

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA
S NÁHLOU PŘÍHODOU BŘIŠNÍ – ILEEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LIBUŠE FILLOVÁ, Dis.

Praha 2012

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA
S NÁHLOU PŘÍHODOU BŘIŠNÍ – ILEEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LIBUŠE FILLOVÁ, Dis.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Praha 2012



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

Fillová Libuše
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 28. 10. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u klienta s náhlou příhodou břišní - ileem

Nursing Process for Client with Acute Abdomen - ileus

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

V Praze dne: 31. 10. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2012

.....

Libuše Fillová, Dis.

Poděkování

Děkuji PhDr. Haně Belejové, Ph.D. za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

V Praze dne 31. 5. 2012

ABSTRAKT

FILLOVÁ, Libuše. *Ošetrovatelský proces u klienta s náhlou příhodou břišní – ileem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD. Praha 2012 57. s.

Hlavním tématem bakalářské práce je Ošetrovatelský proces u klienta s náhlou příhodou břišní-ileem. Teoretická část práce je zaměřena na obecnou charakteristiku onemocnění střevní neprůchodnosti, jeho příčiny, příznaky, diagnostiku a léčbu. Praktická část obsahuje zpracovaný ošetrovatelský proces u klienta s tímto onemocněním.

Klíčová slova: Ileus, Ošetrovatelský proces, Klient.

ABSTRACT

FILLOVÁ, Libuše. *Nursing process of a klient with acute abdomen-ileus*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Level of qualification: Bakalár (Bc.) Supervisor: PhDr. Hana Belejová, PhD. Praha. 2012. 57. pgs.

The major topic of bachelor thesis is Nursing process of a client with acute abdomen-ileus. The theoretical part is focused on the general characteristics of the disease intestinal obstruction, its causes, symptoms, diagnosis and treatment. The practical part contains processed nursing process of a client with this disease.

Key words: Ileus, Nursing process, Client.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARDS.....	Akutní respirační distress syndrom
BMI.....	Body mass index
CT.....	počítačová tomografie
DM.....	diabetes mellitus
FNO.....	Fakultní nemocnice Ostrava
GIT.....	gastrointestinální trakt
JIP.....	jednotka intenzivní péče
MR.....	magnetická rezonance
MRSA.....	Methicilin-rezistentní zlatý stafylokok
NGS.....	nazogastrická sonda
P.....	puls
PMK.....	permanentní močový katetr
PVK.....	permanentní žilní katetr
RHB.....	rehabilitace
RTG.....	rentgen
TEN.....	trombembolická nemoc
TK.....	tlak krve
TT.....	tělesná teplota
USG.....	ultrasonografie
VAS.....	vizuální analogová škála bolesti.

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces	chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem
adheze	srůsty (např. pooperačně v dutině břišní)
aspirace	vdechnutí tuhého útvaru např. sousta nebo kapaliny
cékum (caecum)	slepé střevo
cyanóza	namodralé zbarvení kůže a sliznic, důsledkem nedostatku kyslíku
dehiscence	rozestup, obvykle operační rány
dekubit, -us	proleženina
derivace	odvození viz derivát, odveden
derotace	výkon zahrnující odstranění předchozí rotace
dezinvagínace	chirurgický postup k odstranění invaginace střeva (vchlípení jedné části střeva do části následující)
dilatace	rozšíření, rozšiřování dutého orgánu
dimise	propuštění z nemocnice
diuréza	množství definitivní moči vytvořené ledvinami
edukace	výchova
empatie	vcítění
fascie	vazivový obal svalu či skupiny svalů
hematom	modřina, či krevní výron
hemokoagulace	srážení krve způsobené aktivací srážecích koagulačních faktorů
humorální	související se šťávami, tekutinami v organizmu
intubace	zavedení trubice do vnějšího nebo vnitřního otvoru v lidském těle

ischémie	místní nedokrevnost tkání a orgánů
klyzma	vpravení tekutiny konečníkem do esovité kličky a tlustého střeva
miserere	zvracení obsahu střev při střevní neprůchodnosti
nekróza	odumírání buněk a tkání
obstrukce	uzavření průsvitu, neprůchodnost
obturance	ucpání, uzavření
parenterální	jiná, aplikace léku než ústy př. do žíly
peristaltika	rytmický pohyb stěn dutých orgánů, slouží k posunování jejich obsahu
peritonitida	zánět pobřišnice
per os / per orálně	podáváno ústy
prolaps	výhřez
proximálně	bližší k centru, středu
ragády	bolestivé trhlinky kůže
rektum	konečník
resekce	odstranění části orgánu, např. plic, žaludku
retence	zadržení, zadržování
spasmy	křeče
stenóza	zúžení průsvitu dutého orgánu např. střeva, žaludku
stomie	dočasné nebo trvalé vyvedení orgánu např. střeva
subfebrilie	zvýšená tělesná teplota od 37°C do 37,8°C
tenesmy	namáhavé, neefektivní a bolestivé vyprazdňování stolice
turgor	napětí např. kůže

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje.....	14
Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí.....	15
Tabulka 3 Léková anamnéza.....	16
Tabulka 4 Popis fyzikálního stavu.....	18
Tabulka 5 Aktivity denního života.....	22
Tabulka 6 Posouzení psychického stavu.....	28
Tabulka 7 Posouzení sociálního stavu.....	31
Tabulka 8 Přehled laboratorních hodnot- krevní obraz.....	34
Tabulka 9 Přehled laboratorních hodnot – biochemie.....	35

OBSAH

ÚVOD	12
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ILEUS	13
1.1 Mechanický ileus	13
2 PŘÍZNAKY	15
2.1 Subjektivní příznaky	15
2.2 Objektivní příznaky.....	15
2.2.1 Místní příznaky	15
2.2.2 Celkové příznaky	15
3 VYŠETŘOVACÍ METODY	16
4 LÉČBA.....	17
4.1 Konzervativní léčba	17
4.2 Chirurgická léčba	17
5 KOMPLIKACE	19
5.1 Komplikace operační rány	19
5.2 Respirační komplikace	19
5.3 Kardiovaskulární komplikace	20
5.4 Gastrointestinální komplikace.....	20
5.6 Psychické komplikace.....	21
6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	22
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	26
7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S NÁHLOU PŘÍHODOU BŘIŠNÍ- ILEEM	26
IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	26
VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ	27
Léková anamnéza.....	28
Pracovní anamnéza	29

Spirituální anamnéza.....	29
Ordinovaná vyšetření:	46
Laboratorní vyšetření krve: krevní obraz, biochemické.....	46
ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
SEZNAM PŘÍLOH.....	60

ÚVOD

V dnešní uspěchané době se čím dál častěji setkáváme s poruchami zažívání, spojenými nejčastěji se žaludečními a trávíciemi obtížemi, či poruchou vyprazdňování. Moderní doba nabádá ke zdravé životosprávě, sportu, prevenci, avšak velká část populace se stále ještě přiklání k jednodušší variantě řešení problému. Takže když se vyskytne nějaký problém v oblasti vyprazdňování, tak mnoho z nás zajde raději do lékárny pro nějaké projímadlo. Bohužel, už nevidíme důsledky, v podobě takzvaného „zlenivění střeva“, dehydrataci a zajištění vysokého rizika chronické zácpy. Střevní neprůchodnost se ovšem netýká jen populace, která nedbá na zdravý životní styl. Spadá sem i kategorie onkologicky nemocných, nemocných léčících se s chronickým zánětlivým onemocněním střev např. Morbus Crohn, Ulcerosní kolitida a další. Problematika střevní neprůchodnosti neboli Ileu je čím dál aktuálnější a vyžaduje akutní chirurgickou intervenci. Vyčkávání na zlepšení stavu a odkládání návštěvy lékaře bývá v těchto případech bohužel fatální.

Hlavním cílem práce je stručné seznámení čtenáře s problematikou střevní neprůchodnosti, nastínění možných komplikací a zaměření se na ošetrovatelskou péči o klienty s tímto onemocněním. Práce je rozdělena do dvou částí.

Teoretická část je zaměřena na obecnou charakteristiku onemocnění, příznaky, diagnostiku, léčbu a komplikace.

Obsahem praktické části je zpracovaný ošetrovatelský proces u klienta se střevní neprůchodností, se zaměřením na nejčastější ošetrovatelské problémy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ILEUS

Ileus (střevní neprůchodnost) můžeme rozdělit na neúplný nebo úplný; může mít mechanický či funkční podklad, vzniklý na podkladě získaných nebo vrozených patologických změn. Střevní neprůchodnost většinou postihuje populaci starší generace a způsobuje vysokou letalitu v případech, kdy není urgentně řešena (ŠVÁB, 2007).

Střevní neprůchodnost můžeme lokalizovat častěji na tenkém střevě (80%), v důsledku srůstů a kýl, méně pak na tlustém střevě (20%), kde je většinou způsobený nádory v levé části tračníku (FERKO et al., 2002).

1. 1 Mechanický ileus

Ileus, který je způsobený mechanickou překážkou nebo obstrukcí.

Nejčastější příčiny obstrukce:

- a) intramurální (patologické změny sliznice střeva př. záněty, nádory)
- b) extramurální (tlak na střevo zvenčí př. uskřínutí kýly, srůsty, či nádory jiných orgánů)
- c) intraluminální (ucpání tělesem, konkrementem, ve výjimečných případech parazity nacházející se ve střevě).

V případě dojde-li i k poškození cévního zásobení stěny střeva, mluvíme o strangulačním ileu, kdy může dojít k jeho nekróze již během 6 hodin. Změny ve střevní stěně mohou být způsobeny dlouhotrvající distenzí trvající po dobu 24-48h, která může být způsobena prostou obstrukcí.

