

# OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO

## S APENDICITIDOU

### BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

EVA KONEČNÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s  
PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

## **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.

Praha 31. března 2009

.....

## **ABSTRAKT**

KONEČNÁ, Eva. *Ošetrovatelský proces u nemocného s apendicitidou*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Bakalář v oboru všeobecná sestra. Školitel: Mgr. Zuzana Pohlová

Hlavním tématem této bakalářské práce je problematika apendicitidy. Teoretická část charakterizuje historii tohoto onemocnění, patofyziologii a polohy appendixu, etiologii a charakteristiku onemocnění, příčiny a rozdělení apendicitidy, komplikace a možnosti léčby a v neposlední řadě také specifiku ošetrovatelské péče s tímto onemocněním. Těžištěm práce je praktická část, zpracována metodou ošetrovatelského procesu tak, aby byly saturovány biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby pacienta. Závěr práce je zaměřen na edukační činnost sestry s popisem vlastní edukace pacienta s tímto onemocněním.

Klíčová slova: Apendicitida, etiologie.

**ABSTRACT**

KONEČNÁ, Eva. *The nursing process of the patient with apendicitis*. Prague, 2009.  
Bachelor thesis. College of Health, Bachelor ops in general nurse.  
Supervisor: Mgr. Zuzana Pohlova.

The main theme this bachelor thesis is issues of apendicitis. Theoretical part characterize history of this disease, pathophysiology and appendix situation, etiology and characteristics of the disease, causes a breakdown of apendicitis, complications and treatment options and last but not least specify of nursing care with this disease. The focus of the work is practical part which is processed using of nursing process so that biological, psychological, social and spiritual needs of the patient were saturated. End of work is focus on educational activities of nurse with description of their own education of patient with this disease.

Keywords: Apendicitis, etiology.

## **PŘEDMLUVA**

Předmětem mé bakalářské práce, zabývající se problematikou ošetrovatelského procesu u nemocných s apendicitidou, bylo zaměření se na maximální zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče. Akutní apendicitida je onemocnění vyléčitelné, může se však projevit i vážnými komplikacemi. Ošetrovatelský proces by měl být proto cílevědomým, plánovitým, respektujícím individuální potřeby pacientů, specifickým vzhledem k onemocnění a neměl by být procesem náhodným.

Výběr tématu bakalářské práce byl ovlivněn především absolvováním klinických cvičení na chirurgických odděleních v rámci praxe na Vysoké škole zdravotnické a častý výskyt tohoto onemocnění na daných pracovištích. Materiál jsem čerpala z knižních publikací.

Práce je určena nejen studentům v oboru všeobecná sestra, ale také zdravotním sestřám, které se s touto problematikou onemocnění setkávají ve své praxi.

Touto cestou bych chtěla zároveň poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Zuzaně Pohlové především za odborné vedení a podnětné rady, které mi poskytla při vypracování bakalářské práce. V neposlední řadě patří poděkování MUDr. Stanislavovi Tichému za poskytnutí odborné literatury a možnosti praxe na operačním sále.

## **OBSAH**

Úvod .....	9
1 Teoretická část .....	10
1.1 Apendicitida z hlediska historie .....	11
1.2 Patofyziologie .....	11
1.2.1 Poloha apendixu .....	12
1.3 Charakteristika onemocnění .....	13
1.4 Etiologie .....	13
1.5 Klinický obraz .....	14
1.5.1 Klinický obraz u novorozence .....	15
1.5.2 Klinický obraz u mladšího dítěte .....	16
1.6 Rozdělení apendicitidy .....	16
1.7 Diagnostika .....	21
1.7.1 Anamnéza .....	21
1.7.2 Fyzikální vyšetření .....	21
1.7.3 Laboratorní vyšetření .....	23
1.7.4 Zobrazovací metody .....	24
1.7.5 Diferenciální diagnóza .....	24
1.8 Léčba .....	25
1.8.1 Konzervativní léčba .....	25
1.8.2 Chirurgická léčba .....	25
1.9 Komplikace .....	27
1.10 Specifika ošetrovatelské péče a prognóza tohoto onemocnění .....	28
1.11 Nejčastější problémy nemocných s apendicitidou .....	28
2 praktická část .....	28
2.1 Identifikační údaje .....	28
2.2 Výtah z lékařské dokumentace .....	28
2.2.1 Nynější onemocnění .....	28

2.2.2	Lékařská anamnéza.....	28
2.2.3	Stav při přijetí (status preasens).....	29
2.2.4	Závěr při příjmu.....	30
2.3	Vyšetřovací metody.....	30
2.3.1	Laboratorní vyšetření.....	30
2.3.2	Zobrazovací metody.....	32
2.3.3	Gynekologické vyšetření.....	33
2.3.4	Operační záznam.....	33
2.3.5	Pooperační ordinace.....	33
2.3.6	Histologický nález.....	33
2.4	Fyziologické funkce a sledování nemocného po operaci.....	34
2.5	Terapie.....	35
2.6	Fyzikální vyšetření nemocné sestrou.....	36
2.7	Posouzení stavu potřeb klienta podle Marjory Gordonové.....	37
2.8	Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách.....	41
2.8.1	Akutní bolest.....	42
2.8.2	Strach z pooperačních komplikací.....	43
2.8.3	Hypertermie.....	44
2.8.4	Porušená kožní integrita.....	45
2.8.5	Sociální izolace.....	46
2.8.6	Riziko infekce.....	47
2.8.7	Zácpa.....	48
2.9	Edukační proces.....	50
2.9.1	Edukační záznam, realizace.....	50
2.9.2	Edukační plán.....	50
2.9.3	Kontrolní otázky pro sestru a pacienta.....	51
2.9.4	Hodnocení edukace.....	52

Závěr.....	53
Seznam použité literatury.....	54
Seznam příloh.....	56

## **Úvod**



Apendicitida patří mezi nejčastější náhlé příhody břišní. Problematika tohoto onemocnění je o to závažnější, že postihuje převážně mladé jedince a děti. Diagnostika apendicitidy je i v dnešní době stále obtížněji rozpoznatelná jelikož se dá velmi lehce zaměnit s jiným onemocněním, není výjimkou, že například každá žena musí být nejdříve vyšetřena gynekologem. Toto onemocnění vyžaduje chirurgickou léčbu, pokud není diagnóza zcela jasná, využívá se konzervativní způsob léčby. Pooperační péče je velmi dobře pacienty zvládaná, důvodem je, že více než 75% pacientů s tímto onemocněním je odoperována laparoskopicky.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je naléznout ošetrovatelské problémy u mé vybrané pacientky, navrhnout a posléze co nejlépe splnit ošetrovatelský plán, který akceptuje bio-psycho-sociální potřeby pacientky s akutní apendicitidou. Touto prací bych chtěla napomoci zkvalitnění ošetrovatelského procesu u pacientů s apendicitidou.

## **1 Teoretická část**

## 1.1 Apendicitida z hlediska historie

Apendicitis neboli zánět červovitého výběžku s pravděpodobností po tisíciletí trápila lidské pokolení. Udává se, že první, kdo podal zprávu o této nemoci, byl Aretsios z 3. století před naším letopočtem, vypustil hnis z pravé poloviny břicha, které úspěšně drénoval. Sám appendix byl však popsán až italským anatomem Berengarinem da Capri v roce 1521, přitom však byl již nakreslen Leonardem da Vinci v jeho anatomických nákresech z roku 1492 i ve slavné knize Vesaliově. Pitevní nález u pacienta se zánětem červovitého výběžku uvedl v roce 1711 L. Heister. V Anglii popsal apendicitis v roce 1812 J. Parkinson, pacient zemřel a jako příčinu smrti označil proděravění appendixu. Klinický obraz podal v roce 1839 T. Addison. V první polovině 19. Století se objevila spousta pitevních nálezů hlíz i peritonitid ze zánětu červovitého výběžku. Soudilo se na vliv cizích těles, kamének, konkrementů a špendlíků.

V roce 1870 se vrátil z Vídně do Bostonu R. Fitz, patolog Harvardské univerzity. Hned začal sbírat zprávy z hlavní massachusettské nemocnice o apendicitidě. Roku 1886 přednesl ve Washingtonu před Asociací amerických lékařů svou historickou přednášku o zánětu červovitého výběžku se zřetelem na včasné poznání i neodkladnou chirurgickou léčbu. Rok 1886 je tedy právem pokládán za rozhodující mezník v názorech na zánět červovitého výběžku. Ještě 20 let poté, se táhnou spory o tom, zda léčit konzervativně, či operovat. Nakonec vše skončilo u nás díky Jedličkovi, Syllabovi a Pelnářovi společnou rezolucí pro včasnou operaci, která byla uveřejněna v Časopise lékařů českých v roce 1910. V tomto roce ustaly boje o pojmenování nemoci, například Eiselt doporučil název „zánět kejklíku“, od termínu zánět červu se přešlo k zánětu červovitého výběžku, přívěšku a apendicitis (Tošovský a spolupracovníci, 2002).

## 1.2 Patofyziologie

Appendix vermiformis (červovitý výběžek) je slepá výchlipka slepého střeva, tvaru tužky. Jeho uložení se nachází na zadní a vnitřní straně céka (slepého střeva), asi tři centimetry pod ileocékálním ústím. Na appendixu je vše variabilní, délka, šířka, stavba, ale hlavně jeho poloha.

Do appendixu vede drobný, ve stáří častěji uzavřený kruhový otvor (ostium appendicis vermiformis), s nekonstantní slizniční řasou.

Sliznice červovitého výběžku je pokryta jednovrstevným epitelem složeným z malého počtu enterocytů (epitelové buňky) a z množství buněk produkující hlen. Podslizniční vazivo appendixu je typické velkým množstvím tkáně, která vyklenuje sliznici do vnitřního průsvitu výběžku. Svalovina appendixu je souvislá vrstva tvořená převážně podélnými svazky. Celý červovitý výběžek pokrývá serosa. Stěna appendixu je zásobována krví z artérie appendicularis, tato artérie probíhá ve volném okraji peritoneálního závěsu (Dylevský, 1997).

Jeho délka je 5 - 10 cm, ale vzácně může dosáhnout 2 až 50 cm, šířka appendixu je mezi 0,5 – 1 cm (Elišková, Naňka, 2006).

Appendix má ve své stěně bohatou lymfatickou tkáň, proto je zvažována jeho funkce v imunitním systému v kontextu s funkcí sleziny a ostatních imunitních orgánů. Lymfatické tkáň postupně do 15 let věku ubývá a je nahrazována vazivem (Šváb, 2007).

### 1.2.1 Poloha appendixu

V dutině břišní není téměř místo, kde by se nemohl vyskytnout. Jeho poloha závisí především na poloze céka. Vzhledem k němu lze pak rozlišit tyto nejzákladnější polohy:

- Positio subcaecalis – poloha descendentní  
Vyskytuje se zhruba v 40%. Appendix míří dolů, může zasahovat až do malé pánve. Pak zde má vztah k močovému měchýři, konečníku, vaječníku, vejcovodu a děloze.
- Positio mediocaecalis - poloha mediální  
Vyskytuje se asi v 15%. Appendix probíhá podél terminálního ilea, v jeho mezenteriu (zdvojená vrstva pobřišnice), před ileem (tenké střevo) anebo za ním.
- Positio laterocaecalis – poloha laterální  
Appendix je uložen mezi laterální stěnou slepého střeva a stěnou břišní. Může přitom zasahovat velmi vysoko. Výskyt se udává v 2 – 16%.
- Positio retrocaecalis – appendix je uložený za slepým střevem, někdy dosahuje až na musculus quadratus lumborum. Vyskytuje se v 15 - 30%.

- Positio praecaecalis – appendix je uložen před slepým střevem, mezi střevem a přední břišní stěnou a obvykle míří nahoru. Vyskytuje se v 5%.
- Positio pelvina - appendix leží navnitř od slepého střeva a přebíhá přes musculus psoas major do pánve. Výskyt této polohy appendixu je v 40% (Dylevský, 1997).

### 1.3 Charakteristika onemocnění

Apendicitida je jedním z nejčastějších chirurgických onemocnění, které vyžaduje operaci. Patří také mezi nejčastější náhlé příhody břišní. Jedná se o zánětlivé onemocnění červovitého výběžku slepého střeva. Onemocnění postihuje nejčastěji děti a osoby mladšího věku (Hrabovský, Kubačák, 2001).

Apendicitis začíná jako katarálně hnisavý zánět, v jehož průběhu velmi rychle, již za několik hodin, vznikají nepatrné, až ojedinělé nekrózy prostoupené polynukleáry, které pronikají do hloubky lymfatické tkáně klínovitým způsobem a otevírají tak cestu bakteriální invazi do hlubších vrstev. Po proniknutí infekce do řídkého vaziva submukózy se zánět šíří rychle v této vrstvě i ve svalovině (Tošovský a spolupracovníci, 2002).

