

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Duškova 7, Praha 5**

NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI

Bakalářská práce

TOMÁŠ SEMBOL, DiS.

Praha 2011

NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI

Bakalářská práce

TOMÁŠ SEMBOL, DiS.

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
Duškova 7, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-05-31

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl v seznamu literatury.

.....

Tomáš Sembol

V Praze dne 31.5. 2011

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Dušanu Syslovi, PhD., MPH za vedení, rady a spolupráci při tvorbě této bakalářské práce.

.....
Tomáš Sembol

V Praze dne 31.5. 2011

ABSTRAKT

TOMÁŠ, Sembol. Náhlé příhody břišní v přednemocniční péči. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: bakalář. Počet stran 67. Vedoucí práce. PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Praha. 2011

Tématem bakalářské práce jsou náhlé příhody břišní v přednemocniční péči. V teoretické části je zařazena stručná anatomie a projekce nejdůležitějších orgánů dutiny břišní, na tuto část je navázáno charakteristikou přednemocniční péče. Podrobněji je zde rozebráno dělení náhlých příhod břišních a poté následuje část, která se dotýká nejčastěji se vyskytujících náhlých příhod břišních.

Praktická část je zaměřena na případovou studii pacienta s akutní pankreatidou jak z pohledu přednemocniční péče, tak příjmu pacienta a následné nemocniční péče, až po propuštění.

Klíčová slova: Náhlé příhody břišní. Dutina břišní. Přednemocniční péče. Akutní pankreatitida. Kasuistika.

ABSTRACT

TOMAS, Sembol. Acute abdomen in prehospital care. High School of Health o.p.s., level of qualification: Bachelor. 67 pages. Supervisor: Mgr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Šumperk. 2011

The theme of my work is acute abdomen in prehospital care. The theoretical part is including the brief anatomy and a projection of the most important organs of the enterocoele, then continues a characteristic of the prehospital care. The dividing of acute abdomen is here more detailed analyzed, and then follows the part that touches the most frequent acute abdomen.

The practical part is focused on a case study of patient with acute pancreatitis, both from the perspective of prehospital care and patient's receiving to hospital care and following hospital care till to a releasing.

Key words: Acute abdomen. Abdominal cavity. Prehospital care. Acute pancreatitis. Case report.

PŘEDMLUVA

Náhlé příhody břišní jsou velmi častá onemocnění, která postihují velkou část naší populace. V rámci práce zdravotnického záchranáře se při poskytování přednemocniční pomoci s tímto onemocněním setkáváme velmi často.

Při výběru tématu hrála roli právě ona zmíněná častá setkání s pacienty, kteří trpěli různou formou náhlé příhody břišní. Jelikož pracuji jako zdravotnický záchranář, považuji za důležité prohloubit si znalosti v této problematice a seznámit se blíže s tímto onemocněním. Tyto důvody mě tedy vedly k výběru tématu a ke zpracování práce.

Téma je velmi rozmanité a není jednotvárné a existuje k němu řada literatury, hlavně v navazující nemocniční péči. Co se týče přednemocniční pomoci, bylo získávání literatury obtížnější. Při zpracování jsem čerpal hlavně z odborné literatury.

Zvolená metoda kasuistiky se mi zdála nejvhodnější formou, jak poukázat na celkový přístup k pacientovi s náhlou příhodou břišní, a na jeho osud v rukou zdravotníka od přednemocniční až po nemocniční péči.

Využívám této možnosti a děkuji vedoucímu práce, PhDr. Dušanu Syslovi, PhD., MPH, za odborné vedení, poskytnuté informace při konzultacích a vřelý přístup při vypracování této práce.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝH ZKRATEK	10
ÚVOD	14
TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE	15
1. 1 STRUKTURA ORGANIZACE PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČE	15
1. 2 ZÁKLADNÍ PRÁVNÍ NORMY	16
1. 3 DĚLENÍ VÝJEZDOVÝCH SKUPIN A JEJICH PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ.....	16
2 STRUČNÁ ANATOMIE A FYZIOLOGIE ORGÁNŮ DUTINY BŘIŠNÍ	17
2. 1. CHARAKTERISTIKA, LOKALIZACE A PROJEKCE NEJDŮLEŽITĚJŠÍCH ORGÁNŮ.....	17
2. 1. 1. <i>Játra</i>	17
2. 1. 2. <i>Žlučník</i>	18
2. 1. 3. <i>Slinivka břišní</i>	18
2. 1. 4. <i>Slezina</i>	18
2. 1. 5. <i>Jícen</i>	19
2. 1. 6. <i>Žaludek</i>	19
2. 1. 7. <i>Tenké střevo</i>	19
2. 1. 8. <i>Tlusté střevo</i>	20
2. 1. 9. <i>Konečník</i>	20
2. 1. 10. <i>Močový měchýř</i>	20
3 NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ.....	21
3. 1 ROZDĚLENÍ NÁHLÝCH PŘÍHOD BŘIŠNÍCH	22
3. 2 NEÚRAZOVÉ ZÁNĚTLIVÉ NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ OHRANIČENÉ NA ORGÁN.....	23
3. 2. 1 <i>Akutní apendicitida</i>	23
3. 2. 2 <i>Akutní pankreatitida</i>	24
3. 2. 3 <i>Akutní choleystitida</i>	25
3. 2. 4 <i>Neúrazový difúzní zánět pobřišnice</i>	26
3. 3 NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ ÚRAZOVÉ	28
3. 3. 1 <i>Poranění jater</i>	29
3. 3. 2 <i>Poranění sleziny</i>	30
3. 3. 3 <i>Poranění žaludku , dvanáctníku, tenkého a tlustého střeva</i>	31
3. 3. 4 <i>Poranění močového měchýře</i>	32
3. 4 NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ ILEÓZNÍHO TYPU	33
3. 4. 1 <i>Ileus mechanický obstrukční</i>	34
3. 4. 2 <i>Ileus mechanický strangulační</i>	34
3. 4. 3 <i>Ileus neurogenní paralytický</i>	35
3. 4. 4 <i>Ileus neurogenní spastický</i>	36
3. 4. 5 <i>Cévní ileus</i>	36
3. 5 NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ ZPŮSOBENÉ AKUTNÍM KRVÁCENÍM DO TRÁVICÍ TRUBICE	37
3. 5. 1 <i>Krvácení do horního zažívacího traktu</i>	37
3. 5. 2 <i>Krvácení do dolního zažívacího traktu</i>	38

PRAKTICKÁ ČÁST	39
4 KAZUISTIKA U PACIENTA S NÁHLODU PŘÍHODOU BŘÍŠNÍ	39
4. 1 KASUISTIKA U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU PŘEDNEMOCNIČNÍ ČÁST	39
4. 2 KASUISTIKA U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU AKUTNÍ PŘÍJEM.....	45
4. 3 KASUISTIKA U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU NEMOCNIČNÍ ČÁST	53
ZÁVĚR	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
KNIŽNÍ PUBLIKACE:.....	66

SEZNAM POUŽITÝH ZKRATEK

ALP.....	alkalická fosfatáza
ALG	alergie
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový test
BMI	index tělesné hmotnosti
CRP	C reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
DRNR	doprava raněných nemocných a rodiček
EKG	elektrokardiografie
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
FA	farmakologická anamnéza
GCS	Glasgow coma scale
GIT	gastrointektinální trakt
GMT	gama glutamyltransferáza
INR	normalizovaný mezinárodní poměr
JIP	jednotka intezivní péče
LPP	lékařská první pomoc

LZS letecká záchranná služba

MZ ministerstvo zdravotnictví

RA rodinná anamnéza

RLP rychlá lékařská pomoc

RTG rentgen

RZP rychlá zdravotnická pomoc

SA sociální anamnéza

Sb. sbírky

SONO ultrazvukové vyšetření

ZZS zdravotnická záchranná služba

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Angiografie** rentgenové vyšetření cév za pomoci kontrastu
- Detoxikace** odstranění cizích látek
- Difúzní** zánět břicha postihující celou stěnu
- Diagnostika** vyšetření, způsob určení chorob
- Epigastrium** nadbříšek
- Hyperglykemie** zvýšená hladina cukru v krvi nad 6,3 mmol/L
- Hypotenze** nízký krevní tlak pod 120/ 80
- Indikována** určená k něčemu
- Intravenósní** nitrožilní
- Irigografie** kontrastní rentgenové vyšetření tlustého střeva
- Managment** řízení lidských zdrojů
- Nauzea** pocit na zvracení
- Obturace** uzávěr
- Paraklinické vyšetření** pomocná vyšetření
- Paralytický** ochrnutý

Patologický chorobný

Peritoneální krytý pobřišnicí

Prenatální doba mezi početím a narozením

Přednemocniční poskytovaná péče mimo nemocniční zařízení

Retroperitoneální ležící za pobřišnicí

Sepse zaplavení organismu bakteriemi

Spastický způsoben stahem svaloviny

Strangulace zaškrcení

Subfebrilie zvýšená tělesná teplota do 37,9 °C

Symptomatologie příznaky nemoci

Tachykardie zrychlený tep, nad 80 za minutu

Tachypnoe zrychlená frekvence dýchání, nad 16 za minutu

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce jsou náhlé příhody břišní v přednemocniční péči. Toto onemocnění je v dnešní době velmi rozšířeno. Postihuje téměř každého bez rozdílu věku a pohlaví. Je to onemocnění, které může být úplně nezávažné nebo může omezit pacienta silnou bolestí a v konečném důsledku vede dokonce až ke smrti. Samotný název vznikl už ve 30. letech 20. století a dodnes se používá, což ukazuje na stálý výskyt náhlých příhod břišních.

K volbě tématu mě dovedla častost výskytu tohoto onemocnění v průběhu mého povolání. Je důležité znát hlavní příčiny a doprovodné příznaky. K tomu slouží hlavně teoretická část, která seznamuje se základy anatomie dutiny břišní, dále s pojmem přednemocniční péče. Hlavní část se týká samotného popisu a rozdělení náhlých příhod břišních a další charakteristiky jednotlivých, nejčastěji se vyskytujících druhů tohoto souboru onemocnění.

Cílem teoretické části je tedy obnovit si a následně získat nové znalosti v problematice náhlých příhod břišních. V této části jsem využil hlavně odborné literatury.

Část praktická, která je zpracována formou kasuistiky, se zaměřuje na popsání stavu a osudu pacienta s akutní pankreatitidou od přijetí hlášení, přes výjezd k pacientovi, předání na urgentním příjmu a nemocniční péči, až po propuštění do domácí péče.

Cílem praktické části je popsat a ukázat, jak se postupuje v případech u pacienta s náhlou příhodou břišní. Jaké jsou postupy a jak může stav pacienta probíhat a skončit. V praktické části jsem čerpal ze svých zkušeností z výjezdů, z dostupné dokumentace a rozhovorů s kolegy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE

Přednemocniční péče je definovaná jako péče poskytovaná postiženým na místě, kde došlo k náhle vzniklému onemocnění nebo jejich poranění a péče během transportu do cílového zdravotnického zařízení k následné péči. Tato péče je zajišťována zdravotnickou záchrannou službou. Přednemocniční neodkladná péče je indikována a poskytována zdravotnickou záchrannou službou při stavech:

- bezprostředně ohrožujících život
- způsobujících bez okamžité odborné pomoci trvalé následky
- působících akutní bolest a utrpení
- které mohou vést k prohlubování patologických změn a ke smrti
- které vedou ke změně chování a ohrožení sama sebe nebo svého okolí

(Bydžovský, 2008)

1.1 Struktura organizace přednemocniční neodkladné péče

Zdravotnická záchranná služba se v České republice dělí na územní střediska, oblastní střediska a jednotlivá výjezdová stanoviště. Zřizovatelem zdravotnické záchranné služby je v České republice krajský úřad. V současné době má okolo 6,5 tisíce zaměstnanců.

Územní středisko sídlí v krajském městě. Řídící úsek, na kterém se podílí ředitel, provozní náměstek, ekonomický náměstek, personální náměstek a náměstek pro LPP. Další součástí územního střediska je operační středisko, zdravotní úsek zahrnující výjezdové skupiny a v neposlední řadě úsek krizového managementu.

Tísňová výzva je přijímána dispečery, kteří ji vyhodnotí a rozhodnou o nasazení posádky. Maximální doba dojezdu na místo je 15 minut a je závazná. Audio nahrávka se uchovává minimálně 3 měsíce (Ertlová, Mucha, 2006).

1. 2 Základní právní normy

Zdravotnická záchranná služba je povinna zabezpečovat přednemocniční neodkladnou péči. Její činnost je regulována hlavně těmito právními předpisy.