Invaginace je druhem strangulačního ileu, při kterém dochází k vsunutí části střeva do jiné. Vyskytuje se převážně v ileocekální oblasti, na tenkém či tlustém střevě již méně. Nejčastější příčinou jsou polypy či nádory. V kojeneckém věku se vyskytuje ileocekální invaginace, v období přechodu z mateřského mléka na umělou stravu.

Volvulus je druh strangulačního ileu, který vzniká otočením orgánu např. tenkého střeva, žaludku, volného céka, či elongovaného sigmatu. Tento druh ileu se projevuje stejně jako mechanický ileus, nápadně vzedmuté břicho je typické u volvulu sigmatu.

1. 2 Cévní ileus

Ileus, při kterém dochází k náhlému porušení cévního zásobení střeva a zástavě peristaltiky.

Příčinou je trombóza anebo embolie horní mezenterické tepny, výjimečně může jít o žilní trombózu, či o trombózu drobných cév ve stěně střeva. Počáteční projevy př. krvácení do střeva, má za následek počínající nekróza sliznice. Pokročilá nekróza postihující celou stěnu střeva a počátek peritonitidy se vyskytne po 6 až 12 hodinách. U postižení celého kmene a. mesenterica sup., dochází k nekróze pravého tračníku a celého tenkého střeva.

1. 3 Neurogenní ileus

Ileus, při kterém dochází k tzv. ochrnutí střeva.

Rozdělujeme dva typy:

- spastický ileus – vyskytuje se vzácně
- paralytický ileus – způsobený ochabnutím až ochrnutím peristaltiky střeva, obvykle jako důsledek zánětlivého procesu v dutině břišní (pankreatitis, peritonitis), také po úrazech páteře, míchy, retroperitonea, neurochirurgických, břišních a ortopedických operacích...) (VALENTA, 2007).

2 PŘÍZNAKY

2.1 Subjektivní příznaky

Mezi nejčastější příznaky se řadí kolikovitá bolest, která je způsobena stahem hladké svaloviny stěny střevní, projevující se usilovnou peristaltikou v místě nad překážkou. Postupné ustávání peristaltiky je následkem únavy svaloviny, dochází k prodlužování intervalů mezi spasmy.

Zvracení je závislé na výši uložení překážky, zpočátku jde o zvracení reflexní, v pokročilejší fázi jde o zvracení, kde se obsah hromadí nad překážkou, např.: hořký obsah z duodena, kyselý obsah ze žaludku, miserere.

Odchod stolice a plynů bývá u vysokých ileů na určitou dobu zachován, u nízkých ileů je porušen již od počátku.

2.2 Objektivní příznaky

2.2.1 Místní příznaky

Vzednutí břicha lze zjistit pohledem, podle lokalizace, kde je překážka umístěna, př.: nízký ileus vzniká umístěním překážky na dolním ileu, břicho má tvar kuželu, přičemž je pupek na vrcholu. Při kolikovité bolesti je slyšitelné přelévání a škroukání obsahu a celkové zvýšení střevní peristaltiky. V pokročilejších fázích onemocnění dochází k slábnutí až úplnému vymizení těchto fenoménů. Vyšetření poklepem nebývá bolestivé, vzniká charakteristický bubínkový zvuk nad místem roztažené střevní kličky. Pohmatem zjistíme lehkou citlivost, až bolestivost, břišní stěna bývá většinou napjatá. Per rectum bývá většinou s negativním výsledkem.

2.2.2 Celkové příznaky

Při bolestivých kolikách bývá v popředí neklid, mnutí břicha či hledání úlevové polohy. Šoková bolest různého stupně se vyskytuje u strangulací při začátku onemocnění. Od počátku je charakteristické stíštění a ischémie struktur mezenteria, zrychlení tepu, neklid, naříkání. U vysokých ileů nastupuje humorální rozvrat rychleji (Šváb, 2007).

3 VYŠETŘOVACÍ METODY

Anamnéza (předchorobí) – zahrnuje rozbor současných onemocnění, osobní anamnézu (předchozí operace, kýly, nádorové onemocnění) rodinnou anamnézu, pracovní anamnézu a anamnézu sociální.

Fyzikální vyšetření

- Fyziologické funkce (TT, P, TK),
- pohledem,
- poslechem,
- poklep,
- pohmat,
- per rectum / u žen i vyšetření per vaginam, (VALENTA, 2007).

Laboratorní vyšetření

- Vyšetření moči (chemické + sediment),
- vyšetření krve – krevní obraz + diferenciální počet leukocytů,
- biochemické vyšetření séra-zánětlivé markery- CRP,
- ionty – Na, K, Cl, Ca,
- kyselina močová, urea, kreatinin,
- jaterní testy- AST a ALT transaminázy, GMT, bilirubin a alkalická fosfatáza,
- sérová lipáza a amyláza,
- hemokoagulace, (MICHALSKÝ, 2008).

Zobrazovací metody

- Rentgenový prostý snímek břicha vstoje (RTG),
- ultrasonografické vyšetření (USG),
- popřípadě při indikaci i vyšetření pomocí výpočetní tomografie (CT), angiografie,(VALENTA, 2007).

4 LÉČBA

Léčbu ileu můžeme rozdělit na konzervativní, nebo chirurgickou. Ve většině případů se jedná o léčbu chirurgickou, jelikož okamžitá operace může nemocnému zachránit život. Pouze ve výjimečných případech se přistupuje k takzvané konzervativní, neboli nechirurgické léčbě.

4.1 Konzervativní léčba

Konzervativní léčba začíná zastavením per os příjmu. Poté se zavádí nazogastrická sonda s následným odsátím žaludečního obsahu, k dekompresi střeva. Nazogastrická sonda (NGS) může být napojena na derivaci. Při tomto stavu je nutné sledovat množství a charakter odpadů z NGS a dodržovat prevenci aspirace. Zahajuje se infuzní terapie k úpravě vnitřního prostředí (rehydratace, doplnění minerálů, podpora diurézy), přes zavedený periferní žilní katétr (PVK). Aplikování klysmatu je indikováno pouze u nízkého ileu (mechanický ileus). V tomto případě může dojít k částečnému uvolnění zahuštěné stolice nad stenózou, nebo u neurogenního ileu, kde se může kombinovat klysmata s léky zvyšujícími peristaltiku střeva, v jiných případech je klysmata kontraindikováno! (VALENTA et al., 2005).

4.2 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je indikována u všech druhů ileů, kromě neurogenního (paralytického). Operační výkon by měl být proveden co nejdříve od diagnostiky a po nezbytné předoperační přípravě.

Cílem operace je:

- odstranit překážku (uvolnění adhezí, derotace, dezinvací resekce stenózy, operace kýly),
- obejít překážku spojkou (u neodstranitelných nádorů se provádí bypass střeva), anastomózy provedené na ileózním střevě jsou většinou ohroženy dehiscencí (nedostatečností), proto bývají pojišťovány stomiemi uloženými proximálně od

anastomózy, anebo se může přerušené střevo vyvést jako stomie a anastomóza se provádí až ve druhé době,

- v případě obturačních ileů střeva v pravé části tračníku se nejčastěji provádí pravostranná hemikolektomie nebo ileocekální resekce,
- resekce nevitálního střeva se provádí u cévního ileu, není zde vyloučena pooperační progredující ischemie střeva, proto se dutina břišní uzavírá jen provizorně. Je možno provést aorto-mezenterický by-pass pomocí žilního štěpu nebo trombembolotomie z arteriotomie na kmenech horní mezenterické tepny, (FERKO et al., 2002).

5 KOMPLIKACE

Pooperační komplikace vznikají v souvislosti s operačním výkonem či anestezií. Riziko vzniku pooperačních komplikací snižuje dobře provedená předoperační příprava nemocného, správně vedená anestezie a dokonale provedený operační výkon. Vznik komplikací podstatně ovlivňuje i věk pacienta a jeho předoperační stav (KOPECKÝ; KLUS, 2003).

5.1 Komplikace operační rány

Komplikace operační rány se vyskytují nejčastěji v prvním pooperačním týdnu. V podkoží či v hlubších vrstvách rány může dojít k nahromadění tekutiny různého charakteru. Může se jednat o serom (nahromadění tekutiny), hematom (nahromadění krve), nebo o absces (nahromadění hnisu).

Infekce v ráně nejčastěji vzniká kontaminací bakteriálními kmeny (stafylokoky, E. Coli), které jsou rezistentní na antibiotika např. infekce meticilin-rezistentním stafylokokem (MRSA). Dále může dojít k zánětu fascie (fasciitis), kdy se jedná o rozšíření zarudnutí (zánětu) do okolí operační rány.

O dehiscenci operační rány mluvíme tehdy, dojde-li k rozpadu operační rány v povrchových vrstvách, nebo v hlubokých vrstvách, kde hrozí výhřez a prolaps orgánů dutiny břišní. Okraje rány může postihnout nekróza, ke které dojde většinou v místech, kde chybí podkoží (výživa), anebo je-li sešitá kůže příliš napjatá.

5.2 Respirační komplikace

Nejčastěji postihují nemocné trpící chronickou obstrukční plicní chorobou, kuřáky či stavy po operaci hrudní stěny.

- Atelektáza- okrsek nevzdušné plicní tkáně,
- Bronchopneumonie- zánět plic, šířící se z malých průdušek, postihující jejich okolí,

- Syndrom akutní respirační nedostatečnosti (ARDS),
- Aspirace- krev, obsah gastrointestinálního traktu (GIT),
- Laryngotracheitida- podráždění při intubaci,
- Apnoe- zástava dýchání při doznívání anestezie.