### 1.4 Etiologie

Vznik apendicitidy může podmiňovat některý z civilizačních faktorů. To je například vymílání mouky a zbavování celulósových zbytků, které se podílejí na intenzitě pasáže trávicím ústrojím. Bující infekce v lumen (vnitřek orgánu) appendixu pak snáze napadá lymfatickou tkáň ve střevní stěně.

Část vzniklých zánětů, je také vysvětlována změnou charakteru invazivity bakteriálních kmenů v důsledku používání antibiotik různého typu. Další příčinou může být zúžení lumen červovitého přívěšku, ke kterému dochází v důsledku náhrady lymfatické tkáně v jeho stěně vazivem během vývoje. Zúžení vyústění appendixu do céka může být až u dvou třetin onemocnění zapříčiněno koprolytem, fibrózou po zánětu,

parazity a jejich vajíčky, nebo hyperplazií (zvětšením) lymfatické tkáně přívěšku (Šváb, 2007).

Autor v dané knize uvádí, že: „Další z mnoha příčin může být pomnožení bakterií v lumen apendixu při jeho úplné nebo částečné obstrukci např. nádorem.“ (Valenta, 2007, s. 154)

## 1.5 Klinický obraz

Prvním příznakem bývá přechodný, několik hodin trvající tlak ve středním nadbřišku, provázený nauzeou a nechutenstvím, případně i zvracením. Během několika hodin se bolest stěhuje do pravého podbřišku. Nejčastěji je bolestivost lokalizována do McBurneyova nebo Lanzova bodu. Postupně se v krátkém časovém období objeví známky dráždění pobřišnice. Bolest se zhoršuje během pohybu, při chůzi a kašli. Současně dochází k pocitu nadýmání, často k zástavě odchodu stolice a plynů. Jen výjimečně jsou průjmy. Onemocnění doprovází tachykardie, mírně zvýšená teplota, nejčastěji do 37,5°C (Šváb, 2007).

Bolest je vyvolána podrážděním nervových receptorů uložených kolem drobných cévek zaníceného apendixu. Přenos bolesti se s největší pravděpodobností děje prostřednictvím tekutiny, protože apendix se v rozsáhlém počtu případů nedotýká nástěnné pobřišnice, tekutina vzlíná uzoučkými prostůrky, existujícími podél střevních kliček v neotevřeném břichu. Bolest břicha mívá různý ráz i stupeň. Lze říci, že se zvětšuje s postupujícím zánětem a mírní se při jeho ústupu. Nemocného nadále obtěžuje noční bolest, která nemocného budí a tato bolest mívá ráz cukavý, synchronní s tepem.

Časově druhým příznakem bývá zvracení, postihující víc než 90% nemocných. Někdy bývá velmi nápadné. Chybí-li, je důležité vyloučit jiné onemocnění než appendicitis. Zvracení obvykle předchází nauzea, ta může někdy i zvracení nahradit. Tyto příznaky vyvolává distenze apendixu. Lehká distenze vyvolává nechutenství, střední nauzeu a význačná distenze vyvolá zvracení.

Porucha střevní hybnosti je třetím ze subjektivních příznaků. Nepostihuje však všechny nemocné. Část jich má stolicí zcela normální. Zácpa se nepokládá za příznak nemoci, nýbrž za samotnou podstatu nemoci. U akutní appendicitis bývá někdy naopak průjem, a to zejména, naléhá-li apendix na sigma, je-li uložen v malé pánvi a zvláště

dotýká-li se rekta. Zanícené červovité výběžky dotýkající se pravého močovodu a zasahující do malé pánve k močovému měchýři mohou být příčinou obtíží při močení, častějšího nutkání na močení, dysurie (obtížné a bolestivé močení).

Z objektivních celkových příznaků je důležitý tep. Za významné se pokládá jeho neúměrné zrychlení vůči teplotě, pak jde o příznak důležitý pro poznání apendicitidy. Dech při počátku onemocnění nebývá hned ovlivněn. Povrchnější a rychlejší bývá většinou při přecházení anebo už přechodu infekce na pobřišnici. Při jejím zánětu může být změna dechu až tak výrazná, že při prvním pohledu např. u dítěte může svést k mylnému podezření na zánět plic.

Teplota bývá obvykle lehce zvýšená. Je-li vysoká nad 39 i více stupňů, svědčí většinou proti zánětu červovitého výběžku. Doporučuje se zjišťovat Lennanderovo znamení, rozdíl mezi naměřenou teplotou v axile (podpažní jamka) a v konečníku. Za normálních okolností je tento rozdíl 0,6°C (Tošovský a spolupracovníci, 2002).

### **1.5.1 Klinický obraz u novorozence**

Prudký zánět červovitého výběžku může postihnout jak novorozence, tak plod. Jde o zákeřné onemocnění velmi vzácné. Výjimečnost onemocnění pravděpodobně souvisí s fetálním tvarem apendixu, zabraňujícím městnání, uspořádáním jeho lymfatické tkáně a způsobem výživy novorozence. Onemocnění začíná a rozvíjí se velmi rychle, pod skutečně ošidnou maskou a smrtelně ohrožuje novorozence ve věku, kdy se jeho organismus velmi špatně brání vůči infekci. Ve světě zatím nebylo uveřejněno více než 100 případů tohoto onemocnění.

Při diagnostice novorozenecké apendicitidy je třeba všimnout si dvou okolností, vztahu k Hirschsprungově nemoci a k pravostranné šourkové kýle.

- Apendix novorozence se může proděravět na podkladě stázy (městnání), jak se občas stává při megacolon congenitum (chorobné rozšíření tlustého střeva).
- Novorozenecká apendicitis může probíhat v hernii (kýla). Má lepší předpověď, protože se operuje včasěji jako neodkladná chirurgická příhoda, nikoliv pod správnou diagnózou apendicitis herniaria, ale jako inkarcerovaná (uskřínutá) kýla.

Při akutní apendicitidě se především mění chování novorozence. Dítě je mrzuté, je neklidné, odmítá pít, nespí. Nereaguje jako obvykle na laskání, chování, kolébání, hýčkání, ani výměnu mokřých plenek. Téměř vždy dítě zvrací, obvykle mívá průjem,

jen vzácněji naopak zácpu, popřípadě meteoristické (plynaté) vzednutí břicha (Tošovský a spolupracovníci, 2002).

### **1.5.2 Klinický obraz u mladšího dítěte**

Apendicitida u dětí tvoří více než 90% všech náhlých příhod břišních. Vzácná je u dětí do dvou let věku, což je vysvětlováno komunikací červu s lumen céka. Je doprovázena zvracením a průjmy, které vedou snadno k dehydrataci vzhledem k rozložení a množství extracelulární tekutiny u dětí. Nápadné bývá vzednutí břicha. Často děti bývají léčeny pro dyspepsie (zažívací problémy). Zánět většinou probíhá rychle, s nápadným neklidem dítěte, často pod obrazem průjmovitého onemocnění. Bolest v podbříšku nebývá nijak výrazná. Objevuje se zvýšená teplota, zvracení, průjem, noční neklid dítěte. Rychle se horšící celkový stav za projevu toxémie, teplot a střevní parézy vede k diagnóze apendicitidy. Děti jsou přesto operovány příliš pozdě s nedobrymi výsledky při nálezů perforační sterkorální peritonitidy, udává se až 50% letalita (Šváb, 2007).

## **1.6 Rozdělení apendicitidy**

### *Akutní apendicitis*

Hlavním příznakem akutní apendicitidy bývá bolest, která začíná v nadbříšku a později se přesune do pravé jámy kyčelní. Zánět ze začátku katarální, pokračuje dále flegmónou (neohraničený hnisavý zánět) až gangrénou (odúmrtí) a může vést k proděravění appendixu s příznaky akutního zánětu pobříšnice.

Onemocnění má většinou typický průběh, kromě bolesti bývá zvýšená teplota a je patrný rozdíl při měření teploty v axile a v konečníku. V krevním obraze bývá leukocytóza a při vyšetření pacienta per rektum je bolestivost pravé stěny Douglasova prostoru. Při vyšetření břišní stěny jsou pozitivní peritoneální příznaky (Hrabovský, Kubačák, 2001).

### *Chronická apendicitis*

Po patologicko - anatomické stránce je při chronické apendicitidě červovitý výběžek ztlustělý, na pohmat tuhý, barvy téměř slonové kosti. Najednou bývá kolénkovitě zahnutý, zalomený, zaškrcený. Nebo může být štíhlý, ztenčený, vyhlíží spíše jako tuhý, fibrózní provazec s částečným anebo úplným obliterovaným lumen. Jsou na něm patrný mnohočetné cévy, může být přeměněn do bohatých srůstů, pavučinovitých, blanitých, nejrůznějších tvarů i pevnosti. Výjimečně, je-li jeho stěna oslabena, ať pro vrozený defekt anebo na podkladě opakované ohraničené destrukce (zničení) svalu, a je-li sekret odměšován ve větším množství a hromadí-li se pod zvýšeným tlakem, může jeho sliznice herniovat a vyvine se tak divertikl anebo mukózní cysta, mukole apendixu (Tošovský a spolupracovníci, 2002).

Chronická apendicitida bývá charakterizována občasnými bolestmi v pravém podbřišku, její vývoj je pozvolný. Bolesti trvají krátce, jsou bez celkových příznaků a během jednoho dne odeznívají. Onemocnění se vyskytuje především v mladistvém věku, více u dívek (Hrabovský, Kubačák, 2001).

Poznání je někdy velmi snadné, většinou se však neobejdeme bez podrobných vyšetření laboratorních, interních, gynekologických, sonografie břicha a bez vylučovací urografie. Rentgenové vyšetření není moc spolehlivé. Například u dětí se appendix plní při irigografii méně často než u dospělých, takže nenaplněný appendix ani nevylučuje, ani nepotvrzuje vždycky jeho chronický zánět. Za spolehlivou známku chronické apendicitidy se někdy pokládá delší setrvání kontrastní látky v apendixu a jeho fixace. Dostatečným průkazem chronické apendicitidy je vymizení obtíží po apendektomii (chirurgické odstranění apendixu) a histologické potvrzení diagnózy (Tošovský a spolupracovníci, 2002).

#### *Apendicitis retrocoecalis*

Mívá odlišné příznaky způsobené uložením červu za cékem, buď v dutině břišní, nebo v retroperitoneu. Proto v popředí obtíží bývá bolest v nadbřišku, dyspepsie a minimální nález v pravém podbřišku. Někdy bývá při palpačním vyšetření pozorován šplíchet v oblasti céka při jeho reflexní paréze (ochrnutí). Menší palpační bolestivost je dána polohou zánětlivého ložiska za cékem, a proto nedosahuje nástěnnou pobřišnici. Nemusí být tedy ani výrazná bolestivost ani známky dráždění pobřišnice. Když appendix leží v blízkosti močovodu, mohou obtíže připomínat renální (ledvinovou) koliku z dráždění ureteru (močovod) a diagnózu může stěžovat nález krevních elementů v močovém sedimentu. Výraznější bolestivost může být v bederní krajině než na břišní



stěně a může být pozitivní psoatový příznak. Nemocný se brání aktivní chůzi a leží s pokrčenou pravou dolní končetinou v kyčli a koleni. Vleže na levém boku nataženou pravou dolní končetinou se palpační bolest v podbřišku objeví laterálně od standardních bodů, nebo se zhorší.

#### *Apendicitis laterocoecalis*

Projevuje se v důsledku polohy jako „klasická“ apendicitida s bolestivostí laterálně od McBurneyova bodu. Protože zanícený červ a exsudát mohou dosahovat k laterální stěně břišní, jsou možné známky peritoneálního dráždění a svalová zábrana. Per rektum nález bývá normální.

#### *Apendicitis subhepatalis*

Svémi příznaky připomíná spíše zánět žlučníku. Velmi často nebývá dobře diagnostikován, a proto bývá operován často až po perforaci. Bývá u těhotných, vytlačení céka dělohou, nebo při neúplném sestupu céka během embryonálního vývoje.

#### *Apendicitis pelvalis*

U žen se snadno zamění za onemocnění gynekologického původu. Jindy může být považována za gastroenteritidu (zánětlivé onemocnění žaludku a tenkého střeva). Na počátku onemocnění bývá nauzea, zvracení a průjem. Bolest bývá méně výrazná, lokalizovaná za sponou, svalová zábrana nebývá. Průjem a tenezmy mohou svědčit o naléhání přívěsku na rektum. Kontakt mezi zaníceným červem a měchýřem se může projevit strangurií (bolestivé močení) a minimálním nálezem na břicho. Významné je vyšetření per rektum, kde je výrazná bolestivost na přední straně rekta.

