

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S AKUTNÍ
APENDICITIDOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA KOLANDOVÁ, DiS.

Praha 2015

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S AKUTNÍ
APENDICITIDOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA KOLANDOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2015



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

Kolandová Martina
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 3. 10. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky s akutní apendicitidou

Nursing Process in Female Patients with Acute Appendicitis

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 3. 11. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

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 27. 3. 2015

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala za poskytnuté cenné rady a odborné vedení vedoucí práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD.

Dále děkuji kolektivu chirurgie Oblastní nemocnice v Kladně za umožnění vypracování ošetrovatelského procesu, pacientce M. K. za její souhlas k vytvoření této práce a své rodině za trpělivost při psaní bakalářské práce.

ABSTRAKT

KOLANDOVÁ, Martina. *Ošetrovatelský proces u pacientky s akutní apendicitidou.*

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2015. 72 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky s akutní apendicitidou. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou.

Teoretická část práce charakterizuje historii, etiologii vzniku onemocnění, klinický obraz, diagnostiku, komplikace a léčbu onemocnění. Jedna z kapitol se věnuje náhlým příhodám břišním vzhledem k tomu, že akutní apendicitida je jejich součástí. Závěrem teorie je popsána nezbytná pooperační a domácí péče.

Druhá část bakalářské práce je praktická část, která obsahuje komplexní ošetrovatelský proces během hospitalizace od přijetí pacientky až po její propuštění. Dále je zpracován model fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové, medicínský management, shrnutí ošetrovatelského procesu a na závěr jsou vypsány doporučení pro praxi. Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz byla využita učebnice NANDA taxonomie II 2012–2014 a vybrané diagnózy byly rozpracovány dle priorit pacientky.

Klíčová slova

Akutní apendicitida. Ošetrovatelský proces. Pacient.

ABSTRAKT

KOLANDOVÁ, Martina. *Nursing process in Female Patients with Acute Appendicitis*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague 2015. 72 pages.

The subject of my thesis is the nursing process at a patient with acute appendicitis. This thesis is divided into two parts: theoretical and practical.

The theoretical part describes the history, the etiology of source of disease, the clinical picture, the diagnosis, complications and the treatment of disease. One chapter is dedicated to acute abdomen, due to the fact that acute appendicitis is a part of them. The conclusion of the theory describes the necessary postoperative and home care.

The second part of the thesis is the practical part which includes a comprehensive nursing process during a hospitalization of the patient from the admission to the discharge. Furthermore in my thesis there is the processed model of the functioning health developed by Marjory Gordon, the medical management, a summary of the nursing process and at the end there are recommendations for the practice. The textbook NANDA taxonomy II 2012-2014 was used to determine nursing diagnosis and selected diagnosis were elaborated according to priorities of the patient.

Key words

Acute Appendicitis. Nursing Care. Patient.

OBSAH

ÚVOD	16
TEORETICKÁ ČÁST	17
1 HISTORIE	17
Apendicitida.....	17
NPB.....	18
2 NÁHLE PŘÍHODY BŘIŠNÍ	20
2.1 Členění náhlých příhod břišních	21
2.2 Příznaky	21
2.3 Fyzikální vyšetření.....	22
3 ETIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE	25
4 KLINICKÝ OBRAZ.....	28
4.1 Příznaky peritoneálního dráždění	28
4.2 Akutní apendicitida v závislosti na poloze červu	29
4.3 Apendicitida u dětí.....	30
4.4 Apendicitida stařecká.....	31
4.5 Apendicitida těhotenská.....	32
4.6 Apendicitida u obézních	33
5 KOMPLIKACE APENDICITIDY	34
5.1 Chronická apendicitida	35
6 DIAGNOSTIKA	37
6.1 Anamnéza	37
6.2 Fyzikální vyšetření.....	38
6.3 Laboratorní vyšetření	38
6.4 Zobrazovací metody	38
7 LÉČEBNÉ METODY	40
7.1 Laparotomická apendektomie	40
7.2 Laparoskopická apendektomie	40
7.3 Terapie komplikací apendixu.....	41
8 POOPERAČNÍ A DOMÁCÍ PÉČE	43
PRAKTICKÁ ČÁST	44
9 OŠETŘOVATELSKÝ ROCES U PACIENTKY S AKUTNÍ APENDICITIDOU	44
9.1 ANAMNÉZA.....	45
9.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	49

10 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ PODLE MARJORY GORDON	53
11 PŘEHLED STANOVENÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	58
12 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE II	59
ZÁVĚR	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

amp.	Ampule
ATB	Antibiotika
cm	Centimetr
CMP	Cévní mozková příhoda
CRP	C – reaktivní protein
CT	Počítačová tomografie
D	Dech
DUS	Duplexní sonografie
g	Gram
GIT	Gastrointestinální trakt
i. v.	Intravenózní
LHK	Levá horní končetina
mg	Miligram
ml	Mililitr
NPB	Náhlé příhody břišní
NPO	Nic per os
P	Puls
PHK	Pravá horní končetina
PŽK	Periferní žilní katétr
RTG	Rentgenové vyšetření
s. c.	Subkutánně
tbl.	Tableta
TEN	Trombembolická nemoc
TK	Tlak krve
TT	Tělesná teplota
USG	Sonografické vyšetření

(Kašáková, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces - dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem

Adnexa - připojné orgány

Adhese - přilnavost

Adnexitida - zánět děložních přívěsků

Ampula - rozšířená část dutého orgánu

Analgetika - léky, které tlumí bolest

Anestezie - znecitlivění

Anterior - přední

Antisepse - ničení choroboplodných zárodků

Appendix - červovitý přívěsek tlustého střeva

Apendektomie - chirurgické odstranění slepého střeva

Appendicitis acuta - akutní zánět červovitého přívěsku

Asepsa - naprostá nepřítomnost mikroorganismů a choroboplodných zárodků

Ataka - prudký záchvat nemoci

Atrofie - zmenšení normálně vyvinutého orgánu

Biliární - týkající se žluči, žlučového systému

Bradykardie - zpomalení srdeční činnosti

Cékum - slepé střevo

Diabetes mellitus - cukrovka

Difuzní - rozptýlený

Diagnostika - nauka o rozpoznávání chorob a jeho metodách

Dilatace - rozšíření

Distální - okrajový

Drenáž - odvádění sekretů nebo tělesných tekutin z rány nebo tělesné dutiny pomocí drénu

Dyspepsie - porucha trávení

Empyém - hnis v tělních dutinách

Enterokolitida - zánět tenkého a tlustého střeva

Etiologie - nauka o příčinách vzniku nemocí

Exogenní - zevní

Exsudát - zánětlivý výpotek

Extenze - natažení

Febrilie - horečnatý stav

Fibróza - zhuštění vaziva ve tkáni

Flegmóna - neohraničený zánět

Fundus - dno, rozšířená část dutého orgánu

Gastroenteritida - akutní zánět žaludeční a střevní sliznice

Hemoperitoneum - přítomnost volné krve v dutině břišní

Hemostáza - zástava krvácení

Hypertenze - zvýšený krevní tlak

Hypogastrium - podbříšek

Hypotenze - snížený krevní tlak

Cholecystitida - zánět žlučníku

Ikterus - žloutenka

Ileus - neprůchodnost střev

Iliacus - kyčelní

Incize - řez

Indikace - označení

Infiltrát - chorobné nahromadění zánětlivých buněk

Intravenózní - nitrožilní

Invazivní - pronikající

Kolika - břišní bolest útrobního viscerálního typu

Koprolit - střešní kámen

Léze - poškození, postižení

Lumen - průsvit, vnitřek trubicovitého orgánu

Letalita - úmrtnost

Leukocytóza - zvýšený počet leukocytů v krvi

Laparoskopie – optická vyšetřovací metoda dutiny břišní

Laparotomie - chirurgické otevření dutiny břišní

Maligní - zhoubný

Mesenteriolium - drobný závěs některých břišních orgánů tvořený duplikaturou peritonea

Miniinvazivní - malá, minimální invazivita

Morbidita - nemocnost

Mortalita - úmrtnost

Mukokéla - nahromadění hlenu na určitém místě

Musculus obturatorius internus - vnitřní obturátový sval

Musculus psoas major - velký bederní sval

Nauzea - pocit na zvracení

Nekróza - odumření tkáně

Obstrukce - neprůchodnost

Obturace - ucpání

Okluze - uzavření

Omentum - předstěra

Periapendikulární infiltrát - tekutina kolem apendixu

Peritonitida - zánět pobřišnice

Perforace - proděravění

Penetrace - proniknutí

Paralytický - ochrnutý

Parenchymový - tvořený parenchymem

Perioperační - v období okolo operace

Parenchym - vlastní funkční tkáň některých orgánů

Peritoneum - pobřišnice

Per rektum - konečníkem

Per vagínám - pochvou

Polyp - zřetelné vyklenutí sliznice

Prognóza - předpověď

Prodromální - nespecifické příznaky ohlašující příchod nemoci

Paréza - obrna, částečná neschopnost aktivního volního pohybu

Purulentní - hnisavý

Peristaltika - pohyb střev

Perorální - podávaný ústy

Pylephlebitis - zánět portální žíly

Renální kolika - ledvinná bolest

Retrocekální - za slepým střevem

Retroperitoneum - část břišní oblasti, která je uložena za břišní dutinou vystlanou pobřišnicí

Revize - opětovné prohlédnutí

Sepse - těžká infekce

Sérofibrinózní - mající seriózní charakter s příměsí fibrinu

Situs viscerum inversus - obrácená poloha orgánů

Somatická bolest - pobřišniční

Spastický - křečovitý, napjatý

Spina - trn, osten

Subfebrilie - zvýšená tělesná teplota mezi 37 až 38 °C

Superior - horní

Symptom - příznak

Tachykardie - zrychlení srdeční frekvence nad 90/min.

Tachypnoe - zrychlené dýchání

Tenesmus - nucení na stolicí

Tonus - napětí

Toxemie - přítomnost bakteriálních jedů toxinu v krvi

Trokar - kovový nástroj

Tromboflebitida - povrchový zánět žil

Tumor - nádor

Ureter - močovod

Uropetická - týkající se tvorby moči uropoeza

Viscerální - týkající se vnitřních orgánů

(Vokurka, 2011)

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Příprava operačního pole.....	V
Obrázek 2 Příprava instrumentária	V
Obrázek 3 Průběh operace	VI
Obrázek 4 Appendix	VI
Obrázek 5 Sutura operační rány.....	VII
Tabulka 1 Identifikační údaje	44
Tabulka 2 Farmakologická anamnéza	46
Tabulka 3 Vitální funkce při přijetí na chirurgické oddělení dne 1.září 2014.....	47
Tabulka 4 Fyzikální vyšetření sestrou	48
Tabulka 5 Výsledky biochemického vyšetření	49
Tabulka 6 Výsledky hematologického vyšetření	50
Tabulka 7 Výsledky moče kvalitativně a močového sedimentu.....	50
Tabulka 8 Výsledky biochemického a hematologického vyšetření.....	51

ÚVOD

Cílem bakalářské práce bylo získat nové poznatky a prohloubit si znalosti o tomto onemocnění.