5.3 Kardiovaskulární komplikace

- Hluboká žilní trombóza- výskyt 30-50% nemocných, trombóza žíly, riziko embolie plicnice,
- ileofemorální trombóza- trombóza postihující hluboké žíly celé dolní končetiny a pánve,
- tromboflebitida povrchových žil- zánět postihující žilní stěnu,
- embolie plicnice- uvolnění trombu a zanesení do plicního řečiště,
- hypotenze- velké krevní ztráty,
- srdeční arytmie.

5.4 Gastrointestinální komplikace

- Akutní dilatace žaludku- hromadění žaludečního obsahu, nutnost zavedení nazogastrické sondy a odsátí žaludečního obsahu,
- Stresové eroze a vředy,
- Ileus- útlum až zastavení střevní peristaltiky,
- Pseudomembranózní kolitida- vyvolaná infekcí *Clostridium difficile*, může způsobit náhlou smrt nemocného,
- Difúzní peritonitida,
- Střevní píštěl.

5.5 Diuretické komplikace

- Retence moči,
- infekce močových cest- porušení aseptických podmínek při cévkování.

5.6 Psychické komplikace

- Stavy zmatenosti,
- Deprese,
- Akutní demence,
- Agresivita (VALENTA, 2007; ZEMAN, 2011).

6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Klienti se střevní neprůchodností jsou přijímáni na standardní ošetrovací jednotku chirurgického oddělení. Klienti v těžkém stavu s projevy metabolického rozvratu na JIP (jednotka intenzivní péče).

Monitorace:

- Celkový stav nemocného (zvracení, odchod stolice, plynů),
- fyziologické funkce, stav vědomí, chování,
- bilance tekutin (odvedený žaludeční obsah, zvratky, stolice, diuréza),
- invazivní vstupy (možné příznaky infekce, funkčnost),
- laboratorní výsledky a výsledky vyšetření,
- stav hydratace organismu (kožní turgor, stav sliznic).

Poloha, pohybový režim:

- V akutní fázi přísný klidový režim, později režim bez omezení,
- úlevová poloha na pravém či levém boku,
- seznámení se signalizačním zařízením.

Hygienická péče:

- Zhodnocení úrovně soběstačnosti klienta,
- v akutní fázi pouze odstranění hrubých nečistot hygienou na lůžku, vzhledem k urgentní přípravě na operační sál,
- v pooperačním období postupné zapojování a aktivizace klienta do hygieny,
- péče o dutinu ústní, vzhledem k zavedené NGS, zajisti dostatek pomůcek, emitní misku s buničitou vatou k vyplivování hlenů, výplachy dutiny ústní při zastaveném per orálním příjmu, péče o rty, denně výměna fixace, prevence otlaku nosního křídla.

Předoperační příprava:

- Většinou akutní předoperační příprava, minimum času na přípravu a zajištění vstupních informací,

- všechna předoperační vyšetření STATIM,
- zajištění žilního přístupu a úprava vnitřního prostředí,
- zavedení NGS, permanentního močového katétru (PMK) dle ordinace lékaře,
- minimalizace TEN (trombembolické nemoci),
- psychická příprava.

Pooperační péče:

- Většinou hospitalizace na JIP ,
- všeobecné zásady pooperační péče (monitorace základních životních funkcí, úprava vnitřního prostředí, zajištění výživy parenterální cestou, postupná zátěž GIT, péče o operační ránu, popřípadě stomii, snižování bolestí a předcházení pooperačních komplikací).

Výživa:

- Zhodnocení stavu výživy,
- v akutní fázi nic per os, v pooperačním období pomalé zatěžování gastrointestinálního traktu (dále GIT), zajistit parenterální a enterální výživu dle ordinace lékaře,
- postupné zatěžování GIT, začíná dietou O/S čajová dle ordinace lékaře (např. 250ml čaje na 24h a další zvyšování dle tolerance a odpadů z NGS), při toleranci per os příjmu dieta č. 0, poté dieta č. 1, a postupné zatížení adekvátní dietou dle ordinace lékaře,
- po zatížení GIT sleduj projevy nevolnosti, zvracení, říhání, nadýmání, odchod plynů a stolice.

Vyprazdňování:

- Zhodnocení úrovně sebepéče v této oblasti,
- sledování bilance tekutin,
- péče o permanentní močový katétr je-li indikace lékaře k jeho zavedení, sledovat diurézu, charakter a příměsi v moči,
- sledovat střevní peristaltiku a odchod plynů, stolici (charakter a množství), rozpětí břicha,

- aplikace nálevu či rektální rourky pouze je-li indikace lékaře!
- v případě provedení stomie v průběhu operace zajistit edukaci stomickou sestrou, provádět ošetřování ileostomie a kolostomie dle pokynů, postupné zapojování klienta do péče o stomii.

Bolest:

- Vyhodnotit bolest dle hodnotící škály,
- aplikovat metody vedoucí ke zmírnění bolesti (úlevová poloha, odvedení pozornosti, klidné prostředí),
- aplikace analgetik pouze v případě ordinace lékaře, v předoperačním průběhu může dojít k zastření příznaků, v pooperačním období podávání analgetik opiátového typu může zpomalit střevní peristaltiku, proto je nutná včasná mobilizace klienta,
- sledovat účinek podaných analgetik.

Spánek a odpočinek:

- Zjistit návyky v souvislosti se spánkem a odpočinkem,
- zajistit klidné prostředí,
- zajistit bezpečnost (postranice, signalizace),
- dle ordinace lékaře aplikovat sedativa, hypnotika.

Psychosociální potřeby:

- Zajistit dostatek informací ke všem prováděným výkonům,
- adekvátní komunikace s klientem, projevení empatie a zájmu,
- umožnění styku s rodinou,
- v případě provedení stomie zajištění dostatek prostoru k adaptaci a zvládnutí sebedpěče.

Domácí péče:

- Dietní opatření, vyloučení potravin, způsobujících ileózní stav (slupky z ovoce, tuhé maso, nadýmavé potraviny, kořeněná jídla, sycené minerální vody),
- pohybový režim, vhodné méně zátěžové aktivity, vyvarování se sedavému způsobu života,

- vhodnost lázeňské léčby,
- v případě provedení stomie zajistit dispenzarizaci na gastroenterologické ambulanci, ambulanci stomické sestry,
- resocializace klienta, STOMA kluby.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S NÁHLOU PŘÍHODOU BŘIŠNÍ- ILEEM

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: D.P.	Pohlaví: muž
Datum narození: 1992	Věk: 21
Adresa bydliště a telefon: Ostrava-Poruba	
Adresa příbuzných: dtto.	
RČ: 1992	Číslo pojišťovny: 205
Vzdělání: střední odborné vzdělání s maturitní zkouškou	Zaměstnání: student
Stav: svobodný	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 23.4.2012; 23:41	Typ přijetí: akutní
Oddělení: lůžkové oddělení chirurgie B, FN Ostrava	Ošetřující lékař: Mudr. V. P., PhD.

Důvod přijetí udávaný pacientem: Bolesti břicha, pocit na zvracení, zvracení.

Medicínská diagnóza hlavní: K56.0 Paralytický ileus a střevní neprůchodnost bez kýly.

Medicínské diagnózy vedlejší: Morbus Crohn, St. p. resectionem ileocecalis propt. M. Crohn

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 110/80 torr	Výška: 175cm
P: 80/min.	Hmotnost: 65kg
D: 23	BMI: 21.22
TT: 36,7 °C	Pohyblivost: bez omezení
Stav vědomí: při vědomí, orientován	Krevní skupina: nezjišťována

Nynější onemocnění:

23.4. 2012 přivezen rychlou zdravotnickou službou na chirurgickou ambulanci, pro zhoršení potíží, 2 denní křečovitě bolesti v pravém podbřišku, zaujímá úlevovou polohu - na levém boku, přitahuje nohy k břichu, doma několikrát zvracel, zde při rtg taktéž zvracel - hnědá voda s hleny, stolice dnes nebyla, i když měl tenesmy. Dietní chybu popírá, poslední jídlo včera, pouze piškoty a suchary. Na RTG nativu hladinky na tenké kličce. Lékařem indikováno přijetí na lůžkové oddělení chirurgické kliniky.

Informační zdroje:

- od klienta
- vyšetření sestrou, vlastní pozorování
- ze zdravotnické dokumentace
- od jiných zdravotníků

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: DM na dietě

Otec: po operaci křečových žil, má vysoký cholesterol a TK

Sourozenci: bratr myoklonická epilepsie po klešťovém porodu a astma bronchiale

Děti: nemá

Osobní anamnéza:**Překonané a chronické onemocnění:** M.Crohn**Hospitalizace a operace:** 08/2007 Laparoskopická ileocekální resekce**Úrazy:** 07/2009 Distorse art genus l.sin.**Transfúze:** dosud nepodány**Očkování:** tetanus 2006**Léková anamnéza**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
ac.follicum	tbl.	10mg	2x týdně	vitamin, antianemikum
centrum	tbl.	-	1 - 0 - 0	vitamíny

Alergologická anamnéza:**Léky:** neudává**Potraviny:** neudává**Chemické látky:** neudává**Jiné:** prach, pyly**ABÚZY****Alkohol:** příležitostně destiláty, pivo jedenkrát za 2 týdny**Kouření:** nekuřák**Káva:** 2x denně**Léky:** viz. výše, při bolestech Ibalgin 400mg tbl.**Jiné drogy:** neguje**Urologická anamnéza:**

Překonané urologické onemocnění: neguje

Poslední návštěva u urologa: doposud nenavštívil

Samovyšetřování varlat: neprovádí

Sociální anamnéza:

Stav: svobodný

Bytové podmínky: žije s matkou, jejím druhem a mladší sestrou.