#### *Apendicitis mesocoeliacalis*

Je známa svou záludností klinického obrazu, vyplývající z uložení zaníceného červu mezi kličkami tenkého střeva. Červ směřuje ke střední čáře mezi kličky tenkého střeva. Reflexní paréza okolních kliček tenkého střeva napodobuje obraz střevní neprůchodnosti. Jelikož zánětlivé ložisko leží hluboko pod paretickými kličkami, je například leukocytóza (zvýšená hladina leukocytů), relativní tachykardie, ale chybí svalové stažení a je malá bolestivost, obvykle lokalizovaná pod pupkem, bez známek dráždění pobřišnice. Při poslechu mohou být slyšet spastické fenomény, ale může být i

ticho. Pro diagnostické obtíže je často chirurgicky intervenováno ve fázi perforace a tvorby mezikličkového abscesu s komplikovaným pooperačním průběhem, není-li včas pomýšleno na tuto atypii.

#### *Levostranná apendicitis*

Při rozpoznání činí obtíže svou lokalizací bolestí v levém podbříšku. Může provázet situs viscerum inversus (popis vztahů dextrokardie k polohovým variantám v uložení útrobu) nebo malrotace při volném pohyblivém céku. Je možné přesvědčit se o situs viscerum inversus poslechem a vyklepáním hranic srdce. Je-li uložení srdce obvyklé, o situs viscerum inversus izolovaném na břicho se musíme přesvědčit poklepem nad játry, ultrasonografickým vyšetřením polohy břišních orgánů. Není-li malrotace poznána, je zánět nalézán jako pokročilý.

#### *Stařecká apendicitis*

Bývá méně častá. Na jedné straně je snížena obranyschopnost organismu a snížené vnímání a problémů se střevní pasáží, na druhé straně je větší tendence k ohraničení zánětu. Setkáváme se proto s již vytvořeným periapendikulárním infiltrátem nebo abscesem (dutina vyplněná hnisem). Tyto komplikace jsou rovněž provázeny neurčitými příznaky a neurčitým klinickým nálezem, je často těžké rozlišení proti malignímu nádoru.

#### *Těhotenská apendicitis*

Vyskytuje se vzácně, spíše kolem 3. měsíce těhotenství. Ohrožuje na životě jak matku, tak plod. Zánět probíhá v překrveném a prosáklém terénu v důsledku hormonálních změn v těhotenství. Nebezpečí bývá v tom, že zanícený červ snadněji podléhá gangréně. Vysunutí céka a jeho izolace od okolí a neklid dělohy nedovolí ohraničení zánětu. Zánět lehce přechází na dělohu a vede k jejím kontrakcím. Onemocnění se těžko diagnostikuje, protože děloha překáží vyšetření a svým objemem vysouvá červ z normální polohy. Od 4. měsíce se posouvá bod maxima bolestivosti směrem vzhůru, takže v 8 - 9. měsíci leží pod žeberním obloukem. Nausea, zvracení, poruchy peristaltiky a zvýšení tepové frekvence jsou příznaky, které patří k normálnímu průběhu těhotenství. Stažení svalové není, protože velká děloha brání kontaktu červu s nástěnnou pobřišnicí. Po porodu může rovněž chybět svalová zábrana (Šváb, 2007).

#### *Skrytý zánět červovitého výběžku*

Patří sem apendixy uložené tak, že jsou při vyšetřování nedosažitelné, např. ve vyhloubení kosti křížové. Takto nepřístupné apendicitidy většinou nepoznáme před přestupem infekce z jejich nitra do pobřišniční dutiny. Důležité je poznat je alespoň co nejdříve po proděravění.

#### *Toxický zánět červovitého výběžku*

V dřívějších dobách býval častý, v současné době již méně. Je charakterizován velmi nápadnou neshodou mezi malým místním nálezem na břiše a velice špatným celkovým stavem, který se navíc rychle zhoršuje. Nemocný je operován spíše pro tento celkově špatný stav než pro celkem malý, nevýrazný, nejasný nález na břiše. Při operativním zákroku v pobřišniční dutině se zjistí trochu serózní tekutiny, lehce špinavě zakalené, pobřišnice nástěnná i viscerální, včetně seriózního povlaku červovitého výběžku, je pouze nastříknutá. Po rozstřížení apendixu objevíme trochu hnisavé páchnoucí drti a povrchovou sněť sliznice. Součástí klinického obrazu bývá v některých případech prudké poškození jater se subikterem až oktetem a přítomnosti žlučových barviv v moči. Jindy bývá poškození ledvin se zmenšeným množstvím koncentrované moči, proteinurií a zvýšenou azotémií, dále dochází k toxickému poškození slinivky břišní a poškození centrálního nervového systému, popřípadě i sekreční činnosti endokrinních orgánů.

#### *Zamaskovaný zánět červovitého výběžku*

Nejčastěji je zamaskování způsobeno léčbou. Při akutní apendicitidě přikládány vak s ledem na ileocekální krajinu má někdy pronikavý účinek analgetický, přičemž zánětlivý proces může neovlivněn postupovat dál, bez ohledu na to, že se subjektivní obtíže zmenšují a místní nález na břiše zdánlivě ustupuje. Nejzávažněji a také nejzákeřněji mohou ovlivnit příznaky a průběh apendicitidy antibiotika. Po aplikaci může klesat teplota, ustupovat bolesti i objektivně při palpaci zjistitelná bolestivost. Normalizuje se krevní obraz a sedimentace. Totéž platí i o kortikoidech a tuberkulostatikách (Tošovský a spolupracovníci, 2002).

## 1.7 Diagnostika

### 1.7.1 Anamnéza

Získávání anamnestických údajů od pacienta patří k základním vyšetřovacím metodám. Důležité je zjistit od nemocného začátek obtíží, poslední životosprávu, u žen poslední menstruaci nebo problémy s močením (Hájek, 2005).

### 1.7.2 Fyzikální vyšetření

Mezi základní fyzikální vyšetření k zjištění appendicitidy patří, pohled, poslech, poklep, pohmat a vyšetření per rektum.

#### Pohled

Pohled říká velmi mnoho o stavu přední břišní stěny, zda-li dýchá břicho v celém rozsahu, či nikoliv, a jaká je poloha dolních končetin. Pohybuje-li se přední stěna břišní volně a v plném rozsahu, lze vyloučit přechod zánětlivého pochodu do volné dutiny břišní. V opačném případě se jedná o dráždění anebo už zánět pobřišnice. Při jednoduché apendicitidě přichází nemocný sám pěšky, při retrocékální apendicitidě může pokulhávat na pravou dolní končetinu mírně pokrčenou v kyčli. Vyzveme-li dítě, aby se posadilo, anebo se otočilo na bok, nejdříve si stlačí ileocekální krajinu.

#### Poslech

U začínajícího zánětu červovitého výběžku nezjistíme zpravidla poslechově žádné příznaky výrazné pro toto onemocnění. Teprve když postupuje zánětlivý pochod a šíří se do volné pobřišniční dutiny, zmenšují se fenomény, podmíněné střevní peristaltikou. Jsou i popsány případy prudce se šířícího zánětu pobřišnice z proděravělého apendixu, a přesto byla peristaltika až nápadně podrážděná a zvýšená. Za zmínku stojí tato poslechová znamení:

- Hertzovo znamení

U zdravého člověka slyšíme za 4 - 5 hodin po jídle v oblasti céka, zejména na jeho vnitřní straně, zvuky vyvolané přecházením obsahu ilea do slepého střeva. Při zánětu probíhajícím kolem céka, zejména na jeho vnitřní straně, neslyšíme nic. Je to vysvětleno tím, že Heileův svěrač, podrážděný zánětem, brání průchodu střevního obsahu, takže zvukové fenomény ustanou.

- Ungerovo znamení

V oblasti slepého střeva lze slyšet každých 10 až 20 sekund kovové zvuky, které mizí, přestupuje-li zánět apendixu do okolí, hlavně v místě vústění ilea do céka. V ojedinělých případech se před objevením těchto znamení může naopak intenzita i počet těchto zvuků přechodně a zcela krátkodobě zvýšit.

#### Poklep

Poklepem zjišťujeme zvukové fenomény v břiše a to zejména rozmístění, charakter a diferenciaci bubínkového poklepu, rozsah jaterního ztemnění, přítomnost volné tekutiny v břiše, ale hlavně pokleповou bolestivost a stav napětí přední, postranní i zadní stěny břišní. Mezi důležité znamení je považováno Pléniesovo znamení: pouze bolestivý poklep, jak se někdy mylně myslí, ale i obranné stažení přední stěny břišní, značí tudíž, že zánětlivý pochod z červovitého výběžku přechází anebo už přešel na pobřišnici.

#### Pohmat

Vyšetření pohmatem začíná v té části břicha, kde očekáváme nejmenší nález, a teprve nakonec postoupíme do pravé jámy kyčelní. Vyšetřuje se šetrně teplou, suchou rukou. Poloha pacienta je v leže na zádech, s dolními končetinami prohnutými v kolenou a v kyčlích. Při pohmatu se zjišťuje nejen palpační bolestivost, obranné napětí svalové, ale pátrá se i po případné hmatné rezistenci, po edému břišní stěny, popřípadě její hyperalgezií. U apendicitidy jednoduché zjišťujeme při hlubší palpaci, v MacBurneyově bodě nejčastěji, zřejmou, i když ne příliš význačnou bolestivost, bez obranného svalového napětí. U flegmonózní apendicitidy bývá palpační citlivost vyjádřena mnohem více, svalové napětí zjišťujeme v rozsahu ne větším než dlaň. U gangrenózní apendicitidy je pohmatová citlivost a svalové napětí ještě výraznější a jejich plošný rozsah se šíří. U apendicitidy neperforované nepřesahuje většinou rozsah palpační citlivosti a obranného napětí přes střední čáru. K nejdůležitějším příznakům patří tyto:

- Blumbergovo znamení: Při pozvolném tlaku na stěnu břišní v oblasti zaníceného červovitého výběžku se vyvolá bolest, která se ještě nápadně zvětší při prudkém oddálení palující ruky. Tento příznak spolehlivě značí, že se zánětlivý pochod z červovitého výběžku šíří na pobřišnici.
- Rovsingovo znamení: Zatlačíme-li v levé jámě kyčelní, v místě odpovídajícím MacBurneyovu bodu, a pak prudce oddálíme ruku, nemocný pocítí bolest v oblasti zaníceného červovitého výběžku vpravo. Značí apendicitidu, u níž se zánět rozšířil anebo šíří dále.

- Znamení od musculus ileopsoas: Nemocný leží na levém boku. Jeho pravá dolní končetina se hyperextenduje v kyčli, poté nemocný pociťuje bolest. Tímto znamením lokalizujeme retrocékální uložení.
- Znamení od musculus obturator internus: Nemocný leží na zádech. Ohne se mu pravá dolní končetina v koleně i v kyčli a rotuje se s ní v kyčli dovnitř. Nemocný bolestivě nereaguje. Tímto příznakem opět lokalizujeme zanícený apendix, tentokrát uložený v páňvi.

Zastánci akupunktury tvrdí, že při akutní apendicitidě lze najít na pravé dolní končetině citlivý bod laterálně od přední hrany tibie právě na rozhraní nejhořejší a střední čtvrtiny mezi hlavicí fibuly a zevním kotníkem. Když se přejíždí toto místo rukou, nemocný s akutní apendicitidou upozorní na nepříjemný pocit v tomto místě. Spíše jde o znamení neprůkazné.

#### Vyšetření per rektum

Při vyšetřování po pozorné aspexi (vyšetření pohledem) anální krajiny, zjišťujeme stav Douglasova prostoru vlevo, a teprve potom se pátrá po bolesti vpravo a vpředu, kde bývá největší nález při akutní apendicitis. Důležité je všimnout si stavu svěračů, bývají ochablé v pokročilých stádiích nemoci, dále sliznice ampuly, zda není prosáklá, její výšky, tvaru, náplně i stavu pobřišnice ampuly. Po vytažení prstu se zaznamenává, zda není na prstu krev či hlen. Vyšetření per rektum se doplňuje ještě vyšetřením bimanuálním, kdy pravým ukazovákem lékař vyšetřuje konečník a levou rukou přední stěnu břišní (Tošovský a spolupracovníci, 2002).

