

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3.lékařská fakulta

ÚSTAV PRO LÉKAŘSKOU ETIKU A
OŠETŘOVATELSTVÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA S AKUTNÍ
APPENDICITIS

PŘÍPADOVÁ STUDIE

KVĚTEN
2006

Vacková Vendula
Ošetrovatelství – Všeobecná sestra

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Radomyšli, dne 2. května 2006

.....

Vacková Vendula

Děkuji MUDr. Lukáši Havlůjovi, Mgr. Janě Holubové a Doc.MUDr. Jiřímu Šimkovi CSc. za odborné vedení mé práce, cenné rady a podněty při jejím zpracování.

O B S A H :

1	ÚVOD	6
2	KLINICKÁ ČÁST	7
2.1	NÁHLÉ PŘÍHODY BŘÍŠNÍ	7
2.1.1	Dělení NPB	7
2.1.1.1	Neúrazové	7
2.1.1.2	Úrazové	7
2.1.2	Diagnostika NPB	8
2.1.2.1	Anamnéza	8
2.1.2.2	Fyzikální vyšetření	9
2.1.2.3	Vyšetření per rectum	10
2.1.2.4	Doplňující a pomocná vyšetření	11
2.1.3	Diferenciální diagnóza u NPB	13
2.1.3.1	Podle lokalizace bolestí	13
2.1.3.2	Nechirurgické příhody, manifestující se bolestí břicha	14
2.1.4	Léčba NPB	15
2.1.5	Prognóza NPB	15
2.2	AKUTNÍ APPENDICITIS	15
2.2.1	Anatomie appendixu	15
2.2.2	Etiologie appendicitidy	16
2.2.3	Patologie appendicitidy	16
2.2.4	Klinický obraz appendicitidy	16
2.2.5	Příznaky appendicitidy	16
2.2.6	Diagnostika appendicitidy	17
2.2.7	Diferenciální diagnostika u appendicitidy	18
2.2.8	Léčba appendicitidy	18
2.2.9	Komplikace appendicitidy	19
2.2.10	Prognóza appendicitidy	19
2.3	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM	20
2.3.1	Identifikační údaje	20
2.3.2	Anamnéza	20
2.3.2.1	Rodinná anamnéza	20
2.3.2.2	Osobní anamnéza	20
2.3.2.3	Nynější onemocnění	20
2.3.2.4	Lékařská anamnéza	21
2.3.3	Objektivní nález při přijetí	21
2.3.4	Souhrn diagnostických metod	22
2.3.4.1	Laboratorní vyšetření při přijetí	22
2.3.4.2	RTG vyšetření	22
2.3.5	Stručný průběh hospitalizace	23
2.3.6	Souhrn léků (dle abecedy)	25
3	OŠEŘOVATELSKÁ ČÁST	28
3.1	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES OBECNĚ	28
3.2	POUŽITÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU V PRAXI	29
3.2.1	„Model fungujícího zdraví“ podle Marjory Gordonové	29
3.2.2	Ošetřovatelská anamnéza (5. den hospitalizace)	32
3.2.3	Stanovení Oš. Dg. k 5. dni hospitalizace	35

3.2.4	Stanovení ošetrovatelského plánu.....	36
3.2.4.1	Akutní bolest z důvodu operace appendixu.....	36
3.2.4.2	Bolest zad z důvodu dlouhého pobytu na lůžku.....	37
3.2.4.3	Porucha spánku z důvodu změny prostředí, bolesti a organizace práce na oddělení.....	38
3.2.4.4	Opocená kůže z důvodu zvýšené TT.....	38
3.2.4.5	Hypertermie z důvodu onemocnění.....	39
3.2.4.6	Porucha soběstačnosti v oblasti vyprazdňování z důvodu snížené pohyblivosti a studu.....	39
3.2.4.7	Porucha soběstačnosti v oblasti každodenní hygieny a oblékání z důvodu snížené pohyblivosti.....	40
3.2.4.8	Riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN) z důvodu operačního výkonu a dočasného upoutání na lůžko.....	41
3.2.4.9	Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK a operační rány.....	41
3.2.4.10	Riziko pádu z důvodu snížené pohyblivosti po operaci.....	42
4	EDUKACE PACIENTA.....	43
5	PSYCHOLOGICKÁ A SOCIÁLNÍ ČÁST.....	44
6	PROGNÓZA.....	46
7	ZÁVĚR.....	47
8	SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY.....	48
9	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	49
10	SEZNAM ZKRATEK.....	50
11	SEZNAM PŘÍLOH.....	51

1 ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného B.Z., který byl hospitalizován na chirurgické JIP s diagnózou akutní appendicitis.

V klinické části se zabývám charakteristikou onemocnění, anatomii, patologií, etiologií, příznaky, diagnostikou, diferenciální diagnostikou, komplikacemi, léčbou – obecně a prognózou. V této části jsou také údaje o nemocném, stručný průběh hospitalizace, souhrn terapie a vyšetření.

V ošetrovatelské části se zabývám metodikou ošetrovatelského procesu z modelu Funkčního zdraví M.Gordonové. Aktuálními ošetrovatelskými diagnózami k jednomu dni a sestavením ošetrovatelského plánu a jeho hodnocením. Je zde obsažena ošetrovatelská anamnéza. Součástí je také psychologická a sociální stránka nemocného a edukace pacienta. Na závěr se zabývám shrnutím a prognózou.

2 KLINICKÁ ČÁST

2.1 NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ

Náhlé příhody břišní (NPB) vznikají z plného zdraví a mají rychlý průběh. Proto vyžadují okamžitou diagnostiku a terapii. Lékař a sestra musí vytvořit flexibilní tým, který vytvoří dokonalou spolupráci a zajistí maximální péči o pacienta. Sestra s lékařem spolupracuje při diagnostických výkonech, plní ordinace lékaře a samozřejmě poskytuje pacientovi veškerou ošetrovatelskou péči dle jeho aktuálních potřeb. NPB jsou dynamicky v čase se vyvíjející choroby, a tak vyžadují kontinuální sledování, doplňování anamnestických údajů a péči.

2.1.1 Dělení NPB

2.1.1.1 *Neúrazové*

I. zánětlivé

- a) zánět ohraničený na orgán (appendicitida, cholecystitida, ...)
- b) ohraničený zánět s přechodem na blízké okolí (ohraničená peritonitida, ...)
- c) neohraničené šíření zánětu (difuzní peritonitida)

II. ileózní

- a) mechanický (obstrukční x strangulační)
- b) neurogenní (paralytický x spastický)
- c) cévní

III. perforační

IV. krvácení do GIT

2.1.1.2 *Úrazové*

1. perforační peritonitida
2. úrazové hemoperitoneum
3. smíšená forma 1. a 2.

Výskyt NPB podle postižení orgánu:

akutní appendicitida 55%

akutní cholecystitida 15%

mechanický ileus 10%

perforace gastroduodenálního vředu 7%

akutní pankreatitida 5% a ostatní 8%.

V průběhu času se NPB mohou vyvíjet a měnit např. ze zánětlivých NPB na ileózní a naopak.

2.1.2 Diagnostika NPB

2.1.2.1 Anamnéza

předchozí a současné nemoci, operace, úrazy, četnost a charakter příznaků.

- Bolest – viscerální x somatická – Viscerální vychází z orgánů dutiny břišní a peritonea (tupá, pálivá, tlaková), může být i kolikovitá vycházející z dutých orgánů. Při perforaci vzniká náhle, při zánětu se vyvíjí pozvolna. Somatická bolest vychází z parietálního peritonea a je známkou jeho dráždění a i pokročilosti onemocnění. Pacient ji přesně lokalizuje do místa postiženého orgánu.
- Poruchy pasáže GIT
 - Nauzea a zvracení – mohou mít reflexní původ nebo jsou způsobeny překázkou v GIT. Charakter zvracení a zvratků může vypovídat o výšce uzávěru GIT. Prudké zvracení ihned po požití tekutiny ukazuje na vysoký uzávěr GIT (např. volvulus žaludku). Při uzávěrech v nižších partiích střeva nebývá zvracení častým příznakem (není-li reflexní při strangulaci), při uzávěrech na tlustém střevě může být zvracena tekutina charakteru stolice – miserere. Při krvácení do horní části GIT se objevuje hematemeza – přítomnost většího množství krve ve zvracích.
 - Škytavka – nebývá častým příznakem NPB. Může svědčit pro rozvíjející se zánět pobřišnice (dráždění).

- Zástava odchodu plynů a stolice – může být reflexní při onemocnění orgánů v dutině břišní. Příčinou může také být obstrukce GIT s pocitem nadmutí a objektivním vzedmutím břicha. Časnost příznaku je dána výškou obstrukce v GIT (např. při uskřinutí tenkého střeva může být ještě opakovaně normální stolice).
- Průjem – není typickým příznakem NPB. Pokud je přítomna krev, může se jednat o strangulaci.
- Urologická anamnéza – údaje o četnosti a nucení na močení, pálení a řezání při močení, nemožnosti vymočít se, barva a množství moči jsou důležité k vyloučení urologických obtíží.
- Gynekologická anamnéza – je nezbytnou součástí u diferenciální diagnostiky u NPB, včetně gynekologického vyšetření. Nesmí se zapomenout, že každá žena může být těhotná, i když sama tvrdí, že nemůže.
- Další anamnestické údaje
 - Rodinná anamnéza – některá onemocnění, která se vyskytují v rodině, mohou být důležitá pro diferenciální diagnostiku.
 - Farmakologická anamnéza – řada často používaných léků (nesteroidní antiflogistika, antibiotika, imunosupresiva a kortikoidy) může NPB vyvolat (perforace žaludku) a nebo příznaky typické pro určitou NPB značně měnit.
 - Abúzus alkoholu, tabáku a jiných návykových látek – mají také zásadní význam (krvácení z jícnových varixů).