- zákon o zdraví a péči lidu, zákon číslo 20/1966 Sb.
 - vyhláška MZ ČR č. 434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě,
 - vyhláška MZ ČR č. 49/1993Sb. o technickém a věcném vybavení zdravotnických zařízení
 - zákon o integrovaném záchranném systému, zákon číslo 239/2000 Sb.
- (Ertlová, Mucha, 2006)

1. 3 Dělení výjezdových skupin a jejich personální obsazení

Posádka letecké záchranné služby je tvořena lékařem, pilotem a záchranářem. V ČR je 10 stanovišť LZS s akčním rádiem 50-70km.

Rychlá lékařská pomoc je složena z lékaře, řidiče a záchranáře. Je indikována při všech stavech ohrožujících život.

Posádku rychlé zdravotnické pomoci tvoří záchranář a řidič. Rendez- vous je posádka, kterou tvoří řidič a lékař. Tímto systémem se zvyšuje dostupnost lékaře a zkracuje se dojezd (Bydžovský, 2008).

Požadavek na vzdělání lékaře zdravotnické záchranné služby je specializace v jednom ze základních lékařských oborů, optimální je anesteziologie a resuscitace.

Zdravotnický záchranář je povinen mít pro výkon svého povolání vyšší odbornou nebo vysokou školu v oboru zdravotnický záchranář.

Řidič sanitního vozu je povinen absolvovat kurz DRNR a kurz řidiče RLP. Tyto kurzy jsou pořádány v Brně (Ertlová, Mucha, 2006).

2 STRUČNÁ ANATOMIE A FYZIOLOGIE ORGÁNŮ DUTINY BŘIŠNÍ

Anatomicky se dá břicho rozdělit na dutinu peritoneální a retroperitoneální. Nitrobřišní orgány jsou obaleny peritoneální výstelkou. Předstěra, ležící v této dutině, se stejně jako peritoneum podílí na likvidaci zánětů a infekcí v této dutině.

V peritoneální dutině leží abdominální část jícnu, žaludek, tenké a část tlustého střeva, játra, slezina, žlučník a u žen vaječníky. Retroperitoneální dutina obsahuje ledviny, močodod, močový měchýř, močovou trubici, část slinivky a tlustého střeva. Dále aortu, dolní dutou žílu, pánevní tepny a žíly, mízní cévy a uzliny (VYHNÁLEK aj., 2003).

2. 1. Charakteristika, lokalizace a projekce nejdůležitějších orgánů

Nyní stručný přehled nejdůležitějších orgánů dutiny břišní. Znalost funkce, lokalizace a projekce je velmi důležitá při diagnostice v přednemocniční péči.

2. 1. 1. Játra

Játra jsou největší a nejtěžší orgán lidského těla, jejich váha je okolo 1500g. Jejich funkcí je tvorba tepla, detoxikace, skladování látek a krve a metabolismus cukrů, tuků a bílkovin, tvorba žluče a v prenatalním období jsou místem krvetvorby. Nachází se v pravé brániční klenbě a dolní okraj nepřesahuje oblouk žeberní. Jaterní buňky jsou uspořádány do trámců, které tvoří stavební a funkční jednotku jater.

Játra jsou členěna do čtyř laloků, ty se na spodní ploše jater sbíhají v tvaru písmene H, v tomto místě se nachází jaterní branka, kde vstupuje jaterní tepna, vrátnicová žíla a vystupují zde mimojaterní vývody, které se spojují ve společný jaterní vývod, který společně s vývodem ze žlučníku tvoří žlučový vývod ústící na do dvanáctníku na duodenální papile.

2. 1. 2 Žlučník

Žlučník je vakovitý orgán a promítá se, kde svislá čára prochází středem kosti klíční a protíná žeberní oblouk. Slouží ke skladování žluči a jeho obsah je okolo 60 ml. V játrech je za den vytvořeno zhruba až 1,2 litru žluče, která se zde zahušťuje a skladuje. Do dvanáctníku je vyprázdněna reflexně a také pod vlivem cholecystokininu. Žluč je nezbytná pro vstřebávání a zpracování tuků.

2. 1. 3 Slinivka břišní

Slinivka břišní je 20 cm dlouhá žláza a leží za žaludkem a probíhá napříč dutinou břišní. Skládá se z hlavy, těla a ocasu. Slinivka břišní je žláza s vnitřní i vnější sekrecí. Hormony glukagon, inzulin, gastrin a somatostatin patří do vnitřní sekrece. Zevně produkuje pankreatickou šťávu. Pankreatické šťávy se za den vytvoří jeden až dva litry, ta je poté vyprázdněna na vývodu společném se žlučovodem na Vaterské papile.

Hlavní funkce pankreatické šťávy je neutralizovat nízké pH v duodenu, které je způsobeno přítomností kyselého chymu. Další důležité funkce jsou štěpit bílkoviny, polysacharidy a lipidy. (DYLEVSKÝ, 2000).

2. 1. 4 Slezina

Slezina je největší lymfatický orgán, není ovšem nezbytná pro přežití. Slezina je uložena v levé brániční klenbě v rozmezí 9. až 11. žebra. Má velmi bohaté cévní zásobení.

Hlavní funkcí sleziny je zásoba krve, odbourávání červených krvinek v červené pulpě a obranyschopnost organismu díky lymfocytům z bílé pulpy. Ve slezině také dochází ke skladování krve. Je zde skladováno více než 1/3 trombocytů a dozrávají zde také erytrocyty.

2. 1. 5 Jícen

Jícen je trubicovitý orgán, měří asi 25cm. Spojuje hltan se žaludkem. Dolní, krátká část jícnu je kryta peritoneem a do břišní dutiny vstupuje otvorem v bránici.

2. 1. 6 Žaludek

Žaludek je vakovitě rozšířená část trávicí trubice. Tvoří ho česlo, fundus, tělo, vrátník, který uzavíratelným průchodem navazuje na dvanáctník. Žaludek naléhá částí své stěny na přední břišní stěnu v trojúhelníkovém poli, které je ohraničeno žebry, rozbíhajícími se od dolního kraje hrudní dutiny.

Funkcí žaludku je mechanicky a chemicky zpracovat potravu. Obsah žaludku může stoupnout z období lačnění až na 1500ml. Po příchodu potravy je žaludek 15-200 minut v klidu. Poté žaludek chemicky a mechanicky zpracovává potravu. Tekutá část potravy odtéká přímo do tenkého střeva a pevná část je rytmickými pohyby rozmělněna a promíchána s žaludeční šťávou, výsledkem toho je vytvoření tráveniny.

Chemicky je významná tvorba žaludeční šťávy, kdy za den se jí vytvoří asi 2-3 litry. Skládá se z HCl, která zajišťuje kyselé prostředí nezbytné pro ničení choroboplodných zárodků, uvolňování enzymů, aktivuje pepsiny, které štěpí bílkoviny. Mucin je tvořen hlenovými žlázkami žaludku, a jeho hlavní funkce je ochrana žaludeční sliznice. Sekrece žaludeční šťávy je zprostředkováno nervovými vlivy a hormony.

2. 1. 7 Tenké střevo

Tenké střevo je nejdelší oddíl trávicí trubice, bývá dlouhé od tří do pěti metrů a až tři metry široké. Dělí se na tři úseky: dvanáctník, lačník a kyčelník

Dvanáctník je první a nejkratší úsek tenkého střeva. V sestupné části je patrná velká bradavka dvanáctníku, do které ústí žlučovod s hlavním vývodem pankreatu.

Sliznice obsahuje výběžky, klky, které zvětšují resorpční plochu. Funkce tenkého střeva je hlavně vstřebávání aminokyselin, monosacharidů, tuků, vody a anorganických látek.

2. 1. 8 Tlusté střevo

Tlusté střevo je asi 1,5m konečný úsek trávicí trubice. Oproti tenkému střevu je kratší a širší. Tlusté střevo se dělí na : slepé střevo, vzestupný tračník, příčný tračník, sestupný tračník, esovitou kličku, konečník. Fyziologicky obsahuje bakterie.

Slepé střevo je vakovitý začátek tlustého střeva, do něhož ústí tenké střevo. Na vnitřním okraji slepého střeva z něj odstupuje červovitý přívěšek. Stálou polohu má pouze jeho začátek, který se promítá v McBurneyově bodě. Postavení červovitého přívěšku je velmi variabilní, ovšem nejčastěji zasahuje do malé pánve. Tím, že obsahuje velké množství lymfatické tkáně, dochází velmi často k zanícení.

2. 1. 9 Konečník

Konečník je posledním oddílem celé trávicí trubice. V jeho ampulovité části se hromadí stolice. Dolní zúžená část přechází análním otvorem v řitní otvor. Obsahuje vnitřní svěrač, vůlí neovladatelný a zevní svěrač, vůlí ovladatelný.

2. 1. 10 Močový měchýř

Močový měchýř je dutý svalový orgán. Prázdný močový měchýř nepřesahuje sponu stydkou. Tvar mění v závislosti na své náplni.

Sliznice močového měchýře je tvořena hladkou svalovinou. Jeho hlavní úlohou je skladování moče . Celková kapacita je 500 – 700 mililitrů. Při náplni asi 300ml dochází k nucení na močení. Centrum močení je uloženo v oblasti kosti křížové (ROKYTA aj., 2003)

3 NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ

„Označení náhlé příhody břišní pochází od profesora Arnolda Jiráka z doby prvního vydání jeho učebnice Náhlé příhody břišní v roce 1936. Uvedený název břišních onemocnění, kterým je třeba věnovat obzvláštní pozornost vzhledem k závažnosti jejich možných důsledků pro nemocného, se od prvního vydání knihy vžil, nad názvem náhlé příhody břišní se dnes v Čechách ani na Slovensku nikdo z lékařů nepozastavuje. Jsou denním chlebem každého praktického lékaře i kliniků (ŠVÁB, 2007, str. 3).“

Pojem náhlé příhody břišní zahrnuje nemoci břicha, které se vyskytnou nečekaně prudce a postihují nemocného většinou z plného zdraví. V méně častých případech mohou zhoršovat již chorobný proces probíhající v břišní dutině. Náhlý vznik a rychlý průběh tohoto onemocnění vyžaduje pokaždé velmi rychlé stanovení diagnózy, ta ukáže, zda je nutná operace nebo zda se dá stav zvládnout konzervativně s tím, že se pacient bude pravidelně sledovat a kontrolovat. Opožděné stanovení správné diagnózy může pacienta ohrozit na životě.

Mezi nejdůležitější diagnostické úkoly patří rozhodnutí, zda se jedná o náhlou příhodu nebo ne. Je-li zde jen podezření, že se jedná o tento stav, je nezbytné a správné ihned nemocného odeslat do zdravotnického zařízení. Je potřeba neustále pamatovat na to, že každá náhlá příhoda břišní představuje dynamický děj, který může vést jak ke zlepšení, nebo ke zhoršení stavu pacienta a vyžaduje neustálé sledování pacienta, které není možné bez hospitalizace. Je vždy lepší poslat pacienta několikrát zbytečně do nemocnice s podezřením, že se jedná o náhlou příhodu břišní, než jednou odkladem zapříčinit jeho smrt (BALAŠ aj., 1985) .

3. 1 Rozdělení náhlých příhod břišních

„Protože náhlé příhody břišní mají společného jmenovatele pouze v charakteru svého vzniku, rychlém průběhu, lokalizaci v oblasti dutiny břišní, je i jejich klasifikace spíše výčtem skupin onemocnění, která se pod tento pojem zahrnují. Určité skupiny náhlých příhod břišních mají svou specifickou symptomatologii a při vyšetření můžeme určit, o jaký druh náhlé příhody břišní se nejspíše jedná, a tímto směrem pak upřít svou pozornost (ŠVÁB, 2007, str. 6).“

Náhlé příhody břišní se dají rozdělit dle způsobující příčiny do několika skupin a dalších podskupin. Každá z těchto skupin má své specifické příznaky, ale v některých se mohou také shodovat. Stručně a přehledně se dají náhlé příhody břišní rozdělit následovně:

- Neúrazové
 - Zánětlivé ohraničené na orgán (akutní apendicitida, akutní pankreatitida, akutní cholecystitida)
 - Difúzní zánět pobřišnice

- Úrazové (poranění jater, sleziny, slinivky břišní, žaludku, dvanáctníku, tenkého a tlustého střeva, močového měchýře)

- Ileózní
 - Mechanický
 - Obturační
 - Strangulační
 - Neurogenní
 - Paralytický
 - Spastický
 - Cévní

- Krvácení do trávicí trubice (ŠVÁB, 2007)

3. 2 Neúrazové zánětlivé náhlé příhody břišní ohraničené na orgán

Mezi tento druh náhlých příhod břišních řadíme hlavně akutní apendicitidu, akutní pankreatitidu, akutní cholecystitidu a difúzní zánět pobřišnice.