### 1.7.3 Laboratorní vyšetření

U pokročilejších nebo postupujících apendicitid se většinou najde zvýšený počet bílých krvinek a to zhruba nad 12 000 až 18 000. Bylo zjištěno, že nemocní s chronickými apendicitidami mívají vesměs normální počet leukocytů. U flegmonózních apendicitid je počet bílých krvinek okolo 10 000 až 20 000. Není vzácností, že např. dítě s jasnou apendicitidou mívá počet leukocytů pod 5 000. Stává se tak u dětí, u kterých zhruba před dvěma týdny proběhlo virové onemocnění horních cest dýchacích s leukopenií. Dále se objevuje zvýšená sedimentace, pokles erytrocytů, ale i trombocytů. Jedná se o odběr krve na hematologické vyšetření – krevní obraz a sedimentace. *Z ošetrovatelského hlediska odebíráme nejčastěji venózní krev. Sedimentace se odebírá ze žíly do 2ml stříkačky s protisrážlivým prostředkem v poměru*

*0,4 ml natrium citricum 3,8% a 1,6ml krve. Krevní obraz odebíráme do zkumavky bez protisrážlivého prostředku. Příprava pacienta spočívá především v edukaci, poučíme pacienta o lačnosti (od půl noci nejíst a nepít), ujisti jej, že jde o běžné vyšetření a zajistíme, aby asi 20minut před odběrem pacient v klidu ležel nebo seděl.*

Mezi další laboratorní vyšetření patří vyšetření moči. U apendicitidy se může objevit aceton v moči při každém větším zvracení, při dráždění močového anebo močového měchýře zaníceným červovitým výběžkem se může objevit bílkovina a v močovém sedimentu leukocyty. *Moč se posílá na biochemické vyšetření, odebírá se první ranní moč. Vzorek nesmí být znečištěn jinou příměsí, proto musíme řádně poučit pacienta o odběru. Muži vymočí první proud moči mimo a do určené zkumavky zachytí střední proud moči. Ženy poučíme o důkladné hygieně rodidel a o zachycení středního proudu moči do zkumavky.*

Z imunologického vyšetření zjistíme zvýšenou hladinu C- reaktivního proteinu a fibrinogenu, poklesem hladin reagují na apendicitidu albumin, prealbumin, transferin a imunoglobuliny. *Z ošetrovatelského hlediska je odběr a příprava pacienta stejná jako u již zmíněného odběru krevního obrazu.*

#### **1.7.4 Zobrazovací metody**

##### Rentgenové vyšetření

U apendicitidy můžeme někdy najít na prostém nativním rentgenovém snímku břicha dilatované slepé střevo s hladinkou tekutiny a bublinkami plynu na podkladě lokalizované parézy střeva, která může postihnout i kličku tenkého střeva i tračník. Zjistíme-li na rentgenovém snímku v pobřišniční dutině vzduch, jde o perforovanou apendicitis. Hlavní význam rentgenového vyšetření tkví v tom, že lokalizuje polohu slepého střeva a pomůže tak určit, kde přesně umístit řez. *Z hlediska ošetrovatelské péče je pacient seznámen s vyšetřovací metodou. U tohoto vyšetření není nutná příprava.*

##### Sonografické vyšetření

U apendicitidy bývá na příčném řezu patrný typický obraz terčové léze, v centru hyperechogenní struktura s distálním stíněním (Tošovský a spolupracovníci, 2002). *Z hlediska ošetrovatelské péče sonografické vyšetření nevyžaduje žádnou speciální přípravu, ani péči po vyšetření.*

#### **1.7.5 Diferenciální diagnóza**

Při rozhodování o diagnóze je třeba odlišit jiná onemocnění dutiny břišní a retroperitonea, která se mohou lehce splést s apendicitidou. Mezi ně patří perforovaný vřed žaludku a duodena, akutní gastroenteritida imituje zánět červu jen v počátcích onemocnění, zánět žlučníku, renální nebo uretrální kolika, akutní pyelonefritida a nefritida, perforovaný karcinom tlustého střeva, zánět Meckelova divertiklu, Crohnova nemoc, gynekologická onemocnění např. adnexitis, ruptura při mimoděložním těhotenství, ruptura cysty vaječníku (Šváb, 2007).

## **1.8 Léčba**

### **1.8.1 Konzervativní léčba**

Konzervativní způsob léčby se používá především v případech, kdy není diagnóza zcela jasná. Může to být u neurčitých bolestí břicha, u potíží přechodného rázu, které zakrátko mizí, nebo převyšuje-li riziko z přežití operačního zákroku.

Léčení spočívá v klidu na lůžku, pečlivém sledování nemocného ve dvouhodinových intervalech, popřípadě v přikládání priessnitzsových obkladů několikrát za den, kompletní parenterální výživa s podáním širokospektrých antibiotik a metronidazolu.

Při známkách zhoršování místního nálezu, dráždění pobřišnice a šíření do okolí, je povinností operačně revidovat (Šváb, 2007).

### **1.8.2 Chirurgická léčba**

Selže-li konzervativní léčba, přistupuje se k léčbě chirurgické a ta spočívá v odstranění apendixu (apendektomie).

*Předoperační péče* je v plném rozsahu možná jen u plánovaných výkonů. Dle možností se základní a částečně i odborná vyšetření provádějí již před nástupem k operaci. Jedná se o rentgen plic a srdce včetně elektrokardiogramu (EKG), vyšetření krevního obrazu a lues (BWR), chemická a mikroskopická analýza moči. Ženy musí být vždy vyšetřeny gynekologem. Někdy bývá nutná předoperační spolupráce s internistou, kardiologem, nebo hematologem. Před plánovaným výkonem se nemocný vykoupe, pečlivě umyje a oholí operační pole. Nemocný od půl noci nejí, nepije a nekouří. Ráno



před operací sestra přiloží bandáže dolních končetin, odebere zubní protézu, zkontroluje operační pole a čistotu nehtů (lak na nehty) a aplikuje premedikaci dle ordinace lékaře. Před odjezdem na operační sál se musí pacient vymočit. Nesmí se zapomenout na psychickou přípravu nemocného, je třeba nemocnému vysvětlit příčinu jeho obtíží i navrhovaný způsob léčby. Jiná je předoperační příprava u nemocných, které musíme operovat neodkladně. I u nich bývá nutná diferenciací a určitá, byť krátkodobá příprava. Výkon lze někdy odložit o několik málo hodin, tím lze získat čas pro nejnnutnější vyšetření interní a biochemické. Musíme-li operovat neprodleně, není možná žádná příprava.

Jako operační přístup k apendektomii se používá *střídavý řez*, který lze podle potřeby dobře rozšířit. Tento řez se vede ve směru kožní štěpitelnosti, v kožní řase. U dětí se vede trochu výše a laterálněji, jelikož musculus rectus abdominis je u dětí širší a cékum bývá uloženo u dětí výše. Střídavý řez se velice dobře hojí pevnou a téměř neviditelnou jizvou.

Někteří chirurgové ještě dnes používají *pararektální řez* i tehdy, neočekávají-li pokročilejší apendicitidu. Lékaři vedou řez kůží téměř vertikálně. Tento řez se hojí nepěknou jizvou, může se po něm objevit pooperační hernie.

*Paramediální řez* se provádí odsunutím břicha přímého svalu břišního laterálně, tím se nepoškodí jeho nervové zásobení.

Odstranění apendixu postiženého jen jednoduchým zánětem patří převážně k snadným výkonům. Obtížným se může stát u apendixů pevně fixovaných v hloubce, apendixů retrocekálních a při vysokém stavu céka. Pak je někdy snadnější postupovat při apendektomii retrogradně. Při vybavování snětivého, velmi křehkého apendixu je za potřebí postupovat velmi opatrně, aby nepraskl a nekontaminoval operační pole.

Laparoskopická apendektomie patří k minimálnímu invazivnímu výkonu. Celá operace se provádí v dutině pobřišniční. Laparoskopicky se vyhledá červovitý výběžek, který se vybaví do rány a apendektomie se provede podvazem mezenterioley s arterií appendicularis, snesením apendixu a zanořením a přešitím jeho pahýlu.

Velkou výhodou laparoskopické apendektomie jsou krátké incize (rozříznutí), lepší kosmetický výsledek, nepatrná pooperační bolest, rychlejší mobilizace (pohyblivost) a kratší pobyt v nemocnici (Tošovský a spolupracovníci, 2002).

*Pooperační péče* se zaměřuje na sledování bolesti, podávání analgetik a jejich účinky, pooperační nevolnost, operační rány, vyprazdňování, prevenci tromboembolické (uvolnění trombu do plic) nemoci, pozdní komplikace pooperačního

období (u starších lidí projevy imobilizačního syndromu) a měření krevního tlaku každých 15 minut po dobu 2 hodin. Asi 6-8 hodin po operačním zákroku pacient nepije, pak dostává čaj po lžičkách, později po malých doušcích. Druhý den dostává stravu tekutou, třetí den stravu kašovitou a čtvrtým dnem se přechází na stravu racionální.

## 1.9 Komplikace

Mezi komplikace apendicitidy patří např. periappendicitis (lokalizovaná peritonitida), absces (dutina vyplněná hnisem), perforace (proděravění) do volné dutiny břišní, periapendikulární infiltrát.

- Periappendicitida: vzniká v důsledku mikroperforace červu nebo přestupu infekce z červu do jeho bezprostředního okolí, kde se tvoří serózní, sérofibrinózní nebo séropurulentní exsudát. Přítomnost exsudátu zvyrazňuje obtíže. Palpační nález již není lokalizován bodově, ale do celého pravého podbříšku.
- Periapendikulární infiltrát: vzniká u zánětu apendixu neléčeného operací přibližně do 72 hodin od počátku onemocnění, nedojde-li k jeho perforaci. Léčba spočívá v přikládání studených obkladů, klidem a dietou při trvalé kontrole celkového stavu a lokálního nálezu.
- Apendikulární hlíza: absces může vzniknout v průběhu apendicitidy perforací červu do ohraničeného prostoru, někdy i vzdáleného např. v malé pánvi, za cékem, nebo ve vytvořeném periapendikulárním infiltrátu. Objevuje se obraz mechanického nebo paralytického ileu, je hmatný bolestivý a již lépe ohraničený tumor v podbříšku, leukocytóza a obraz dutiny s hladinou na ultrasonografii. Absces je indikací k extraperitoneální drenáži, podání antibiotik má funkci ochrany před sepsí.
- Perforační difúzní zánět pobříšnice v průběhu apendicitidy: zánět pobříšnice vzniká zřídka do 12 hodin od počátku onemocnění, nejčastěji červ perforuje v prvních 18 až 72 hodinách. Protože se jedná o sterkorální peritonitidu, letalita dosahuje až 50%. Chirurgická léčba musí být komplexní, revize břicha pod clonou antibiotik, odstranění zbytku apendixu a ošetření pahýlu červu. (Šváb, 2007).

## **1.10 Specifika ošetrovatelské péče a prognóza tohoto onemocnění**

Pacient je přijímán na standardní jednotku chirurgického oddělení. Ukládá se do úlevové polohy (poloha na boku), monitoruje se bolest a celkový stav pacienta, tělesná teplota, nauzea, častost zvracení, odchod plynů či jejich zástava, vyprazdňování stolice, výsledky laboratorních vyšetření.

Pooperační období je poměrně klienty dobře zvládáno, pacient je uložen do polohy na zádech, péče o osobní hygienu je po zákroku ztížena omezenou hybností nemocného, v prvních dnech dopomáhá sestra, nevyмоčí-li se nemocný do 8hodin po operaci, je nutno močový měchýř vycévkovat, odchod stolice a plynů bývá do 48hodin, časná pohybová aktivita nemocného po operaci je předpokladem nejen brzké normalizace funkcí, ale i prevencí tromboembolických komplikací.

Prognóza tohoto onemocnění je velmi dobrá a komplikace jsou minimální. Po prosté apendektomii, pro jednoduchou a nekomplikovanou apendicitidu, se jedná zpravidla o krátkou hospitalizaci v délce asi jednoho týdne.

## **1.11 Nejčastější problémy nemocných s apendicitidou**

Jeden z nejčastějších problémů které nemocné trápí je bolest. Bolest může být slabé intenzity, ale také silné až zničující. Nástup bolesti bývá náhlý, z plného zdraví, nebo postupný. Provokujícími faktory bývá pohyb, pacienti vyhledávají spíše polohu úlevovou a klid. Další problém je nechutenství, či zvracení. Frekvence zvracení bývá individuální, u apendicitidy zvracení vzácně předchází nástupu bolesti. Třetím problémem bývá porucha větrů a odchodu stolice, u dětí bývá průjem a u dospělých spíše zácpa. Část pacientů mývá strach, tento problém je především z nejisté diagnózy a hrozící operace. Čtvrtým problémem pacientů s tímto onemocněním je teplota, jelikož nepřesahuje ve většině případech 37,5°C, není tolik obtěžující.

## **2 Praktická část**

### **2.1 Identifikační údaje**

Jméno: P. J.