Pro tuto bakalářskou práci byla vybrána pacientka, která byla s diagnózou akutní apendicitida hospitalizována na standardním oddělení chirurgie Oblastní nemocnice v Kladně.

Toto téma bylo vybráno na základě osobních zkušeností s touto nemocí při práci na chirurgickém oddělení. Jedná se o časté onemocnění, které podstoupí mnoho pacientů. To bylo hlavním důvodem, proč jsme se rozhodli vypracovat bakalářskou práci na toto téma. Akutní apendicitida patří mezi nejčastější zánětlivá břišní onemocnění a její diagnostika není vždy jednoduchá a jednoznačná. Stanovení správné diagnózy je předpokladem k úspěšné léčbě a ve většině případů vyžaduje operaci. „*Dodnes platí slova akademika Arnolda Jiráska z roku 1949, že jde o onemocnění zákeřné, potměšilé a nebezpečné, které svým nevypočitatelným začátkem i průběhem působí diagnostické ne-snáze*“ (KOUDA, JECH, 2004, s. 399).

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje historii, náhlé příhody břišní, příčinu, příznaky, komplikace, diagnostiku, léčebné metody a na závěr pooperační péči. Druhou částí bakalářské práce je praktická část, ve které je popsán ošetrovatelský proces s využitím koncepčního modelu fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové. V práci jsou uvedeny ošetrovatelské diagnózy NANDA taxonomie II, které jsou seřazeny dle priorit pacienta.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE

Apendicitida

Lorenz Heister z Helmstadtu v Brunswigu byl prvním, kdo v roce 1755 popsal apendix jako zdroj zánětu, a to na základě pitevního nálezu. V následujících téměř sto letech se občas vyskytl podobný pitevní nález, ale většina případů zůstala nerozpoznána, nebo byla chybně označována (SCHEIN et al., 2011).

Henry Hancock z nemocnice Charing Cross v Londýně popsal v roce 1848 drenáž periapendikálního abscesu u mladé ženy v 8. měsíci těhotenství. Zahojila se, ale ani tento případ nepomohl Hancockovi zvrátit všeobecné povědomí, že je zbytečné jakékoliv operování v případě peritonitidy. Toto chybné přesvědčení vládlo ještě dalších 40 let. Nakonec to byl internista, nikoliv chirurg, kdo doporučoval v raných stadiích zánětu provést apendektomii. Tímto lékařem byl profesor interny Reginald Fitz na Harvardu, který v roce 1886 uveřejnil soubor 237 pacientů s jasně popsány klinickými i patologickými příznaky. U nich doporučil chirurgické odstranění akutně zaníceného orgánu, nebo v případě vzniku abscesu, jeho chirurgickou drenáž. Toto Fitzovo doporučení se rychle ujalo ve Spojených státech. Jako první je vzpomínán Thomas Morton z Philadelphie, kdo v roce 1887 po správném určení diagnózy odstranil perforovaný apendix (už v roce 1880 měl Robert Lawson Tait dokonce podobný případ, až do roku 1890 ho však nepublikoval). Stanovení časně diagnózy a operace bylo podpořeno především Charlesem McBurneyem z Rooseveltovy nemocnice v New Yorku, který popsal „McBurneyův bod“ vynalezl a zavedl štěpnou incizi svalů, a dále J.B. Murphym z Chicaga, který zdůrazňoval symptom přesunu bolesti podle „Murphyho pořadí“. Frederick Treves z londýnské nemocnice udělal v roce 1902 králi Edwardovi VII. drenáž periapendikálního abscesu, a to pouhé dva dny před jeho korunovaci, čímž velice přispěl k všeobecnému povědomí o této chorobě (SCHEIN et al., 2011).

Není přesně známo, kdo provedl první apendektomii. Američtí chirurgové začali provádět první apendektomie od 80. let 19. století. V Evropě a českých zemích to bylo na přelomu 19. a 20. století. Akutní apendicitida se do té doby léčila na internách, a to

podáváním projímadel nebo zastavením střevní činnosti opiovou tinkturou. Úmrtnost na peritonitidu byla přirozeně velice vysoká (MICHALSKÝ, 2008).

Karel Maydl¹, který působil v letech 1891–1903 jako přednosta chirurgické kliniky v Praze, vystoupil s první přednáškou o moderním léčení apendicitidy u nás (ŠNAJDAUF a kol., 2005).

NPB

Náhlé příhody břišní měly nepochybně vliv na lidský život již od samých počátků civilizace, nicméně až relativně nedávno (před pár sty lety) se podařilo osvětlit patologii a následně léčbu těchto případů. Bylo to hlavně proto, že pitvy byly ve většině společností buď přímo striktně zakázány, nebo alespoň oficiálně nepopulární. Až do počátku 19. století byly břišní operace prováděny jen málokdy, pokud vůbec. Tedy patologie břišní dutiny poznávaná na operačních sálech se mohla zcela rozvíjet až s příchodem anestezie ve čtyřicátých letech a se zavedením asepse v sedmdesátých letech 19. století.