2.1.2.2 Fyzikální vyšetření

Pacient je vyšetřován vleže, svlečen, s pokrčenými dolními končetinami v kolenou a horními končetinami připaženými.

- Objektivní příznaky celkové – hodnotíme již při příchodu pacienta do ordinace (úlevová poloha, neklid) i při odebrání anamnézy.
 - barva a hydratace kůže
 - bledost a pocení
 - charakter dýchání a dechových vln, dechová frekvence

- tepová frekvence – tachykardie u zánětlivých NPB
- TK
- TT (subfebrilie)
- Objektivní příznaky místní
 - Pohled – omezení dechových vln a nebo svalové stažení – známky peritoneálního dráždění, viditelné peristaltické vlny a vyklenutí v tříselné, femorální krajině nebo v oblasti jizvy může ukazovat na uskřínutí a tedy ileózní NPB, rozšířené žíly v oblasti pupeční krajiny nebo pavoučkové névy upozorní na portální hypertenzi. Při zakašlání pozorujeme u pacienta bolestivou reakci a určení místa bolesti.
 - Poslech – šplíchet a škroukání v dutině břišní informuje o probíhajícím ileu. Tzv. fenomén padající kapky je známkou pokročilého ileu. Mrtvé ticho může být známkou paralytického ileu nebo pokročilé zánětlivé NPB.
 - Poklep – zjistíme bolestivost a zároveň jeden z příznaků peritoneálního dráždění – Pleniesův příznak. Při pneumoperitoneu vymizí jaterní ztemnění. Difuzní bubínkový poklep ukazuje na distenzi střevních kliček. Volná tekutina v dutině břišní způsobí pokleповé ztemnění.
 - Pohmat – zjišťujeme napětí břišní stěny, maximum palpační bolestivosti, rezistenci a známky peritoneálního dráždění (Blumbergovo a Rowsingovo znamení). Postupujeme od nebolestivých k bolestivým oblastem.

2.1.2.3 Vyšetření per rectum

Provádí se u všech pacientů s podezřením na NPB. Bolestivost Douglasova prostoru ukazuje na přítomnost peritoneálního dráždění (zateklý zánětlivý obsah, obsah GIT při perforaci). Zásadní význam má posouzení charakteru, zápachu a patologických příměsí ve stolici (hlen, krev, ...).

2.1.2.4 *Doplňující a pomocná vyšetření*

Indikují se na základě anamnézy a fyzikálního vyšetření. Slouží k upřesnění diferenciální diagnózy. Vybírají se taková vyšetření, která mají vysokou výpovědní hodnotu, jsou rychle dostupná a pro pacienta nezatěžující (postupuje se od neinvazivních metod k invazivním).

- Laboratorní vyšetření
 - Krevní obraz (KO) – leukocytóza je typická pro zánětlivé NPB, je také časným příznakem krevní ztráty (dříve než pokles v červeném KO). Pokles hematokrytu a počtu erytrocytů je projevem krvácení, může se však objevit se zpožděním (s odstupem do 3 hodin je KO v normě). Testy krevní srážlivosti se provádí při podezření na hemokoagulační poruchu nebo před invazivním vyšetřením (např. ERCP). Stanovení krevní skupiny provedeme vždy u krvácení a před operací.
 - Biochemické vyšetření séra – elektrolyty, urea, kreatinin a glykémie informují o metabolickém stavu organismu, hypovolemii a iontové dysbalanci při zvracení nebo průjmu. Zvýšené hodnoty specifických orgánových enzymů mohou ukázat příčinu NPB – amyláza, lipáza svědčí pro onemocnění pankreatu; ALT, AST, GMT, ALP+ bilirubin svědčí pro onemocnění hepatobiliárního systému; CK u akutního IM může pomoci v diferenciální diagnóze.
 - Vyšetření moče – je důležité k vyloučení možných urologických příčin a u některých metabolických poruch (vyš. sedimentu, kultivace).
- Zobrazovací vyšetření
 - Nativní snímek břicha – může ukázat pneumoperitoneum, oddělení plyné náplně střeva od tekuté (hladinky) – je známkou ileózního

stavu. Dále může ukázat rentgen-kontrastní konkrémenty v dutých orgánech.

- Přehledný snímek hrudníku – je důležitá součást předoperačního vyšetření, také může informovat o patologii v hrudníku (např. volvulus žaludku s propagací do hrudníku).
- Ultrazvukové vyšetření – zobrazuje konkrémenty, ohrazení zánětlivých útvarů (absces), zánětlivě ztluštělou stěnu orgánů dutiny břišní (appendicitida, cholecystitida), tekutinu ve volné dutině břišní (zánětlivý výpotek, ascites, krev).
- Kontrastní vyšetření GIT – indikuje se při diferenciatně diagnostických obtížích obstrukce nebo pseudoobstrukce. Používá se vodný roztok nebo baryová kontrastní látka.
- Vylučovací urografie – je indikována k potvrzení či vyloučení renální příčiny obtíží (např. ureterolitiáza).
- Počítačová tomografie (CT) – není standardní vyšetření u NPB. Využívá se, když ostatní vyšetřovací metody nepomohly stanovit přesnou diagnózu a také pro stanovení pokročilosti neoperabilních nitrobřišních procesů (tumory, pankreatitida, ...).
- Angiografie – může upřesnit podezření na střevní ischemii nebo určit místo krvácení do střeva.

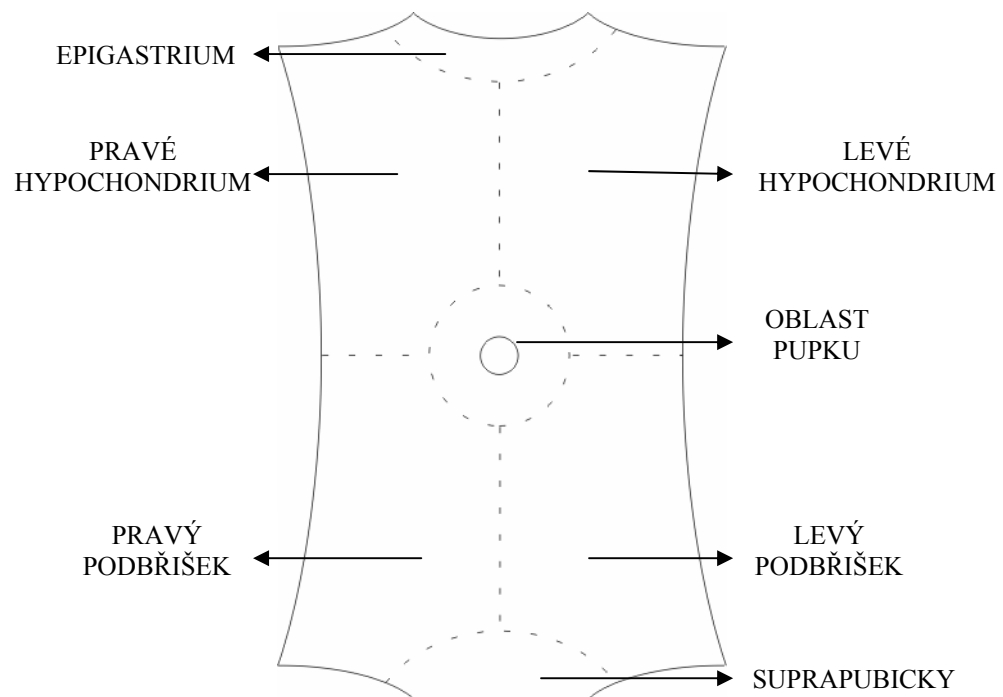
- Endoskopie

- Ezofagogastroduodenoskopie – je urgentně indikována při krvácení do horních částí GIT. Najde místo krvácení a umožní i ošetření opichem, klipem nebo lepením.
- Koloskopie – provádí se při onemocnění tlustého střeva (krvácení).

- ERCP – používá se k diagnostice i řešení obstrukcí žlučových a pankreatických vývodných cest.
- Laparoskopie
 - Je miniinvazivní metoda a stále více se uplatňuje v diferenciální diagnostice a následně i v terapii NPB (akutní appendicitida, perforace gastroduodenálního vředu, gynekologické NPB). Kontraindikací je závažné interní onemocnění. S výhodou se používá k elektivním (plánovaným) výkonům. (1)

2.1.3 Diferenciální diagnóza u NPB

2.1.3.1 *Podle lokalizace bolestí*



- pravé hypochondrium – cholecystitis, chlelitiáza, choledocholitiáza, duodenální vřed, nefrolitiáza, atypická appendicitis, divertikulitis, pneumonie
- levé hypochondrium - žaludeční vřed, pankreatitis, IM, angina pectoris, nefrolitiáza, pneumonie

- epigastrium – hiátová hernie, žaludeční vřed, nádory žaludku, IM, angina pectoris
- oblast pupku – appendicitis, pankreatitis, nekróza pankreatu, pupeční kýla, aneurysma aorty
- pravý podbřišek – appendicitis, periappendikulární absces, adnexitida, ovariální cysty, torze ovárií, extrauterinní gravidita, ureterolitiáza, tříselná kýla, torze varlete
- levý podbřišek – divertikulitis, nádor tračnicku, komplikace kolitidy, adnexitida
- suprapubicky – cystitis, neurologické poruchy MM, onemocnění prostaty, gynekologická onemocnění, appendicitis, nádory sigmatu rekta (10)

2.1.3.2 Nechirurgické příhody, manifestující se bolestí břicha

Jsou onemocnění, jejichž symptomatologie je velmi podobná NPB, ale původ obtíží není v onemocnění orgánů dutiny břišní. Nejčastěji mají tyto příhody původ v onemocnění hrudních orgánů, v metabolických poruchách, můžeme se s nimi setkat i u revmatických onemocnění a některých neurologických onemocnění.