Datum narození: 5. 6. 1970

Bydliště: Hradec Králové

Oddělení: chirurgické

Den přijetí: 18. 11. 2008

Dny ošetřovatelské péče: 19. 11. 2008 – 22. 11. 2008

Pojišťovna: Oborová zdravotní pojišťovna

Stav: vdaná

Zaměstnání: nezaměstnaná

Kontaktní osoba: manžel

### **2.2 Výtah z lékařské dokumentace**

#### **2.2.1 Nynější onemocnění**

38 letá pacientka přivezena v noci záchrannou službou na chirurgickou ambulanci. Pacientka si stěžuje na bolest pravého podbřišku, která přetrvává již druhý den. Bolest se zintenzivňuje posledních 6 hod, se známkami peritoneálního dráždění, doprovázeno nauzeou a zvracením. Pacientka si stěžuje na zácpu, poslední stolice před 3 dny, normální konzistence. Močení bez obtíží, plyny odcházejí. Pacientka přijata k observaci pro suspektní iritaci appendixu.

#### **2.2.2 Lékařská anamnéza**

Osobní anamnéza: v dětství prodělala běžné dětské nemoci, v roce 1992 pyelonefritis, stav po flebotrombóze roku 1997

Operace: neguje

Úrazy: neguje

Alergická anamnéza: neguje

Rodinná anamnéza: otec i matka léčeni na hypertenzi.

Farmakologická anamnéza: neguje

Sociální anamnéza: nezaměstnaná, dříve pracovala jako šička bot. Pacientka bydlí s manželem a dětmi. Pacientka má 4 děti a 1 vnouče.

Abusus: nekouří, alkohol příležitostně.

### 2.2.3 Stav při přijetí (status praesens)

Klientka při vědomí, orientovaná místem a časem, eupnoická, normostenička. Přiměřené výživy. Kůže anikterická

Hlava – bez známek traumatu, na poklep nebolestivá, hlavové nervy inervují správně. Výstupy trigeminu nebolestivé. Bulby ve středním postavení, spojivky růžové, zornice izokorické, reagují na osvit. Jazyk plazí ve střední čáře, vlhký, nepovleklý, hrdlo klidné, tonzily bez čepů. Chrup vlastní. Uši a nos bez výtoků.

Krk – souměrný, šije volná, náplň krčních žil v normě, uzliny a tyreoidea (štítná žláza) nezvětšeny. Pulzace karotid souměrná, bez šelestů.

Páteř – fyziologicky zakřivená, poklepově nebolestivá.

Hrudník – souměrný, prsní žlázy bez hmatné patologické rezistence. Poklep plic plný, jasný, dýchání čisté, sklípkové. Úder srdečního hrotu není zvedavý. Poklepově srdeční ztemnění nezvětšeno. Akce srdce pravidelná, dvě ohraničené ozvy bez šelestu.

Břicho – v niveau, pohmatově výrazná bolestivost v pravém hypogastriu s naznačením peritoneálního dráždění, bez známek hmatné rezistence, játra nepřesahují pravý žeberní oblouk, nebolestivá, slezina je nehmatná, ledviny bimanuálně nehmatné, nebolestivé, tapottement pozitivní.

Genitál – ženský, bez zjevného fluoru, ochlupení ženského typu.

Horní končetiny - konfigurace a hybnost normální, nález v kloubech a svalech odpovídá věku. Arteria radialis a ulnaris jsou oboustranně hmatné.

Dolní končetiny – konfigurace a hybnost normální, nález v kloubech a svalech odpovídá věku. Pulzace hmatné v celém rozsahu. Bez otoků a varixů. Bez známek flebitidy.

## 2.2.4 Závěr při příjmu

Lékařská diagnóza:

- Apendicitis acuta
- St.p. phlebothrombosis 1997

Ordinace při přijetí:

- Dieta: nic per os
- Předoperační interní vyšetření požadováno dnes statimově
- Příprava k operačnímu výkonu
- Terapie: chirurgická
- Infuzní terapie: Ringerův roztok 500ml

Ordinovaná vyšetření při přijetí:

- Hematologické a biochemické vyšetření krve
- Biochemické vyšetření moče, vyšetření močového sedimentu
- Nativní snímek břicha
- Ultrasonografické vyšetření břicha
- Gynekologické vyšetření

## 2.3 Vyšetřovací metody

### 2.3.1 Laboratorní vyšetření

Tabulka č. 1 Krevní obraz

Datum odběru	18.11.2008	20.11.2008	22.11.2008	Referenční hodnoty
<b>Leukocyty</b>	$13,5 \cdot 10^9/l$	$12,1 \cdot 10^9/l$	$10,4 \cdot 10^9/l$	4,0–10,7 $\cdot 10^9/l$
<b>Erytrocyty</b>	$4,46 \cdot 10^{12}/l$	$4,32 \cdot 10^{12}/l$	$4,27 \cdot 10^{12}/l$	3,54–5,18 $\cdot 10^{12}/l$
<b>Hemoglobin</b>	134 g/l	130 g/l	128 g/l	116–163 g/l
<b>Hematokrit</b>	0,391 l	0,395 l	0,390 l	0,330–0,470 l
<b>Trombocyty</b>	$345 \cdot 10^9/l$	$340 \cdot 10^9/l$	$340 \cdot 10^9/l$	131–364 $\cdot 10^9/l$

Tabulka č. 2 Hemokoagulační vyšetření

Datum odběru	18.11.2008	20.11.2008	22.11.2008	Referenční hodnoty
<b>INR</b>	1,06 l	1,02 l	1,02 l	0,80-1,25 l
<b>APTT</b>	33,0 s	32,2 s	29,2 s	25,9-40,0 s

Tabulka č. 3 Sedimentace krve

Datum odběru	18.11.2008	20.11.2008	22.11.2008	Referenční hodnoty
<b>1 hod.</b>	45	26	14	I.15
<b>2 hod.</b>	73	58	36	IV.37

Tabulka č. 4 Biochemické vyšetření krve

Datum odběru	18.11.2008	20.11.2008	22.11.2008	Referenční hodnoty
<b>Natrium</b>	137 mmol/l	139	139	137-146 mmol/l
<b>Kalium</b>	3,8 mmol/l	3,8	3,9	3,8-5,0 mmol/l
<b>Chloridy</b>	104 mmol/l	101	102	97-108 mmol/l
<b>Urea</b>	5,1 mmol/l	5,0	4,4	2,0-6,7 mmol/l
<b>Kreatinin</b>	61 $\mu$ mol/l	73	56	44-104 $\mu$ mol/l
<b>Protein</b>	75 g/l	73	71	65,0 – 85,0 g/l
<b>Bilirubin</b>	8 $\mu$ mol/l	7,9	7,5	2,0-17,0 $\mu$ mol/l
<b>ALP</b>	1,26 $\mu$ kat/l	1,24	1,23	0,66-2,20 $\mu$ kat/l
<b>AST</b>	0,48 $\mu$ kat/l	0,46	0,47	0,1-0,72 $\mu$ kat/l
<b>ALT</b>	0,68 $\mu$ kat/l	0,59	0,64	0,1-0,78 $\mu$ kat/l
<b>GMT</b>	0,29 $\mu$ kat/l	0,31	0,30	0,14-0,68 $\mu$ kat/l
<b>CRP</b>	12 mg/l	10	8	< 8 mg/l
<b>Glykémie</b>	3,8 mmol/l	4,2	4,3	3,9-5,6 mmol/l

Tabulka č. 5 Vyšetření močového sedimentu

Datum odběru	18.11.2008	20.11.2008	22.11.2008	Referenční hodnoty
<b>Leukocyty</b>	7,0	6,8	7,0	< 51
<b>Erytrocyty</b>	2,0	2,0	2,2	< 01
<b>Epitelie dlaždice</b>	8,2	8,2	8,1	< 51
<b>Epitele přechodné</b>	0,2	0,1	0,1	< 0
<b>Bakterie</b>	0,9	0,9	0,6	0 - 1
<b>Hlen</b>	negativní	negativní	negativní	0 - 1

Tabulka č. 6 Chemické vyšetření moče

Datum odběru	18.11.2008	20.11.2008	22.11.2008	Referenční hodnoty
<b>Množství moči</b>	1000 ml	1600 ml	1800 ml	bilance vyrovnaná
<b>pH</b>	6,5	6,2	6,5	5,0-7,0
<b>Specifická hmotnost</b>	1,015	1,008	1,010	1,01-1,02 kg/m

### 2.3.2 Zobrazovací metody

- Ultrasonografické vyšetření břicha

*Datum:* 18. 11. 2008

*Závěr:* Hepatopatie, bez ložiskových změn, slezina v normě, žlučník anechogenního obsahu. Pankreas bez patologických změn. Ledviny bez městnání. Bez volné tekutiny v peritoneální dutině, bez známek periapendikulárního infiltrátu.

- Nativní snímek břicha ve stoje

*Datum:* 18. 11. 2008

*Závěr:* Bránice vpravo segmentovaná, výše uložena, oboustranně hybná, bez známek volného plynu. Je patrný smíšený obsah střevní, bez hladin. Bez poruchy střevní pasáže.



### 2.3.3 Gynekologické vyšetření

*Datum:* 18. 11. 2008

*Závěr:* pacientka odeslána k vyšetření pro podezření na ovariální cystu nebo appendicitis, menses před týdnem v termínu. *Závěr:* normální gynekologický nález.

### 2.3.4 Operační záznam

- *Lékařská diagnóza:* Appendicitis phlegmonosa
- *Druh operace:* Laparoskopická apendectomie – 18. 11. 2008

U pacientky s cca 18 hodinovou anamnézou v pravém podbřišku s vyznačeným peritoneálním drážděním a elevací leukocytů ( $13,5 \cdot 10^9/l$ ) v krvi přistupujeme k akutní operační revizi. V celkové anestézii vedeme pararektální řez v pravém podbřišku, v dutině břišní nalézáme malé množství zkaleného výpotku. Po luxaci céka do rány nacházíme na jeho konci flegmonózně změněný appendix velikosti 8 cm. Pahýl bezpečně zanořujeme tabáčkovým stehem a přešíváme Z – stehem. Revidujeme 100 cm terminálního ilea – Meckelův divertikl nenalezen. Lymfatické uzliny v mezenteriu nezvětšeny, adnexa drobná zvyklého uložení. Vysušujeme Douglasův prostor. Sestra hlásí, že operační materiál souhlasí. Provádíme suturu rány.

### 2.3.5 Pooperační ordinace

Pooperační péče probíhá na intermediálním oddělení, monitorování fyziologických funkcí v intervalu 15 minut po dobu dvou hodin. Nebude-li nevolnost či zvracení může za 5 hodin popíjet čaj po doušcích. Na oddělení monitorovat bolest a sledovat operační ránu. K tlumení bolesti ordinován Novalgin intramuskulárně dle potřeby. Prevence tromboembolické nemoci zajištěna Fragminem v dávce 5000j s.c. aplikovat v 9.00 hodin. Pokračovat v infúzní terapii Ringerova roztoku 500 ml. Kontrola bilance tekutin po 12 hodinách.

### 2.3.6 Histologický nález

Appendix délky 80 mm a průměru 10 mm, na řezu z lumen vytéká hnis, který je i na seróze. Tuková tkáň mezenteriola šířky až 20 mm. *Mikroskopický nález:* Akutní flegmonózní appendicitis.

## 2.4 Fyziologické funkce a sledování nemocného po operaci

Tabulka č. 7 Fyziologické funkce

Datum	19.11.2008	20.11.2008	21.11.2008	22.11.2008	Referenční hodnoty
<b>Tělesná teplota</b>	37, 8°C	36,9°C	36,8°C	36,4°C	36,1–36,9°C
<b>Krevní tlak</b>	140/80	135/80	135/80	140/75	120/80
<b>Tep</b>	88/min	85/min	89/min	76/min	50-90/min
<b>Dech</b>	20/min	18/min	18/min	16/min	15-20/min
<b>Saturace O<sub>2</sub></b>	98%	99%	97%	98%	91-100 %
<b>Hodnocení bolesti</b>	4	2	2	1	žádná bolest

Datum	19.11.2008	22.11.2008
<b>Výška</b>	168cm	168cm
<b>Hmotnost</b>	66kg	65kg
<b>BMI (Body Mass Index)</b>	23(norma)	23(norma)

Tabulka č. 8 Bilance tekutin

Datum	18.11.2008	20.11.2008	22.11.2008
<b>Příjem</b>	1300 ml	2200 ml	2400 ml
<b>Výdej</b>	1000 ml	1600 ml	1800 ml

## 2.5 Terapie

Tabulka č. 9 Terapeutické schéma

<b>Datum: 18.11. 2008</b>	<b>ordinace</b>	<b>interval</b>	<b>způsob aplikace</b>
dieta	Čaj po lžičkách		p.o.
analgetika	Novalgin 1 ampule	Dle potřeby	i.m.
antikoagulancia	Fragmin 5000 j.	á 24 hod	s.c.
infuzoterapie	Ringerův roztok 1000 ml	á 24 hod	i.v.
antibiotika	Klion 500	á 8 hod	i.v.