Od Hippokratových časů, tedy pět století před Kristem, a v dalších dvou tisíciletích vzrostly znalosti příčin tzv. akutního břicha jen málo. Řečtí a římscí obyvatelé byli schopnými klinickými pozorovateli. Věděli, že hluboký břišní absces se může někdy spontánně provalit, nebo je možné vykonat chirurgickou drenáž, a nemocného tak vyléčit. Každá jiná akutní příhoda břišní byla nazývána „ileem“ či „kyčelním zápalem“ a za příčinu byla považována neprůchodnost střeva. Pravda je, že závěrečným nálezem při fatálních příhodách břišních byl buď mechanický ileus v důsledku obstrukce, nebo paralytický ileus při difuzní peritonitidě. V průběhu dlouhých staletí nebylo moc co pacientům nabídnout mimo obklady na břicho, pouštění žilou, či podávání projímadel a klyzmat, která patrně přinášela nemocnému více zla než užitku. Teprve v roce 1776 William Cullen z Edinburku začal pro zánět výstelkové

¹ Karel Maydl byl významný český a rakouský lékař, zakladatel české chirurgie a průkopník nových směrů v anesteziologii. V roce 1891 přišel do Prahy, kde působil jako profesor chirurgie na lékařské fakultě. Současně byl primářem chirurgického oddělení ve Všeobecné nemocnici. Preferoval zásady antiseptiky a asepse, zavedl vedení chorobopisů, operačních knih, nošení bílých plášťů atd. Vynikal hlavně v břišní chirurgii, na klinice zavedl nové výkony včetně operace mozku.

membrány dutiny břišní přecházející na vnitřnosti užívat pojem „peritonitis“ (SCHEIN et al., 2011).

2 NÁHLE PŘÍHODY BŘIŠNÍ

Jedná se o onemocnění, které je v lékařství označováno jako prudká (akutní) bolest břicha. Vyznačuje se náhlým začátkem (z plného zdraví) a může přetrvávat několik hodin až dní. Příčinou může být řada nemocí a poruch. Tento charakter bolesti břicha je poměrně častou tělesnou obtíží. Někdy je zdrojem bolesti přejedení nebo zácpa, a tento stav vymizí bez nutnosti léčby. Nicméně v jiných případech může být bolest varovným příznakem nějakého závažnějšího stavu. Pokud je bolest doprovázena zvracením, nevolností nebo horečkou spolu s dalšími tělesnými příznaky, může se jednat o závažný stav. Tento stav obvykle lékaři nazývají akutní břicho (ZELLER, 2007).

Důležité je rychlé stanovení diagnózy a následná terapie. Většinou je potřeba včasný chirurgický zásah (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010). Pro záchranu života nemocných, je nutné dostat se do odborné nemocniční péče, aby byla určena co nejrychleji přesná diagnóza jejich stavu a oni byli intenzivně a odborně léčeni. U závažných NPB probíhá léčba na jednotkách intenzivní péče a na operačních sálech chirurgických pracovišť, a to v kteroukoli denní i noční dobu.

Jde se o velmi náročnou léčbu, jak odborně, tak i po ošetrovatelské stránce. Jde o nemocné, kteří nejsou po psychické stránce připraveni na pobyt v nemocnici. Podstatným pro záchranu jejich života je časový faktor. Většinou je málo času na podrobná konziliární a laboratorní vyšetření, protože valná část těchto nemocných se dostaví do nemocnice mimo běžnou denní pracovní dobu (HRABOVSKÝ a kol., 2003).

Diagnostika je velmi často obtížná a někdy jí komplikuje sám nemocný tím, že své obtíže přehlídí a přichází k lékaři pozdě. Bývá tomu tak u starších nemocných. Vnímání bolesti je velmi individuální a s věkem se mění. Životní funkce se mění, a proto jsou jinak vnímány i obtíže (nechutenství, zácpa).

U NPB platí důležitá zásada, že není podstatné rozpoznat patologicko-anatomický podklad obtíží nemocného, ale určit, že jde o NPB a poté indikovat revizi břicha. Je nutné se včas rozhodnout, pro další průběhu onemocnění, jestli se provede revize klasická, nebo miniinvazivní metoda (ŠVÁB, 2007).

„Stále tady platí: intervenovat raději dříve než pozdě“ (ŠVÁB, 2007, s. 5).

2.1 Členění náhlých příhod břišních

Náhlé příhody břišní se dělí na neúrazové a úrazové. Mezi neúrazové NPB řadíme zánětlivé, ileózní a krvácení do zažívacího traktu. Mezi úrazové řadíme penetrující a nepenetrující poranění břicha.

Neúrazové

Zánětlivé:

- ohraničené na orgán (např. apendicitida, akutní cholecystitida)
- přecházející na orgán (ohraničená peritonitida)
- difúzní zánět pobřišnice

Ileózní:

- ileus mechanický (obturační, obstrukční)
- ileus neurogenní (spastický, paralytický)
- ileus cévní (okluze tepny nebo žíly)

Krvácení do GIT

Gynekologické

Perioperační

Úrazové

Poranění GIT- perforační peritonitida, retroperitoneální flegmóna

Poranění parenchymatózních orgánů- hemoperitoneum

Smíšená forma- perforace + hemoperitoneum

(Vodička a kol., 2006).

2.2 Příznaky

Subjektivní příznaky NPB

Bolest je vždy přítomna a může být rozdílného charakteru a intenzity, podle postiženého orgánu i podle celkového stavu nemocného (HRABOVSKÝ a kol., 2003).

Bolest viscerální se vytváří nadměrným rozejjetím nebo křečovitým stahem hladké svaloviny ve stěně dutého orgánu nebo rozpětím obalů parenchymového orgánu. Šíří se vegetativními drahami, je neurčitá, tupého nebo kolikovitého charakteru není přesně lokalizovaná. Nemocný jí cítí ve větší oblasti břicha, ukazuje ji celou rukou, její lokalizace nemusí odpovídat lokalizaci orgánu. Nemocný hledá úlevovou polohu a na lůžku se převaluje.