3. 2. 1 Akutní apendicitida

Akutní apendicitida je nejčastější náhlou příhodou břišní ve vyspělých zemích. Vyskytuje se ve všech věkových skupinách, ovšem vrchol výskytu je kolem 12 až 15 let. Nejčastější příčinou vzniku může být zúžení lumen červovitého přívěšku. Dále je často připisováno parazitům, fibróze, nebo překážce, která zabraňuje zpětnému vyprazdňování lumen. Příčinou může být také zvýšená invazivita bakteriálních kmenů v důsledku používání antibiotik různých typů (ŠVÁB, 2007).

Apendicitida se projevuje specificky i nespecificky a pro další postup v léčbě je nesmírně důležitá diagnostika a znalost základních příznaků. Vyšetření se v přednemocniční péči opírá hlavně o anamnézu a základní fyzikální vyšetření pro rozpoznání následujících příznaků jako jsou :

- Náhlá bolest v podbříšku, která se stěhuje do pravého podbříšku, kde nabývá charakter bolesti somatické (ostrá až bodavá, zhoršuje se tlakem, kašlem, změnou polohy), může být kolikovitá, může dojít i ke krátkodobému zlepšení
- bolestivý poklep v pravém podbříšku (**Plenies**)
- bolestivá palpace lokalizovaná v závislosti na poloze červu, nejvíce v Mc Burneyově bodě, bolest při oddálení palpující ruky (**Blumberg**) i při palpaci vlevo (**Rowsing**), ohraničená defense
- nausea, často reflexní zvracení, nechutenství, spíše zácpa než průjem
- per rectum bolestivost, teplota mírně zvýšená (pod 38°C) (Bydžovský, 2008)

Nejvíce poznatků ke stanovení diagnózy získáme z již zmíněného fyzikálního vyšetření a odběru anamnézy. Více není možné v důsledku technického vybavení v přednemocniční péči vyšetřit. V nemocnici dále navazuje odběr krve, kde mohou být zvýšené hodnoty sedimentace a leukocytů. Z paraklinických vyšetření má největší hodnotu sonografie, nativní rentgenový snímek se dělá z důvodu diferenciální diagnostiky. U žen je poté nutno dělat i gynekologické vyšetření (ŠVÁB, 2007).

Pacientovi s apendicitidou je v přednemocniční péči je nutné zajistit žilní vstup a nepodávat nic ústy. Jsou-li známky hypovolemického šoku, je nutné hradit tekutiny. Pacient by měl být rychle transportován do nemocničního zařízení v úlevové poloze. Během transportu je nutno sledovat životní funkce.

V akutní péči v nemocničním zařízení je nejčastěji apendicitida řešena chirurgicky - apendektomií. Nejasné stavy nebo časná stádia vyžadují dvouhodinové observace (ŠVÁB, 2007).

3. 2. 2 Akutní pankreatitida

Nejčastější příčiny jsou žlučové kameny nebo záněty žlučníku, dále poruchy cirkulace, poškození cévní stěny nebo stav, kdy po požití nadměrného množství přetučněných pokrmů nebo při alkoholismu dojde k městnání v dvanáctníku. Postihuje nejčastěji muže mezi 30 až 50 lety (DIVIŠ, 1963).

Při fyzikálním vyšetření hned po odběru anamnézy při vyšetřování v přednemocniční péči často rozpoznáme tyto příznaky společné pro pankreatitidu:

- schvácenost, cyanóza, studený pot, tachykardie, tachypnoe, suchý, oschlý jazyk
- celková bolest může být v kontrastu s červenou barvou v obličeji
- nemocní jsou neklidní, hlasitě naříkají, mění neustále polohu
- v anamnéze bývá často uvedena dietní chyba, alkohol, vředová choroba
- krutá náhlá bolest v podbřišku s propagací do boku nebo bederní krajiny nebo levé lopatky a ramene, nausea, zvracení, které nepřináší úlevu
- pohmatově bolestivé, nafouklé zvednuté břicho, poslechově je patrné ticho
- od začátku zástava odchodu plynů a stolice
- subikterus sklér je asi u 25% (Bydžovský, 2008)

Další vyšetřovací metody se provádí v nemocničním zařízení a zahrnují odběr krve, kde je patrná leukocytóza a zvýšená hladina amyláz a hypokalcémie. Vyšetřují se také hladiny bilirubinu, ALP a GMT. Dále navazuje sonografické vyšetření a v následujících dnech CT vyšetření (ŠVÁB, 2007).

Terapie v přednemocniční péči spočívá v zajištění žilní linky pacienta, podání infuzního roztoku, je možné pacientovi podat opioidní analgetikum. Po zajištění pacienta je nutný rychlý transport pacienta v úlevové poloze za neustálé kontroly vitálních funkcí. Po celou dobu se nesmí podávat nic per os (Bydžovský, 2008).

K chirurgické péči se přistupuje při známkách sepse, u nemocných s těžkým šokem a nemocných s nekrózou tkáně. Konkrement se vyjímá pomocí ERCP. Konzervativní postup spočívá v léčbě šoku, bolesti, úpravě vnitřního prostředí, substituce ztracených tekutin, prevenci infekce, sledování klinického obrazu a vyšetření. Pacient je hospitalizován na oddělení JIP a nesmí přijímat nic per os (ŠVÁB, 2007).

3. 2. 3 Akutní cholecystitida

Zánět žlučníku patří mezi náhlé příhody břišní, pro něž je charakteristický náhlý začátek a bouřlivý klinický průběh, kde hraje velmi důležitou roli včasné rozpoznání a rozhodnutí léčby (BALAŠ aj., 1985).

Akutní cholecystitida je onemocnění, které je nečastěji vyvoláváno aerobními bakteriemi, které mohou proniknout do stěny žlučníku krevní nebo lymfatickou cestou. Dalším faktorem může být konkrement ve žlučníku, který usnadňuje vznik zánětu a tento zánět může dále přecházet do cholelithiázy. (VYHNÁLEK, 2003).

Při vyšetření v přednemocniční péči, kdy máme dispozici často jen fyzikální vyšetření, se zaměřujeme na přítomnost příznaků charakteristických pro cholecystitidu:

- nechutenství, namáhavé zvracení s příměsí žluče
- nadýmání, zástava odchodu plynů, vzedmuté břicho, subikterus skléry
- zvýšená teplota a zrychlený tep, horečka, zimnice
- Murphyho příznak, silná bolest v pravém podžebří při stlačení prsty v nádechu, případně frenický příznak, kdy se objevuje bolest v pravém rameni
- Curvoisierův příznak, kdy dochází ke zvětšení žlučníku, který může být hmatný (Bydžovský, 2008)

V diagnostice v přednemocniční péči je hlavní kvalitní rychlý odběr anamnézy, fyzikální vyšetření a rychlý transport do zdravotnického zařízení (ŠVÁB, 2007).

V přednemocniční péči je nutno pacienta zajistit pomocí žilní linky, podat infuzní roztoky a spasmolytika. Hlavní je nepodávat nic per os a rychlý transport do nemocničního zařízení za neustálé kontroly pacienta (Bydžovský, 2008).

V následné terapii se využívá toho, že asi až 60-70 % zánětu se spontánně zklidní, tím pádem se přistupuje k observaci a vyčkávání, kdy je připraven plán provést cholecystektomii po zklidnění zánětu. Konzervativní řešení spočívá v parenterální výživě, podávání spasmolytik a ledových obkladů za kontroly stavu pacienta.

Akutní cholecystektomie se provádí nejčastěji do 72 hodin od vzniku zánětu. O provedení rozhoduje jasná diagnóza, anamnéza a stav. Cholecystektomie se provádí laparoskopicky nebo otevřenou cestou (ŠVÁB, 2007).

3. 2. 4 Neúrazový difúzní zánět pobřišnice

Mikrobiální záněty jsou většinou vyvolány mikroby, které normálně tělu neškodí a normálně se v trávicím ústrojí vyskytují, ovšem v určité situaci se stávají patogenními. Do dutiny břišní se často dostanou při proděravění orgánů. Letalita u bakteriálních peritonitid je 5-10%, u nejtěžších forem může být až 50% . Dále bývá vyvoláván látkami, které chemicky dráždí pobřišnici. Těmito látkami jsou nejčastěji krev, žluč, moč nebo pankreatická šťáva (ŠVÁB, 2007).

Při celkovém vyšetření pacienta v terénu se musíme zaměřit zejména na přítomnost těchto příznaků, které jsou nejčastěji charakteristické pro akutní peritonitidu:

- Špatně lokalizovatelná rozsáhlá bolest, bolestivé vyšetření per rectum
- Zrychlený tep a dech, pocení, suchý jazyk, horečka a příznaky rozvoje šoku
- Facies Hippocratica – slámová bledá kůže, vystouplý nos, zapadlé oči
- Bolestivé vyšetření per rectum, při poslechu mrtvé ticho v břišní dutině
- Bolest levého podžebří, která vyzařuje do ramena tzv. Oehleckoerova známka
- Šouravá chůze v předklonu, pacient nemění polohu
- Tvrdé prknavité břicho – *défense musculaire*
- Pleniesovo znamení – bolestivost na poklep
- Blumbergovo znamení – bolest se ozve po stlačení
- Rowsingovo znamení – bolest vpravo po stlačení vlevo (Bydžovský, 2008)

Důkladný odběr anamnézy a kvalitní fyzikální vyšetření a zhodnocení stavu pacienta je zásadní pro přednemocniční diagnostiku onemocnění, kdy nemáme k dispozici další diagnostické přístroje a pomůcky. Po transportu pacienta do nemocničního zařízení následuje laboratorní vyšetření, kde je patrná leukocytóza. Doplňující vyšetření jsou RTG, SONO a CT (VYHNÁLEK, 2003).

V přednemocniční péči se pacientovi zajistí žilní vstup, zavede infuzní terapie, pečlivě se sledují jeho vitální funkce a transport probíhá co nejrychleji v úlevové poloze. Monitorace pacienta se musí zaměřit na to, zda neupadá do šokového stavu. Je zakázáno podávat cokoli per os.

Následná léčba se v těchto případech opírá hlavně o chirurgickou terapii, která vede k odstranění příčiny vzniku difúzního zánětu, odstranění infekčního výpotku z dutiny břišní, který musí být vždy zaslán na mikrobiologické vyšetření a ve finální fázi dochází k důkladnému výplachu dutiny břišní, která vede k prevenci následných komplikací.

Jako vhodné se jeví zavedení nazogastrické sondy pro odčerpávání žaludečního obsahu, parenterální výživa s úpravou vnitřního prostředí a nasazení širokospektrálních antibiotik, kyslíku, transfúzí a kortikosteroidů. Pečlivě se také staráme o náhradu elektrolytů a tekutin (ŠVÁB, 2007).

V dětském věku může někdy docházet k peritonitidě vyvolané pneumokoky nebo streptokoky. V kojeneckém období se někdy vyskytne zánět pobřišnice, ten je vyvolán smolkou, která se dostane do dutiny břišní při obstrukci střeva. U starších dětí může být vyvolávající příčinou apendicitida nebo zánět Meckelova divertiklu (VYHNÁLEK, 2003).

3. 3 Náhlé příhody břišní úrazové

K poraněním břicha dochází v dnešní době velmi často a patří k nejzávažnějším poraněním vůbec. Tyto stavy se stále řadí k nečastější příčině úmrtí při traumatu. Jedna z hlavních příčin, proč je úmrtí tak časté, je to, že stále velká řada břišních poranění, hlavně zavřených, je v mnoha případech pozdě diagnostikována a léčena. Je proto nutné řídit se zásadou, že při každém podezření na poranění břicha nebo při podezření na náhlou příhodu břišní, postupovat hlavně v terénu, kde je malá možnost přesné diagnostiky tak, jako by se jednalo o náhlou příhodu břišní, a je proto nutno pacienta směřovat na důkladné vyšetření na chirurgické oddělení (BALAŠ aj., 1985).

Nejčastěji k náhlé příhodě břišní, která je vyvolaná úrazem, dojde tehdy, když nastane proděravění orgánů dutiny břišní, nejčastěji žaludku, střeva, slinivky, žlučníku a žlučových cest a jater. K rozvoji ovšem může dojít také při poranění orgánů extraperitoneálních jako jsou ledviny, močovod a močový měchýř s výlevem moče do peritoneální dutiny. K proděravění nemusí dojít hned, ale i se spožděním několika dní (VYHNÁLEK, 2003).