<b>Datum: 19.11. 2008</b>	<b>ordinace</b>	<b>interval</b>	<b>způsob aplikace</b>
dieta	kašovitá		p.o.
analgetika, antipyretika	Novalgin 1 ampule	Dle potřeby	i.m.
antikoagulancia	Fragmin 5000 j.	á 24 hod	s.c.
antibiotika	Klion 500	á 8 hod	i.v.

<b>Datum: 20.11. 2008</b>	<b>ordinace</b>	<b>interval</b>	<b>způsob aplikace</b>
dieta	šetřící		p.o.
analgetika, antipyretika	Novalgin 1 ampule	Dle potřeby	i.m.
antikoagulancia	Fragmin 5000 j.	á 24 hod	s.c.
antibiotika	Klion 500	á 8 hod	i.v.

<b>Datum: 21.11. 2008</b>	<b>ordinace</b>	<b>interval</b>	<b>způsob aplikace</b>
dieta	šetřící		p.o.
analgetika, antipyretika	Novalgin 1 ampule	Dle potřeby	i.m.
antikoagulancia	Fragmin 5000 j.	á 24 hod	s.c.
antibiotika	Klion 500	á 8 hod	i.v.

<b>Datum: 22.11. 2008</b>	<b>ordinace</b>	<b>interval</b>	<b>způsob aplikace</b>
dieta	šetřící		p.o.
analgetika, antipyretika	Novalgin 1 ampule	Dle potřeby	i.m.
antikoagulancia	Fragmin 5000 j.	á 24 hod	s.c.
antibiotika	Klion 500	á 8 hod	i.v.

## 2.6 Fyzikální vyšetření nemocné sestrou (19. 11. 2008)

Pacientka při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou, normostenická. Chůze v lehkém předklonu, drží se v pravém podbřišku. Poloha vleže na boku, pokrčené dolní končetiny. Výška 168 cm, váha 66 kg, krevní tlak 140/80 mm Hg, pulz pravidelný 72/minutu, dechová frekvence 18/minutu, tělesná teplota 37,8°C.

*Vyšetření hlavy:* lebka velikostně normocefalická, tvarově mezocefalická, hlava na poklep nebolestivá, držení hlavy přirozené, výstupy V. nervu nebolestivé, inervace III. a VII. nervu správná, příušní žláza nezvětšená, víčka bez patologického nálezu, oční bulby ve středním postavení, spojivky růžové, skléry bílé, rohovka průhledná a corneální, boltec bez patologického nálezu, zvukovod bez sekrece, sluch dobrý, nos bez výtoky, rty růžové a souměrné, jazyk se plazí ve střední čáře, povrch vlhký, růžový a

mírně povleklý, patrové oblouky růžové a hladké, tonzily malé a růžové, dásně růžové, chrup vlastní a zdravý.

*Vyšetření krku:* krční páteř pohyblivá, pulzace karotid symetrická, náplň jugulárních vén nezvýšená, glandula thyroidea nehmatná

*Vyšetření hrudníku:* hrudník tvarově astenický, dechová vlna se šíří symetricky, prsy symetrické bez rezistence, plíce pokleповě plné a jasné, dýchání sklípkové, bez vedlejších dechových šelestí, srdeční krajina bez vyklenutí, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené

*Vyšetření břicha:* souměrné v úrovni hrudníku, dýchá volně, poklep bubínkový, dobře prohmatné, pohmatově výrazná bolestivost v pravém hypogastriu s naznačením peritoneálního dráždění, bez známek hmatné rezistence, játra nepřesahují pravý žeberní oblouk, nebolestivá, slezina je nehmatná, ledviny bimanuálně nehmatné, nebolestivé, tapottement pozitivní.

*Vyšetření horních a dolních končetin:* Horní končetiny bez patologických změn, dolní končetiny pohyblivé, bez otoků, bez známek varixů, pulzace do periferie symetrická

## **2.7 Posouzení stavu potřeb klienta podle Marjory Gordonové (dne 19. 11. 2008)**

### **1. Vnímání zdraví**

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav momentálně spíše jak narušený. Pro udržení zdraví se snaží jíst pravidelně a zdravě. Za poslední rok neprodělala žádné závažnější onemocnění, pacientka pouze udává zhoršení migrény za poslední 3 měsíce, což má negativní vliv na kvalitu spánku. Nemocná je toho názoru, že bolesti hlavy a poruchy spánku, by se neměly řešit podáváním léků, ale alternativními způsoby např. procházkou nebo aktivitou v zájmových činnostech. Lékařská doporučení dodržuje důsledně a léky, pokud má ordinované, užívá pravidelně. Při objevení současných obtíží, které vznikly náhle z plného zdraví, byla pacientce přivolána manželem rychlá lékařská pomoc. Nyní se obává budoucnosti, tyto pocity jsou způsobené strachem z možných komplikací.

## 2. Výživa, metabolismus

Pacientka udává, že její hmotnost je poměrně stabilní. Pacientka je zastáncem zdravé výživy, preferuje méně tučná jídla s dostatkem zeleniny. Stravu přijímá bez problémů, převážně se stravuje 4 krát denně (snídaně, oběd, svačina, večeře). Příjem tekutin je 2000 ml, mezi oblíbené nápoje patří minerální vody a ovocné čaje. Pacientka má vlastní chrup. BMI nemocné je 23. Před hospitalizací velká nauzea doprovázená občasným zvracením, poté pocit sucha v ústech. Kožní turgor má nyní nemocná fyziologický, bez známek dehydratace, sliznice a vlasy bez patologických změn. Pacientka má kašovitou dietu - dieta č. 1, nyní nemocná neudává nauzeu ani zvracení.

## 3. Vylučování – moče, stolice, potu

Pacientka neudává poruchy ve vylučování moče, příměsí v moči neguje. Pacientka udává fyziologické vyprazdňování stolice, bez defekačních problémů, frekvence stolice byla 6krát týdně bez patologických příměsí, poslední 2 dny při objevení zdravotních obtíží stolicí neměla. Po operačním zákroku pacientka zatím nedefekovala. Nadměrné pocení neudává.

## 4. Aktivita, cvičení

Pacientka před hospitalizací aktivně cvičila, chodí 3krát týdně na cvičení s míči a udává, že jí denně zaměstnávají 4 děti. Nyní dodržuje klid na lůžku. V domácím prostředí pacientka udává dobrou kvalitu spánku, když „nemá migrénu“ spí i přes den. Léky ani jiné reparáty na podporu spánku neužívá, nyní se cítí odpočatě. Pacientka je soběstačná a nezávislá, nepotřebuje pomoc při běžných činnostech. Nyní má obtíže s pohybem, obtížněji vstává z lůžka a necítí se jistě při chůzi. Pacientka se již těší domů na běžné aktivity. Barthelův test základních všedních činností: 100 bodů – nezávislý (viz Příloha č. 3 - Barthelův test základních všedních činností).

## 5. Spánek, odpočinek

V domácím prostředí pacientka neudává problémy s usínáním, ani spánkem. Denně spí 7 - 8 hodin nepřerušovaně. V nemocničním prostředí, se kterým má nemocná

zkušenosti, pacientka udává problémy s usínáním a budí se v průběhu noci. Tyto problémy přikládá hospitalizaci a nyní i bolesti operační rány. Hypnotika nemocná odmítá.

## 6. Vnímání, poznávání

Pacientka je při vědomí, plně orientována místem, časem, osobou. Nemocná vzhledem ke svému mladšímu věku nemá problémy se sluchem, zrakem, řečí ani pamětí. Kompenzační pomůcky pacientka neudává. Kontakt nemocná udržuje otevřený a mluvenému slovu rozumí.

## 7. Vnímání-sebe sama

Nemocná se považuje za optimistu a plně si důvěřuje. Jako talentovaná se nepovažuje, spíše manuálně zručná, vzhledem ke svému dřívějšímu povolání (šička bot). Pacientka měla strach před operací, hlavně z nejisté diagnózy a operačního zákroku, v současné době pocítuje obavy z komplikací, které by jí mohly zabránit co nejdříve pečovat o rodinu. Jediné co pocítuje je určitá izolace od svých nejbližších, je zvyklá být s dětmi a manželem v neustálém kontaktu. Cítí se být „trochu odsunutá“. Zlost, hněv, ani nervozitu pacientka nyní neudává, udává v podstatě spokojenost se svým vzhledem.

## 8. Vztahy

Manžel s dětmi jsou nyní „v péči“ babičky, protože matka nemocné žije v Praze a mohou jí tedy častěji v nemocnici navštěvovat. Pacientka bydlí v Hradci Králové v rodinném domě s manželem a třemi dětmi, popisuje vřelé rodinné vztahy. Rodinné problémy neudává, kontakt s přáteli je častý a chování k nim udává nemocná jako přátelské. Pacientka je nyní 2 měsíce bez zaměstnání, po domluvě s manželem by se chtěla v současné době věnovat především dětem, pokud bude mít nějakou nabídku zaměstnání, tak nástup zváží na základě podmínek, které by jí nabídli. Se svými rodiči i rodiči manžela jsou v častém kontaktu.

## 9. Sexualita

Nemocná neudává žádné sexuální obtíže, s manželem žije v dlouholetém manželském vztahu. Začátek menstruace nemocná udává ve 12 letech, trvání většinou 4 dny bez výrazné bolestivosti. Počet těhotenství 4, bez komplikací během těhotenství. Antikoncepci ani jiné preparáty nemocná neužívá. Pacientka neprodělala žádné závažnější gynekologické onemocnění ani operační zákroky.

## 10. Zvládání zátěže-odolnost vůči stresu

Reakce nemocné na okolí je většinou dobrá, momentální reakce na hospitalizaci je dobře pacientkou zvládaná. Napětí prožívá zřídka, nejčastěji je vyvoláno rodinou, snižuje ho relaxování a snáší ho jak kdy, někdy lehce a někdy hůře. Pacientka zvládá stresové situace celkem dobře, ale s pomocí a oporou rodiny. Nemocná udává, že změnou v posledních letech bylo, že se stala v 38 letech babičkou. S odstupem času je to již pozitivní událost v jejím životě.

## 11. Bezpečnost – ochrana

Pacientka má zavedenou periferní žilní kanylu. Poškozená ústní sliznice není. Má porušenou kožní integritu operační ránou, ta se hojí per primam. Porušený chrup a alergická reakce neguje. Nemocná si není příliš jistá při chůzi, sama se aktivně snaží pohybovat i mimo lůžko. Pacientka je subfebrilní. Riziko pádu:0 bodů - riziko vzniká při 3 bodech a výš (viz Příloha č. 2 – Zjištění rizika pádu).

## 12. Komfort

Před zákrokem pacientka udávala bolest pravého podbřišku intenzity stupně 4, nyní pociťuje bolest v oblasti operační rány intenzity stupně 2 na vizuální analogové škále (viz Příloha č. 1 Vizuální analogová škála bolesti). Pacientka má ordinovaná analgetika - Novalgin intramuskulárně dle potřeby. Nauzea a zvracení již není.



### 13. Růst / vývoj

Pacientka neudává chronické onemocnění ani jiné problémy, její psychomotorický vývoj odpovídá jejímu věku. S pacientkou se velice dobře spolupracuje, je velmi komunikativní.