Bolest somatická začíná drážděním nástěnného peritonea. Bolest je ohraničená, nemocný je schopen ji lokalizovat. Má častokrát trvalý charakter. Mobilita a aktivita zhoršují bolest způsobenou drážděním peritonea. Intenzita bolesti je prudká a náhlá z plného zdraví. Nemocný zůstává v neměnné poloze, dýchá povrchně, bojí se promluvit a zakašlat (FERKO, 2002).

Nauzea a zvracení bývají reflexního původu. Je důležité sledovat častost zvracení, množství, ale také obsah zbytků stravy, čerstvá nebo natrávená krev, zapáchající či kalný žlutohnědý střešní obsah (ŠVÁB, 2007).

Porucha odchodu plynů a stolice se vyskytuje u zánětlivých, tak i u ileózních stavů. Problémy s močením většinou svědčí pro onemocnění urogenitálního systému. Dále se může objevit i škytavka, je-li patologický proces poblíž bránice a dráždí ji (HRABOVSKÝ a kol., 2003).

Objektivní příznaky NPB

Objektivní příznaky odhalíme vyšetřením teploty, tepové frekvence, dechu a místními příznaky při vyšetření břicha (HRABOVSKÝ a kol., 2003).

2.3 Fyzikální vyšetření

Vyšetření podle zásad 5P:

Pohledem si všímáme dýchacích pohybů břišní stěny, zbarvení kůže, vyklenutí břicha a jizev po předchozích operacích.

Pohmatem zjišťujeme napětí břišní stěny, svalové stažení, bolestivost a rezistence. Lékař vyšetřuje vždy na místě vzdáleném od předpokládané léze (FERKO, 2002).

Poklepem věnujeme pozornost vyvolanému zvukovému efektu. Začínáme jako u pohmatu na místě vzdáleném od pacientem uváděné bolesti. Postupně se přesouváme do pravého hypogastria, kde končíme s vyšetřením. U akutní apendicitidy bývá v takzvaném Mac Burneyově bodě maximum pokleповé bolestivosti. Pacient během poklepu reaguje nejen bolestivou grimasou, ale také stáhne břišní stěnu (Pleniesův příznak). Mac Burneyův bod je místo na břišní stěně, které nalzáme v jedné třetině vzdálenosti měřené směrem od spina iliaca anterior superior k pupku (viz příloha C). Zřetelná bolest v tomto místě je charakteristická pro akutní apendicitidu, a to především v těch případech, kde je červ uložen před cékem nebo volně mediocekálně (BROŽ a kol., 2012).

Poslech dutiny břišní provádíme fonendoskopem. U zdravého slyšíme klidné, tiché a nepravidelné pohyby střevních kliček. Vymizení zvuků nebo jejich pravidelnost svědčí pro patologický nález.

Per rektum a per vagínám vyšetřujeme zavedeným prstem, kterým zjišťujeme tonus svěrače, bolestivost, prostatu, čípek děložní, stěnu a obsah ampuly. Při vyšetření se může také zjistit polyp a nádor rekta (FERKO, 2002).

Vyšetření konečníku patří k základním vyšetřovacím metodám při onemocnění nejen konečníku, ale i při podezření na zánětlivé a ileózní NPB. Bolestivost per rektum u akutní apendicitidy je typická až pro pokročilejší nález v malé pánvi, pro nahromadění zánětlivého exsudátu nebo hnisu. Bývá příznakem komplikované apendicitidy nebo jiného zánětlivého postupu v malé pánvi, nejčastěji gynekologického původu. Příznakem akutní apendicitidy může být bolestivost na pravé straně ampuly (MICHALSKÝ a kol., 2008).

Celkový vzhled pacienta a vzhled obličeje

Všíáme si, jaký je stav výživy, hydratace a chůze nemocného.

Poloha nemocného na lůžku

Pro peritonitidu svědčí, že nemocný leží strnule, nehybně na zádech nebo na boku s pokrčenými dolními končetinami. Neklid, zmítání svědčí pro koliku.

Pulz

Tachykardie může doprovázet krvácení a zánětlivou NPB. Bradykardie se může vyskytovat u biliární peritonitidy.

Teplota

Normální teplota může být u nezápětlivých NPB. Počínající zánětlivé příhody způsobují subfebrilie a febrilie u pokročilých zánětlivých příhod.

Dechová frekvence

Tachypnoe je častější u NPB.

Krevní tlak

Hypertenze může být doprovázena silnou bolestí, naopak deficit tekutin a krvácení může způsobit hypotenzi (FERKO et al., 2002).

Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření provádíme pro ujasnění diagnózy, poukazuje stav zánětlivé odpovědi organismu, napomáhá určit rizika spojená s operačním výkonem a anestézií (POKRIVČÁK a kol., 2014).

3 ETIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE

Akutní apendicitida je zánětlivé onemocnění červovitého výběžku, který má délku od 3 cm až po 20 cm a může být uložen v různé pozici (viz příloha D). Toto onemocnění patří mezi nejčastější chirurgická onemocnění, která vyžadují operaci (HRABOVSKÝ a kol., 2003).

Výjimečně se setkáváme s apendicitidou u dětí do 2 let a u seniorů vysokého věku (tzv. stařecká apendicitida). Příčinou je skutečnost, že appendix má v časném věku široké ústí a je zde tedy minimální riziko uvíznutí cizího tělíska. Naopak ve vysokém věku je appendix atrofický a do jeho lumen se cizí těleso dostává obtížně (DÍTĚ a kol., 2005).