Poranění dutiny břišní lze dělit z více pohledů. Lze je dělit na přímé a nepřímé. Přímá poranění dutiny břišní jsou nejčastěji následkem úderu, kopnutí nebo nárazu na dutinu břišní. K nepřímému poranění může dojít následkem akcelerace a decelerace orgánu. Dále můžeme poranění břicha dělit na krytá, při nichž je zachována celistvost stěny břišní. Nekrytá neboli otevřená poranění jsou charakteristická poškozenou stěnou břišní. U zavřených poranění je pacient ohrožen hlavně horší diagnostikou a skrytým vnitřním krvácením (ŠVÁB, 2007).

Velký význam pro správnou diagnostiku a zahájení optimální léčby má hlavně v přednemocniční péči a následně nemocniční péči kvalitní případová anamnéza a fyzikální vyšetření. Zde jsou uvedeny základní rady při fyzikálním vyšetření.

- Celkově sledujeme vzhled a stav pacienta, kůži, sliznice a známky cyanózy, krevní podlitiny, krvácení, rány, oděrky, polohu pacienta, známky šoku
- Významné jsou frekvence dechu, tepu, tlaku krve
- Při pohmatu je bolestivost břicha, citlivost, poklepovou bolest, vyšetření per rectum, poslechové známky střevních zvuků (VYHNÁLEK, 2003).

3. 3. 1 Poranění jater

Poranění jater je velmi závažný stav, který má i vysokou letalitu. Poranění vzniká nejčastěji úderem do dolního hrudníku a horní části břicha, nebo když dojde k přímému nárazu na dolní hrudník, který bývá spojen i s frakturami žeber. Při stlačení spodní části hrudníku často dochází také k ruptuře bránice vlevo (ŠVÁB, 2007).

Na poranění jater je třeba dávat pozor vždy, jedná-li se o úder, ránu nebo jakékoli násilí proti epigastriu či přímo proti játrům nebo pravému žebernímu oblouku (DIVIŠ, 1963).

Poranění jater lze dělit podle mechanismu vzniku na zavřená, která vznikla stlačením nebo úderem sdruženým s poraněním žeber. Poranění otevřená jsou často vyvolána střelnou nebo bodnou ranou. Podle rozsahu se dělí na 5 stupňů. První až čtvrtý stupeň je kontuze s krevním výronem pod pouzdrém jater. Pátý stupeň znamená roztržení více než tří segmentů jater a jejich žil (VYHNÁLEK, 2003).

Při vyšetření v přednemocniční péči převažují známky narůstajícího šoku, bolest v pravém podžebří a pravém hrudníku. Při stlačení se nárůst bolesti zhoršuje (Hendriho příznak). Postupně se rozvíjí známky peritonitidy. V některých případech se známky rozvíjí pomalu a mohou se projevit až drážděním pobřišnice. V akutní fázi často dochází k prudkému krvácení a rozvoji šoku, zde je na prvním místě rychlý transport a zákrok. Důležitý řádný odběr úrazové anamnézy (DIVIŠ, 1963).

V přednemocniční péči je nutné co nejrychleji zajistit dvě žilní linky, poté okamžitě hradíme ztracený objem tekutin a provedeme rychlý transport. Musíme dbát na šetrné pohyby s pacientem, transport provádíme v úlevové poloze na zádech s pokrčenými končetinami. Během transportu až do předání je nutné kontrolovat životní funkce a myslet na možný rozvoj šoku.

Nemocniční diagnostika se opírá hlavně o SONO a CT vyšetření. Při léčení se využívá konzervativní i chirurgická léčba (VYHNÁLEK, 2003).

3. 3. 2 Poranění sleziny

K poranění sleziny může dojít střelnou ranou nebo tupým násilím na levý podbříšek. Při poranění sleziny může docházet i k poranění žeber. Náchylnější k poranění je slezina patologicky zvětšená. K spontánnímu poranění sleziny může dojít při přidružených onemocněních jako sepse nebo nádory. U bodných, ale hlavně však střelných poraněních, se k nim přidružuje i poranění jater, bránice, střeva, žaludku i pankreatu (DIVIŠ, 1963).

Poranění sleziny může být rozděleno do pěti stupňů. První až třetí stupeň se řídí rozsahem krevního výronu nebo trhlinou. Čtvrtý stupeň platí pro laceraci sleziny a cévy, které jsou poraněné. Poranění pátého stupně je nejzávažnější. Dochází k poranění hilových cév, což vede ke konci zásobení sleziny krví.

Při stanovení diagnózy v terénu se opíráme hlavně o úrazovou anamnézu a o důkladné fyzikální vyšetření. Příznaky se odvíjejí od toho, zda jde o krvácení do volné dutiny břišní nebo ohraničené krvácení. Při volném krvácení jsou hlavními znaky volemičkého šoku hypotenze, tachykardie a cyanóza. U ohraničeného výronu jsou přítomny bolesti v levém podžebří (Kejduv příznak) a někdy známky peritoneálního dráždění. Poranění sleziny může ovšem probíhat i bez jakýchkoli známek. Po vyšetření těchto příznaků je nutno ihned zajistit dvě žilní linky a hradit objem tekutin. Pacienta je nutno okamžitě transportovat v úlevové poloze do nemocničního zařízení, kde jsou provedeny k potvrzení diagnózy CT a sonografie. RTG vyšetření nám pomůže najít zlomeniny žeber. (VYHNÁLEK, 2003).

Konzervativní terapie se indikuje hlavně u dětských pacientů. Během této terapie je nutno intenzivně sledovat fyziologické funkce pacienta a provádět pravidelné SONO kontroly. Chirurgická terapie se využívá u 75% poranění. Spočívá v revizi dutiny břišní a pokusu zastavení krvácení. V krajní nouzi se provádí její odstranění, doporučuje se pro časté infekce dělat po 6. roku (ŠVÁB, 2007).

3. 3. 3 Poranění žaludku , dvanáctníku, tenkého a tlustého střeva

K ruptuře těla žaludku a duodena dochází spíše tehdy, jsou-li naplněny potravou a dojde k jejich prudkému stlačení proti páteři. Nepřímým mechanismem jako je pád na dolní končetiny vede spíše k ruptuře a perforaci pod kardií. U menších poranění mohou vznikat krevní výrony ve stěně žaludku nebo duodena.

Tyto menší poranění jsou charakteristické velkými bolestmi v epigastriu, které mohou postupně ustupovat. Perforace žaludku nebo duodena do volné dutiny břišní jsou podobné jako jejich vředová perforace. Při perforaci do retroperitonea dochází k rozvoji šoku a bolesti v nadbříšku a bederní krajině. K diagnostice se používá kromě důsledného fyzikálního vyšetření a odběru úrazové anamnézy také SONO, CT a RTG vyšetření. Léčba spočívá v revizi dutiny břišní a někdy i retroperitonea.

K poranění tenkého střeva dochází až desetkrát častěji než k poranění ostatních dutých orgánů břišní dutiny. Na střevech se může jednat o ložiska s hematomem, které se projeví parézou. Dále se může jednat o trhlinu s rozlévajícím se tekutým obsahem do dutiny břišní se vznikem difúzní peritonitidy. Trhliny bývají na volném střevu nebo mezenteriu, kdy dochází s rozvojem času i k ischemii střeva.

Terapie tohoto stavu spočívá v sutuře zdravé tkáně, nebo resekci a anastomóze, je-li stanovena včas. Při časové prodlevě je zřejmá peritonitida a je nutná dočasná stomie po dobu vyhojení zánětu.

Poranění tlustého střeva přímo či nepřímo není časté. Když už k němu dojde, je typická bolest v místě způsobeného násilí, zvracení, nauzea, zástava odchodu plynů. Pokud odchází stolice, je většinou s příměsí krve.

Včasným chirurgickým zákrokem, a to je sutura ve zdravé tkáni a nebo resekce s pojistnou stomií. Prognosa je často horší u stavů, kdy je přidruženo další nitrobřišní poranění blízkosti (ŠVÁB, 2007).

3. 3. 4 Poranění močového měchýře

Poranění močového měchýře jsou v poslední době velmi častá, a to hlavně v důsledku nárůstu dopravních nehod, kdy jsou velmi často spojena s dalším přidruženým poraněním. K poranění může dojít také iatrogeně, často při operacích konečníku pro nádor. (VYHNÁLEK, 2003).

Krytá poranění močového měchýře jsou způsobena nejčastěji úderem nebo kopnutím na podbřišek, pádem na břicho nebo nárazem na volant, zde může dojít i ke spojení se zlomeninou pánve. Častěji je zraněn naplněný močový měchýř. Následkem poranění měchýře dochází ke krvácení a úniku moče do jeho okolí.

Při krytém poranění močového měchýře může dojít k intraperitoneální perforaci, která je již od počátku provázena výraznou bolestí v podbřišku s nucením na moč, jež se vyprazdňuje po malých dávkách a v níž jsou příměsí krve. Tento stav také doprovází rozvoj šoku. V podbřišku lze nahmatat svalovou defensi, přičemž dojde ke zvracení a zástavě odchodu plynů. Postupně se rozvíjí známky peritonitidy. SONO diagnostikuje prázdný močový měchýř a tekutinu v pánvi.

Extraperitoneální poranění vzniká prudkou decelerací nebo tupým nárazem, hlavně když je močový měchýř naplněn. Dojde k ruptuře baze měchýře nebo uretry a může se přidat také poranění úlomky stydkých kostí. Příznaky bývají podobné jako u intraperitoneálního poranění, jen bývají mírnější. Je-li moč získaná cévkováním nebo mírným močením pacienta s příměsí krve, je diagnóza jasná. Urocystografie ukáže, zda moč utíká do peritonea. Léčba tohoto typu spočívá v okamžitém sešití a dočasné epicystostomii.

Penetrující poranění jsou nečastěji vyvolána bodnutím, střelbou nebo ničujícím poraněním pánve. Při zranění uniká moč intraperitoneálně nebo zevně. Sdružená poranění mají o mnoho horší prognózu. Přidružuje se flegmóna. Poranění lze diagnostikovat při podezřelém pohmatu nad sponou, nemocný nemočí nebo nelze zacévkovat. V první fázi je hlavní zvládnutí šoku a poté vždy následuje operační řešení jako je revize a drenáž močového měchýře a ošetření poškozeného místa (ŠVÁB, 2007).

3. 4 Náhlé příhody břišní ileózního typu

Ileus je stav, pro který je charakteristická kolikovitá bolest s obdobím klidu bez bolesti. K tomu dochází v důsledku zvýšené střevní peristaltiky, kdy se střevo pokouší překonat překážku vzniklou ve střevě. Pravidelně dochází k napínání střevní stěny a nebolestivé období nastává, když peristaltika ustává. Mezi základní a poměrně společné příznaky ileu patří dle lokalizace překážky zástava odchodu plynů, stolice a zvracení. Zpočátku není ani zvýšena teplota. V dalším průběhu ileu poškozená stěna střeva prosákne a dochází k další ztrátě tekutin v organismu a následně k minerálnímu rozvratu vnitřního prostředí. Ve finále potom vede ileus k peritonitidě (Ertlová, Mucha, 2006).

Ileus lze rozdělit hlavně podle umístění překážky nebo dle charakteru vyvolávající příčiny na :

- Mechanický
 - Obstrukční
 - Strangulační
- Neurogení
 - Paralytický
 - Spastický
- Cévní

Diagnostika v přednemocniční péči není lehká. Máme možnost pouze odebrat anamnézu, která nám hodně napoví, a následně provést důkladné fyzikální vyšetření, kdy kolikovitá bolest je hlavním a základním příznakem při pohledu na pacienta. Je náhlá, až nesnesitelná, jindy lehčí a bez známek šoku. Následuje zvracení. Napoprvé s příměsí zbytků potravy, poté řídkší zvrátky s příměsí žluči. Zvracení nepřináší úlevu. U některých případů nastupuje zástava plynů a stolice spolu s bolestí. Při poklepu je patrný bubínkový poklep nad rozepnutou střevní kličkou. Pohmat a pohled nás upozorní na vzedmuté břicho. Zmenšení a ubývání zvuků svědčí pro pokročilý ileus. Po rychlém transportu do nemocničního zařízení, kde je pacient podroben RTG, SONO popřípadě endoskopickému vyšetření, je následně podroben léčbě, která je většinou chirurgická. Poté následuje upravení krevního objemu a vnitřního prostředí a důkladná ošetrovatelská péče (Bydžovský, 2008).

3. 4. 1 Ileus mechanický obstrukční

Tento typ ileu je způsoben uzávěrem průchodnosti střeva bez poškození výživy střevní stěny. Nejčastější příčinou vyvolávající tento stav je nádor stěny střeva, překážka ve střevě nebo je střevní klička stlačena patologickým procesem (VYHNÁLEK, 2003).

