo moc dráždivé, kořeněné, mastné a nadýmavé. Jíst malé porce, ale častěji, vypít během dne alespoň 2 l tekutin. V jídelníčku by měly být ve zvýšené míře zastoupeny různé druhy nenadýmavého ovoce, zeleniny a obilné vlákniny, jogurty – důležité pro obnovení střevní flory po ATB, protože obsahují probiotické bakterie, drůbeží maso a ryby raději vařené nebo dušené, jako příloha je vhodná rýže, těstoviny nebo brambory.

Před propuštěním z nemocnice byl nemocný a manželka informováni o následné péči v domácím prostředí, o zásadách správného dodržování životního stylu a s fyzioterapeutem probírali dlouhodobý cvičební plán (jak postupně přidávat zátěž, co nemocný může dělat a co ještě nesmí – zdvihát zátěž) a péči o jizvu.

ZÁVĚR

Obsahem této případové studie bylo zpracování ošetrovatelské péče o nemocného s diagnózou akutní apendicitida, o kterého jsem se starala po apendektomii na ARO.

U nemocného došlo k ruptuře appendixu s následnou sterkorální peritonitidou, byl v septickém stavu, ale protože je pan J.P. mladý, a jinak zdravý muž, pooperační průběh probíhal bez vážnějších komplikací. O nemocného jsem se starala po celou dobu pobytu na ARO, v této práci jsem se zaměřila na 1. pooperační den, na potřeby nemocného. V ošetrovatelském procesu jsem použila model „fungujícího zdraví“ M. Gordonové. Po sestavení ošetrovatelské anamnézy, stanovení ošetrovatelských diagnóz za spolupráce nemocného, jsem se snažila zrealizovat vytyčené cíle a následně zhodnotit ošetrovatelskou péči. V části věnované psychologii jsem použila postřehy pacienta/lékaře z pobytu na ARO. Při edukaci jsem se zaměřila na rehabilitaci a dietní opatření. Pan J.P. byl milý, sympatický a vstřícný člověk a dobře

spolupracoval. V současnosti se pan doktor J.P. cítí zcela zdrav, žádná omezení již nemá.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a.	artérie
AA	alergická anamnéza
Alb.	albumin
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
amp.	ampule
AMS	amylázy
APTT	aktivovaný protrombinový čas
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
AST	aspartátaminotransferáza
ATB	antibiotika
Bili	bilirubin
BMI	Body Mass Index

Ca ²⁺	ionizované kalcium
CB	celková bílkovina
Cl	chlór
CRP	c-reaktivní protein („bílkovina akutní fáze“)
CT	počítačová tomografie
CVP	centrální žilní tlak
CŽK	centrální žilní katétr
D	dech
DF	dechová frekvence
Dg.	diagnóza
DK	dolní končetiny
EKG	elektrokardiografie
FA	farmakologická anamnéza
FF	fyziologické funkce
FR	fyziologický roztok
FW	sedimentace červených krvinek
GIT	gastrointestinální trakt
GMT	glutatamyltransferáza
Gluk	glukóza
HCO ₃	bikarbonát
JIP	jednotka intenzivní péče
I	indikace
i.m.	intramuskulární aplikace
int.	vnitřní
IS	indikační skupina
i.v.	intravenózní aplikace
k	kapilára
K	draslík
KCL	chlorid sodný
m.	sval
Na	sodík
NANDA	Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku

NGS	nasogastrická sonda
NO	nynější onemocnění
NPB	náhlá příhoda břišní
NÚ	nežádoucí účinky
OA	osobní anamnéza
OP	ošetřovatelský proces
Osm	osmolarita
P	pulz
pCO ₂	parciální tlak oxidu uhličitého
PCT	prokalcitonin
pH	záporný dekadický logaritmus aktivity vodíkových iontů
PMK	permanentní močový katétr
p.o.	aplikace ústy
pO ₂	parciální tlak kyslíku
O ₂	kyslík
RA	rodinná anamnéza
RTG S+P	rentgen srdce, plíce
S	sérum
SA	sociální anamnéza
s.c.	subkutánnípodání
SpO ₂	saturace krve kyslíkem
susp.	suspektní, podezřelý
tbl	tableta
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
USG	ultrasonografie
v.	žíla