Vztahy, role, a interakce v rodině: ve společném soužití s matkou a jejím druhem nejsou obtíže, či konflikty. S otcem se stýká pravidelně, s rozchodem rodičů se již vyrovnal. Se starším bratrem vychází bez problémů, mladší sestře je „velkým bráchou“ mají spolu blízký vztah. Vztahy v rodině jsou dobré.

Mimo rodiny: přítelkyni nemá, má spoustu přátel, ze školy i z fotbalu, kteří jej chodí navštěvovat do nemocnice.

Záliby: fotbal, pc hry, posezení s kamarády u piva.

Volnočasové aktivity: fotbal, který hraje za školu, pc hry s kamarády, posezení s přáteli u piva, či výlety s mladší sestrou.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení: student

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: /

Vztahy na pracovišti:

Ekonomické podmínky: ekonomické zázemí rodiny je dobré.

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky: Nevěřící, bez vyznání. Do kostela chodí pouze o Vánocích na Půlnoční mši s rodinou.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 30. 4. 2012

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	<p>„Hlava mě nebolí.“</p> <p>„Slyším dobře.“</p> <p>„Se zrakem problémy nemám.“</p> <p>„Trpím jen sezonní alergickou rýmou.“</p>	<p>Hlava: normocefalická, na poklep nebolestivá.</p> <p>Uši: bez výtoků, naslouchací přístroj nepoužívá.</p> <p>Oči: spojivky růžové, bez zánětu, brýle nepoužívá, vizus nevyšetřitelný, oči ve středním postavení, pohyblivé, skléry bílé, zornice izokorické, bez sekrece.</p> <p>Nos: bez deformit a výpotku.</p> <p>Rty: souměrné bez ragád, bez cyanózy. Dutina ústní: chrup bez zubních náhrad, jazyk nepovleklý, vlhký, plazí středem. Zápach z úst nepřítomný.</p> <p>Krk: souměrný, bez toků, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšená, náplň jugulárních žil v normě, šíje bez opozice.</p>

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Srdcově - cévní systém	„ Nemám žádné problémy. “	Srdeční akce pravidelná, frekvence 82/minutu-normokardie. TK 120/80 torrů-normotenze. Puls je pravidelný, plný. Dolní končetiny bez otoků, křečové žíly nepřítomny. Intravenozní kanyla zavedena 28. 4. na periferii pravé horní končetiny, bez patologií.
Hrudník a dýchací systém	„ Dýchá se mi dobře, nemám problémy. “	Hrudník symetrický, bez deformit a kožních eflorescencí. Prsa bez patologických změn. Dýchání čisté, sklípkové. Počet dechů: 18/ minutu.
Močově- pohlavní systém	„ S močením problémy nemám. “	Močový systém: ledviny pokleповě nebolestivé, příjem tekutin snížený na 1,5 litru /den. Moč čirá, bez zápachu či patologických příměsí. Genitál: mužský, močí spontánně, dostatečně

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Kostrově-svalový systém	„Cítím se ještě trochu slabý, chůzi zvládám už sám, ale snažím se chodit, abych mohl jít brzy domů. “	<p>Páteř: bez patologických změn. Kosterní aparát bez deformit.</p> <p>Klouby: bez patologie, bolestivost kloubů nepřítomná.</p> <p>Svalová síla: svalový aparát bez patologií, tonus přiměřený.</p> <p>Poloha: pohyblivost částečně omezená bolestí. Poloha aktivní, sedí, snaží se chodit. Chůzi zvládá bez dopomoci, chodí po chodbě v rámci rehabilitace.</p>
Endokrinní systém	„ Nemám problémy. “	Bez zevních projevů endokrinních poruch.
Imunologický systém	„ Bývám nachlazený 2x ročně. “	Lymfatické uzliny nezvětšené. Infekty horních a dolních cest dýchacích nejsou časté. Alergie pouze sezonní prach a pyly. TT: 36,4 °C - afebrilní.

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Kůže a její adnexa	„ S kůží problémy nemám, nehty se mi nelámou a na záděry netrpím. ‘‘	<p>Kůže: prokrvená, bez cyanózy, turgor je přiměřený, hojící se jizva na břiše per primam, jizva po předešlé operaci zhojená per primam, bez defektů, či dekubitů.</p> <p>Vlasy: krátké, čisté.</p> <p>Nehty: čisté, upravené, bez záděrů.</p> <p>Ochlupení: přiměřené mužskému pohlaví.</p>

Poznámky z tělesné prohlídky: Při posuzování zdravotního stavu se mi s klientem velice dobře spolupracovalo. K rozhovoru přistupoval aktivně, beze studu. Rozhovor a vyšetřování bylo prováděno v uzavřeném prostředí, kde byla zachována co nejvyšší intimita klienta.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„ Snažím se jíst pravidelně, vyváženě kvůli svému chronickému onemocnění, do školy si nosím svačiny, nebo si něco koupím v bufetu. Na obědy chodím do školní menzy (jidelny) a večeri míváme doma vařenou. ‘‘	Doma bez dietního opatření, BMI 21,22 – normální hodnota. Bez potravinové alergie.
	V nemocnici	„Dlouho jsem nic nejedl, mám scvrklý žaludek...a bojím se, že budu zvracet, když se víc najím, chutnají mi výživové mléka. ‘‘	Dieta č. 0 + sipping : Nutridrink Protein 200ml p.o. 3xdenně. Chuť k jídlu je obnovena, jí častěji, po menších porcích. Dietu plně toleruje.
Příjem tekutin	Doma	„ Doma vypiju přes den okolo 2 litrů tekutin, nejraději mám neperlivou vodu a čaje. Kávu mám moc rád piju 2 kávy za den.‘‘	Pitný režim dodržuje.

	V nemocnici	„Moc mi tady nechutná čaj, ale rodina mi donese vodu a balené čaje, tak začnu více pít. Sestry mi sledují kolik tekutin vypiju za den, mám papír, na který si značím kolik sklenic jsem vypil.“	Sledována bilance tekutin. Klient vypije zhruba 1,5 litru tekutin denně. Turgor v normě. Parenterální podávání tekutin zrušeno z důvodu tolerování plného perorálního příjmu.
Vylučování moče	Doma	„Problémy s močením nemám“	Bez speciálních návyků.
	V nemocnici	„Problémy s močením nemám, močím do džbánu, který mám umístěný na WC, kvůli sledování množství moče.“	Sledována diuréza. Moč bez příměsí, či patologií. Klient neudává diuretické potíže. Poučen o sledování diurézy.

Vylučování stolice	Doma	„Velmi často mívám průjem, ale do nemocnice jsem přišel, protože jsem nemohl jít na stolicí několik dní a přestaly mi odcházet větry. “	Průjmovité stolice, i několikrát denně, bez příměsí krve. Hospitalizován pro Ileus.
	V nemocnici	„Stolici jsem měl zatím jen jednu, ale i tak byla spíše průjmovitá, větry už začaly odcházet. “	Pooperačně je peristaltika ještě chabá, ale začíná zesilovat. Větry již odcházejí. Stolice odešla průjmovitá, v malém množství, bez patologických příměsí. Pasáž obnovena. Okolí konečníku bez opruzení.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění	Doma	„Doma problémy se spánkem nemám, kde si lehnu, tam usnu. Spím většinou 7-8hodin. “	Bez speciálních návyků.
	V nemocnici	„Na intenzivce se nedalo spát, všechno tam pípalo, těším se, že se tady konečně vyspím. V noci tu bývá určitě větší klid. “	Přes den aktivizován, nespál. Večer před spaním vyvětrán pokoj. Spánek kvalitní, budí se pouze při potřebě na WC.
Aktivita a odpočinek	Doma	„ Fotbalový trénink máme 3x týdně, jinak chodím na procházky se sestrou a psem. Odpočívám u pc her, často poslouchám oblíbenou hudbu, ale rád se podívám i na nějaký film. “	Bez potíží.

	V nemocnici	„Na intenzivce jsem nemohl moc chodit jen po boxe. Tady si už troufnu i na procházku po chodbě a zítra zkusím jít s návštěvou i mimo oddělení, na horkou čokoládu. Mám tady svůj notebook a mp3, poslouchám hudbu, nebo koukám na filmy. “	Chůzi zvládá bez dopomoci, když je unavený odpočívá v lůžku. Sleduje film, nebo poslouchá hudbu. Návštěvy chodí za klientem každý den.
Hygiena	Doma	„Doma zvládám vše bez problémů.“	Bez potíží. Sprchuje se každý den.
	V nemocnici	„Po operaci mi musely sestřičky trochu pomoci, ale dnes jsem se už myl sám u umyvadla a myslím, že do sprchy to zvládnu už bez pomoci. “	Hygienickou péči zvládá klient samostatně, dopomoc odmítá. Kompletní hygienu provádí ve sprše každé ráno. Poučen o sprchování operační rány. Prováděna pouze péče o osobní a lůžkové prádlo.

Samostatnost	Doma	„Jsem samostatný, nepotřebuji s ničím pomoci.“	Klient plně soběstačný ve všech směrech.
	V nemocnici	„Už se cítím dobře, zvládám vše bez pomoci, jen ještě trochu pomaleji.“	Klient soběstačný ve všech směrech, dopomoc odmítá.