- příčiny v hrudních orgánech
 - akutní IM
 - pneumothorax
 - bazální pneumonie
- metabolické poruchy
 - diabetická pseudoperitonitida
 - urémie
 - hypertyreóza
- revmatická onemocnění
 - revmatická horečka
 - purpura Schoenlein-Henoch
- neurologická onemocnění
 - roztroušená skleróza mozkomíšní
 - tabes dorsalis

- ostatní příčiny
 - úrazy míchy
 - intoxikace těžkými kovy

2.1.4 Léčba NPB

Konkrétní léčba je rozdílná podle toho, o který druh NPB se jedná a zda je stanovena definitivní diagnóza. Druhy léčby se mohou prolínat v čase, jak se NPB vyvíjí. Základní rozdělení léčby je na:

- konzervativní
- operační

2.1.5 Prognóza NPB

Odvíjí se od druhu NPB a jejího klinického obrazu. Ten ovlivňuje obranyschopnost organismu, vývoj samotné NPB, věk pacienta, přidružená onemocnění, farmakologická anamnéza, sociální anamnéza atd. Jelikož jsou NPB rychle se rozvíjející onemocnění jejich prognóza bez včasné diagnostiky a odpovídající léčby může být i smrtelná a může zanechat trvalé následky. A naopak při včasné diagnostice a léčbě může dojít k úplnému vyléčení bez trvalých následků. (1)

2.2 AKUTNÍ APPENDICITIS

Akutní appendicitis patří mezi nejčastější NPB. Je to zánět červovitého výběžku coeca. Postihuje nemocné všech věkových skupin.

2.2.1 Anatomie appendixu

Appendix vermiformis – červovitý výběžek je slepý výběžek caeca (slepého střeva). Je dlouhý 5-10 cm (někdy i více) a tlustý asi jako tužka. Ostium appendicis vermiformis je ústí appendixu do slepého střeva. Je kruhové, opatřené nekonstantní slizniční řasou. Stěna appendixu je tvořená

podobně jako stěna tlustého střeva. Ve sliznici apendixu se nacházejí četné žlázy tzv. Lieberkühnovy krypty, v nichž jsou Panethovy buňky. Je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem. V epitelu se vyskytuje více druhů buněk (enterocyty, pohárkové buňky atd.). Svalovina apendixu má typický souvislý plášť podélných snopců. (8)

2.2.2 Etiologie appendicitidy

Příčina nebývá jasná. Jednou z příčin může být infekce způsobená mikroorganismy střevní flóry. Zánět vzniká na podkladě snížené imunity organismu, výskytu cizopasníků a nebo koprostázou v úzkém apendixu.

2.2.3 Patologie appendicitidy

Rozlišujeme appendicitis a) catarrhalis

b) phlegmonosa

c) gangrenosa

2.2.4 Klinický obraz appendicitidy

Appendicitida obvykle začíná z plného zdraví, bolestí kolem žaludku, která se přesune během několika hodin do pravého podbříšku. Provází ji nauzea, zvracení, subfebrilie, zástava odchodu plynů a stolice, leukocytóza. Při pohybu se bolest stupňuje. Progresí neléčeného zánětu dojde ke gangréně stěny apendixu, včetně nervových zakončení a bolest přechodně poleví. Po několika hodinách se bolest dostaví znova, ale už jako známka peritonitidy. Tento vývoj může trvat několik desítek minut až několik desítek hodin.

2.2.5 Příznaky appendicitidy

- tachykardie (↑ 100 tepů/min.)
- subfebrilie
- palpační a pokleповá bolestivost v pravém podbříšku, s maximem v McBurneyově bodě (rozhraní zevní a střední třetiny spojnice pupek a spina iliaca ventralis)

- známky peritoneálního dráždění – při přestupu zánětu na peritoneum
 - Svalové stažení (tzv. prknovité břicho)
 - Bolestivý polep v apendikální oblasti – Pleniesovo znamení
 - Bolestivé otřesy peritoneem – Blumbergovo a Rowsingovo znamení
 - Bolest Douglasova prostoru při vyšetření per rektum nebo per vagínám
- nespecifické známky zánětu
 - leukocytóza (po 24 hod. v normě)
 - ↑ CRP (↑ po 24 hod., u mladších pacientů po 20 hod.)
 - ↑ FW

2.2.6 Diagnostika appendicitidy

- palpační a pokleповé vyšetření břicha
- vyšetření per rektum, popř. per vagínám
- nynější onemocnění - ↑ TT, ↑ pulz, nechutenství
- laboratorní vyšetření – zánětlivé markery CRP, FW, leukocyty
- ultrazvukové vyšetření – zesílení stěny a rigidita appendixu, bolest při kompresi
- CT vyšetření

Diagnostické obtíže vznikají při zvláštních formách appendicitidy, které mohou vzniknout při:

a) atypické poloze appendixu

- pelvická poloha – dochází ke dráždění močového měchýře, adnexa a recta s jejich projevy
- laterocékální poloha – bolest může být v bedrech
- retrocékální poloha – bolest na břicho nebývá vyjádřena, převažují známky ileu nad peritoneálními známkami
- subhepatální poloha – napodobuje cholecystitidu
- ve 4. a vyšším měsíci gravidity – appendix je vytlačen dělohou kranálně

- b) změněné odezvě na zánět
- c) změněné obranyschopnosti
 - novorozenecká a dětská appendicitis
 - při imunosupresivní terapii (kortikoidy, imunosupresiva)
 - při léčbě antibiotiky

2.2.7 Diferenciální diagnostika u appendicitidy

- Lymphadenitis mesenterialis – často následuje po viróze, zánětu horních cest dýchacích. Pro postižení uzlin svědčí přítomnost hmatných uzlin také v jiných lokalizacích. K rozlišení se používá ultrazvuk.
- Gastroenteritis acuta – projevuje se průjmem, zvracením a teplotou bez peritoneálního dráždění
- Cholecystitis acuta – může vzniknout při subhepatické poloze appendixu, k rozlišení pomůže pozitivní biliární anamnéza, propagace bolesti, ultrazvuk
- Perforace gastroduodenálního vředu – vzniká peritonitida, na RTG pneumoperitoneum, při appendicitidě chybí
- M. Crohn – akutní manifestace – hmatná rezistence, ultrazvuk
- Diverticulitis Meckeli – prakticky neodlišitelná afekce, výjmečně rozlišení při ultrazvukovém vyšetření
- Afekce pravé ledviny a močovodu
- Afekce pravých adnex u žen, včetně mimoděložního těhotenství

2.2.8 Léčba appendicitidy

- a) operační (appendektomie - APE) – spočívá v revizi břišní dutiny a odstranění appendixu. Výkon lze provést konvenčně nebo laparoskopicky. Největší výhodou laparoskopické APE je možnost diagnostické laparoskopie na počátku operace. Tato léčba je indikována téměř vždy. Jednoznačnou indikací k operaci je peritonitida. Provádí se APE, vyčištění břišní dutiny a drenáž.

- b) konzervativní – spočívá v podávání ATB, infuzní terapie, ledování, dietě. V případě periappendikálního infiltrátu (Dg. pomocí CT) je za 6 týdnů naplánována appendektomie.

2.2.9 Komplikace appendicitidy

- perforace appendixu s ohraničenou nebo difuzní peritonitidou – dojde ke zvýraznění příznaků peritonitidy
- periappendikální infiltrát – projevuje se jako bolestivá rezistence v pravém podbřišku, známky peritoneálního dráždění nemusí být patrné, tachykardie nepřesvědčivá, buď se vstřebá nebo kolokuje a vzniká →
- periappendikální absces – septické projevy, také se může vstřebat, ale častěji vzniká difuzní peritonitida
- retroperitoneální flegmóna

2.2.10 Prognóza appendicitidy

Lokální komplikace po appendektomiích při nekomplikované appendicitidě nepřesahují 5 procent, celkové nepřesahují hladinu promile. Perforovaná appendicitida s difuzní peritonitidou je zatížena oběma druhy komplikací, s letalitou do 10 procent. (1)

2.3 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

2.3.1 Identifikační údaje

Jméno: B Z	Kontakt: manželka
Pohlaví: muž	Oslovení: pane
Věk: 38 let	Datum přijetí: 31.12.2005
Bydliště: Praha	Datum operace: 31.12.2005
Národnost: česká	Důvod přijetí: bolest břicha
Stav: ženatý	Diagnóza při přijetí: Akutní appendicitis
Zaměstnání: správce počítačové sítě	

2.3.2 Anamnéza

2.3.2.1 *Rodinná anamnéza*

- matka – Diabetes mellitus II. typu, astma bronchiále
- otec a bratr zdraví

2.3.2.2 *Osobní anamnéza*

- běžná dětská onemocnění, vážněji nestonal
- úrazy – fraktura krční páteře léčena konzervativně r. 1997
- operace – 0
- alergie – pyl, prach
- kouření – dříve 20-30 cigaret/den po dobu 20 let, 2 roky nekouří
- alkohol – pivo k jídlu
- léky – 0

2.3.2.3 *Nynější onemocnění*

- Na Štědrý den se více najedl, večer bolest v pravém podžebří. Bolest trvalá i další dny, ale nijak ho neomezovala, chodil do práce. 30.12. se bolest během dne začala zhoršovat. Vystřelovala do zad a pupku, stálá, v noci ho budila, nezvracel, větry odcházely, stolice normální barvy i konzistence. Doma subfebrilní max. 37,7°C, třesavka, dysurie. Ráno 31.12. volal RZP – inj. Algifen. Převoz do nemocnice.