### 2.8 Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách

- **Diagnózy stanovené 19. 11. 2008**

*00132 Akutní bolest* v oblasti pravého podbřišku z důvodu chirurgického zákroku v dutině břišní projevující se intenzitou stupně 4, zaujímáním úlevové polohy, zhoršeným usínáním a častým buzením

*00148 Strach* z pooperačních komplikací z důvodu prodloužení hospitalizace a znemožnění péče o rodinu projevující se vyjadřováním obav a častým kladením dotazů ohledně zdravotního stavu a onemocnění

*00007 Hypertermie* z důvodu proběhlého zánětlivého procesu a chirurgického výkonu projevující se tělesnou teplotou zvýšenou nad normu a zvýšeným pocením

*00046 Porušená kožní integrita* z důvodu chirurgického zákroku projevující se operační ránou

*00053 Sociální izolace* z důvodu nepřítomnosti blízkých osob projevující se verbalizací pocitů osamocení a obtížným usínáním

*00004 Riziko infekce* z důvodu zavedení permanentního žilního katétru, operační rány a zavedeného drénu

- **Diagnózy stanovené 22. 11. 2009**

00011 *Zácpa* z důvodu snížené motility gastrointestinálního traktu po operačním výkonu projevující se snížením frekvence vyprazdňování a pocitem zvýšené citlivosti v oblasti břicha

**2.8.1 Akutní bolest** (00132) v oblasti pravého podbřišku z důvodu chirurgického zákroku v dutině břišní projevující se intenzitou stupně 4, zaujímáním úlevové polohy, zhoršeným usínáním a častým buzením

Cíl: Pacientka je bez bolesti do ukončení hospitalizace

Priorita: Střední

Výsledná kritéria

- Pacientka pociťuje zmírnění bolesti ze stupně č. 4 na stupeň č. 2 do 3 dnů
- Pacientka zná příčinu své bolesti do 1 hodiny
- Pacientka zná a umí využívat techniky napomáhající zmírnění bolesti do 1 dne
- Pacientka spí kvalitně celou noc bez probuzení do 4 dnů
- Pacientka spolupracuje v maximální možné míře ihned
- Pacientka usíná do 30 minut po uložení do 3 dnů

Intervence

- Sleduj intenzitu bolesti podle určitých stupnic průběžně (sestra)
- Sleduj lokalizaci a charakter bolesti průběžně (sestra)
- Akceptuj a uznej bolest tak, jak jí vnímá pacient vždy (sestra)
- Sleduj vliv bolesti u pacienta na spánek a příjem potravin do 1 dne (sestra)
- Zajisti pacientce ničím nerušený pokoj a toleruj návyky nemocné před spaním vždy (ošetřovatel, sestra)
- Podávej léky dle ordinace vždy (sestra)
- Pravidelně sleduj veškeré účinky podávaných léků (sestra)
- Aktivizuj pacienta v maximální možné míře každý den (sestra)
- Zajisti kontakt s rodinou do 1 dne (sestra)
- Doporuč využívání technik napomáhající zmírnění bolesti do 1 hodiny (sestra)
- Edukuj pacientku v problematice a sledování bolesti do 1 hodiny (sestra)

- Pomoz pacientce najít úlevovou polohu do 1 hodiny (sestra)
- Zajisti nemocné dostatek psychické i fyzické aktivity průběžně (sestra)

#### Realizace

- Pravidelně jsem sledovala intenzitu bolesti a výsledky jsem zapsala do dokumentace.
- Sledovala jsem lokalizaci a charakter bolesti a informovala jsem lékaře.
- Vytvořila jsem si mezi pacientkou vztah vzájemné důvěry.
- Podávala jsem léky v pevných časových intervalech dle ordinace lékaře.
- Sledovala jsem účinky léku a pravidelně měřila intenzitu bolesti, vše jsem zapisovala do dokumentace.
- Aktivizovala jsem pacientku v maximální možné míře při včasném vstávání z lůžka a snažila jsem jí edukovat o technikách snižujících bolest.
- Zajistila jsem nemocné dostatek denního tisku na oddělení.

Hodnocení: Pacientka je pátý den po operačním zákroku, bolest operační rány stále přetrvává, ale nyní udává zmírnění bolesti na intenzitu stupně 1. Pacientka se pohybuje stabilně, při vstávání z lůžka přetrvávají bolestivé grimasy v obličeji.

**2.8.2 Strach z pooperačních komplikací (00148)** z důvodu prodloužení hospitalizace a znemožnění péče o rodinu projevující se vyjadřováním obav a častým kladením dotazů ohledně zdravotního stavu a onemocnění

Cíl: Pacientka nepocítuje strach do 4 dnů

Priorita: Střední

Výsledná kritéria

- Pacientka zná důvody svého strachu do 2hodin
- Pacientka pocítuje zmírnění strachu do 1 dne
- Pacientka je dostatečně informována o diagnóze a následné léčbě do 2 hodin
- Pacientka rozumí a dodržuje léčebný režim do 1dne

Intervence

- Mluv na pacientku jasně, zřetelně a buď trpělivá vždy (sestra)

- Sleduj vitální funkce pacienta a vše zapisuj každý den (sestra)
- Zajisti kontakt s lékařem ihned (sestra)
- Dostatečně pacientku informuj o nemoci, operačním zákroku a následné péči a zkontroluj zda-li tomu nemocná dostatečně všemu rozumí ihned (sestra, lékař)
- Zajisti kontakt s rodinou do 1 dne (sestra)
- Zajisti pacientce klidné a příjemné prostředí do 1 dne (sestra, ošetřovatel)

#### Realizace

- Pacientku jsem edukovala o vyšetřeních, operativním zákroku a následné péči a ujistila jsem se, že pacientka rozumí, chápe a souhlasí.
- Zajistila jsem kontakt s lékařem.
- Sledovala jsem změny vitálních funkcí a zapisovala vše do dokumentace.
- Zajistila jsem kontakt s rodinou.
- Mluvila jsem s pacientkou zřetelně a dodržovala jsem empatický přístup.
- Aktivizovala jsem pacientku během dne.

Hodnocení: Cíl splněn, pacientka uvádí, že získala dostatek informací a komplikací se již neobává, o strachu již nehovoří.

**2.8.3 Hypertermie (00007)** z důvodu proběhlého zánětlivého procesu a chirurgického výkonu projevující se tělesnou teplotou zvýšenou nad normu a zvýšeným pocením

Cíl: Pacientka má fyziologickou tělesnou teplotu do 3 dnů

Priorita: Střední

Výsledná kritéria

- Pacientka zná příčiny zvýšené tělesné teploty ihned
- Pacientka má fyziologické pocení do 3 dnů
- Pacientka dodržuje léčebný režim do 1 hodiny
- Pacientka spolupracuje v maximální možné míře do 12 hodin
- Pacientka dodržuje zvýšenou hygienu každý den

Intervence

- Monitoruj a důkladně zapisuj tělesnou teplotu 3 krát denně (sestra)

- Sleduj barvu kůže a měř krevní tlak každý den (sestra)
- Měř příjem a výdej tekutin každý den (sestra, ošetřovatel)
- Zajisti dostatek tekutin ihned (sestra, ošetřovatel)
- Zajisti čisté a suché lůžko dle potřeby (sestra, ošetřovatel)
- Zajisti teplé a nerušené okolí do 1 hodiny (sestra, ošetřovatel)
- Dbej na zvýšenou hygienu pacientky každý den (sestra)
- Podávej léky dle ordinace lékaře vždy (sestra)
- Informuj lékaře při změnách tělesné teploty vždy (sestra)
- Informuj pacientku o příčinách zvýšené tělesné teploty do 1 dne (sestra, lékař)

#### Realizace

- Monitorovala jsem a zapisovala do dokumentace tělesnou teplotu.
- Sledovala jsem barvu kůže a měřila krevní tlak.
- Zajistila jsem dostatek tekutin během dne.
- Zajistila jsem dostatečně teplý a klidný pokoj.
- Doporučila jsem pacientce absolutní klid na lůžku.
- Zajistila jsem dostatečně čisté a suché lůžkoviny při zvýšeném pocení.
- Kontaktovala jsem lékaře.
- Podávala jsem léky dle ordinace lékaře.
- Informovala jsem pacientku o příčinách zvýšené teploty.

Hodnocení: Cíl byl splněn, pacientka je afebrilní a zvýšeně se nepotí.

#### **2.8.4 Porušená kožní integrita (00046)** z důvodu chirurgického zákroku projevující se operační ránou

Cíl: Pacientka má zhojenou operační ránu bez komplikací do konce hospitalizace

Priorita: střední

Výsledná kritéria

- Pacientka zná důvody poruchy kožní integrity do 1 hodiny
- Pacientka spolupracuje v maximální možné míře vždy
- Pacientka dodržuje léčebný režim každý den
- Pacientka zná zásady péče o operační ránu do 2 hodin

### Intervence

- Zhodnot' stav výživy kůže do 1 hodiny (sestra)
- Denně kontroluj odvádění zavedeného rukavicového drénu (sestra)
- Posud', do jaké míry postihuje porucha kožní integrity psychiku pacientky do 1 hodiny (sestra, lékař)
- Kontroluj denně kůži a operační ránu pacientky (sestra)
- Sleduj proces hojení rány každý den (sestra)
- Udržuj okolí a operační ránu v čistotě a suchu každý den (sestra)
- Zachovávej zásady asepse při ošetřování vždy (sestra)
- Prováděj převazy operační rány dle ordinace lékaře každý den (sestra)
- Doporuč nemocné každodenní sprchování operační rány do 2 hodin (sestra)
- Edukuj nemocnou o zásadách péče o operační ránu do 2 hodin

### Realizace

- Zhodnotila jsem stav výživy kůže a vždy informovala lékaře.
- Kontrolovala jsem a zapisovala funkčnost rukavicového drénu.
- Denně jsem kontrolovala operační ránu.
- Doporučila jsem pacientce každodenní sprchování operační rány.
- Dodržovala jsem aseptický postup během ošetřování operační rány.
- Denně jsem převazovala ránu dle ordinace lékaře.
- Udržovala jsem ránu a okolí v čistotě a suchu.
- Dostatečně jsem informovala pacientku o péči o ránu v domácím prostředí.

Hodnocení: Pacientce se hojí rána per primam, rukavicový drén je plně funkční, odvádí sekret z operační rány.

**2.8.5 Sociální izolace (00053)** z důvodu nepřítomnosti blízkých osob projevující se verbalizací pocitů osamocení a obtížným usínáním

Cíl: Pacientka nepocítuje sociální izolaci v maximální možné míře do 3 dnů

Priorita: Střední

Výsledná kritéria

- Pacientka nepocítuje osamocení do 2 dnů

- Pacientka je dostatečně informována o průběhu a délce hospitalizace ihned
- Pacientka spí celou noc bez probuzení do 4 dnů
- Pacientka usíná do 30 minut po uložení do 3 dnů

#### Intervence

- Zajisti kontakt s rodinou ihned (sestra)
- Dostatečně pacientku informuj o průběhu a možné délce hospitalizace do 1 hodiny (sestra, lékař)
- Komunikuj s pacientkou vždy (sestra)
- Věnuj nemocné dostatečný časový prostor a naslouchej jí vždy (sestra)
- Zajisti pacientce klidné a ničím nerušené prostředí do 4 hodin (sestra, ošetřovatel)
- Kontaktuj lékaře do 1 hodiny (sestra)

#### Realizace

- Dostatečně jsem pacientku informovala o průběhu a délce hospitalizace.
- Zajistila jsem kontakt s rodinou.
- Komunikovala jsem s pacientkou.
- Dostatečně jsem pacientce naslouchala.
- Zajistila jsem pacientce klidné prostředí.
- Kontaktovala jsem lékaře.

Hodnocení: Cíl byl splněn, pacientka popisuje výrazné snížení pocitu sociální izolace, již neverbalizuje pocitu osamocení a je dostatečně informovaná.

**2.8.6 Riziko infekce (00004)** z důvodu zavedení permanentního žilního katétru, operační rány a zavedeného drénu

Cíl: Pacientka nejeví známky infekce do konce hospitalizace

Priorita: Nízká

#### Intervence

- Dodržuj aseptický postup vždy (sestra)

- Sleduj denně vstupní místa katétru a drénu (sestra)
- Denně převazuj vstupní místa (sestra)
- Sleduj životní funkce a laboratorní nálezy každý den (sestra)
- Chraň pacienta před nozokomiální infekcí každý den (sestra, ošetřovatel)
- Dodržuj postup při ošetřování jednotlivých pacientů (umývání rukou, sterilní pomůcky) vždy (sestra, ošetřovatel, lékař)
- Informuj pacientku do 2 hodin (sestra, lékař)

#### Realizace

- Dodržovala jsem aseptický postup.
- Denně jsem sledovala vstupní místa katétru a drénu.
- Převazovala jsem permanentní žilní katétr a rukavicový drén dle ordinace lékaře.
- Sledovala jsem životní funkce a laboratorní výsledky.
- Dodržoval jsem aseptický postup u jednotlivých pacientů.
- Informovala jsem pacientku.

Hodnocení: Pacientka nemá projevy infekce. Hojení probíhá bez komplikací a dodržuje hygienické zásady.