Obstrukční ileus se vždy projevuje špatně lokalizovatelnou kolikovitou bolestí s pauzami. Čím pokročilejší je stav, tím více se prodlužuje klidové období mezi kolikami. Ke konci je bolest trvalá. Mezi další příznaky se řadí zvracení, u nízkých překážek převažuje hlavně nauzea. Častá je zástava plynů a zácpa.

Ke stanovení v diagnózy slouží v přednemocniční péči po odběru anamnézy hlavně fyzikální vyšetření. Pozorujeme vzedmuté břicho s různými tvary. Poslechově se objevuje aktivní peristaltika, hlavně v období kolikovité bolesti, po rozvinutí stavu se peristaltika zastavuje. Hmatná je defenze a lehká bolest. Poklep je bubínkový nad překážkou. Po příjezdu do nemocničního zařízení následuje vyšetření RTG, kde se objeví nález hladin, irigografie a SONO (ŠVÁB, 2007).

Léčba obstrukčního ileu je skoro vždy chirurgická a spočívá v odstranění, nebo obehnutí vzniklé překážky. V akutní fázi nepodávat nic per os, nepodávat spasmolytika, která podpoří či navodí paralytický ileus a nepodávat ani tekutiny, které se více vstřebávají a zatěžují srdce (Bydžovský, 2008).

3. 4. 2 Ileus mechanický strangulační

Tento typ ileu je charakteristický tím, že dojde kromě uzávěru střevního průsvitu i ke stlačení cév v mezenteriu nebo ve stěně střeva. Jedná se o závažnější stav, kde kromě poruch z městnání hrozí i porucha oběhu (DIVIŠ, 1963).

Základní příznaky tvoří :

- Uskřínutá kýla má stejné příznaky jako jsou obecné a hůře se rozpozná
- Volvulus tenkého střeva začíná prudkou bolestí a zvracením obsahu s příměsí žluče, zástava plynů, asymetrické břicho a poslechové ticho

- Invaginace u mladých chlapců často s náhlou nepravidelnou bolestí se zvracením, dítě je neklidné, bledé a schvácené, předešlé průjmy
- Volvulus sigmoidea postihuje lidi nad 40 let a předchází tomu zácpa, nadýmání a záchvaty neprůchodnosti, nepravidelná krutá zničující bolest, zvracení, rozvíjí se šok, zástava odchodu plynů a stolice (DIVIŠ, 1963).

Diagnostika v přednemocniční péči spočívá hlavně v odběru anamnézy a následně na diagnostice pomocí fyzikálního vyšetření a doprovodných příznaků. V nemocničním zařízení se vyšetření provádí pomocí RTG snímku břicha, SONO , irigografie s kontrastní látkou a vyšetření stolice (ŠVÁB, 2007).

Léčba strangulačního ileu závisí na jeho typu, ale vesměs se jedná o chirurgickou léčbu . V přednemocniční péči spočívá na rychlém transportu (ŠVÁB, 2007).

3. 4. 3 Ileus neurogení paralytický

Při tomto typu ileu dochází k nefunkčnosti střevní stěny v důsledku poškození nervových zakončení. Do příčin paralytického ileu lze zařadit stavy spojené se zánětlivým stavem v dutině břišní, poškození stěny zažívacího traktu anebo ileus vzniklý po operaci. Dále stavy, kdy dojde k reflexnímu poškození při poranění míchy nebo poranění mozku (BALAŠ aj., 1985).

Pacient udává bolest a má vzedmuté břicho. Ke zvracení dochází později. Dalším příznakem je zastavení odchodu stolice a plynů. U neinfekčního je zpočátku dobrý klinický obraz, naproti infekčnímu. Poklep břicha je bubínkový, stěna je napjatá. Poslechově je mrtvé ticho. Při nemocničním vyšetření pomocí RTG jsou patrné četné hladinky v oblasti střev (VYHNÁLEK, 2003).

Léčba paralytického ileu je konzervativní v případě, známe-li vyvolávající příčinu. Zavede se nazogastrická sonda. Pravidelně se také provádí aspirace žaludečního obsahu a výplachy střev. Pacientovi se podávají prokinetika a neostigmin. Když se tento stav několik dní nelepší, následuje chirurgické řešení (ŠVÁB, 2007).

3. 4. 4 Ileus neurogení spastický

Je poměrně vzácný. Dochází ke křeči svaloviny některého úseku střeva. Jeho příčiny jsou nejasné. Je pozorován u pacientů trpících onemocněním nervové soustavy.

Klinický obraz je vesměs stejný jako u obstrukčního ileu. V kontrastu s ním je dobrý celkový stav pacienta a břicho není vzedmuté, protože tento stav netrvá dlouho.

Diagnostika je obtížná a jedinou spolehlivou metodou je laparoskopické vyšetření. V časném stadiu se léčí pomocí spasmolytik. V rozvinutém stadiu při špatném stavu pacienta s postižením více oddílů střeva se volí chirurgická léčba (ŠVÁB, 2007).

3. 4. 5 Cévní ileus

Ke vzniku cévního ileu dojde při trombóze nebo embolii mezenterálních cév. V konečné fázi ústí v difúzní peritonitidu a celkovou toxémií. Cévní ileus není lehké diagnostikovat a často vede ke smrti (BALAŠ aj., 1985).

U trombóz je průběh pozvolnější. Hlavním příznakem je prudká náhlá šokující bolest břicha, která je těžko lokalizovatelná. Při poslechu je patrné ticho. Břicho je vzedmuté. Po čase, kdy trvají tyto příznaky, nastane období, kdy se pacientovi uleví na několik hodin a poté opět nastane zhoršení.

V přednemocniční péči je při diagnostice rozhodující anamnéza, kdy pacient udává kruté kolikovitě bolesti trvající asi 2 hodiny, po nichž následuje období klidu. Další postup vede k fyzikálnímu vyšetření, kde jsou patrné již výše uvedené příznaky a potíže pacienta. Pacienta je nutno rychle transportovat do nemocničního zařízení, kde je podroben dalšímu vyšetření. Na RTG je patrný obraz paralytického ileu. Angiografie indikovaná včas, může ukázat výši uzávěru mezenterické tepny.

Ihned po provedení včasné angiografie je nutno provést embolektomii. Při poruše vitality střeva, je nezbytné provést resekci postiženého úseku. Po celou dobu léčení se podávají antibiotika a antikoagulantia a výživa je parenterální (ŠVÁB, 2007).

3. 5 Náhlé příhody břišní způsobené akutním krvácením do trávicí trubice

Do skupiny náhlých příhod břišních zařazujeme krvácení do trávicí trubice pouze tehdy, jedná-li se o akutní masivní krvácení, které je doprovázeno známkami oběhového selhání. Tato masivní krvácení do GIT vedou k rychlému zhoršení celkového stavu pacienta a k ohrožení na životě. (BALAŠ aj., 1985).

3. 5. 1 Krvácení do horního zažívacího traktu

Žaludek a dvanáctník je velmi častým místem vzniku krvácení. Často krvácí starší vřed žaludku, kdy je poškozena větší céva. Po 50. roce života je krvácení více smrtelné. Ze stejných příčin dochází i ke krvácení z dvanáctníku (DIVIŠ, 1963).

Diagnostika zdroje krvácení je velmi obtížná. Ke správnému stanovení slouží hlavně odběr anamnézy, kde je prokázána vředová choroba. V klinickém obraze krvácení žaludku je v popředí zvracení krve, u duodena je to potom meléna. V časném stádiu se při masivním krvácení dostávají také známky hemoragického šoku. Více možností pro stanovení diagnózy v přednemocniční péči nemáme. Následuje proto rychlý transport do nemocnice. Zde je provedena urgentní endoskopie.

Léčba spočívá hlavně v rychlém transportu. Poté následuje zavedení žaludeční sondy, odsaje se žaludeční obsah a provede studený výplach žaludku fyziologickým roztokem. Pravidelně je nutno doplňovat oběh pomocí náhradních roztoků a také transfuzemi. Podávají se hemostatika, antacida a antagonisté H₂ receptorů. Nepomůže-li konzervativní léčba, musí se provést gastrokopie (ŠVÁB, 2007).

Jícen je místem, kde dochází poměrně často ke vzniku masivního krvácení. Hlavním zdrojem je jícnový varix, který vzniká při portální hypertenzi, kdy dojde k rozšíření žil v oblasti dolního jícnu a kardie (BALAŠ aj., 1985).

Mezi nejčastější klinické příznaky jícnových varixů patří náhle vzniklá hemateméza. Na možnost krvácení z varixů nás upozorní doprovodné příznaky portální hypertenze a jaterní cirhózy. Základní poznatky bývají patrné již z anamnézy.

Po odběru anamnézy a fyzikálním vyšetření a zhodnocení doprovodných příznaků v přednemocniční péči následují vyšetření v nemocnici. Tato vyšetření jsou ezofagoskopie a gastroskopie po přechodném zastavení krvácení. Při vyšetření je nutno postupovat co nejrychleji, aby se mohla ihned nastavit léčba.

V přednemocniční péči je prioritou hradit ztráty krve a snížit tlak v portálním řečišti, nejčastěji se podává Remestyp. Je nutno upravit krevní srážlivost pomocí hemostatik jako jsou vitamin K a Dicynone. Po rychlém transportu pacienta další léčba tohoto stavu spočívá v zastavení krvácení pomocí Sengstakenovy-Blakemoorovy sondy. Definitivní zastavení krvácení se dá provést endoskopicky. (VYHNÁLEK, 2003).

3. 5. 2 Krvácení do dolního zažívacího traktu

Letalita krvácení z dolní části zažívacího traktu se pohybuje okolo 5-10 % . V přednemocniční péči se pacientovi příliš pomoci nedá, příčinou jsou malé diagnostické možnosti. Kromě odběru anamnézy a základního fyzikálního vyšetření více možností nemáme. Proto je hlavní pacienta co nejrychleji transportovat do nemocničního zařízení k dalšímu ošetření. (Ertlová, Mucha, 2006).

Masivní krvácení vycházející z tenkého střeva je poměrně vzácné. U mladých osob ho může vyvolat divertikl. Klinicky se projevuje pouze melénou nebo enteroragii. Diagnosticky lze zjistit angiografií a enteroklyzou. K operaci jsou indikováni pacienti s opakovaným krvácením, kdy se příčina zjistí až při operaci.

Masivní krvácení vycházející z tlustého střeva je nejčastěji způsobeno polypem. Klinicky se projevuje melénou, nemocný se stává anemickým, unaveným, malátným, má bledou kůži a někdy dojde až k poruchám srdečního rytmu. Krvácení prokáže endoskopie nebo irigografie. Odstranění polypů lze provést i endoskopicky.

Jako další zdroj krvácení z tlustého střeva se dá označit ulcerózní kolitida, divertikly a karcinom. Pro diagnostiku je nejvhodnější endoskopické a RTG vyšetření. U karcinomu se provádí chirurgická léčba, u ostatních příčin se začíná konzervativně. Jako zdroje krvácení z konečníku jsou označovány hlavně hemeroidy, řitní trhliny a karcinomy. (VYHNÁLEK, 2003).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 KAZUISTIKA U PACIENTA S NÁHLODU PŘÍHODOU BŘIŠNÍ

4.1 Kasuistika u pacienta s akutní pankreatitidou přednemocniční část

Přijetí hlášení

- Hovor byl přijat na dispečinku v Olomouci dne 16. 2. 2011 v 14:45.
- Na dispečink se dovolala manželka postiženého. Informovala, že jejího muže, 45-let, bolí zhruba od 13 hodin střídavě břicho v okolí pupku a že bolest je místy velmi silná a kolikovitá, doprovázená zvracením.
- Obsah výzvy : muž 45 let, silné bolesti břicha, zvracení. Pusté Žibřidovice, jiné problémy neudává.
- Na místo byla vyslána posádka RZP
- K převzetí výzvy došlo v 14:46, výjezd na místo v 14: 47
- Příjezd k pacientovi byl v 14:57, ujetá vzdálenost 10 km
- Při příjezdu na místo zásahu byla posádka očekávána manželkou klienta

Identifikační údaje

- Muž , X. Y. , ročník 1966
- Rodné číslo 982832/7654
- Bydliště : Pusté Žibřidovice
- Pojišťovna 000

Odběr anamnézy

OA: Pacient byl v 15 letech operován pro zlomeninu ruky. Asi před rokem a dvěma měsíci jej vezla ZZS na chirurgické oddělení se zvracením a bolestmi břicha, hospitalizován nebyl. Po vyšetření propuštěn domů.

Pacient občas mívá menší zažívací problémy doprovázené nechutenstvím a bolestmi břicha, problémy však samy odezní. Jiné další hospitalizace a operace pacient neudává. Pacient je kuřák, kouří asi 20 cigaret denně. Za den vypije asi 4 lahvová piva a několik sleniček slivovice. Mastným ani tučným jídlům se nevyhýbá.