2.3.2.4 Lékařská anamnéza

- stav po fraktuře krční páteře
- interně vážněji nestonal

2.3.3 Objektivní nález při přijetí

- **Při přijetí 31.12. v 11:45 hod.**
 - Váha 86 kg, výška 175 cm, BMI 28,1 , TK 120/70 , P 80´, D 16´, TT 37,2°C
 - Celkový stav: orientován, spolupracuje, bez ikteru a cyanózy, klidová eupnoe, hydratace v normě, výživa v normě, kůže bez patologických eflorescencí, stoj i chůze v normě, úlevová poloha na pravém boku.
 - Hlava: pokleповě nebolestivá; bulby ve středním postavení, volně pohyblivé; spojivky růžové; skléry bílé; uši a nos bez výtoků; jazyk vlhký, bíle povleklý, plazí středem; hrdlo klidné; chrup sanován; foetor ex ore.
 - Krk: šíje volná; karotidy tepou symetricky, bez šelestu; náplň krčních žil nezvýšena; uzliny a štítná žláza nehmatné.
 - Hrudník: symetrický; dýchání čisté, sklípkové; 2 ohraničené ozvy.
 - Břicho: v niveau, dýchání volné, poklep difúzní bubínkový; měkké; pokleповě bolestivé v pravém hypochondriu a pravém mezogastriu, bez hmatné rezistence; peristaltika živá; játra a slezina nehmatná; Tpt. vpravo pozitivní, vlevo negativní; podbřišek klidný.
 - Končetiny: klouby volně pohyblivé; DK bez otoků, bez známek fraktur, bez vyřixů; pulzace hmatné do periferie.
 - Per rektum: okolí klidné; indagace nebolestivá; tonus svěrače přiměřený; ampula volná, stěny hladké, elastické; prostata hladká, elastická, nezvětšená; na rukavici hnědá stolice. (1.)

2.3.4 Souhrn diagnostických metod

2.3.4.1 *Laboratorní vyšetření při přijetí*

KREVNÍ OBRAZ:	(referenční meze)
erytrocyty 4,9 x10 ¹² /l	(M: 4,2 – 5,8 x10 ¹² /l, Ž: 3,8 – 5,2 x10 ¹² /l)
leukocyty 20,7 x10 ⁹ /l	(3,8– 10 x10 ⁹ /l)
trombocyty 416 x10 ⁹ /l	(140 – 440 x10 ⁹ /l)
hemoglobin 143g/l	(M: 135 – 175g/l, Ž: 120 – 168g/l)
hematokryt 0,43l/l	(M: 0,38 – 0,49l/l, Ž: 0,35 – 0,46l/l))
MCV 87 fl	(80 – 95fl) (3)
BIOCHEMICKÉ VYŠ. KRVE:	(referenční meze)
urea 3,49 mmol/l	(2,5 – 8,3 mmol/l)
kreatinin 78,1 μmol/l	(50 – 120 μmol/l)
Na 136,5 mmol/l	(135 -145 mmol/l)
K 5,18 mmol/l	(3,8 – 5,1 mmol/l)
Cl 103,9 mmol/l	(97 -108 mmol/l)
ALT 0,46 μkat/l	(méně než 0,67 μkat/l)
AST 0,63 μkat/l	(méně než 0,67 μkat/l)
GMT 0,65 μkat/l	(méně než 1,77 μkat/l)
ALP 2,36 μkat/l	(méně než 2,3 μkat/l)
CK 3,65	(M: 0,2 – 3,2μkat/l, Ž: 0,2 – 2.9 μkat/l)
amylasa S 0,55	(0,37 – 1,67 μkat/l)
celk. bílkovina 78,6 g/l	(65 – 85 g/l)
glykémie 6,77 mmol/l	(3,3 – 5,6 mmol/l)
CRP 130 mg/l	(méně než 10 mg/l)
osmolalita 283 mmol/kg	(280 – 300 mmol/kg) (2)

2.3.4.2 *RTG vyšetření*

RTG BŘICHA:

Smíšený obsah střevní, bez hladinek, bez volného vzduchu v peritoneální dutině.

RTG S+P:

Srdeční stín hraniční velikosti, tukový polštář při srdečním hrotu, plicní hily nezvětšeny.

2.3.5 Stručný průběh hospitalizace

- 1. den - Pacient byl přijat 31.12.2005 v 11:45 na chirurgické ambulanci. Byla provedena vyšetření (viz. výše) a následně byl pacient hospitalizován na standardním chirurgickém oddělení. Ve 13:30 došlo ke zhoršení bolestí s maximem v pravém hypogastriu. Medikace: Ciphin 200mg (2x denně), I. Ringer 500ml po vykapání Ciphinu, II. FR 1/1 100ml+1amp Algifenu. Byla provedena další vyšetření: moč K+C, EKG, ultrazvuk a CT. Po přípravě byl pacient indikován k operační revizi pro známky ac. appendicitis (ve 20:00). Dle operačního nálezu se jednalo o gangrenózně-flegmonózní zánět. Ze sálu byl pacient převezen na chirurgický JIP 2 ve 22:30. Pacient při vědomí, oběhově stabilní, rána kryta, z drénů sekrece, DK bez otoků (elastické bandáže), monitorovány FF, PŽK. Medikace: Clexane 0,4ml s.c. 6:00, Quamatel 1amp i.v. 6-18, Dipidolor 2ml 1-1-1amp i.m. á 8hod., Ketonol 100mg 1-1-1amp i.v. ve 100ml FR1/1 při bolesti, Unasyn 1,5g ve 100ml FR1/1 i.v. 24-6-12-18, Avrazor 500mg ve 100ml FR1/1 i.v. 04-12-20, 2x 10% Glukóza 500ml (40ml/hod), 2x Ringer 1000ml (80ml/hod).
- 2. den (1.1.) – Pacient je oběhově stabilní, kontinuálně monitorován (TK 140/80; P 105‘; TT 36,8°C; SpO² 98%), diuréza 850 ml, bilance tekutin +2860 ml. Terapie: TK, P, saturace O² á 1 hod., bilance tekutin á 6 hod., kontinuální monitor EKG. Aplikace O² 5l/min, převaz rány, kontrola drénů, PŽK, dieta 0, dechová RHB, BDK. Medikace: Clexane, Quamatel, Dipidolor, Ketonol, Unasyn, Avrazor vše dle rozpisu z 31.12. a 10% Glukóza 500ml+Actrapid dle glykémie, 3x Ringer 1000ml (120ml/hod). Vyšetření: KO, biochemické vyš. krve, stěr z drénu.

- 3. den (2.1.) – Pacient oběhově stabilní, FF v normě, diuréza 1750ml, bilance tekutin +1390ml. Terapie a medikace stejná jako 2. den.
- 4. den (3.1.) – TT 38,1°C !!, TK 140/70, P 110', SpO² 92%, sutura klidná, drény ex. Výměna PŽK. Výsledky vyšetření: KO – leu 12,6; ery 4,0; Hb 116; HT 0,36; trombo 396. Biochemie – Ca 2,17; P 0,96; Na 142; K 3,87; Cl 109,1; urea 4,01; kreat 69,1; gly 7,2 !; CRP 287 !. Stěr z rány – negativní. Terapie a medikace jako 3. den + kontrola glykémie á 6 hod, Paralen supp. při TT nad 38,0°C, RHB – sed a popř. chůze.
- 5. den (4.1.) – TT 37,8°C !!, TK a P v normě, SpO² 94%, sutura klidná, převaz a kontrola PŽK. Terapie a medikace: ne Ketonal, ale Novalgin 2ml 1amp i.v. á 8hod při bolesti, ostatní medikace stejná jako 4. den. Dieta 0/B (bujón), RHB chůze. Vyšetření: KO, biochemie a RTG S+P.
- 6. den (5.1.) – TT 37,4°C !, TK a P v normě, SpO² 94%, sutura klidná. Terapie a medikace: +Ambrobene 1-1-1amp do 20ml FR1/1 i.v., Furosemid 20g i.v. 7:00, Clexane, Quamatel, Dipidolor, Novalgin stejně jako 5. den, infuze jen 2x Ringer 1000ml (120ml/hod). Dieta 0/B, RHB chůze a dechová cvičení. Výsledky vyšetření: KO- leu 15,3; ery 3,6; Hb 107; HT 0,34; trombo 396. Biochemie- Na 142,5; K 4,81; Cl 111; urea 3,99; kreat 73,5; gly 5,5; CRP 252,7. (1.,2.)

Osobně jsem pacienta ošetřovala 4., 5. a 6. den hospitalizace. Průběhem ošetřování pacienta, plánem a hodnocením ošetřovatelského procesu se zabývám v ošetřovatelské části.