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AUTORSKÝ KOLEKTIV. *Remedia compendium 3. vydání*. Praha: Panax Co, spol. s.r.o., 1999. ISBN 80-902126-5-4
2. BERKOW, R et al. *Merk manual kompendium klinické medicíny 1. české vydání*. Praha: X-Egem, 1996. 697-701 s. ISBN 80-85395-98-3
3. ČERVINKOVÁ, E. A KOLEKTIV. *Ošetřovatelské diagnózy*. Brno: IDVPZ, 2003. 21, 99, 143 s. ISBN 80-7013-358-9
4. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*, Avicem. Praha: Zdravotnické nakladatelství, n. p., 1988. 15-16, 97-101 s. ISBN 08-060-88
5. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F. *Kapesní průvodce pro zdravotní sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8
6. DYLEVSKÝ, I., TROJAN, S. *Somatologie 2*. Praha: Avicem, 1990. 5, 23-26, 60-64 s. ISBN 80-201-0063-6

7. FELDMANN, H. *Kompendium lékařské psychologie*. Praha: Victoria publishing, 1994. 180-188 s. ISBN 80-85605-67-8
8. FERKO, A., VOBOŘIL, Z., ŠMEJKAL, K., BEDRNA, J. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2002. 239-242 s. ISBN 80-247-0230-4
9. HROMÁDKOVÁ, J. *Fyzioterapie*. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2002. 77, 80, 368-371 s. ISBN 80-86022-45-5
10. KÁBRT, J. *Lexicon medium*. Praha: Avicem, zdravotnické nakladatelství, 1998. ISBN 08-063-88
11. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti, příručka pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 142, 157 s. ISBN 80-247-1720-4
12. MEDICAL TRIBUNE CZ. *Breviř*. Praha : Medical Tribune CZ s.r.o. 2009. ISBN 978-80-87-135-14-3
13. LEMON 1. *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno: IDV PZ, 1997. 52-90, 110-116 s. ISBN 80-7013-234-5
14. LUKÁŠ, K. A KOLEKTIV. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2005. 29 s. ISBN 80-247-1283-0
15. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. 92-96s. ISBN 80-247-1699-3
16. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 158-159, 228-229 s. ISBN 80-247-1150-8
17. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3
18. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3 – Jak zavádět ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-282-5
19. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4 – Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-283-3
20. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6 – Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: NCO NZO, 2004. 35s. ISBN 80-7013-323-6
21. ŠVÁB, J. *Náhlé příhody břišní*. Praha: Galén, Karolinum, 2007. 27-32 s. ISBN 978-80-7262-458-0

22. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. 34-36, 66-82, 267-275 s. ISBN 80-246-1091-4
23. TRACHTOVÁ, E. A KOLEKTIV. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-324-4
24. VALENTA, J. A KOLEKTIV. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, UK v Praze, 2004. ISBN 80-246-0644-5
25. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 75-77 s. ISBN 80-247-1262-8
26. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. 16-2544-52 s. ISBN 978-80-247-2068-5
27. ZEMAN, M. ET AL. *Speciální chirurgie*. Praha: Galén, 2004. 320-326 s. ISBN 80-7262-260-9
28. CHIRWEB. Fanta, J. *Chirurgie slovem a obrazem, appendicitis acuta* 19.1.2010
29. Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. LF UK v Praze. *Ošetrovatelský záznam*. Studijní materiál. 2009

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1: Hodnocení a monitorace bolesti (13)

Příloha č.2: Barthelův test základních všedních činností (20)

Příloha č.3: Ošetřovatelský záznam (29)

Příloha č.4: Plán ošetřovatelský péče (29)