Zánět appendixu často překvapí svojí nespecifickou symptomatologií. Jestliže je toto onemocnění včas a správně léčeno, jeho morbidita i mortalita je velmi nízká. Léčba je mnohem komplikovanější s více závažnou prognózou u pokročilých zánětlivých stavů (MELECHOVSKÝ, 2001).

Toto onemocnění patří k závažným zánětlivým náhlým příhodám břišním, ale jeho etiologie není zcela jasná. Pokud nejsou zánětlivé NPB účinně léčeny vedou k zánětu pobřišnice (VALENTA a kol., 2003).

„Postihuje asi 7- 10 % populace“ (ŠVÁB, 2007, s. 27).

Apendicitida se nevyskytuje v některých částech Afriky a Asie. Její vznik tedy zřejmě může podmiňovat některý z civilizačních faktorů. To by mohlo být např. vymílání mouky a zbavování celulósových zbytků, které se podílejí na intenzitě pasáže trávicího traktu. Šíření infekcí v lumen appendixu snáze napadá lymfatickou tkáň ve střešní stěně.

Část vzniklých zánětů je také vysvětlována změnou charakteru invazivity bakteriálních kmenů v populaci v důsledku používání antibiotik různého typu (ŠVÁB, 2007).

Jako další příčinou může být zúžení lumen červovitého přívěsku, ke kterému dochází v důsledku náhrady lymfatické tkáně v jeho stěně vazivem během vývoje.

U dvou třetin onemocnění může být zúžení v ústí apendixu do céka způsobeno koprolitem, nádorem, fibrózou po zánětu, parazity a jejich vajíčky, popř. hyperplazií lymfatické tkáně přívěsku. Překážka by se mohla podílet na špatném vyprazdňování lumen apendixu, a proto dochází k bujení bakterií v obsahu. Zánět probíhá při obstrukci lumen rychleji a s častějšími komplikacemi, jako jsou absces nebo perforace (ŠVÁB, 2007).

„Jedná se o závažné onemocnění, o čemž svědčí 2-3% letalita na zánět komplikovaný perforací“ (ŠVÁB, 2007, s. 27).

Mezi nejčastěji se vyskytující záněty řadíme:

- zánět katarální - červ je prosáklý a prokrvený a v lumen není patrný serózní exsudát
- flegmonózní zánět - postihující stěnu červu v celé její tloušťce, v dutině peritoneální je už přítomen výpotek
- gangrenózní - jde o hnisavou formu, červ je ztlustělý s místy nekrózy
- s perforací stěny - perforace v místě nekrózy, kdy vytéká páchnoucí sekret kontaminující peritoneální dutinu (ŠNAJDAUF a kol., 2005).

Pokud přejde zánět na okolí, vzniká nejdříve serózní, poté purulentní výpotek a fibrinové slepeniny s okolními kličkami, břišní stěnou, omentem a nebo s dalšími orgány za vzniku periapendikulárního infiltrátu. Periapendikulární absces vzniká perforací obsahu přívěsku do infiltrátu. O počátku infiltrátu, nebo perforace do volné dutiny břišní rozhoduje časový vývoj onemocnění a rychlost tvorby adhezí (ŠVÁB, 2007).

Vývoj zánětlivých změn na apendixu může být v řádech hodin, ale i dnů. U neobturovaného apendixu je někdy výsledkem apendicitidy mukokéla. Důvodem je hromadění hlenovitého sekretu v postupně se dilatujícím apendixu (DÍTĚ a kol., 2005).

Mukokéla apendixu

Patří mezi vzácné onemocnění, které nacházíme během operace apendixu u 0,07-0,4 % případů. Tuto vzácnou chorobu popsal již v roce 1842 ve svém díle český lékař světového významu, patologický anatom a profesor působící na univerzitě ve

Vídni Karel Rokitanský. Průměrný věk pacientů, které postihne mukokéla, bývá okolo 50 let a častěji se vyskytuje u žen. Mukokély mají charakter benigní nebo maligní. Apendikální mukokélu zjišťujeme zcela náhodně ve 25 %, při asymptomatickém průběhu nemoci. Asi v 64 % nemocní popisují, že častým příznakem bývá palpačně bolestivá rezistence v pravém hypogastriu. K nejspolehlivějším vyšetřovacím metodám patří sonografie a počítačová tomografie. Ovšem až na podkladě operačního nálezu a mikroskopického rozboru preparátu dojdeme k přesnému stanovení formy apendikální mukokély. I jednoduché typy mukokél mohou způsobit závažné komplikace, které ohrožují zdraví a život nemocného (POSPÍŠIL a kol., 2004).

Exogenní cizí tělesa

„Exogenní cizí tělesa v apendixu jsou vzácnou příčinou akutní apendicitidy. Jejich výskyt je udáván jen v 0,0005 %“ (ŠIMKOVIČ a kol., 2004, s. 365).

Tato skutečnost mnohdy vede k podcenění možných komplikací, souvisejících s přítomností cizího tělesa v luminu apendixu.

Před 20. stoletím se tento druh apendicitid vyskytoval častěji v důsledku ručního šití a požívání ulovené zvěře. První apendicitida, která vznikla v souvislosti s cizím tělesem, byla popsána v 18. století a jeho příčinou byl kovový špendlík. Nejčastěji to byly jehly u šiček a broky u obyvatelstva lovícího zvěř.