2.3.6 Souhrn léků (dle abecedy)

- ACTRAPID HM 100 IU/ml inj.
 - IS - antidiabetikum, inzulin biosyntetický, humánní
 - NÚ- hypoglykémie při chybné aplikaci
- ALGIFEN
 - IS - spasmolýtikum
 - NÚ – nebezpečí močové retence, tachykardie, zácpa, alergická reakce, poruchy krvetvorby (sledování KO)
- AMBROBENE
 - IS – expektorans, mukolytikum
 - NÚ – ojediněle bolest hlavy, pálení žáhy, sucho v ústech, zácpa a dyurie
- AVRAZOR
 - IS- chemoterapeutikum trichomonóz
 - NÚ – nauzea, zvracení, ojediněle bolesti hlavy, závratě
- AXETINE
 - IS – širokospektré ATB
 - NÚ – mírné, přechodně nauzea
- BETADINE liq.
 - IS – antiseptikum, lokální dezinficiens (širokospektrý antimikrobiální účinek)
 - NÚ – zřídka podráždění kůže, alergie na jód
- CIPHIN 200 mg
 - IS – širokospektré chinolonové chemoterapeutikum
 - NÚ – lokální iritace v místě aplikace, tromboflebitidy, GIT a neurologické obtíže
- CLEXANE inj.
 - IS – antitrombotikum, antikoagulans
 - NÚ – hemoragie, trombocytopenie, kožní i celkové alergické reakce

- DIPIDOLOR inj
 - IS – analgetikum
 - NÚ – sedace a ospalost, nauzea, zvracení, zácpa, vzácně snížení TK, riziko závislosti při dlouhé době aplikace
- FUROSEMID
 - IS – kličkové diuretikum, antihypertenzivum
 - NÚ – vzhledem k možným důsledkům rychlé ztráty tekutin a solí-četné NÚ → laboratorní kontrola (elektrolyty) jsou to: nadměrná diuréza, která může vyvolat prudký pokles TK, poruchy ortostatické regulace, hypovolimii i cirkulační kolaps, může být hyponatrémie s apatií, snížená chuť k jídlu, zvracení, spavost, je možno očekávat snížení i zvýšení K s příznaky neuromuskulárními, intersticiálními, renálními a kardiálními, vysoké ztráty K mohou vyvolat paralytický ileus, poruchy vědomí až kóma, může se projevit i hypocalcémie a hypomagnezémie s projevy tetanie nebo poruch srdečního rytmu, z alergických projevů: horečka, vaskulitida, ale i krevní poruchy – leukopenie, kožní bulózní exantém
- 10% GLUKOSE INFUSION
 - IS – infundabilium, nosný roztok pro léky i ionty
 - k postupnému doplnění nevelkého množství vody
 - NÚ – po delší aplikaci osmolárně dráždí endotel tenkých periferních cév, rychlý přívod → hyperglykémie
- INFUSIO NATRII CHLORATI 0,9% F1/1
 - IS – infundabilium, základní infuzní roztok
 - izotonický vodný roztok chloridu sodného
 - NÚ – přímé NÚ nejsou uváděny
- INFUSIO RINGERI R1/1
 - IS – infundabilium, základní infuzní roztok (+ K, Cl)
 - NÚ – přímé NÚ nejsou uváděny

- KETONAL
 - IS – nesteroidní antirevmatikum, antiflogistikum
 - NÚ – GIT obtíže (obstipace, pálení žáhy, nauzea), bolest hlavy, ospalost
- NOVALGIN inj.
 - IS - analgetikum, antipyretikum
 - NÚ - kožní reakce, agranulocytóza, vzácně šok, snížení TK
- PARALEN supp.
 - IS – analgetikum, antipyretikum
 - NÚ – zřídka kožní reakce, velmi vzácně bronchospasmus, poruchy krevetvorby
- UNASYN
 - IS – širokospektré penicilinové antibiotikum
 - NÚ – průjem, hemoragická kolitida, kožní projev alergie, nezávažné přechodné zvýšení jaterních testů, riziko superinfekce (9)

3 OŠEŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1 OŠEŘOVATELSKÝ PROCES OBECNĚ

Termín ošetřovatelský proces byl zaveden v 50. letech a byl všeobecně přijat jako základ ošetřovatelské péče. Nyní je součástí koncepcí ošetřovatelství ve většině států. Ošetřovatelský proces je účinnou metodou usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických situací. Ošetřovatelský proces vyžaduje naučit se:

- systematicky shromažďovat údaje o pacientovi a jeho problémech
- rozpoznat problém (analýza dat)
- plánovat (kladení cílů, volba řešení)
- realizovat (uskutečnění cílů)
- hodnotit (posouzení účinnosti plánu a změna plánu, pokud to vyžadují aktuální potřeby)

Základní lidské potřeby musí být vždy plněny, a nejsou-li, vzniká problém, který vyžaduje pomoc od jiné osoby, dokud není schopen se nemocný o sebe postarat sám. Pacient má právo na kvalitní medicínskou a ošetřovatelskou péči, poskytovanou ze zájmem, soucitem a zaměřenou na dobrou celkovou pohodu a prevenci nemocí. K důležitým součástem procesu patří hodnocení a zlepšování zdravotních služeb. Samozřejmě pečlivě vedená, přesná dokumentace. Je to proces flexibilní a strukturovaný, a proto je základem pro práci sestry. Požívání ošetřovatelských diagnóz (Oš. Dg.) pomůže ve výběru ošetřovatelských přístupů a poskytne návod k hodnocení. (5)

3.2 POUŽITÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU V PRAXI

Informace jsem získala při rozhovoru s pacientem, z dokumentace, do které jsem po souhlasu pacienta mohla nahlížet, od ostatního personálu – ošetřujícího lékaře, sestry, fyzioterapeutky a pozorováním. Pro sběr dat jsem použila formulář, který se používal v nemocnici, kde jsem nemocného ošetřovala. Aplikovala jsem model „Fungujícího zdraví zdraví“ Marjory Gordonové.

3.2.1 „Model fungujícího zdraví“ podle Marjory Gordonové

Tento model je z hlediska holistické filosofie nejkompexnější pojetí člověka v ošetřovatelství. Podle tohoto modelu může sestra zhodnotit zdravotní stav, jak zdravého, tak nemocného člověka. Zdravotní stav pacienta může být funkční nebo dysfunkční a při použití tohoto modelu sestra získá komplexní informace k sestavení ošetřovatelské anamnézy, pak stanoví aktuální i potenciaální Oš.Dg. a může pak efektivně naplánovat a realizovat svoji péči o pacienta. „Funkční typy zdraví“ pacientů jsou obecně odvozeny z interakce člověka a prostředí. Zdravotní stav člověka je vyjádřením bio – psych – sociální integrace (poruchy jedné oblasti narušují zdraví celého organismu). Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, kulturními, vývojovými, sociálními a duchovními faktory. Pro dysfunkční typ zdraví je charakteristické, že sestra stanoví Oš.Dg. podle priorit a vytvoří adekvátní plán ošetřovatelské péče nejen u konkrétních chorobných stavů (sekundární a terciální prevence), ale i u relativně zdravých osob, kdy v případě neposkytnutí adekvátní ošetřovatelské péče (primární prevence) dojde k závažnému narušení zdraví a vzniku choroby. Základní strukturu tohoto modelu tvoří 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka.

1. vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
 - zahrnuje to, jak pacient vnímá svůj zdravotní stav a jakým způsobem o své zdraví pečuje, jak zvládá rizika spojená s nynějším onemocněním, jak dodržuje lékařská a ošetrovatelská doporučení

2. výživa a metabolismus
 - popisuje způsob příjmu jídla a tekutin, denní dobu příjmu potravy, kvalitu a kvantitu jídla a tekutin, zvláštní preference ve výběru, užívání náhradních výživových látek
 - dále sem patří hodnocení stavu kůže, celková schopnost hojení ran, stav vlasů, nehtů, sliznic, chrupu, TT, výška a hmotnost

3. vylučování
 - informace o způsobu vylučování (tlustého střeva, MM a kůže), pravidelnost ve vylučování, obvyklé rituály a používání projímadel, potíže nebo poruchy při vyprazdňování, tvar, kvantita a vzhled exkretů

4. aktivita, cvičení
 - popisuje způsob udržování tělesné kondice, aktivity ve volném čase a při relaxaci, základní denní životní aktivity (sebepéči, soběstačnost), sporty, faktory, které brání v provozování aktivity

5. spánek, odpočinek
 - popisuje způsob spánku, odpočinku a relaxace, délku spánku v noci i ve dne, vnímání kvantity a kvality spánku a také, jak se člověk cítí odpočinitý, způsoby navození spánku, přerušovaný spánek, léky na spaní, prostředí ke spánku a odpočinku

6. vnímání, poznávání

- popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání, přiměřenost smyslů – sluch, zrak, chuť, čich a dotek, popř. používání kompenzačních pomůcek, úroveň vědomí a mentálních funkcí, zda pacient netrpí bolestí, eventuálně, jak je tlumena, zhodnocení kognitivních funkcí (učení, myšlení, rozhodování, paměť, způsob vyjadřování)

7. sebekoncepce, sebeúcta

- popisuje emocionální stav a vnímání sama sebe, individuální názor pacienta na sebe, vnímání svých schopností, talentu, celkového vzhledu, vlastní identity, vlastní hodnoty, způsoby emocionální reakce, nonverbální projevy (držení těla, způsob pohybu, oční kontakt, hlas, způsob řeči)

8. plnění rolí, mezilidské vztahy

- popisuje přijetí, vnímání, plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů, plnění závazků a snášení tíhy zodpovědnosti v současné životní situaci, soulad nebo narušení vztahů v rodině, zaměstnání

9. sexualita, reprodukční schopnost

- zahrnuje poruchy nebo potíže v této oblasti, popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě, v jakém reprodukčním období se nachází žena, popř. problémy s tím související

10. stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

- nejdůležitější životní změny v posledních 2 letech, způsob tolerance a zvládání stresových situací,

podpora rodiny a okolí, vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace

11. víra, přesvědčení, životní hodnoty

- individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení (včetně náboženské víry a transcence), které nemocného vedou nebo ovlivňují, zahrnuje vše, co je pro nemocného v životě důležité, např. kvalita života, víra, očekávání, které se vztahují ke zdraví

12. jiné

- jiné důležité informace, které nejsou zařazeny v předchozích oblastech (4)

3.2.2 Ošetřovatelská anamnéza (5. den hospitalizace)

(viz příloha č.1 – Ošetřovatelské vyšetření)

1. vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacient se dostal do nemocnice kvůli velkým bolestem břicha. Myslí si, že jeho stav způsobilo přejedení o svátcích. Tento stav mu nepříjemně změnil život na sklonku roku, kdy se těšil na oslavy. Očekává, že v nemocnici bude ještě týden a že se mu uleví. Pobyt v nemocnici zvládá statečně.