Posouzení psychického stavu			
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE	
Vědomí	„Rozumím všemu, co říkáte. “	Lucidní, reaguje přiléhavě.	
Orientace	„Vím co je za den, důvod proč tady jsem a vím, ve které nemocnici jsem. “	Klient je orientován v osobě, čase, prostoru a situaci.	
Nálada	„Docela se mi tady líbí, jste tu všichni hodní, ale doma je doma. Těším se až půjdu domů. “	Klient je pozitivně naladěný, spolupracující.	
Paměť	Staropaměť	„ Z dětství a minulosti si pamatuju vše. “	Staropaměť je výbavná bez poruch.
	Novopaměť	„ Zajímá mě aktuální dění ve světě i u nás, když se učím do školy tak si toho hodně zapamatuji, mám dobrou paměť. “	Novopaměť je výbavná bez poruch.

Myšlení	„Myslím, že mi to docela pálí, umím rychle přemýšlet a analyzovat, což potřebuji ve škole. “	Logické myšlení, bez známek patologie.
Temperament	„Já jsem takový věčný optimista, říkám si, že vždycky může být hůř. Svou nemoc nijak tragicky neprožívám. “	Sangvinik, komunikativní typ, nestěžuje si, klidný ale spíše introvertní.
Sebehodnocení	„Jsem se sebou spokojený, cíle, které jsem si vytyčil, jsem splnil anebo pracuji na jejich zdolání. “	Zdravý náhled na vlastní osobu.
Vnímání zdraví	„Jak jsem říkal, svoji nemoc nijak neprožívám, snažím se dodržovat zásady životosprávy, které tato nemoc vyžaduje. Dělán maximum pro to, aby se nemoc nezhoršovala. Aktivně sportuji. “	Klient má zájem o zlepšení zdravotního stavu a předcházení progresu nemoci.
Vnímání zdravotního stavu	„Trochu mě trápí bolesti břicha, ale se stavem před operací se to nedá srovnat, cítím se o hodně líp. “	Klient udává výrazné zlepšení zdravotního stavu.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Docela mě zaskočilo, že se můj zdravotní stav zkomplikoval a musel jsem jít na další operaci, ale jiné	Klient je plně informován o důvodech operace, rozumí a souhlasí s následujícím

	východisko nebylo. ''	léčebným postupem.
Reakce na hospitalizaci	„ Pobyť v nemocnici mi nijak nevađí, mám tady notebook a můžu se učit na zkoušky. ''	Klient v minulosti již byl hospitalizován, je adaptovaný na pobyt v nemocnici.
Adaptace na onemocnění	„ Ze začátku jsem si nemohl zvyknout na časté návštěvy u doktorů v ambulancích a na odběry, ale dnes už mi to nevađí. ''	Klient svoji nemoc přijal, chápe veškeré léčebné omezení, aktivně přistupuje k léčení nemoci.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„ Velké obavy jsem měl z operace, teď už je snad vše v pořádku a už nebudu mít žádné komplikace. ''	Klient měl obavy z operačního výkonu, obavy z budoucnosti přetrvávají.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie)	„ S hospitalizací nemám žádné negativní zkušenosti. ''	Klient již v minulosti hospitalizován, negativní zkušenosti neudává.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Rád si povídám, ale jen s lidmi, které znám. “	Bez potíží.
	Neverbální	„ Při komunikaci se snažím ovládat svoji mimiku i gestiku, občas se zapomenu a hodně rozhazuju rukama., ale jen když o něčem diskutujeme s kolegy na pokoji. “	Klient využívá neverbální komunikaci v souladu s verbální komunikací.
Informovanost	O onemocnění	„Ohledně své nemoci jsem plně informován ze stran lékařů. “	Klient plně informován o svém onemocnění.

	O diagnostických metodách	„ Před každým vyšetřením mi bylo vše vysvětleno. “	Informace před diagnostickými metodami byly vždy podány, informované souhlasy podepsány.
	O léčbě a dietě	„ Ohledně aktuální diety mi podal informace lékař a sestry na intenzivní péči, ale hodně vím od lékaře z gastroenterologické ambulance, kam pravidelně chodím na kontroly. “	Informace podány.
	O délce hospitalizace	„ O tom jak dlouho tady budu jsem hovořil s doktorem, který se tu na mě už byl podívat, za 5 dní bych mohl jít domů. “	Klient předběžně informován.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Musím trochu zesílit a nabrat více síly. “	Role přiměřená.
	Sekundární (související s rodinou a společenský mi funkcemi)	„ Doma se o mě bude ze začátku starat mamka, bude mi vařit a vozit mě do školy. “	Klient má zajištěnou podporu rodiny a domácího zázemí.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Myslím, že budu brzo fit, jen se budu muset ještě šetřit, ve fotbale trochu polevím, ale ve studiu zvolňovat nepotřebuju. “	Klient si je vědom změny role v oblasti sportovního dění.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 30. 4. 2012

Klient přeložen z chirurgické JIP, 3. pooperační den, po výkonu: **Lysis adhesionum per laparotomiam** (Ileus e strangulatione intestini tenuis). Zpočátku subfebrilie, postupně úprava stavu, proto indikován překlád na standardní oddělení chirurgické kliniky, lůžková stanice B.

Ordinovaná vyšetření:

TK + P co 1hodinu.

P +V tekutin co 6 hodin.

Laboratorní vyšetření krve: krevní obraz, biochemické.

Bakteriologické vyšetření: při tělesné teplotě nad 38°C odebrat 3x hemokulturu.

Výsledky:

TK + P: normotenzní 120/80 torr; P: 78/min.

Výsledky krevních odběrů v průběhu hospitalizace.

<u>Krevní obraz</u>	23. 4. 2012	27. 4. 2012	30. 4. 2012	Fyziologická hodnota FNO
Leukocyty	10,70 ↑	7,4	5,4	3.9-10.0 x10 ⁹ /l
Erytrocyty	6,2 ↑	5,2	5,3	4.3-5.9 x10 ¹² /l
Hemoglobin	179 ↑	149	155	135.0-175.0 g/l
Hematokrit	0,505	0,443	0,459	0.410-0.520
Trombocyty	357	293	392	130-400

<u>Biochemie</u>	23. 4. 2012	27. 4. 2012	30. 4. 2012	Fyziologická hodnota FNO
Na v séru	<i>137,00</i>	<i>141</i>	<i>138,0</i>	136-145 mmol/l
K v séru	<i>3,90</i>	<i>4,30</i>	<i>4,70</i>	3,5-5,3 mmol/l
Cl v séru	<i>96,00</i>	<i>103</i>	<i>99</i>	95-110 mmol/l
Urea	<i>4,30</i>	<i>2,9</i>	<i>2,9</i>	2,8-7,2 mmol/l
Kreatinin	<i>93,00</i>	<i>81</i>	<i>74</i>	62-115 umol/l
Amyláza v séru	<i>0,57</i>	<i>1,92↑</i>	<i>1,6</i>	0,15-1,70 ukat/l
ALT	<i>0,25</i>	<i>0,28</i>	<i>0,31</i>	0,15-0,75 ukat/l
AST	<i>0,40</i>	<i>0,92↑</i>	<i>0,75</i>	0,15-0,85 ukat/l
Glukóza	<i>6,87↑</i>	<i>6,93↑</i>	<i>6,15↑</i>	3,60-5,59 mmol/l
Laktát	<i>2,78↑</i>	<i>2,72↑</i>	<i>2,58↑</i>	0,50-2,20
CRP	<i>44,00↑</i>	<i>138↑</i>	<i>100↑</i>	0-10 mg/l

Konzervativní léčba:

Dieta: 0 – tekutá + sipping: Nutridrink Protein 200ml p.o. R-P-V

Pohybový režim: neomezený, chodí

RHB: ano, 1x denně s fyzioterapeutem, dnes poslední RHB, klient soběstačný-ukončeno.

Výživa: neindikováno

Medikamentózní léčba:

- **Per os:** bez medikace
- **Intra-venózní:** Quamatel 20 mg 8 - 20 [antiulcerotikum, antacidum]
Degan 1 amp. 8 – 16 - 24 [antiemetikum]
Ambrobene 1 amp. 8 – 16 - 24 [expektorans]
Celaskon 1 amp. 8 – 16 - 24 [vitamín C]
Novalgin 5ml při VAS 3 a více [analgetikum]

Infúze: Glukóza 10% 500ml + 20 ml 7,45% KCl + 10 ml CaCl₂ i. v. 6 - 12.00

Tetraspan 6% 500 ml i. v. 6 – 12.00

Hartmann 500ml i. v. 12 – 18.00

Glukóza 10% 500ml + 20 ml 7,45% KCl + 10 ml MgSO₄ i. v. 18 - 24.00

- **Per rectum:** bez medikace
- **Jiná:** Fragmin 2500 IU s. c. 8:00

Chirurgická léčba:

Klient s plíživým, ale zřetelným rozvojem ileosního stavu při M. Crohn v anamnéze, po ileocekální resekci v minulosti. Dilatace tenkých kliček. Koloskopicky bez postižení tlustého střeva a anastomózy. MR (magnetickou rezonancí) a enteroklýsou nezjištěn zřetelný úsek recidivy Crohnovy choroby s infiltrátem na tenkém střevě, který by způsoboval aktuální obstrukci střevní. Další konservativní postup není indikován. Lékař indikuje klienta k operační revizi dutiny břišní s výkonem dle nálezů. Po nezbytné předoperační přípravě klient odvezen na operační sál. Informované souhlasy s operací podepsány. Dne 27. 4. 2012 proveden operační výkon: Lysis adhesionum. Dle operačního protokolu vypracovaného operáterem As.Dr.V.R.Ph.D. zjištěno, že zdrojem ileosního stavu je pevný pruh a srůsty, které komprimují tenkou kličku, asi do 20cm od anastomózy.

SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 30. 4. 2012:

Dne 23. 4. 2012 neplánovaně přijat 22letý muž na standardní oddělení chirurgické kliniky, ke stabilizaci zdravotního stavu, rehydrataci a dovyšetření.

Klient indikován 27. 4. 2012 k operačnímu řešení pro progresi stavu, pooperační péče zajištěna na chirurgické jednotce intenzivní péče.

Klient je přeložen z JIP, 3. pooperační den ve stabilizovaném stavu. Kardiopulmonálně kompenzovaný. Subjektivně neudává obtíže, bolesti jsou snesitelné. Subfebrilní. Břicho je měkké, volně prohmatné, citlivé v okolí operační rány. Operační rána je klidná, hojící se per primam. Peristaltika je chabá, větry začínají odcházet.

Klient verbalizuje pocit tzv. „nafouknutého břicha“. Podle hodnocení běžných všedních činností dle testu Barthelové dosáhl skóre 90. bodů, kdy se jedná o lehkou závislost. Ošetrovatelský personál přebírá zodpovědnost za aktivizaci klienta a za zajištění všech biologických potřeb dle ošetrovatelských standardů. V rámci lůžka a pokoje je klient plně soběstačný. Snaží se zvládat co nejvíce činností sám. Dopomoc vyžaduje pouze při chůzi nad 50m, či náročnějších aktivitách (manipulace s lůžkem, umístění židle do sprchového koutu). Klient je plně kontinentní, močí do močové láhve. Sledovaná bilance tekutin, klient je udržován v pozitivní bilanci. Stolice ještě nebyla. Větry již začínají odcházet. Verbalizuje únavu, nedostatek spánku pro pobyt na JIP, kde jej rušil zvuk přístrojů.

Klient je ohrožen rizikem infekce v souvislosti se zavedeným invazivním vstupem (PVK), rizikem komplikací operační rány, rizikem trombembolické nemoci, rizikem pádu v souvislosti s podáváním intravenosní analgetizace, aktivizace a rizikem zácpy.

Stanovení sesterských diagnóz ze dne 30. 4. 2012 a jejich uspořádání podle priorit:

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

- Akutní bolest v souvislosti s operační ranou projevující se verbálními a nonverbálními projevy klienta,
- Hypertermie v souvislosti s operačním výkonem projevující se zvýšeným pocením, třesavkou.
- Deficit sebepéče při koupání a hygieně z důvodu bolesti projevující se verbalizací klientem.

- Nedostatečná výživa v souvislosti se sníženým příjmem potravy projevující se úbytkem hmotnosti.
- Nechutenství v souvislosti se sníženým per orálním příjmem projevující se odmítáním stravy.
- Narušený spánek v souvislosti s hospitalizací na JIP projevující se únavou klienta.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

- Riziko komplikací v souvislosti s operačním výkonem, operační ránou.
- Riziko infekce, sepse v souvislosti se zavedenou PVK, operační ránou.
- Riziko TEN.
- Riziko pádu.

1. Akutní bolest v souvislosti s operační ránou projevující se verbálními a nonverbálními projevy klienta.

Cíl:

- zmírnění bolesti

Výsledná kritéria:

- klient verbalizuje pomocí VAS stupnice snížení stupně bolesti – do 45 minut.
- klient zná a umí aplikovat metody snižující bolest (úlevová poloha) – do 20 minut.
- klient udává celkové snížení intenzity bolesti – do 48 hodin.

Priorita:

- vysoká

Intervence:

- sleduj charakter, lokalizaci, dobu trvání a stupeň bolesti (všeobecná sestra, lékař).
- zajisti edukaci a orientaci klienta na stupnici VAS bolesti (všeobecná sestra).
- podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj účinek podaných léčiv, případné nežádoucí reakce (všeobecná sestra).

- prováděj záznam o sledování bolesti do zdravotnické dokumentace (všeobecná sestra, lékař).
- edukuj klienta o úlevových polohách, dechovém cvičení, fixaci operační rány během kašle, vstávání z lůžka, odvedení pozornosti (všeobecná sestra, ošetrovatelka).

Realizace:

- bolest sledována, hodnocena a zaznamenávána á 1 hodinu do zdravotnické dokumentace.
- klientovi vysvětlena stupnice VAS bolesti.
- léky aplikovány dle ordinace lékaře.
- klient poučen o úlevových polohách na levém či pravém boku s pokrčenými dolními končetinami, poučen o fixaci operační rány při vstávání, smíchu, kašli, nabídnuto sledování TV, popřípadě literatura.

Hodnocení:

- klient se orientuje a používá stupnici VAS.
- analgetizován s efektem, analgetizace dostačující, klient udává úlevu a snížení bolesti z VAS 3 na VAS 2, po 45 minutách od podání léku.
- klient zaujímá úlevovou polohu na pravém i levém boku vždy, když leží v lůžku, při vstávání si fixuje operační ránu, má svůj notebook, sleduje filmy, poslouchá hudbu.
- udává výrazné snížení bolestí, po 24 hodinách bolest dle VAS stupeň 3, po 48 hodinách již VAS stupeň 2 bez podání analgetizace.

Cíl byl splněn, v intervencích nadále pokračovat po dobu hospitalizace.

2. Poruchy termoregulace v souvislosti s operačním výkonem projevující se zvýšeným pocením, třesavkou.

Cíl:

- udržení tělesné teploty v mezích normy

Výsledná kritéria:

- klient má tělesnou teplotu v rozmezí 36-37 °C - do 48 hodin.
- klient je bez projevů hypertermie (zvýšené pocení, třesavka) – do 48 hodin.

Priorita:

- střední

Intervence:

- pravidelně monitoruj tělesnou teplotu klienta a zaznamenávej do zdravotnické dokumentace (všeobecná sestra).
- sleduj bilanci tekutin (všeobecná sestra).
- podávej antipyretika dle ordinace lékaře a zaznamenávej jejich účinek do zdravotnické dokumentace (všeobecná sestra).
- prováděj fyzikální chlazení, v případě je-li indikace lékaře (všeobecná sestra, ošetřovatelka).
- udržuj klienta v suchém a čistém lůžku, poskytni dostatek osobního prádla.

Realizace:

- tělesná teplota pravidelně monitorována, kolísavé střídaní afebrilií se subfebriliemi.
- sledována bilance tekutin, klient udržován v pozitivní bilanci.
- antipyretika podány dle ordinace lékaře, sledován účinek.
- zajištěna výměna ložního i osobního prádla, klient vždy ohlásil potřebu výměny.
- fyzikální chlazení neindikováno.

Hodnocení:

- po 48 hodinách pokles tělesné teploty, afebrilní.
- klient je bez projevů poruch termoregulace

Cíl byl splněn, v případě recidivy subfebrilií nutno znovu zavést a pokračovat v ošetrovatelských intervencích.

3. Deficit sepeče při koupání a hygieně z důvodu bolesti projevující se verbalizací klientem.***Cíl:***

- klient provádí péči o sebe sama, na úrovni svých schopností.

Výsledná kritéria:

- klient verbalizuje uspokojení potřeby – do 12 hodin.
- klient je postupně plně soběstačný v oblasti hygieny – do 24 hodin.

Priorita:

- střední

Intervence:

- zajisti dopomoc a dostatek pomůcek při celkové hygienické péči (všeobecná sestra, ošetrovatelka).
- motivuj klienta a poskytni mu dostatek času při hygieně (všeobecná sestra, ošetrovatelka).
- zajisti bezpečnost a soukromí klienta (všeobecná sestra, ošetrovatelka).
- přizpůsob se schopnostem klienta, aktivně ho zapojuj k účasti (všeobecná sestra, ošetrovatelka).

Realizace:

- zajištěna dopomoc při celkové hygieně ve sprše, kdy dopomoc minimální, pouze při umístění židle do sprchového koutu, vstávání ze židle.
- bylo poskytnuto dostatek času při hygieně, zajištěna bezpečnost a soukromí klienta.

- klient aktivně zapojován, zvládá sebezpečí sám.

Hodnocení:

- do 24 hodin má klient plně saturovanou potřebu hygienické péče.
- po 48hodinách je klient plně soběstačný v rámci hygienické péče.

Cíl byl splněn, v intervencích již není nutné pokračovat.

4. Riziko komplikací v souvislosti s operačním výkonem, operační ránou.

Cíl:

- omezit faktory vzniku komplikací.

Výsledná kritéria:

- Klient zná příznaky infekce, komplikací – do 2 hodin,
- klient se aktivně podílí na prevenci vzniku komplikací – po dobu hospitalizace,
- klienta je bez komplikací – po dobu hospitalizace.

Priorita:

- střední

Intervence:

- Edukuj klienta o rizicích a známkách infekce, komplikacích (všeobecná sestra, lékař),
- edukuj klienta o nutnosti sprchování operační rány 2x denně (všeobecná sestra, lékař).
- postupuj asepticky při převazu operační rány (převazový materiál dle ordinace lékaře), při manipulaci s invazivními vstupy (všeobecná sestra).
- dodržuj bariérovou ošetrovatelskou péči (všeobecná sestra, lékař).
- sleduj minimálně 1x denně vstupní místa i. v. vpichu, operační ránu (všeobecná sestra).
- monitoruj hodnoty TT 3x denně a zaznamenávej do dokumentace (všeobecná sestra).

- v případě počínající infekce informuj lékaře (všeobecná sestra).

Realizace:

- klient edukován o rizicích a známkách infekce, komplikacích.
- klient provádí sprchování operační rány 2x denně, po té asepticky prováděn převaz operační rány (septoderm spray + sterilní krytí), invazivní vstup 1x denně přelepen (septoderm spray+ tegaderm folie).
- operační rána převazována 2x denně, klidná, bez sekrece, či rezistence, okolí klidné, hojící se per primam.
- TT sledována 3x denně, zaznamenávána do dokumentace.