**2.8.7 Zácpa (00011)** z důvodu snížené motility gastrointestinálního traktu po operačním výkonu projevující se snížením frekvence vyprazdňování a pocitem zvýšené citlivosti v oblasti břicha

Cíl: Pacientka má fyziologické vylučování stolice do ukončení hospitalizace

Priorita: střední

Výsledná kritéria

- Pacientka zná příčiny zácpy do 1 hodiny
- Pacientka se vyprázdní do 24 hodin
- Pacientka zná a umí používat techniky napomáhající zlepšení vyprazdňování stolice do 2 hodin

Intervence



- Edukuj pacientku o příčině poruchy pasáže ihned (sestra, lékař)
- Zjisti stravovací režim pacientky, pravidelnost příjmu potravy a tekutin do 2 hodin (sestra)
- Zajisti dostatečnou tělesnou aktivitu pacienta do 1 dne (sestra, ošetřovatel)
- Pouč pacientku o technikách napomáhající zlepšení defekace do 1 hodiny (sestra)
- Zajisti pacientce dostatečné soukromí vždy (sestra, ošetřovatel)
- Podávej léky dle ordinace lékaře vždy (sestra)
- Informuj lékaře do 1 hodiny (sestra)
- Informuj pacienta o pravidelnosti stravy bohaté na vlákninu a na zvýšený příjem tekutin (sestra)

#### Realizace

- Zjistila jsem příčinu zácpy.
- Informovala jsem pacientku o důvodech její zácpy.
- Zjistila jsem stravovací režim pacientky.
- Doporučila jsem nemocné při přetrvávajících obtížích stravu bohatou na vlákninu a dostatečný příjem tekutin.
- Informovala jsem lékaře.
- Podávala jsem léky dle ordinace lékaře.
- Edukovala jsem pacientku o technikách napomáhající zlepšení defekace.
- Zajistila jsem pacientce dostatečné soukromí při defekaci.

Hodnocení: Pacientka se vyprázdnila do 24 hodin, udávala, že zvýšená citlivost v oblasti břicha u ní stále přetrvává.

## 2.9 Edukační proces

V rámci edukačního procesu jsem se zaměřila na edukaci pacientky v péči o operační ránu. Dostatečná edukace a informovanost pacientky je velice důležitá, jelikož tímto způsobem je možné zajistit účinnou prevenci komplikovaného průběhu hojení operační rány.

### 2.9.1 Edukační záznam, realizace

*Téma edukace:* Poučení pacienta v péči o operační ránu

*Forma edukace:* Edukace probíhala verbální formou

*Cíl pacienta:* Seznámit pacientku se zásadami ošetřování operační rány

*Doporučení:* Antiseptické postupy při ošetřování operační rány

Hodnotná a vitamíny obohacená strava

Sprchování operační rány za použití dezinfekčního mýdla

V pooperačním období zásadně nekouřit

*Příjemce edukace:* Pacientka

*Edukátor:* Zdravotní sestra

*Metody:* Rozhovor a výklad

*Pomůcky:* Informační leták

### 2.9.2 Edukační plán

Deficitní znalost v péči o operační ránu (00126) z důvodu chirurgického zákroku projevující se verbalizací nedostatečné znalosti a opakovanými dotazy na daný problém

Cíl: Pacientka zná a umí používat zásady péče o operační ránu do 2 hodin

Výsledná kritéria

- Pacientka zná komplikace nedostatečné péče o operační ránu
- Pacientka chápe zásady péče o operační ránu
- Pacientka přiléhavě odpovídá na položené dotazy ohledně péče o operační ránu

## Intervence

- Poskytni nemocné základní informace ohledně péče o operační ránu a faktory, které hojení ovlivňují (sestra, lékař)
- Doporuč nemocné odbornou literaturu, informační letáky (sestra, lékař)
- Dostatečně pacientku informuj o zásadách péče o operační ránu (sestra)
- Předved' a pomoz nemocné hygienickou péči o operační ránu (sestra)
- Vysvětli nemocné komplikace porušování zásad péče o operační ránu (sestra, lékař)
- Doporuč nemocné používání antiseptik po každém osprchování (sestra)
- Edukuj rodinu nemocné ve významu péče o operační ránu (sestra)
- Zjistí dotazy, zda-li nemocná všemu rozumí (sestra)

## Realizace

- Vysvětlila jsem nemocné zásady péče o operační ránu včetně komplikací, které při nesprávné péči mohou nastat.
- Poskytla jsem informační letáky, které se týkaly nejen samotné péče, ale i vhodné stravy u pacientů po operačních zákrocích.
- Provedla jsem s nemocnou hygienickou péči o operační ránu s použitím antiseptik a v praktickém provedení jsem zdůraznila nutnost dodržování jednotlivých zásad péče.
- Vysvětlila jsem manželovi nemocné význam péče o operační ránu.
- Zjistila jsem zda-li nemocná zná a umí používat metody ke správnému ošetřování operační rány

Hodnocení: Cíl byl splněn. Pacientka porozuměla a zná zásady v péči o operační ránu a umí je použít.

### 2.9.3 kontrolní otázky pro sestru a pacienta

#### **Kontrolní otázky pro sestru:**

1. Zásady ošetřování operační rány

#### **Správné odpovědi:**

Udržovat okolí a operační ránu v čistotě a suchu každý den, Zachovávat zásady asepsy při ošetřování

- |  |  |
|--|--|
| 2. Jak často operační ránu převazovat? | Každý den, dle ordinace lékaře   |
| 3. Jaké jsou příznaky místní infekce?  | Operační rána je místně nebo celá zarudlá, operační rána se rozestupuje a je povleklá, infikovaná rána má nepříjemný zápach, bolestivost operační rány neustupuje nebo se stupňuje |

**Kontrolní otázky pro pacienta:**

1. Smíte si sprchovat operační ránu?
2. Jaká strava se v rekonvalescenčním období doporučuje?
3. Jaká antiseptika Vám byla doporučena?

**Správné odpovědi:**

- Ano
- Hodnotná a vitamíny obohacená strava
- Braunol

#### **2.9.4 Hodnocení edukace**

Pacientku jsem edukovala o zásadách ošetřování operační rány. Během této edukace došlo k vzájemné důvěře, což pozitivně přispělo celému edukačnímu procesu. Pacientka porozuměla všem informacím a naučila se správně ošetřovat operační ránu, na položené dotazy odpovídala přiléhavě.

## **Závěr**

Cílem této bakalářské práce bylo přispět k zvýšení kvality ošetrovatelské péče u pacientů s apendicitidou v praxi, vytvořit jakousi předlohu nejen pro studenty zdravotnických škol a sestry působící v klinické praxi, ale i pro širokou veřejnost, která by měla zájem získat více informací o tomto onemocnění.

Psaním této bakalářské práce jsem si zdokonalila vědomosti v teorii tohoto onemocnění a následně jsem se naučila tyto znalosti využívat v praxi při ošetřování nemocného s tímto onemocněním. Při čerpání informací o tomto onemocnění jsem se dozvěděla, že příčina u tohoto onemocnění může být z nevhodné stravy, z přemnožení bakterií a nebo může být zapříčiněna nádorem. Tato informace mě velice překvapila, jelikož některá odborná literatura dodnes uvádí, že příčina není zcela jasná. Apendicitida patří k nejčastějším náhlým příhodám břišním, je téměř nejčastější chirurgické onemocnění, ale i tyto statistiky nestačily k tomu, aby tomuto tématu byla věnována dostatečná pozornost. To je myšleno tak, že je dost těžké sehnat podrobné informace o tomto onemocnění v literatuře. S vybranou pacientkou se mi spolupracovalo velmi dobře, jelikož nemocná byla velice komunikativní, dodržovala léčebný režim a spolupracovala v maximální možné míře. Během ošetrovatelské péče došlo k vzájemné důvěře, což vedlo ke zkvalitnění realizace celého ošetrovatelského procesu. Mohu s klidným svědomím říci, že během ošetrovatelské péče byly uspokojeny biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby nemocné a pacientka byla během hospitalizace spokojena nejen s léčbou, ale i s ošetrovatelskou péčí, dostatečnou edukací a profesionálním a empatickým přístupem.

Potřebné podklady k bakalářské práci mi byly poskytnuty na chirurgickém oddělení Fakultní Thomayerovy Nemocnice s Poliklinikou v Praze.

## Seznam použité literatury

ČERVINKOVÁ, E. a kol. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. ISBN 80-7013-358-9

ELIŠKOVÁ, Miloslava; NAŇKA, Ondřej. *Přehled anatomie*. Praha: Univerzita Karlova, 2006. ISBN 80-246-1216-X.

FERKO, A. a kol. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0230-4

HÁJEK, M. a kol. *Náhlé příhody břišni: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2005. ISBN 80-86998-07-x

HRABOVSKÝ, Jaromír; KUBAČÁK, Jan. *Chirurgie*. : Scientia Medica, spol. s.r.o., 2001. ISBN 80-86861-41-4

JUŘENÍKOVÁ, P. a kol. *Ošetrovatelství pro střední školy*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 1999.

PETROVICKÝ, P. a kol. *Systematická, topografická a klinická Anatomie: Zažívací ústrojí*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-112-9

STAŇKOVÁ, Marta. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-70-13-323-6

ŠVÁB, Jan. *Náhlé příhody břišni*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-485-0

TOŠOVSKÝ, V. a spolupracovníci. *Appendicitis u dětí*. Praha: Alfa-Omega, 2002. ISBN 80-86318-30-3

VALENTA, J. a kol. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0644-5

VALENTA, J. et al. *Základy chirurgie*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-403-4

## **Seznam příloh**

Obrázek číslo 1 Umístění apendixu v trávicí soustavě

Obrázek číslo 2 Schéma vyhledání McBurneyova bodu

Obrázek číslo 3 Řez zaníceným apendixem

Příloha číslo 1 Vizuální analogová škála bolesti

Příloha číslo 2 Zjištění rizika pádu

Příloha číslo 3 Barthelův test základních všedních činností



Umístění apendixu v trávicí soustavě

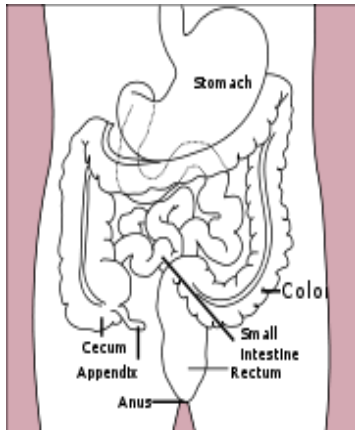


Schéma vyhledání McBurneyova bodu



Řez zaníceným apendixem



Monitorování bolesti dne 19. – 20. 11. 2008

**Monitorování bolesti během 24 hod.**  
od 12 hod. dne ..... do 12 hod. dne .....

bolest	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12
5 nesnesitelná													
4 krutá	○	○				○	○		○				
3 silná			○	○	○			○		○	○	○	○
2 nepříjemná													
1 mírná													
0 žádná													

Monitorování bolesti dne 20.- 21. 11. 2008

**Monitorování bolesti během 24 hod.**  
od 12 hod. dne ..... do 12 hod. dne .....

bolest	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12
5 nesnesitelná													
4 krutá													
3 silná	○	○						○	○				
2 nepříjemná			○	○	○	○	○			○	○	○	○
1 mírná													
0 žádná													

Monitorování bolesti dne 21.- 22. 11. 2008

Monitorování bolesti během 24 hod.													
od 12 hod. dne ..... do 12 hod. dne .....													
bolest	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12
5 nesnesitelná													
4 krutá													
3 silná													
2 nepříjemná	○	○			○		○						
1 mírná			○	○		○		○	○	○	○	○	○
0 žádná													

## Zjištění rizika pádu

Zjištění rizika pádu					
Skóre vyšší než 3, riziko pádu					
Pohyb	neomezený	0	Pád v anamnéze		1
	používá pomůcky	1	Medikace	ne užívá rizikové léky	0
	potřebuje pomoc k pohybu	1		užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky, benzodiazepiny	1
	neschopnost přesunu	1			
vyprazdňování	nevyžaduje pomoc v anamnéze	0			
	nykturie/inkontinence	1			
	vyžaduje pomoc	1			
Věk	18 - 75	0			
	75 a více	1			
Mentální status	orientován	0	Smyslové poruchy	žádné	0
	občasná/ noční inkontinence	1		vizuální, sluchový, smyslový deficit	1
	historie desorientace/demence	1			
<b>Celkové skóre: 0 bodů</b>					

## Barthelův test základních všedních činností

Položka	hodnocení	počet bodů
1. Najedení, napití	sám	<b>10</b>
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. Oblékání	sám	<b>10</b>
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. Osobní hygiena	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. Koupání	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. Kontinence moči	kontinentní	<b>10</b>
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	kontinentní	<b>10</b>
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. Použití WC	sám	<b>10</b>
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. Chůze po schodech	sám	<b>10</b>
	s pomocí	5
	nelze	0

9. Přesun lůžko-židle	sám	<b>15</b>
	s malou pomocí	10
	ev. vozík s dopomocí, vydrží sedět	5
	nelze	0
10. Chůze po rovině	nad 50m	<b>15</b>
	s pomocí	10
	na vozíku	5
	nelze	0

#### Vyhodnocení Barthelova testu

<b>Hodnocení stupně závislosti</b>	<b>0 – 40 bodů</b> Vysoce závislý	<b>65 – 95 bodů</b> Lehká závislost
	<b>45 – 60 bodů</b> Závislost středního stupně	<b>96 – 100 bodů</b> <b>Nezávislý</b>