2. výživa a metabolismus

Pacient má chrup v dobrém stavu, nemá žádnou protézu. Nemá bolavá ústa. V nemocnici zhubl 4 kg, nyní váží 82 kg. Výška 175 cm. BMI 26,8. V nemocnici dostává k jídlu bujón, který mu zatím vyhovuje. Nají se sám. Doma rád jí typická česká jídla (svíčková, vepřové, všechny omáčky), hodně kořeněná. Nejí rajske již odmala. Než přišel do nemocnice, neměl žádné problémy s jídlem, do té doby než se přejedl. Očekává, že bude muset držet dietu po návratu domu. Příjem tekutin se nyní snížil, doma vypije tak 1,5 l tekutin. Hlavně džusy, pivo a kávu 1x

denně. Nemá rád víno. Nyní má k dispozici dostatek tekutin hlavně čaj a vodu, ale nemá pocit žízně.

3. vylučování

Pacient doma chodí na stolicí 1x denně, po ranní kávě. Bez žádných problémů. Projímadla neužívá. Nyní v nemocnici nebyl na stolicí 4 dny. Myslí si, že je to kvůli dietě a půjde normálně až se víc nají. Nemá pocit plného břicha. Frekvence močení doma je asi 6 – 10 krát za den. Potíže při močení pacient doma nemá. Nyní při hospitalizaci chodí s dopomocí na WC. Problémy při močení jiné nemá. Vzhledem k teplotě 37,8°C má pacient opocenou kůži.

4. aktivita, cvičení

Pacient doma ve volném čase (skoro každý den), kvůli sedavému zaměstnání jezdí na kole a chodí na procházky s retrívrem. Rád čte a luští křížovky, relaxuje u toho. Nyní potřebuje doprovod do koupelny a na WC. Asistenci při mytí, osušení, oblečení, podání pomůcek. Nají se sám. Jí v lůžku na jídelním stolku. Podle Barthelova testu denních činností je pacient nesoběstačný - lehce závislý – 75 bodů. (viz. příloha – Ošetřovatelská anamnéza)

5. spánek, odpočinek

Doma pacient se spaním nemá problémy, spí 6-7 hodin denně. O víkendu si lehne občas na hodinu po obědě. Ráno se cítí odpočinitý. Nikdy neužíval léky na spaní. V nemocnici spí pacient přerušovaně. Při změně polohy ho bolí břicho. A je zde na něj moc hluku.

6. vnímání, poznávání

Pacient vidí, slyší, cítí dobře. Vnímá všechny chutě. Orientuje se v místě, čase a svou osobou. V nemocnici se cítí bezpečně, vyžaduje doprovod do koupelny a k WC. Má pocit bolesti. Bolí ho pravý podbříšek a záda mezi lopatkami z ležení. Intenzitu bolesti na stupnici 1 – 10 ukazuje na stupeň 5. Pomáhá mu úlevová poloha na zádech v

polosedě s pokrčenými DK. Je poučen o svém stavu. (viz. příloha č.3 – Hodnocení bolesti)

7. sebekoncepce, sebeúcta

Kvůli nečinnosti je pacient mírně nervózní, chtěl by už být doma. Ale také chápe, že by na tom mohl být i hůř. Je rád, že má rodinu, která při něm stojí a podporuje ho. Ví, že se na ně může spolehnout. Sám sebe by popsal jako extroverta. Má hodně přátel. Rád chodí do společnosti. Nyní ho omezuje pobyt v nemocnici, ale považuje ho za „nutné zlo“. Cítí, že jeho stav se začíná zlepšovat a to mu postupně zlepšuje i náladu. Těší se až se vrátí domů. Jako správce počítačové sítě bude moci pracovat i doma. V nemocnici ho zneklidňuje zvýšený hluk na oddělení JIP. Moc se nevyspí, a to způsobuje, že je přes den občas podrážděný.

8. plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient žije v bytě se svou rodinou. S manželkou a dvěma syny, kteří chodí do páté a sedmé třídy. Každý den přijde na návštěvu manželka, synové občas. Chod domácnosti zvládá manželka sama, synové jí pomáhají. Je za to rád, i když ho trápí, že je neschopný jim pomoci. Pocit osamělosti nemá. Přátelé mu telefonují. Zaměstnání ho baví, je to jeho koníček.

9. sexualita, reprodukční schopnost

Pacient žije sexuálním životem přiměřeně ke svému věku. V nemocnici mu chybí bližší kontakt s manželkou.

10. stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

V posledních dvou letech neprožil žádnou stresovou situaci, která by ho poznamenala pro další život. Řeší pouze běžné denní komplikace, které provází každého člověka. Za nejtěžší situaci považuje to, když mu před 15 lety vyhořel byt. Tuto situaci vyřešily společně s manželkou. Na opravu si vzali půjčku, už jí má splacenou, a tím vše chce zapomenout. Nyní pacienta omezuje jeho pobyt v nemocnici. Je si jistý, že po návratu domu se vrátí vše do obvyklých kolejí. Už se na to těší.

11. víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacient je katolík. Je pokřtěný. Do kostela chodí o velikonocích a o vánocích. Když se náhodou objeví větší problém, je rád, že se může na „někoho“ v tichosti obrátit. Byl by rád, kdyby jeho synové vystudovali střední školu. Sám chce zůstat v práci, která ho baví a dostatečně zajistí rodinu. Chtěl by si pořídit chalupu na venkově.

12. jiné

Fyziologické funkce: TK 125/70, P 78', TT 37,8°C, D 20'. Podle Barthelova testu zvládnutí základních všedních činností je pacient nesoběstačný – lehce závislý (75 bodů). Dle stupnice Nortonové mu nehrozí riziko vzniku dekubitů (28 bodů). Pacient je alergický na prach a pyl. (2.,3.,4.)

3.2.3 Stanovení Oš. Dg. k 5. dni hospitalizace

(viz. příloha č.2– Plán ošetrovatelské péče)

Oš. Dg. jsem stanovila na základě konzultace s nemocným, ošetřující sestrou a fyzioterapeutkou s přihlédnutím k medicínským prioritám.

➤ AKTUÁLNÍ

- 1) Akutní bolest břicha z důvodu operace appendixu.
- 2) Bolest zad z důvodu dlouhého pobytu na lůžku.
- 3) Porucha spánku z důvodu změny prostředí, bolesti a organizace práce na oddělení.
- 4) Opocená kůže z důvodu zvýšené TT.
- 5) Hypertermie z důvodu onemocnění.
- 6) Porucha soběstačnosti v oblasti vyprazdňování z důvodu snížené pohyblivosti a studu.
- 7) Porucha soběstačnosti v oblasti každodenní hygieny a oblékání z důvodu snížené pohyblivosti.

➤ POTENCIONÁLNÍ

- 1) Riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN) z důvodu operačního výkonu.
- 2) Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK a operační rány.
- 3) Riziko pádu z důvodu snížené pohyblivosti po operaci.

3.2.4 Stanovení ošetřovatelského plánu

➤ AKTUÁLNÍ OŠE. Dg.

3.2.4.1 *Akutní bolest z důvodu operace appendixu*

Cíl:

krátkodobý: Zmírnění bolesti.

dlouhodobý: Odstranění bolesti.

Plán:

- zjistí lokalizaci bolesti, charakter, trvání, stupeň bolesti každou hodinu
- založ záznam sledování bolesti (viz. příloha č.3 – Hodnocení bolesti)
- informuj o úlevové poloze, prevenci bolesti při vstávání, změně polohy
- podej analgetika dle ordinace lékaře
- sleduj účinek podávaných analgetik

Realizace:

Založila jsem záznam o hodnocení bolesti břicha v 7:00 a záznam aktualizuji. Pacient ukazuje stupeň bolesti na č. 5. charakterizuje ji jako tupou až svíravou bolest (viz. příloha č.3 – Hodnocení bolesti). Informovala jsem pacienta, jak má vstávat, aby se bolest nezhoršovala při změně polohy. O vstávání přes bok a vzepření se HK o lůžko a tím se zvedne a aby si při

chůzi a změně polohy přidržel operaci ránu. Aplikovala jsem Novalgin inj. 2 ml i.m. v 8:00 a 16:00 hod. dle ordinace lékaře a sleduji účinek analgetik.