RA: Pacient je ženatý, má dceru a syna. Bydlí s rodinou v rodinném domě v Pustých Žibřidovicích. Rodiče dosud žijí, matka se léčí s hypertenzí, otec s diabetem II. typu. O jiných dalších obtížích v rodině pacient neví.

SO: Pacient je nezaměstnaný, je registrován na úřadě práce. Dříve pracoval v lesnictví. Jako kontakt pro informace uvádí telefonní číslo na svou manželku.

FA: negativní

ALG: alergie na prach a pyl

Současný stav: Manželka pacienta volá na linku 155, že jejího muže bolí zhruba od 13 hodin střídavě břicho v okolí pupku a že je bolest kolikovitá a místy velmi silná a také doprovázená zvracením.

Při příjezdu na místo leží pacient na posteli s pokrčenýma nohama v obývacím pokoji. Bolesti břicha v okolí pupku trvají asi hodinu. Pacient přešel s pomocí manželky z křesla do postele, kde ulehl. Bolesti dále trvaly a zhoršovaly se, proto byla volána linka 155. Nyní pacient zaujímá úlevovou polohu vleže s pokrčenými končetinami, není schopen se samostatně pohybovat. Hůře komunikuje a někdy bolestně zasténá.

Drží se za břicho, je bledý, opocení, celkově schvácený. Na první pohled je viditelná bolest.

Pacient zhoršenou řečí udává silné bolesti břicha nad pupkem přecházející do zad. Před příjezdem posádky asi 2x zvracel a nyní má pocit na zvracení. Zvratky jsou zachyceny v kbelíku u postele. Ve zvracích jsou patrné zbytky potravy. Nyní přetrvává nausea.

Pacient obědval po 12. hodině. Na oběd měl zelí, 6 knedlíků a kachnu. Vše zapil asi 3 lahvovými pivy. Poté se odebral do obývacího pokoje k TV, kde asi po půl hodině začaly náhle bolesti.

Dnes dopoledne vykouřil asi 4 cigarety. Z alkoholických nápojů požil již zmíněná tři lahvová piva a čtyři skleničky slivovice.

Během odebírání anamnézy s námi pacient moc nespolupracuje, odpovídá ano - ne, v důsledku zřejmé bolesti nemá náladu na hovor. Místy působí zpomaleně, dezorientovaně, je neklidný. Větší část anamnézy zodpovídá manželka. Další anamnestické údaje zjišťujeme z dokumentace z nemocnice z předešlých příjmů. Odběr anamnézy skončil přibližně v 15:05.

Vyšetřovací metody

Fyzikální vyšetření:

- TK - 115/65 hypotenze
- P - 88/min tachykardie
- D – 20/min tachypnoe
- TT – 37,4°C subfebrilie
- Glykémie – 10,9 hyperglykemie
- SpO2 -95 % normální saturace
- EKG - 12 svod sinusový rytmus, tachykardie
telefonicky konzultováno
- GCS -13 bodů

Vyšetření pohledem:

- Celkově pacient vypadá schváceně
- Bolestivá grimasa v obličeji
- Kůže je bledá, opocená, končetiny bez otoků
- Poloha úlevová na posteli, kde se kroutí a drží se za břicho
- Pacient do příjezdu 3x zvracel, zvratky mají příměs zbytků potravy.
- Zornice jsou izokorické
- Břicho se jeví nafoukle
- Poranění ani jiné deformity nejsou viditelné

Vyšetření poslechem:

- Pacient vydává bolestné nářky
- Poslechově břicho špatně vyšetřitelné, protože se pacient neustále hýbe a není klidný
- Srdce poslechově pravidelné bez dalších fenoménů
- Dýchání poslechově v pořádku

Vyšetření pohmatem:

- Břicho na pohmat bolestivé v nadbříšku, menší napětí břišní stěny
- Pacient nenechá pro krutou bolest pořádně břicho vyšetřit

Všechny vyšetřovací postupy byly ukončeny přibližně v 15:20 a přestoupilo se k léčebným opatřením u pacienta. Nejdéle trvala konzultace s FNOL ohledně zaslaného EKG.

Stanovená diagnóza

Diagnóza byla po zhodnocení všech vyšetření a použití všech dostupných diagnostických metod stanovena jako akutní pankreatitida způsobená pravděpodobně požitím tučného jídla a požitím alkoholu.

Léčebná opatření

Po kompletním vyšetření pacienta všemi dostupnými prostředky posádky RZP se začalo s terapií pacienta. Ta však byla ztížena nervozitou a neklidem pacienta. V důsledku bolestí bylo obtížné s pacientem manipulovat.

Žilní přístup byl zajištěn růžovou kanylou velikostí 20 G lokti. Místo vpichu sterilně kryto. Při zajišťování musela asistovat manželka pacienta, která ho uklidňovala a druhý člen posádky držel končetinu, protože pacient byl neklidný. K zajištění žilního vstupu došlo v 15:25. Po zajištění došlo ke konzultaci dalších léčebných postupů u pacienta přes dispečink se sloužícím RLP lékařem.

Po nahlášení stavu situace, stavu pacienta, výsledků provedených vyšetření byly lékařem RLP naordinovány tyto preparáty:

- Fentanyl v 15:28 - 2ml - i. v. - analgetikum- anodynum
- F1/1 - 500 ml - i. v. - krystaloidní roztok

Po aplikaci léků se čekalo na jejich zklidňující účinek, který se dostavil zhruba po 2 minutách a pacient byl připraven k transportu.

Transport a předání pacienta

Zhruba v 15:30 byl pacient za pomoci manželky a syna snesen z postele do transportní plachty, pomocí které byl transportován na nosítka připravená před domem. Pacient měl stále bolesti břicha a bolestivý výraz v obličeji při každém pokusu o manipulaci. Během přenášení pacienta docházelo k náznakům na zvracení, ovšem neúspěšným.

Pacient byl poté přenesen na připravená nosítka a naložen do sanitního vozu. Byl bezpečně fixován bezpečnostními pásy. Transportní poloha byla v polosedě. Před vyjetím byly ještě jednou změřeny fyziologické funkce. Ty byly během transportu pravidelně sledovány a monitorovány na EKG přístroji.

- TK - 110/60 hypotenze
- P - 80/min tachykardie
- D – 16/min tachypnoe
- SpO2 -96 % normální saturace

Transport pacienta byl směřován na urgentní příjem spádové nemocnice. Předpokládaná doba transportu byla zhruba 15-20 minut. Odjezd z místa zásahu byl v 15:40.

Pacientovy životní funkce byly během transportu v normálu bez výrazných změn. Během transportu byl pacient v úlevové poloze - bolesti slabší. Ovšem bolestná grimasa přetrvávala. Pacient nekomunikoval, byl schopen stěží odpovědět ano- ne. Celou dobu byl ovšem při vědomí.

Pacientovi bylo podáváno 500 ml F1/1 během transportu. Žilní linka pracovala bez problémů.

V 15:55 příjezd do nemocničního zařízení. Fyziologické funkce před předáním pořád stejné. V 15:58 byl pacient předán na urgentním příjmu. Pak následovala další péče.

4. 2 Kasuistika u pacienta s akutní pankreatitidou akutní příjem

V 16:00 byl na urgentním příjmu přijat muž s podezřením na akutní pankreatitidu. Pacient byl dovezen posádkou RZP. Během cesty podán F1/1 500 ml a před cestou, zhruba v 15:28, Fentanyl. Bolesti během cesty přetrvávaly. Cestou pacient nezvracel, byly pouze náznaky. Pacient při vědomí, zhoršená komunikace a neklid. Ostatní záznamy z výjezdu viz. přednemocniční kapitola.

Identifikační údaje

Jméno a příjmení : X. Y.	Pohlaví : Muž
Datum narození : 11.11.1966	Věk : 45
Adresa bydliště : Pusté Žibřidovice	
Adresa příbuzných : Pusté Žibřidovice	
RČ : 982832/7654	Číslo pojišťovny : 000
Vzdělání : Středoškolské	Zaměstnání : Nezaměstnaný
Stav : Ženatý	Státní příslušnost : ČR
Datum přijetí : 16. 2. 2011, 16:00	Typ přijetí : Akutní
Oddělení : Urgentní příjem	Ošetřující lékař : MUDr. Novák

Důvod přijetí udávaný pacientem : prudké bolesti břicha, zvracení, nevolnost

Medicínská diagnóza hlavní : akutní pankreatitida – K85.2

Vitální funkce při přijetí

- TK : 110/60
- P : 97'
- D : 21
- TT : 37,6 °C
- Stav vědomí : při vědomí, GCS 12
- Výška : 185cm
- Hmotnost : 90kg
- BMI : 26
-

Nynější onemocnění :

Dnes 16.2. 2011 volala pacientova manželka na linku 155. Udala, že její manžel má zhruba od 12 hodin bolesti břicha, které se později zhoršily. Bolesti jsou lokalizovány v okolí pupku, kolikovitého typu, vystřelující i do zad. Pacient 2x zvracel, během transportu ne.

Jiné problémy nejsou udávány. Bolest se nyní vrací. Pacient má bolestivý výraz v obličeji, zaujímá úlevovou polohou, není ochoten komunikovat. Bledý, opocení. Pacient je při vědomí, neklidný. Při příjmu přetrvává stav popsáný posádkou RZP.

Rodinná anamnéza :

Matka : X. Y. , léčí se s hypertenzí

Otec : X. Y. , diabetes mellitus II. typu

Sourozenci : ano, sestra

Děti : ano, syn, dcera

Osobní anamnéza :

Pacient není dlouhodobě léčen, v průběhu roku 2x převezen ZZS na chirurgii pro bolest břicha a nevolnost, tyto problémy samy odezněly, nebyl hospitalizován, asi v 15 letech hospitalizace pro zlomeninu ruky.

Transfúze : Ne

Farmakologická anamnéza : Negativní

Příjmové vyšetření ze dne 16. 2. 2011

Alergologická anamnéza :

Léky: ne

Potraviny : ne

Chemické látky : ne

Jiné : pyl, prach

Abúzy :

Alkohol: denně vypije přibližně 10 lahvových piv, několik skleniček slivovice

Kouření: 10 cigaret denně

Káva: 2 x denně

Léky: ne

Jiné drogy: ne

Urologická anamnéza :

Překonané urologické onemocnění : bez prodělaných urologických nemocí

Poslední návštěva u urologa : bez návštěv

Sociální anamnéza :

Stav : nezaměstnaný, registrován na úřadu práce

Dřívější povolání: pracovník v lesnictví

Bytové podmínky : bydlí v rodinném domě s manželkou a dvěma dětmi

Vzdělání: středoškolské

Hlava a krk :

- Hlava pokleповě a pohmatově nebolestivá, bez viditelných poškození
- Oči, uši, nos bez sekrece
- Zornice izokorické fotoreaktivní, bulby ve středním postavení
- Hrdlo klidné, štítná žláza nezvětšená, lymfatické uzliny nezvětšené
- Palpačně hmatné tepny
- Jazyk pláží středem, jazyk suchý

Hrudník a dýchací systém :

- Dýchání oboustranně volné, poslechově sklípkové
- Frekvence dechu je asi 21 za minutu, zrychlená
- Minimální sekrece z DC
- Hrudník nebolestivý na pohmat a poklep, bez deformit

Kardiovaskulární systém :

- Srdeční akce pravidelná
- Na EKG sinusový rytmus
- TK 110/60 hypotenze
- P 97' tachykardie
- Končetiny s pulsací, teplé bez varixů, otoků

Kůže a sliznice :

- Kůže bledá chladná
- Pacient opocení
- Končetiny bez otoků
- Menší oděrky na předloktí a ruce
- Počínající cyanóza končetin

Břicho a GIT :

- Pohmatově bolestivé, nafouklé, zvednuté břicho, hůře se vyšetřuje, pacient reaguje na bolest
- Poslechově patrné ticho
- Kvůli bolestem břicha zaujímá pacient úlevovou polohu s pokrčenými končetinami
- Bolesti jsou v okolí pupku kolikovitého typu, vystřelující i do zad
- Nausea, doma zvracel, ve zvracích byly patrné zbytky potravy
- Zastavený odchod stolice a plynů
- Stolice ráno

Pohyb, končetiny :

- Hybnost končetin normální
- Nebolestivé při pohmatu
- Končetiny bez otoků
- Pacient zaujímá úlevovou polohu
- Kvůli bolesti pacient velmi neklidný
- BMI 26