Schopnost vstupu cizího tělesa do apendixu je dána jeho anatomickou polohou a šíří lumina. Apendix nemá tak intenzivní peristaltiku, aby byl schopen vypudit cizí těleso zpět do céka. Kulatá a hladká tělesa způsobují obstrukci a vyvolávají mukokélu nebo empyém apendixu. Nicméně není zřejmá přímá souvislost mezi počtem cizích těles a délkou přítomnosti v apendixu a apendicitidou. Z důvodů možných komplikací je nutné včasné provedení apendektomie při podezření na cizí těleso uvízlé v apendixu (ŠIMKOVIČ a kol., 2004).

4 KLINICKÝ OBRAZ

Onemocnění vzniká náhle bez prodromálního stádia. Soubor příznaků je ovlivněn řadou faktorů, jako je: umístění apendixu, jeho délka a naléhání na okolí. Onemocnění často začíná zhoršující se neurčitou bolestí v nadbříšku, která se postupně přesouvá do pravého podbříšku. Bolest je pak lokalizovaná do McBurneyova nebo Lanzova bodu (SPILKA a kol., 2013). Současně se vyskytují nespecifické celkové příznaky jako nevolnost, nechutenství a případně i zvracení (MICHALSKÝ, 2008).

V mezidobí by mohlo dojít i ke krátkodobému zlepšení. Jindy je popisován původ bolesti přímo v pravém podbříšku. Při pohybu, kašli a chůzi se bolest zhoršuje. Dochází k pocitu nadýmání, většinou k zástavě odchodu plynů a stolice. Výjimečně se vyskytují průjmy. Dostavuje se tachykardie, mírně zvýšená teplota, nejčastěji do 37,5 °C (ŠVÁB, 2007).

Apendicitida může probíhat v mírných atakách v odstupu několika týdnů až měsíců, mezi nimi se zánět zmírní. Obvykle je však jedna z atak výraznější a je pak indikací k operaci. Pokud není těžký zánět apendixu léčen chirurgicky, vede k perforaci apendixu s následnou difúzní peritonitidou nebo vzniku periapendikulárního abscesu při ohraničení zánětu kolem apendixu (DÍTĚ a kol., 2005).

4.1 Příznaky peritoneálního dráždění

Pleniésův příznak - poklep na břicho vyvolá bolest a stažení stěny břišní nad apendikálním bodem

Blumbergův příznak - při pomalém zatlačení v MB bodě vyvolá mírnou bolest, ale při náhlém povolení je bolest v MB bodě výrazně vyšší

Rovsingův příznak - zvyšující se tlak neprovádíme v MB bodě, ale zrcadlově v levém podbříšku, rychlé povolení pak vyvolá bolest v MB bodě

Psoatový příznak - především u retrocekální apendicitidy (bolest se vyskytuje v pravé jámě kyčelní při natahování m. psoas major, když u ležícího nemocného na levém boku zanožujeme pravou dolní končetinu)

Obturátový příznak - zvláště u pelvické apendicitidy (extenze m. obturatorius internus, kdy u nemocného vleže na zádech provádíme vnitřní rotaci pravé DK v kyčelním kloubu při flexi v kyčelním a kolenním kloubu)

U stojícího nemocného vyvolá bolest v pravém podbřišku dupnutí pravou DK

Mezi další příznaky patří bolest per rektum, zejména směrem doprava k MB bodu, eventuálně i vyklenutí Douglasova prostoru (SPILKA a kol., 2013).

4.2 Akutní apendicitida v závislosti na poloze červu

Appendicitis retrocoecalis

Mívá různou symptomatologii způsobenou uložením červu za cékem buď v dutině břišní, nebo v retroperitoneu. Jako obtíže mohou být bolest v nadbřišku, dyspepsie a minimální nález v pravém podbřišku. Někdy je při vyšetření pohmatem pozorován šplíchet v oblasti céka při jeho reflexní paréze. Menší palpační bolestivost je interpretována polohou zánětlivého ložiska za cékem a někdy nemusí být výrazná bolestivost ani projev dráždění pobřišnice. Jestliže je poloha appendixu v blízkosti močovodu, mohou obtíže připomínat renální koliku z dráždění ureteru a může být nález krevních elementů v močovém sedimentu. Bolest by se mohla výrazněji vyskytovat v bederní krajině než na břišní stěně a může být pozitivní psoatový příznak. Nemocný většinou leží s pokrčenou pravou dolní končetinou v kyčli, v koleni a brání se aktivní chůzi (ŠVÁB, 2007).

Appendicitis latero-coecalis

Při tomto uložení bývá bolestivost laterálně od céka s možným svalovým stažením. Per rektum bývá normální (ZEMAN a kol., 2014).

Appendicitis subhepatalis

Připomíná spíše zánět žlučníku. Často nebývá dobře diagnostikován, a proto je operován často až po perforaci. Bývá při neúplném sestupu céka během embryonálního vývoje, nebo u těhotných - vytlačení céka dělohou (ŠVÁB, 2007).

Appendicitis pelvalis

Snadno se u žen zamění za onemocnění gynekologického původu. Jindy může být brána za gastroenteritidu. Onemocnění doprovází nauzea, zvracení a průjem. Bolest bývá méně výrazná, umístěna za sponou, nebývá svalová zábrana. Naléhání appendixu na rektum může být doprovázeno průjmem a tenesmy. Kontakt zaníceného červu s močovým měchýřem se může ukázat strangurií a minimálním nálezem na břicho. Podstatným vyšetřením je per rectum, kde je výrazná bolestivost na přední straně rekta (ŠVÁB, 2007).