Hodnocení:

Pacient má bolest v okolí operační rány, nejvíce ho bolí pravý podbříšek. Po aplikaci Novalginu se pacientovi bolest zmírnila na stupeň 3. Vedu záznam o hodnocení bolesti břicha (viz. příloha č.3– Hodnocení bolesti). Pacient vstává přes bok a pomocí HK, břicho ho bolí méně. Při chůzi si přidrží ránu a bolest je menší. (viz. příloha č.4– Hodnocení plánu péče)

3.2.4.2 Bolest zad z důvodu dlouhého pobytu na lůžku

Cíl:

Pacient nebude pociťovat bolest zad.

Plán:

- zjistí lokalizaci bolesti, charakter, trvání, stupeň bolesti
- založ záznam sledování bolesti (viz. příloha č.3– Hodnocení bolesti)
- informuj o úlevové poloze
- nasmávej pacientovi záda
- podej analgetika dle ordinace lékaře
- sleduj účinek podávaných analgetik

Realizace:

Založila jsem záznam hodnocení bolesti zad. Pacient ukazuje na stupeň 3 a charakter nespecifikoval. Bolí ho mezi lopatkami. Aplikovala jsem Novalgin inj. 2 ml i.m. v 8:00 a 16:00 hod. dle ordinace lékaře a sleduji účinek analgetik. Při ranní hygieně a ve 13:00 jsem pacientovi nasmávovala záda kafrovou emulzí.

Hodnocení:

Po masáži a aplikaci Novalginu pacient bolest zad téměř nepociťuje. Ukazuje stupeň 1. Úlevovou polohu si vyhledává aktivně sám. Vedu záznam o hodnocení bolesti zad. Po aplikaci Novalginu v 16:00 stupeň bolesti 0. (viz. příloha č.4 – Hodnocení plánu péče)

3.2.4.3 Porucha spánku z důvodu změny prostředí, bolesti a organizace práce na oddělení

Cíl:

Pacient bude spát nepřerušeně alespoň 6 hodin.

Plán:

- před spaním vyvětrej, uprav lůžko
- zajisti klid na oddělení
- pacienta zbytečně nevzbouzej
- aplikuj hypnotika (eben. analgetika) dle ordinace lékaře
- sleduj účinky podaných léků

Realizace:

Pohyb po oddělení byl minimalizován na nejnutnější. Pacientovi byla před spaním aplikována analgetika dle ordinace lékaře – Dipidolor a Novalgin inj i.m. – každý zvlášť á 8 hod.

Hodnocení:

Po aplikaci léků pacient dobře usnul a spal nepřerušeně 4 hodiny. Po té, co se vzbudil, se napil a usnul ještě na 2 hodiny. Cítí se odpočínutý. (viz. příloha č.4– Hodnocení plánu péče)

3.2.4.4 Opocená kůže z důvodu zvýšené TT

Cíl:

Pacient bude mít suchou kůži.

Plán:

- sleduj kožní turgor, změny na kůži
- o kůži pravidelně pečuj, osoušej
- dle potřeby převlékej ložní prádlo
- spolupracuj s pacientem při převlékání jeho pyžama

Realizace:

O kůži jsem pečovala, dokonale osušila a kontroluji stav kůže po hygieně a při každém převlékání pyžama. Při převlékání jsem pacientovi pomohla. Ložní prádlo vyměňuji dle potřeby.

Hodnocení:

Pacient má převlečené lůžko, při výměně pyžama aktivně spolupracuje. Po ranní hygieně jsem pacienta dokonale osušila a zkontrolovala stav kůže. Vzhledem ke snížení teploty se pacient potí méně. (viz. příloha č.4 – Hodnocení plánu péče)

3.2.4.5 Hypertermie z důvodu onemocnění**Cíl:**

Pacient bude mít teplotu do 37°C.

Plán:

- sleduj pravidelně TT a zapisuj do dokumentace
- pokud má pacient zvýšenou teplotu, informuj lékaře a aplikuj léky dle ordinace
- sleduj účinky léků

Realizace:

Pravidelně každou hodinu jsem měřila TT, zapisovala do dokumentace. Informovala jsem lékaře a aplikovala jsem léky dle jeho ordinace (Paralen supp. v 10:00 hod.). Po aplikaci léku jsem kontrolovala jeho účinek.

Hodnocení:

Pacientovi klesla TT z 37,8°C po aplikaci Paralenu supp. na TT 37,0°C. (viz. příloha č.4 – Hodnocení plánu péče)

3.2.4.6 Porucha soběstačnosti v oblasti vyprazdňování z důvodu snížené pohyblivosti a studu

Cíl: krátkodobý – Pacient s pomocí dojde na WC.

dlouhodobý – Pacient je schopen si dojít na WC bez pomoci.

Plán:

- pomáhej pacientovi s přesunem na WC, podpírej ho, přidržuj
- pokud pacient není schopen dojít na WC, zajisti maximální soukromí při vyprazdňování na lůžku (použij zástěny)
- v rámci možností pacienta mobilizuj, aby se zvyšovala soběstačnost

Realizace:

Pacientovi jsem pomohla při přesunu na WC, podpírala jsem ho. Poučila jsem pacienta o vhodném způsobu rehabilitace a mobilizace na lůžku i mimo něj. Poučila jsem pacienta, jak při močení na WC změní množství moče.

Hodnocení:

Pacient chodí s dopomocí na WC. Pacient zatím není schopný sám si dojít na WC. (viz. příloha č.4– Hodnocení plánu péče)

3.2.4.7 Porucha soběstačnosti v oblasti každodenní hygieny a oblékání z důvodu snížené pohyblivosti

Cíl: krátkodobý – Pacient s pomocí dojde do koupelny a provede hygienu, s pomocí se osuší a oblékne.

dlouhodobý – Pacient je schopný si sám dojít do koupelny, umýt se a obléknout.

Plán:

- pomáhej pacientovi s přesunem do koupelny
- podej pacientovi hygienické pomůcky
- osuš pacienta, kde to sám nezvládne
- pomoz pacientovi při oblékání

Realizace:

Pacientovi jsem pomohla při přesunu do koupelny, podala jsem mu hygienické pomůcky. Dokonale pacienta osušila a pomohla při oblékání.

Hodnocení:

Pacient se myje v koupelně, potřebuje pomoc s přesunem, podat pomůcky, osušit místa, kam si nedosáhne a pomoc s oblékáním. Zatím není schopný se sám dostat do koupelny a bez asistence se umýt. Největší problém mu činí nejistota při chůzi, která je způsobená bolestí po operaci a rozsah pohybů, kdy se neohne, aby si natáhl kalhoty. (viz. příloha č.4 – Hodnocení plánu péče)

➤ POTENCIONÁLNÍ OŠE. DG.

3.2.4.8 Riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN) z důvodu operačního výkonu a dočasného upoutání na lůžko

Cíl:

Nemocný nebude ohrožen TEN.

Plán:

- zabandážuj obě DK od špičky do třísla elastickým obinadlem
- kontroluj funkčnost bandáží DK
- pacienta mobilizuj, pomáhej při chůzi
- podávej antikoagulancia dle ordinace lékaře
- sleduj projevy krvácivosti

Realizace:

Pacientovi jsem zabandážovala obě DK od špičky do třísla, dříve než vstal z lůžka. Kontrolovala jsem jejich funkčnost. Při chůzi jsem pacientovi pomáhala. Aplikovala jsem Clexane 0,4 s.c. v 6:00. Sledovala jsem projevy krvácivosti.

Hodnocení:

Pacient má funkčně zabandážované obě DK. S pomocí chodí. Aplikovala jsem Clexane dle ordinace lékaře. Pacient nemá projevy krvácení a TEN. (viz. příloha č.4 – Hodnocení plánu péče)

3.2.4.9 Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK a operační rány

Cíl:

Pacient nebude ohrožen infekční komplikací.

Plán:

- včas diagnostikuj místní známky infekce v místě vstupu PŽK
- při každé manipulaci postupuj přísně asepticky
- dbej na řádnou hygienu rukou
- sleduj celkové známky infekce
- převazy prováděj dle ordinace lékaře/potřeby

Realizace:

Při převazech op. rány a PŽK jsem postupovala asepticky. Postupovala jsem dle ordinace lékaře – k dezinfekci jsem použila Betadine roztok, sterilní pean, sterilní tampóny a krytí Cosmopor. U PŽK jsem kontrolovala místo vpichu přes průhledné krytí. Kontrolovala jsem u pacienta místní a celkové známky infekce. Dodržovala jsem hygienu rukou.

Hodnocení:

Operační rána se hojí per primam a místo vpichu PŽK je bez známek infekce. U pacienta se neprojevují známky infekce. (viz. příloha č.4– Hodnocení plánu péče)

3.2.4.10 Riziko pádu z důvodu snížené pohyblivosti po operaci**Cíl:**

Snažit se zabránit pádu.

Plán:

- zajisti k ruce signalizaci
- označ lůžko rizikového pacienta
- zajisti doprovod při chůzi
- zajisti edukaci fyzioterapeutem

Realizace:

Pacientovi jsem dala k ruce signalizační zařízení. Lůžko jsem označila jako rizikový pacient – červené kolečko u jména (i v dokumentaci). Pacienta jsem doprovázela do koupelny a na WC. Informovala jsem fyzioterapeutku, aby s pacientem trénovala chůzi.

Hodnocení:

Pacient má po ruce signalizační zařízení. Lůžko má označené červeným kolečkem. Když pacienta doprovázím cítí se bezpečně a jistě. Fyzioterapeutka pacienta navštívila. Pacient nebyl ohrožen pádem. (viz. příloha č.4 – Hodnocení plánu péče)

4 EDUKACE PACIENTA

Edukace pacienta v pooperačním období je zaměřená hlavně na způsob správného vstávání z lůžka. Poučíme o pohybové aktivitě v rámci prevence TEN. Důležitý je také nácvik používání škály bolesti pro účinnou terapii bolestí.