Neurologické vyšetření

- Čítí i hybnost zachována
- Jazyk plazí středem
- Špetku udělá
- Zornice izokorické, fotosenzitivní
- Chůze v důsledku bolesti omezená, zaujímá úlevovou polohu v leže
- Stav vědomí, pacient je při vědomí, mírně dezorientovaný, vyhoví výzvě, je soustředěn na bolest, komunikace a vnímání se zhoršuje s porovnáním při příjezdu zdravotnické záchranné služby
- GCS 12

Plánování

Výživa, dieta :

- Zavést nazogastrickou sondu
- Odsávat žaludeční obsah
- Dietní omezení, nic per os
- Parenterální výživa
- Aktivní volumoterapie

Pohybový režim, aktivita:

- Úlevová poloha
- Klid na lůžku
- Zklidnit pacienta analgetiky
- Podat antiemetika

Hygiena, vylučování :

- Hygienu provádět na lůžku
- Respektovat bolest
- Respektovat klidový režim
- Pečovat o invazivní vstupy
- Vylučování moče zajistit močovým katétrem
- Kontrola denní diurézy
- Zvýšená péče o pokožku
- Péče o predilekční místa

Další postupy :

- Příprava k vyšetřením
- Kontrola výsledků vyšetření
- Kontrola stavu a fyziologických funkcí pacienta
- Dodržovat léčebné postupy

Léčebné intervence

- Dieta : nic per os do odeznění akutní fáze, potom 0/S
- Pohybový režim : klidový
- Výživa : parenterální
- Zaveden PMK
- Zavedena nazogastrická sonda
- Rekanylace PŽK v levém předloktí

Medikace

F1/1	500ml	intravenosně	krystaloidní roztok
Mesocain 1%	2amp.	intravenosně do infuze	lokální anestetikum
Algifen	1 amp.	intravenosně do infuze	analgetikum
Degan	10mg	intravenosně	antiemetikum
Cefotaxim	3 x 2 g	intravenosně do infuze	antibiotikum
F1/1	100 ml	intravenosně	krystaloidní roztok

Ordinovaná vyšetření :

- Odběr krve - amylázy, Astrup, ionty, urea, glykémie, ALP, KO+diff., FW
- Vyšetření moče - amylázy
- SONO břicha
- RTG - nativní snímek břicha a hrudníku
- CT břicha

Analýza :

Muž, 45 let , přivezen zdravotnickou záchrannou službou na urgentní příjem nemocnice Šumperk dne 16. 2. 2011 pro bolesti břicha, zvracení způsobené zřejmě požitím tučného jídla a většího množství alkoholu. Stanovená diagnóza - akutní pankreatitida.

Pacient přijat dnes v 16:00 hod. , při příjmu a vyšetření byl mírně dezorientován. Byl vyčerpán déletrvající kolikovitou bolestí. Pacient úpí bolestí, zaujímá úlevovou polohu na zádech s pokrčenými končetinami. Trpí nauzeou, doma 2x zvracel, zvratky s příměsí nestrávené potravy.

Pacient není soběstačný, značně ho v úkonech limituje bolest, všechny osobní úkony musí být prováděny s pomocí sestry. Hůře komunikuje.

Při přijetí provedeno základní klinické vyšetření a zhodnocení celkového stavu. Pacient měl mírnou hypotenzi, tachykardii a tachypnoe. Celkově byl bledý, opocný, schvácený bolestí. Naměřena zvýšená hladina glykémie a také subfebrilie.

Po základním klinickém vyšetření je pacientovi nasazena následující léčba: F1/1500ml +Mesocain 1% 2amp+ Algifen 1amp k hrazení oběhu a snížení bolesti. Degan 10mg, aby byla zmírněna nauzea. F1/1 100 ml + Cefotaxim 3 x 2 g preventivní podání antibiotik.

Před zahájením intravenósních medikací byl zaveden nový periferní žilní katetr v levém předloktí. Dále byl pacientovi zaveden močový katetr, je nutno sledovat bilanci tekutin. Dále byla zavedena nazogastrická sonda a bude prováděno odsávání žaludečního obsahu.

Pacient má přísný zákaz přijímání všeho per os. Je nutná parenterální výživa a nastavení další léčby. Je taktéž nutno provést co nejdříve ordinovaná vyšetření.

Pacient byl zhruba v 16:35 hod.přeložen na oddělení ARO/IP

4. 3 Kasuistika u pacienta s akutní pankreatitidou nemocniční část

Na oddělení ARO/IP byl přijat v 16:40 muž, který byl přeložen z urgentního příjmu poté, co byl přivezen zdravotnickou záchrannou službou.

Identifikační údaje

Jméno a příjmení : X. Y.	Pohlaví : Muž
Datum narození : 11.11.1966	Věk : 45
Adresa bydliště : Pusté Žibřidovice	
Adresa příbuzných : Pusté Žibřidovice	
RČ : 982832/7654	Číslo pojišťovny : 000
Stav : Ženatý	Státní příslušnost : ČR
Datum přijetí : 16. 2. 2011, 16:40	Typ přijetí : Akutní
Oddělení : ARO/IP	Ošetřující lékař : MUDr. Novák

V 16:00 byl na urgentním příjmu přijat muž s podezřením na akutní pankreatitidu. Pacient byl dovezen posádkou RZP. Během cesty podán F1/1 500 ml a před cestou zhruba v 15:28 Fentanyl. Bolesti během cesty přetrvávaly. Při převozu pacient nezvracel, byly pouze náznaky.

Vitální funkce při přijetí na urgentním příjmu:

- TK : 110/60
- P : 97'
- D : 21
- TT : 37,6 °C
- Stav vědomí : při vědomí, GCS 12
- Výška : 185cm
- Hmotnost : 90kg
- BMI : 26
- Pohyblivost : aktivní, pacient zaujímá úlevovou polohu

Pacientova anamnéza byla odebrána na oddělení urgentního příjmu. Klinické vyšetření provedeno a pacientův stav zhodnocen jako akutní pankreatitida. Další vyšetření jsou naordinována a budou provedena co nejdříve.

Pacient byl uložen na box č. 3, blízko sesterny, lůžko zabezpečeno pomůckami pro bezpečnost v lůžku kvůli dezorientaci pacienta. Během příjmu pacient nekomunikoval, bolest mírně polevila, ale stále zaujímal úlevovou polohu.

Pacient byl hned po příjmu napojen na monitor, aby mohly být sledovány jeho fyziologické funkce a křivka EKG.

- TK : 100/60
- P : 105´
- D : 20´
- TT : 37,8 ° C
- Stav vědomí : při vědomí, GCS 12
- Saturace 96%

Ošetrovatelské postupy:

Pohybový režim: klid na lůžku

Dieta: nic per os

Invazivní vstupy:

- byl zaveden periferní žilní katetr na levém předloktí, katetr byl průměru G20. Den zavedení 16.2.2011. Zatím místo bez zarudnutí, katetr průchodný bez problémů.
- Zaveden periferní močový katetr dne 16.2.2011 a stanoveno sledování bilance tekutin, ze začátku nasazena masívní infúzní terapie. Katetr odvádí dostatečně, místo zavedení klidné.

- Zavedena nazogastrická sonda dne 16.2.2011 k provádění odběru žaludeční šťávy a k pozdější výživě pacienta.

Odrinované léky:

- Tazocin 4,5g v F1/1 100ml i.v. 10-18-02
antibiotikum
- Clexan 0,6ml s.c 0-0-1
antikoagulans
- Helicid 40mg v F/1 100ml i.v 0-0-1
antiulcerotikum
- Cerebrolysin 30ml v F1/1 100ml i.v 1denně na 3 hod.
aminoacidum
- Novalgin 1g v F1/1 100ml i.v. při teplotě nad 38
analgetikum
- Lactulosa 15ml NGS 1-1-1
laxancium
- Furosemid 10mg i.v. dle diurézy
diuretikum

Ordinované léky do dávkovače:

- Humulin R 50U dle glykémie
antidiabetikum
- Sufentanyl 750ug v 50ml 1-2ml/ hodinu
opioidní analgetikum

Infuze :

- Glukóza 5% 1500ml i.v. na 48hodin
krystaloidní roztok
- Aminoplasma HEPA 1000ml i.v. na 48hodin
koloidní roztok

- Lipoplus 20% 250 ml i.v. dnes
Infundabilia
- Acidum ascorbicum 1 amp. i.v. dnes
Vitamin
- Syntostigmin 5 amp i.v. dnes
Parasympatomimetikum
- Kalium Chlorátum 30ml i.v. dnes
Soli a ionty

Ostatní :

- nazogastrická sonda, označená hloubka zavedení, co 3 hodiny aktivně polohovat
- Kontrola pacientovy polohy, co 3 hodiny polohovat, kontrola bolesti, predilekčních míst, kontrola invazivních vstupů.

Ordinovaná vyšetření:

Výsledky krevních odběrů :

Krevní obraz	17. 2. 2011	Normální hodnota
leukocyty	14,5	$3,5-9 \times 10^9/l$
erytrocyty	4,5	$4,0 - 5,3 \times 10^{12}/l$
hemoglobin	195	134 - 175 g/l
hematokryt	0,65	0,40 - 0,54
hemogl. ery	33,9	27 - 32 pg
trombocyty	180	$130-400 \times 10^9/l$

Koagulace	17. 2. 2011	Normální hodnota
quick (%)	125%	70 - 120 %
INR	1,7	0,8-1,2
APTT	60	25 - 35 s
Antitrombin III	1,5	0,8-1,2 l
fibrinogen	4,9	2-4 g/l

Biochemie	17. 2. 2011	Normální hodnota
Na v séru	144	136-145 mmol/l
K v séru	4,9	3,5-5,3mmol/l
CL v séru	108	95-110mmol/l
Osmol.v séru	281	275-295mosm/kg
Urea	15,6	2,8-7,2mmol/l
Kreatinin	125	53-97 umol/l
Albumin	51	35-52 g/l
Bilirubin	34,2	3,4-21 umol/l
ALT	1,59	0,15-0,6 ukat/l

AST	1,1	0,15-0,6 ukat/l
GMT	1,3	0,1-0,63 ukat/l
Glukóza	8,5	3,6-5,59 mmol/l
CRP	95	0-10 mg/l
Amyláza	3,2	Do 1,5 ukat/L
Lipáza	3,9	Do 3,2 ukat/L

Sono vyšetření břicha provedené 16.2.2011 :

Vyšetření ultrazvukem vyloučilo přítomnost cholelitiázy a nefrolitiázu. Při vyšetření je viditelný zvětšený pankreas.

CT břicha provedené 16.2.2011 :

CT břicha akutní pankreatitida (dle Baltazara B) se zánětlivými změnami v okolí, bez známek nekrotických změn pankreatu.

Plán ošetrovatelské péče – ošetrovatelské diagnózy

1. Strach a úzkost a pocit bezmocnosti v důsledku velkých bolestí, pobytu v cizím prostředí a snížené schopnosti sebeobsluhy

Cíl : snížit pocit strachu a bezmoci na minimum, zpříjemnit pacientovi pobyt ve zdravotnickém zařízení, snížit bolest, aktivizovat pacienta

Ošetrovatelské intervence : podávej dle rozpisu analgetika, hodnot' pacientovu bolest, řádně s pacientem komunikuj, dopomáhej pacientovi v sebeobsluze, pokud to lze, zajisti kontakt s rodinou, dbej na zásady ochrany intimity.

2. Riziko infekce v důsledku zavedených periferních vstupů do organismu (periferní žilní katetr, periferní močový katetr, žaludeční sonda)

Cíl: zamezit vzniku infekcí, předejít komplikacím spojených se vznikem infekcí

Ošetrovatelské intervence: dodržuj zásady asepsy při manipulaci se sterilním materiálem, dodržuj zásady hygieny, po každém výkonu si umyj a vydezinfikuj ruce, pravidelně převazuj invazivní vstupy, pravidelně polohuj invazivní vstupy, dbej na řádnou hygienu v okolí vstupů do organismu, kontroluj invazivní vstupy, informuj lékaře o každé změně v místě zavedení.