Hodnocení:

- klient je bez projevů infekce, komplikací.

Cíl byl splněn, v intervencích nadále pokračovat po dobu hospitalizace.

Celkové hodnocení:

22letý muž byl přijat 23. 4. 2012 neplánovaně na chirurgickou kliniku pro ileosní stav, provázený křečovitými bolestmi a zvracením. Pan D. P. je již dispenzarizován v naší Gastroenterologické ambulanci pro M. Crohn, kterou navštěvuje pravidelně a léčbu doporučenou lékařem dodržuje.

Při příjmu klienta na lůžkové oddělení byla odebrána ošetřovatelská anamnéza, byl zhodnocen psychický a fyzický stav, poté byly stanoveny aktuální a potenciaální ošetřovatelské diagnózy.

Po uložení klienta na lůžko, byla sestrou zavedena na předloktí levé horní končetiny PŽK. PŽK po celou dobu hospitalizace asepticky ošetřován a přepichován každý třetí den. Zpočátku hospitalizace první tři dny konzervativní postup, byla doplněna vyšetření: Rentgen břicha ve stoje, Koloskopie, Magnetická rezonance, Enteroklýza. Zavedena NGS, která odváděla sekreci vzhledu miserere. Postupně došlo k zástavě peristaltiky. Dne 27. 4. 2012 pro progresi stavu klient indikován k operační revizi dutiny břišní s výkonem dle nálezu. Poperační péče zajištěna na JIP.

Klient byl dne 30. 4. 2012 přeložen z JIP zpátky na lůžkové oddělení, třetí pooperační den ve stabilizovaném stavu. Na lůžkovém oddělení pokračování v rehabilitaci, aktivizaci klienta. Zpočátku subfebrilie, chabá peristaltika, ale postupně úprava stavu. Dne 4. 5. 2012 provedeno kontrolní gastroenterologické konsilium, kde v doporučení doplnění medikace o Pentasu 500mg tbl. 3x2tbl., probiotika. Dne 4. 5. 2012, 7. pooperační den Dimise (propuštění do domácí péče), klient poučen o dietním režimu, péči o operační ránu, o vyhýbání se fyzické zátěži, zvedání břemen těžších než 2 kg. Objednán na kontrolu s odstraněním stehů do chirurgické ambulance polikliniky FNO 10. 5. 2012 v případě vyskytnutí potíží dříve.

Prognóza klienta D. P. je dobrá, vzhledem k nízkému věku a k vůli dodržovat léčbu. Klient je dispenzarizován v Gastroenterologické ambulanci, kam dochází pravidelně na prohlídky. Plně edukován o příznacích zhoršení se nemoci a ví jak se zachovat.

ZÁVĚR

Sřevní neprůchodnost neboli ileus je vážný, život ohrožující stav, při kterém dochází k zástavě průchodu sřevního obsahu. Vyskytovat se může jak na tenkém, tak i na tlustém sřevě. K neprůchodnosti sřeva může dojít různými příčinami. Ileus se řadí mezi náhle příhody břišní, a proto většinou vyžaduje akutní chirurgickou intervenci. V případě dlouhého odsouvání návštěvy lékaře může dojít k nekróze sřeva s následnou peritonitidou. Prognóza tohoto onemocnění je vždy závislá na pokročilosti patologických změn a na celkovém zdravotním stavu nemocného. Tohle onemocnění postihuje všechny věkové kategorie i pohlaví. Vznik onemocnění ovlivňuje celkový zdravotní stav, životospráva, nemoci (onkologická onemocnění + léčba, chronické onemocnění sřev).

S tímto onemocněním se nejčastěji dostanou sestry do kontaktu až v praxi. Sesterská péče o klienta s tímto onemocněním je náročná, protože vyžaduje velkou obezřetnost při progresi stavu či výskytu komplikací, které vyžadují rychlé a přesné řešení. Ošetrovatelskou péči u klienta se sřevní neprůchodností- ileem jsem realizovala na chirurgickém oddělení Fakultní nemocnice v Ostravě. Hospitalizace klienta trvala celkem 12 dní, s klientem se mi spolupracovalo dobře. Zdravotní stav se bez komplikací postupně zlepšoval.

Cílem bakalářské práce bylo nastínění problematiky tohoto onemocnění a shrnutí do ošetrovatelského procesu, se zaměřením na nejdůležitější ošetrovatelské problémy. Tento cíl se podařilo splnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ADAMS, B; HAROLD, C. E. 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Z angl. orig. přel. Mudr. Ivana Suchardová. Praha: Grada Publishing, a.s., 1999. 488s. ISBN 80-7169-893-8.
- FERKO, A. et al. 2002. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 596s. ISBN 80-247-0230-4.
- HÁJEK, Miloš; HÁJKOVÁ, Helena. 1998. *Náhlé příhody břišní u dětí a dospělých: diagnostické minimum pro praxi*. Praha: Triton, 1998, 68s. ISBN 80-85875-78-0.
- HRABOVSKÝ, J. a kol. 2003. *Chirurgie*. Praha: Eurolex Bohemia s.r.o., 2003. 303s. ISBN 80-86432-52-1.
- JUŘENÍKOVÁ P. et al. 1999. *Ošetrovatelství 2. část*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám UH - vlastním nákladem, 1999. 236 s.
- KOPECKÝ, Josef; KLUS, Ivo. 2003. *Chirurgie I*. Ostrava: Repronis, 2003. 84s. ISBN 80-7042-343-9.
- MICHALSKÝ, Rudolf. 2008. *Chirurgie břišní stěny, trávicí trubice a nitrobřišních orgánů pro studující ošetrovatelství*. Opava: Ediční středisko FPF Slezské univerzity, 2008. 93. s. ISBN 978-80-7248-465-2.
- MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II.*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 172s. ISBN 80-247-1443-4.
- NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací: text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň: Maurea. 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
- PAFKO, P.; KABÁT, J.; JANÍK, V. 2006. *Náhlé příhody břišní: Operační manuál*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 136. s. ISBN 80-247-0981-3.

SCHEIN, Mosh; ROGERS, Paul N. 2011. *Urgentní břišní chirurgie*. Z angl. orig. přel. Prof. MUDr. Alexander Ferko, CSC. et al. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 448. s. ISBN 978-80-247-2357-0.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 264. s. ISBN 978-80-247-3129-2.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 304. s. ISBN 978-80-247-3130-8.

SYSEL, D.; BELEJOVÁ, H.; MASÁR, O. 2011. *Teorie a praxe ošetřovatelského procesu*. Tribun EU, 2011. 279s. ISBN 978-80-7399-289-7.

ŠVÁB, J. a kol. 2008. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 208. s. ISBN 978-80-247-2604-5.

ŠVÁB, Jan. 2007. *Náhlé příhody břišní*. Praha: Galén; Karolinum, 2007. 205. s. ISBN 978-80-7262-485-0 (Galén); ISBN 978-80-246-1394-9 (Karolinum).

TVRDEK, M. a kol. 2004. *Úvod do obecné chirurgie*. Praha: Karolinum, 2004. 138. s. ISBN 80-246-0958-4.

VALENTA, J. et al. 2005. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetřovatelství*. Praha: Karolinum, 2005. 237. s. ISBN 80-246-0644-5.

VALENTA, J. et al. 2007. *Základy chirurgie*. Praha: Galén; Karolinum, 2007. 277. s. ISBN 978-80-7262-403-4 (Galén); ISBN 978-80-246-1344-4 (Karolinum).

VÁVRA, P.; DOSTALÍK, J. 2009. *Obecná chirurgie*. Brno: Tribun EU, s.r.o., 2009. 146. s. ISBN 978-80-7368-670-3.

ZEMAN, M. a kol. 2011. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 512. s. ISBN 978-80-247-3770-6.

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690: 2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Anatomie střeva