Správné vstávání z lůžka je důležité pro snížení zátěže břišních svalů, snížení bolesti a rizika rozestupu rány. Postup: pacient v poloze na zádech pokrčí dolní končetiny. Jednou rukou fixuje ránu a otočí se na zdravý bok. Pak pomalu spouští dolní končetiny z lůžka a zároveň se druhou horní končetinou zvedá. Ránu po celou dobu fixuje rukou.

V rámci prevence TEN poučíme pacienta o nutnosti bandážování dolních končetin, dokud nebude neomezeně chodit. Vysvětlíme nutnost chození.

Seznámení se škálou bolesti je velmi důležité k jejímu hodnocení. Používáme škálu od 1 do 10, kdy 1 je nejmírnější bolest a zvedá se až k číslu 10 – maximální, krutá, nesnesitelná bolest. (viz. příloha č.5 – Edukační záznam)

5 PSYCHOLOGICKÁ A SOCIÁLNÍ ČÁST

Když člověk onemocní mění se jeho vztah k rodině i přátelům. K roli pacienta (z lat. *patiens* – snášející, vytrvalý, otužilý) patří podřízení a bezmocnost. Pacient má schopnost něco snášet a je pasivní. S rolí pacienta je spojeno očekávání určité pozitivní sociální odezvy, že bude litován, že na své nemoci nenese vinu a stejně tak nemůže ze své projevy. Pacient by si měl uvědomit, že na něm záleží, zda se bude léčit, zda dodrží ordinace. V představě o akutní nemoci jsou časové charakteristiky – nepotrvá příliš dlouho a člověk se z ní dostane bez dalších následků. Pacient přichází do nemocnice ve stavu vnitřní úzkosti z toho, jak mu je. Je zmaten a pln obav, co ho při hospitalizaci čeká. Neví jaké budou jeho povinnosti v nemocnici. Od pacienta se očekává, že se bude snažit nepodat se nemoci. Očekává se, že se bude neustále snažit zlepšovat svůj zdravotní stav a dělat vše pro to, aby se uzdravil. V nemocnici pacientovi začíná ztráta svobody pohybu, jednání a rozhodování. Pacient, který byl zvyklý, že je v životě společensky „někdo“, ztrácí v roli nemocničního pacienta svou sociální identitu. Pacient byl zvyklý vést rozhovory s druhými lidmi jak v rodině, tak v zaměstnání. Nyní je tím, komu se moc nenaslouchá, kdo je jen na mnohé dotazován a komu se něco přikazuje. Pobyt v nemocnici je spojován s obavami a strachem. Často také dochází ke zbytečné subdeprivaci lidských tělesných, psychických a sociálních potřeb. Model na pacienta orientované medicíny toto nebezpečí snižuje a zvyšuje kvalitu života pacienta. Pooperační psychologická péče spočívá v tom, že pomůžeme pacientovi se zorientovat, kontrolujeme jeho psychický stav a jsme mu k dispozici k rozhovoru o všem, co ho zatěžuje. V poslední době se výrazně prosazují tzv. kognitivní modely zvládání nemoci pacientem, které kladou důraz na myšlenkovou (kognitivní) stránku psychiky – model sebeřízení. Model sebeřízení znamená, že si nemocný vytváří svou představu o nemoci, pro něhož je řešením problému dosažení normálního stavu. Zdravý stav je v tomto pojetí chápán jako norma a odchylka od normy je zdrojem motivace. Nemocný hledá smysluplnost toho, co se s ním děje. Jsou pro něj velmi důležité informace. Používá různé postupy, aby dosáhl co nejdříve normálního stavu

a tyto postupy vyhodnocuje a aktualizuje dokud není normálního stavu dosaženo.

Pacient je ve stádiu, kdy přijal roli závislého nemocného. Je komunikativní, snadno odpovídá, spolupracuje a rychle chápe. Je rozladěný z nečinnosti a stýská se mu po domově, po vlastním pohodlí. Ošetřujícímu personálu důvěřuje, je informován o svém zdravotním stavu, ví, co má dělat. Atmosféra je uvolněná, přátelská a je veden bez obtíží dialog.

Pacient pocítuje bolest břicha po operaci. Ta u něj vyvolává strach a nejistotu při pohybu. To způsobuje, že je závislí na pomoci personálu. Přidržování při chůzi vyvolává u pacienta pocit bezpečí a jistoty. Má velkou motivaci, aby se jeho sebek péče zvyšovala. Pomáhá mu, když ho sestra povzbuzuje a naslouchá mu. Pacient touží po uzdravení a snaží se bolest překonat. Na bolest nemyslí, odkloní od ní svou pozornost např. četbou. Při bolesti se snaží maximálně uvolnit a najít úlevovou polohu.

Tato hospitalizace je pro něj další životní zkouškou, sám si myslí, že to zvládá dobře. Hlavně díky rodině. Největší podporu potřeboval, když byl přijat do nemocnice a poté se dozvěděl, že půjde na operaci. Vše se seběhlo tak rychle, že si ani neuvědomil, v jak vážném je stavu. To si začal pomalu uvědomovat až když se probudil po operaci a ležel na lůžku, nemohl vstát, měl bolesti a potřeboval se vším pomoci. Nyní je ve fázi, kdy je s hospitalizací smířen a budoucnost vidí optimisticky.

Do nemocnice ho chodí každý den navštěvovat manželka. Někdy s ní přijdou i jeho synové. Moc mu pomáhá, že má v rodině oporu, přináší mu zprávy o dění v jeho blízkém okolí. Mrzelo ho, že nemohl trávit se svými přáteli oslavu na začátku nového roku. Samozřejmě by byl rád už doma, ale pobyt v nemocnici přijímá. Navíc se den po dni cítí lépe, a tak věří, že půjde brzy domů. Díky dostatečným informacím o nemoci ví, že tento stav je dočasný a brzy se navrátí k normálu. Pacient je připraven i na plnění případných omezení, která mohou z jeho stavu vyplynout. Hodně mu záleží na tom, aby byl doma a nezávislý na pomoci druhých

6 PROGNÓZA

Náhlé příhody břišní – akutní appendicitis jsou život ohrožující onemocnění. Včasná diagnóza a následná léčba je z hlediska prognózy velmi významná.

Pokud nedojde k rozvoji pooperačních komplikací, má pacient k dobrému celkovému zdravotnímu stavu a relativně časnému výkonu dobrou prognózu.

Kvalitní ošetrovatelská péče má v pooperačním období z hlediska snížení nebo včasného odhalení případných komplikací zásadní význam.

7 ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo popsat ošetřování pacienta s akutní appendicitis v pooperačním období. V klinické části jsem se zabývala popisem NPB a akutní appendicitis. V ošetřovatelské části jsem použila model Funkčního zdraví M.Gordonové. Je zde popsána ošetřovatelská anamnéza, ošetřovatelský plán a hodnocení plánu. Součástí práce je i psychologická stránka pacienta s akutním onemocněním.

8 SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY

- 1) Hoch, J., Leffler, J.: Speciální chirurgie. Praha: Maxdorf, 2003. ISBN 80-85912-06-6
- 2) Klener, P.: Vnitřní lékařství. Praha: Galén, Karolinum, 1999. ISBN 80-7262-007-X (80-7184-853-0)
- 3) Třeška, V.: Propedeutika vybraných klinických oborů. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. ISBN 80-247-0239-8
- 4) Trachtová, E.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-324-8
- 5) Doenges, M., Moorhouse, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing spol. s r. o. , 2001. ISBN 80-247-0242-8
- 6) Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing spol. s r. o., 2002. ISBN 80-247-0179-0
- 7) Vymětal, J.: Lékařská psychologie. Praha: Portál spol. s r. o. , 2003. ISBN 80-7178-740-X
- 8) Čihák, R.: Anatomie 2. Praha: Grada Publishing spol s r. o., 2002. ISBN 80-247-0143-X
- 9) Pharmindex Kompendium. Praha: MediMedia Information spol. s r. o., 2001. ISBN 80-86336-02-6
- 10) Miller, M.: Chirurgie pro studium a praxi. Praha: Goldstein & Goldstein, 1997. ISBN 80-86094-10-3

9 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. chorobopis pacienta B.Z.
2. ošetrovatelská dokumentace
3. rozhovor
4. pozorování

10 SEZNAM ZKRATEK

NPB – náhlá příhoda břšní

TK – tlak krve

TT – tělesná teplota

GIT – gastrointestinální trakt

KO – krevní obraz

ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

ALT – alaninaminotransferáza

AST – aspartátaminotransferáza

GMT – gamma-glutamyl transferáza

CK – kreatinynáza

IM – infarkt myokardu

APE – appendektomie

moč K+C – kultivace+citlivost

EKG – elektrokardiogram

ac. - akutní

JIP – jednotka intenzivní péče

DK – dolní končetina

FF – fyziologické funkce

P – pulz

PŽK – periferní žilní kanyla

RHB – rehabilitace

BDK- bandáž dolní končetiny

NÚ – nežádoucí účinky

IS – indikační skupina

ATB – antibiotika

MM – močový měchýř

BMI – body mass index

TEN – tromboembolická nemoc

11 SEZNAM PŘÍLOH

1. Ošetrovatelské vyšetření
2. Plán ošetrovatelské péče
3. Hodnocení bolesti
4. Hodnocení plánu péče
5. Edukační záznam