3. Nausea a zvracení v důsledku základního onemocnění

Cíl: zabránit pocitu na zvracení, zmírnit pocit na zvracení, předejít aspiraci

Ošetrovatelské intervence: sleduj vegetativní projevy pocitu na zvracení jako slinění, říhání, nadavování, informuj lékaře, komunikuj o problému s pacientem, podávej dle rozpisu antiemetika, poskytni pacientovi emitní misku, dostatek buničiny, větrej

4. Poruchy soběstačnosti v základních činnostech v důsledku bolesti, imobilizace, vyčerpání

Cíl: udržet soběstačnost pacienta, snížit vyčerpání

Ošetrovatelské intervence: sleduj pacienta, zjisti, v které oblasti soběstačnosti má problémy, pomoz pacientovi se základními činnostmi, edukuj pacienta o nutnosti klidu na lůžku, podávej analgetika dle rozpisu, informuj lékaře o stavu bolesti pacienta, zbytečně pacienta nezatěžuj výkony, zajisti klidné prostředí, dbej na zásady intimity, postupně, se zlepšujícím se stavem, pacienta mobilizuj

5. nedostatečná výživa

Cíl: zajistit dostatečný přísun živin a udržet pacienta v optimálním BMI

Ošetrovatelské intervence: o výživě se porad' s nutriční terapeutkou, je-li to možné, dodrž aplikaci předepsané parenterální výživy, sleduj hmotnost pacienta, aktualizuj hodnotu BMI, sleduj projevy dehydratace nebo malnutrice a informuj lékaře, komunikuj s pacientem, hodnot' bilanci tekutin, zaznamenávej odchod stolice, pouč pacienta o nutnosti parenterální výživy v prvních dnech, hodnot' přijetí dietního omezení

6. bolest v důsledku základního onemocnění

Cíl: odstranit bolest, zmírnit bolest na minimum

Ošetrovatelské intervence: dostatečně zhodnot' bolest, použij hodnotící tabulky škály bolesti, lokalizuj bolest, zjisti charakter bolesti, informuj lékaře o vzniklé bolesti, podávej analgetika dle ordinace, zajisti úlevovou polohu, zajisti klidné prostředí, zajisti malý pokoj, dej pacientovi signalizaci do jeho dosahu, dokumentuj pacientovu bolest, sleduj účinky analgetik

7. riziko krvácivých projevů

Cíl: odhalit včas krvácivé projevy popřípadě jim předejít

Ošetrovatelské intervence: sleduj krvácivé projevy, pouč pacienta o možnosti výskytu krvácení v důsledku léčby, sleduj laboratorní hodnoty krevního obrazu a koagulace, zamez zbytečnému poranění při manipulaci s pacientem

Průběh hospitalizace

1. den.

Pacient byl přivezen zdravotnickou záchrannou službou na oddělení urgentního příjmu se silnými kolikovitými bolestmi břicha, nauzeou, zvracel doma, úpěl bolestí, po podání opiátů bolest mírně ustoupila. Při předání mírná hypotenze, tachykardie, tachypnoe, mírná hyperglykémie, saturace v normě.

Po důkladném vyšetření, zhodnocení stavu a zaléčení na oddělení urgentního příjmu byl pacient přeložen na oddělení ARO/IP, fyziologické funkce byly pořád stejné jako při převzetí pacienta. Bolest se podařilo mírně zklidnit, pacient stále zaujímal úlevovou polohu, nauzea se zlepšila.

Terapie první den zahrnovala masivní infuzní léčbu, podávání koloidních a krystaloidních roztoků, vitamínů a nutričních doplňků, dále podána antiemetika, antibiotika, laxativa, antiulcerotika, antikoagulancia, parasymatomimetika, kontinuálně v dávkovači sufentanyl pro klidnění bolesti.

Bylo provedeno sono a CT vyšetření, kde byla potvrzena akutní pankreatitida. Zahájeno plnění ošetřovatelských intervencí.

2. den.

Druhý den hospitalizace byly provedeny krevní odběry pro potvrzení diagnózy, kde hlavními ukazateli byly zvýšené hladiny amylázy, lipázy, bilirubinu, CRP, leukocytů, GMT, ALP, urey a kreatininu.

Byly sledovány krvácivé projevy, které se zatím nedostavily, projevy infekce v důsledku zavedených ivazivních vstupů zatím žádné. Pacientovi se snížila teplota na 37,2. Bolest ovšem stále neustupovala, pokračovalo se v nastavené terapii. Sledovány fyziologické funkce, zatím bez výrazných změn. Stále pokračováno v dietě nic per os. Celkový příjem tekutin činil 5 litrů.

3. den.

Terapie zůstává, dále sledována bilance tekutin, výsledky vyšetření sledovány, bez výrazných změn, bolesti břicha podobné jako předešlý den, pacient dále dostává kontinuálně léky proti bolesti. Pacient bez nauzey a zvracení. Infekce v důsledku zavedení periferních vstupů negativní. Pacient toleroval léčbu i dietu. Reakce na hospitalizaci zatím bez problémů. Krvácivé projevy se nedostavily. Kontrolní odběry ordinovány i na další dny. Další vyšetření nedoporučována. Pokračuje se dále v plnění a hodnocení intervencí.

4. den.

Pacientovy fyziologické funkce se začínají stabilizovat, tachykardie i tachypnoe ustupuje. Bolesti břicha polevují, dále stav bez nauzey a zvracení. Pokračuje se v nastavené terapii. Pacient bez krvácivých projevů, na svůj stav si nestěžuje, při hygieně v lůžku se snaží dopomoci, místa zavedených invazivních vstupů bez problémů. Sledována stále bilance tekutin. Vyšetření laboratorní bez výrazných změn. Všechny stanovené ošetrovatelské intervence se zatím daří úspěšně plnit.

5. den.

Pacient afebrilní, naměřeny fyziologické funkce v normě. Pacient bez bolestí, místa zavedených žilních vstupů bez známek zánětu, stav sliznic a kůže svědčí pro dostatečný příjem tekutin, pacient bez nauzey a zvracení. Ukončena terapie antikoagulancii a antiemetiky. Uvažuje se o ukončení léčby bolesti.

6. den.

Pacientovi ponechána žaludeční sonda i ostatní invazivní vstupy, které jsou zatím bez známek zánětu. Ponechán na parenterální výživě, ale může dostat 3x denně čaj. Pacient bez teplot, bolestí břicha, fyziologické funkce v normě. Ordinovány kontrolní odběry.

7. den.

Pacientovi byla nasazena pankreatická dieta. Stravu toleruje bez výrazných problémů, stav výživy dostatečný. Stále je bez bolestí, nezvrací, bez teplot. Při hodnocení kontrolních odběrů se vrací do normy CRP, leukocyty a dochází ke snížení hladin ostatních elevovaných jednotek.

8. den.

Pacient dále na pankreatické dietě, kterou snáší zatím dobře, místa vpichu bez známek zánětů, fyziologické funkce v normě, bez bolestí. Pacient je aktivizován při činnostech v lůžku, výrazně zlepšená aktivita a soběstačnost. Glykémie v normě, konec podávání inzulinu. Kontrola pokožky a sliznic, pacient dostatečně hydratován. Bez dalších obtíží.

9. den.

Pacientovi byla nasazena dieta číslo 4 s omezením tuků, pacient edukován sestrou o nutnosti dodržování diety a její specifčnosti. Všechny stanovené ošetřovatelské intervence se zatím daří s úspěchem plnit. Pacient se stává více soběstačným. Zajímá se o to, kdy bude propuštěn.

10. den.

Pacient bez obtíží, fyziologické funkce v normě. Laboratorní odběry stabilizovány, zrušen i.v. vstup a periferní močový katétr, pacient bude zítra po vizitě a zhodnocení stavu propuštěn do domácí péče.

11. den.

Pacient stabilizován , propuštěn do domácí péče.

ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce jsou náhlé příhody břišní v přednemocniční péči. Práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Cílem teoretické části bylo zopakovat si, upevnit a získat nové znalosti v této problematice. Pomocí studia a čerpání materiálů z odborné literatury došlo k prohloubení znalostí zejména v oblasti diagnostiky náhlých příhod břišních, což je v přednemocniční péči nejdůležitější, pokud je nedostatek pomocných vyšetření. Dále došlo k doplnění důležitých poznatků v oblasti rozdělení náhlých příhod břišních a základní léčby.

Cílem praktické části bylo ukázat a popsat osud pacienta s náhlou příhodou břišní, objasnit, jak probíhá vyšetření, odběr anamnézy a na co je potřeba se zaměřit. Formou kasuistiky z přednemocniční a nemocniční péče toho bylo dosaženo.

Domnívám se, že literatury ohledně komplexního zaměření na náhlé příhody břišní v přednemocniční péči není ke studiu příliš mnoho. Z mého hlediska, tedy z pohledu zdravotnického záchranáře, by bylo potřebné více literatury zabývající se podrobně touto problematikou. Většina literatury se těchto problémů dotýká zejména z pohledu nemocniční a následné nebo akutní péče. I při tvorbě této práce bylo těžké spojovat a odvozovat postupy pro přednemocniční péči.

Stejně tak by byly vhodné vypracované standardy pro postup při náhlých příhodách břišních v přednemocniční péči na naší záchranné službě.

I když u pacientů s lehčí náhlou příhodou břišní se toho z pohledu léčebných zásahů moc dělat nedá. Jak již vyplynulo z teoretické a praktické části je hlavní získat dostatek informací a provést co nejrychleji a nejkvalitněji vyšetření vedoucí ke stanovení diagnózy a poté musí následovat urychlený transport.

Během tvorby této práce jsem se setkal vícekrát s pacienti trpících nijakou formou náhlé příhody břišní. Ne vždy byla ideální spolupráce s nemocničním zařízením, kde pacienti čekali na ošetření delší dobu, než by měli. Pro dosažení optimální péče o pacienta, který může být ohrožen na životě, je nutné, aby dobře a rychle navazoval a nemocniční péče na přednemocniční. Často se mi stalo, že se lékaři s nezájmem a negativně stavěli k tomu, co přivezla zdravotnická záchranná služba. Je proto nutné kvalitně předat pacienta a informace lékaři, aby mu věnoval dostatek pozornosti.

Proto bych chtěl tedy závěrem k přednemocniční péči říci, že je u pacienta s náhlou příhodou břišní nepodcenit situaci. Vždy se pečlivě ptát na anamnézu, nezlehčovat situaci a zjistit co nejvíce informací pomocí rozhovoru s pacientem, příbuznými nebo přihlížejícími a poté následným vyšetřením. To jsou věci, které je nutno pečlivě zaznamenat podat při předávání pacienta. Dostatek informací vede k kvalitnímu předání pacienta, což i pro něj znamená větší komfort.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

KNIŽNÍ PUBLIKACE:

1. ADAMS, B. ; HAROLD, C. E. 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Z angl. orig. přel. Suchardová, I. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-893-8.
2. BALL, Christopher; PHILLIPS, S. Robert. 2002. *Akutní medicína do kapsy*. Z angl. orig. přel. Radim Vyhnálek. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0928-7.
3. BALAŠ, V. aj. *Speciální chirurgie II*. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-044-85.
4. BYDŽOVSKÝ, Jan. 2008. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6.
5. ČERNÝ, V. ; MATĚJOVIČ, M. ; DOSTÁL, P. 2009. *Vybrané doporučené postupy v intenzivní medicíně*. Praha: MAXDORF, 2009. ISBN: 978-80-7345-183-7.
6. DIVÍŠ, Jiří. 1963. *Příručka neodkladné chirurgie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1963. ISBN 08-030-63.
7. DICK, W. F. ; AHNEFELD, F. W. , KNUTH, P. 1997, 2000. *Průvodce urgentní medicínou*. Z něm. orig. přel. Jana Vyorálková. Praha: Sdělovací technika, 2002. ISBN 80-901936-5-X.
8. DOBIÁŠ, Viliam. 2006. *Urgentní zdravotní péče*. 1. čes. Vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-258-8.
9. DYLEVSKÝ, Ivan. 2000. *Somatologie*. Olomouc : Epava, 2000. ISBN 80-86297-05-5.

10. ERTLOVÁ, F. aj. 2006. *Přednemocniční neodkladná péče*. Brno : NCO NZO, ISBN 80-7013-379-1.
11. FENEIS, H. 1993. *Anatomický obrazový slovník*. Z něm. orig. přel. Radomír Čihák a Leo Lemež. Praha: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-197-6.
12. KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80247-18-30-9.
13. NOVOTNÁ, J. ; UHROVÁ, J. ; JIRÁSKOVÁ, J. 2006. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Fortuna, 2006. ISBN 80-7168-940-8.
14. ROKYTA, R; MAREŠOVÁ, D; TURKOVÁ, Z. 2003. *Somatologie pro SZŠ a VZŠ*. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 80-86432-49-1.
15. *Sestra a urgentní stavy*. 2007. Z angl. orig. přel. Libuše Čížková. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2548-2.
16. ŠVÁB, Jan. 2007. *Náhlé příhody břišní*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-485-0.
17. VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. 2000. *Praktický slovník medicíny*. Praha: MAXDORF, 2000. ISBN 80-85912-38-4.
18. VYHNÁLEK, F. aj. 2003. *Chirurgie II. pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80- 7333-007-5.
19. VYHNÁLEK, F. aj. 2003. *Chirurgie III. pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80- 7333-009-1.