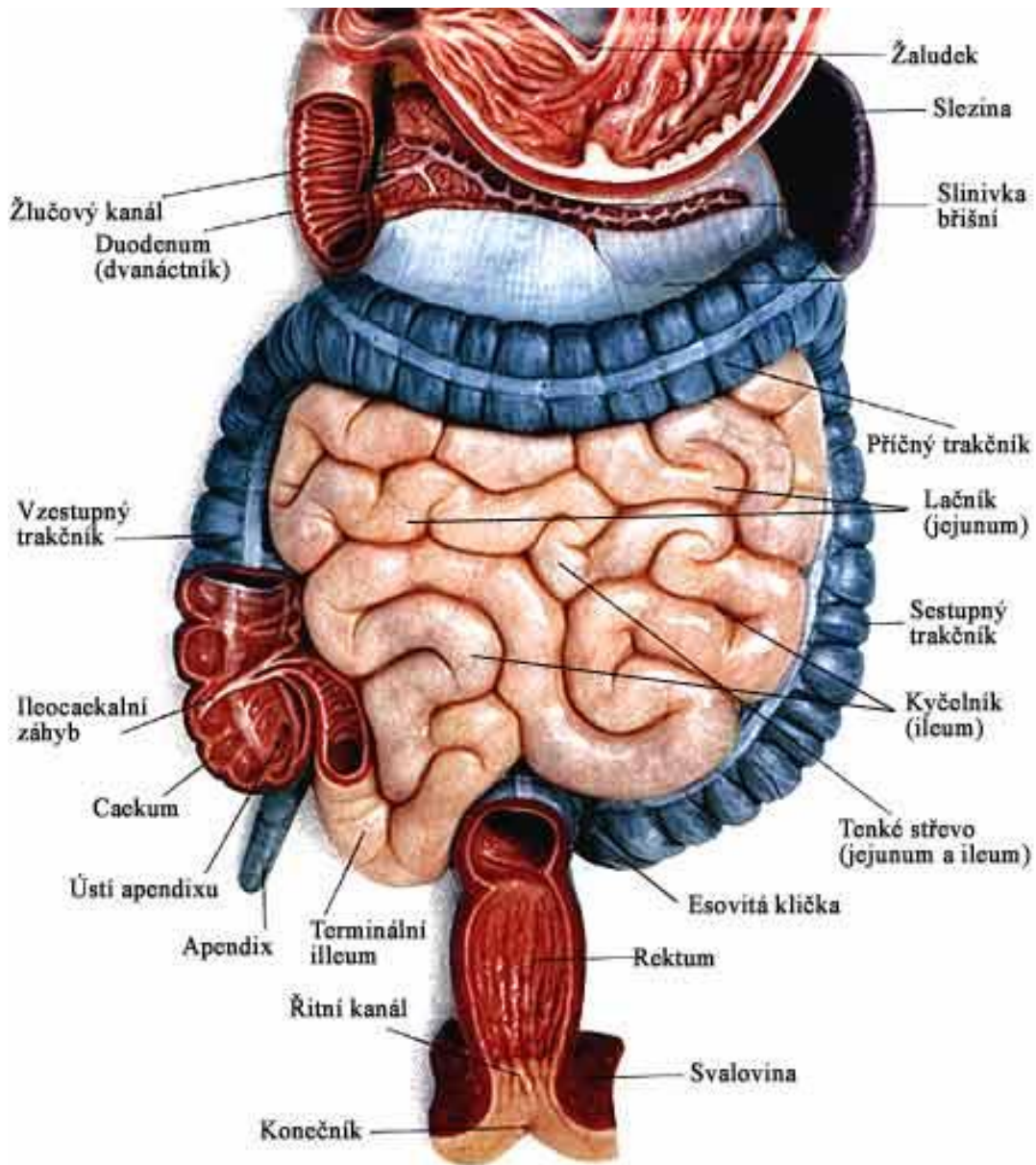
Příloha B – RTG snímek břicha (obstrukce na tlustém střevě)

Příloha C – Stupnice VAS u dospělých. (vizuální analogová škála bolesti)

Příloha D - Dětská škála bolesti

Příloha E – Souhlas pracoviště s poskytnutím údajů

Příloha A- Anatomie střeva

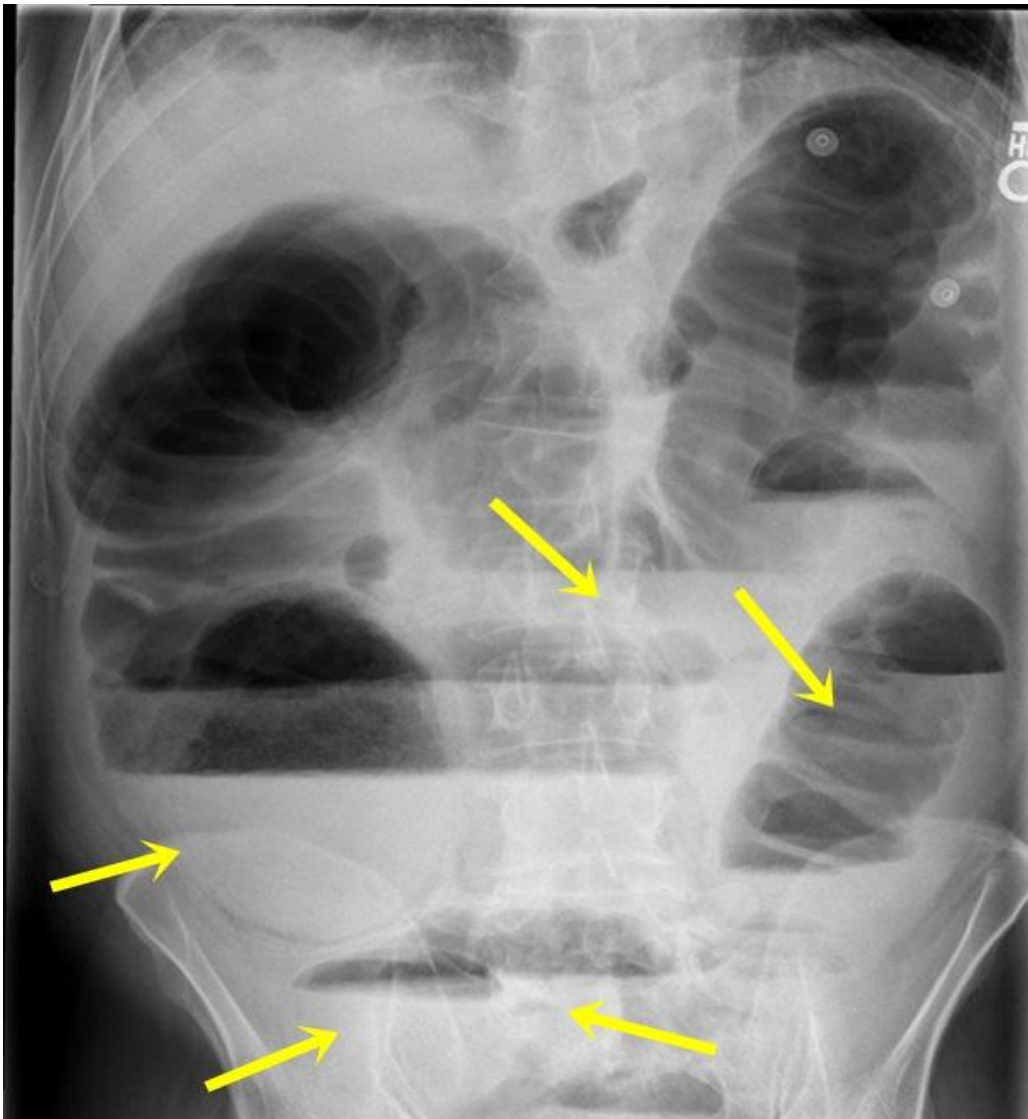


Zdroj: Převzato z *Občanské sdružení pacientů s nespecifickými střevními záněty*.

[online], [citované 22. 5. 2012] Dostupné na internetu:

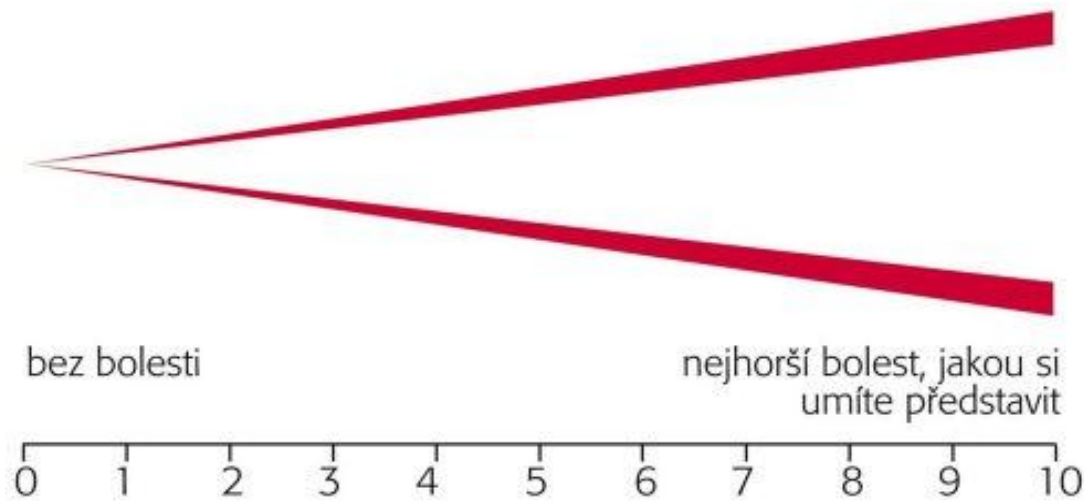
<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=352&detailSubCatCode=115> .

Příloha B – RTG snímek břicha (obstrukce na tlustém střevě)



Zdroj: Zdroj: Převezato z *Medicina, nemoci, studium na 1. LF Univerzity Karlovy*.
[online], [citované 24. 5. 2012] Dostupné na internetu: <http://www.stefajir.cz/?q=ileus-rtg>.

Příloha C – stupnice VAS (vizuální analogová škála bolesti)



Zdroj: Převzato z *Náplast při léčbě bolesti*. [online], [citované 24. 5. 2012] Dostupné na internetu: <http://zdravi.dama.cz/clanek.php?id=8498> .

Příloha D – Dětská stupnice VAS



Zdroj: Převezato z *Bolest u dětí*. [online], [citované 24. 5. 2012] Dostupné na internetu:

<http://www.malypacient.cz/bolest-deti.html> .

Příloha E – Souhlas pracoviště s poskytnutím údajů

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	FILLOVA' LIBUŠE DIŠ	
Studijní obor	VŠEOBECNÁ SESTRA	Ročník 3.VSV
Téma práce	OŠE PRÁXES U PACIENTA S NEOŠNÍM STAVEM	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	CHIRURGIČNÁ KLINIKA LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ B	
Jméno vedoucího práce	PhD. BELEŠOVÁ HANA PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>Belešová</i>
	<input checked="" type="radio"/> souhlasím	
	<input type="radio"/> nesouhlasím	podpis

v PRAZE dne 16. 12. 2011

Fillova
podpis studenta

Belešová

Belešová

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA

Bc. Mária Dobešová

náměstka ředitelky pro ošetrovatelskou péči

17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Paruba