Appendicitis mesocolicalis

Uložení zaníceného appendixu je mezi kličkami tenkého střeva. Reflexní paréza tenkého střeva napodobuje obraz střevní neprůchodnosti. Jelikož zánětlivé ložisko leží hluboko pod paretickými kličkami, může se objevovat leukocytóza, tachykardie a je minimální bolestivost, obvykle lokalizovaná pod pupkem, bez známek dráždění pobříšnice. Při poslechu mohou být slyšet spastické fenomény, ale může být i ticho. Pro obtížnou diagnózu je často chirurgicky intervenováno ve fázi perforace a vzniku mezikličkového abscesu s komplikovaným pooperačním průběhem, není-li na tuto atypii včas pomýšleno. Chirurg by měl mít v podvědomí toto záludné onemocnění, které je spojeno s obrazem parézy GIT bez větší bolestivosti na břicho a leukocytózou (ŠVÁB, 2007).

Levostranná apendicitida

Vede k bolestivosti a svalovému stažení v levém hypogastriu (dlouhý appendix zasahuje až do levého podbříšku, nebo je appendix normální délky lokalizován vlevo z důvodu situs viscerum inversus) (www.internimedicina.cz).

4.3 Apendicitida u dětí

Jedná se o nejčastější příčinu bolestí břicha u dětí a nejčastější indikací nitrobřišního chirurgického výkonu u dětí starších 4 let.

Apendicitida u dětí je doprovázena zvýšenou teplotou, zvracením a průjmy, které vedou snadno k dehydrataci. Bývá vzedmuté břicho a děti jsou pak léčeny pro dyspepsie. Většinou zánět probíhá rychle, s nápadným neklidem dítěte, často jako obraz průjmovitého onemocnění. Bolest nebývá výrazná v podbříšku. Rychle se horší

celkový stav vede k podezření na diagnózu apendicitidy. Děti jsou přesto operovány stále pozdě s nedobrymi výsledky. Mezi příčiny patří jemné, krátké omentum a menší schopnost pobřišnice vytvářet srůsty a zánět ohraničit, menší rezistence dětí proti infekci a rychlý nástup toxémie (ŠVÁB, 2007).

Novorozenci (do 28. dne života)

Výskyt je raritní a klinické příznaky jsou docela atypické. Úmrtnost je v této skupině vysoká, protože zkušenosti jsou malé.

Kojenci a batolata

V tomto věku je to zrádné onemocnění, protože klinický obraz je podobný dyspepsii nebo enterokolitidě. Opakovaná monitorace a klinické vyšetření pacienta může vést ke správné a včasné diagnóze.

Předškolní a školní věk dětí

Děti nic nepředstírají a celkem dobře spolupracují, proto bývá to věkové rozmezí diagnosticky nejděčnější. Klinický obraz odpovídá nejvíce teoretickým vědomostem o zánětu apendixu.

Adolescenti

Apendicitida u adolescentů se může stát diagnostickým problémem. Bývá nápadný rozpor mezi subjektivními steskami a objektivním nálezem na břiše. Chlapci mají sklon disimulovat nebo zlehčovat své problémy, naopak dívky mají sklon vážně stonat a především vyžadují (hlavně rodiče) apendektomii (ŠNAJDAUF a kol., 2005).

4.4 Apendicitida stařecká

Ve stáří je akutní zánět apendixu nebezpečným onemocněním. Průběh onemocnění je často atypický, někdy rychlý, se sklonem k brzké perforaci. Lékař by měl počítat s omezenou vnímavostí k bolesti a také s tím, že starý člověk nedokáže své obtíže správně a přesně prezentovat a lokalizovat. I pokročilá onemocnění mohou probíhat bez teplot, rovněž někdy chybí známky zánětu. Hladina leukocytů může být

lehce zvýšená, anebo normální. Často se vyskytuje tachykardie. Morbidita a mortalita u pokročilých a perforovaných stařeckých apendicitid je vysoká (www.prolekare.cz).

Na jedné straně je snižené vnímání bolesti, problémů se střešní pasáží a obranyschopnost organismu a na druhé straně je větší sklon k ohraničení zánětu. Proto se také setkáváme s již vytvořeným periapendikulárním infiltrátem nebo abscesem. Protože jsou tyto komplikace provázeny neurčitými příznaky, je často obtížné rozlišení proti malignímu nádoru (ŠVÁB, 2007).

4.5 Apendicitida těhotenská

Vyskytuje se vzácně, spíše okolo 3. měsíce těhotenství, ale ohrožuje na životě jak matku, tak plod. Riziko spočívá v tom, že zanícený červ snadněji podléhá gangréně, neklid dělohy a vysunutí céka nedovolí ohraničení zánětu, ten přechází na dělohu a vede k jejím kontrakcím. Diagnostika je obtížná, protože děloha překáží vyšetření a svým objemem vysouvá appendix z normální polohy. Od 4. lunárního měsíce se přesouvá bod maxima bolestivosti směrem vzhůru, tedy v 8.-9. měsíci leží pod obloukem žeberním. Příznaky jako nechutenství, zvracení, zvýšená tepová frekvence a porucha peristaltiky pak patří i k normálnímu průběhu těhotenství. Jelikož velká děloha brání kontaktu appendixu s nástěnnou pobřišnicí, není svalové stažení (ŠVÁB, 2007).

V prvním trimestru může ke správné diagnóze přispět výrazná palpační citlivost při rektálním vyšetření.

Diagnostická znamení při apendicitidě ve 2. polovině gravidity:

Schmidtovo znamení - proti pánevní stěně je děloha pomalu tlačena, vyskytuje se silná bolest po uvolnění vpravo.

Aldersovo znamení - na kůži se označí prstem bolestivé místo a pacientka se pomalu obrátí na 1 minutu na levý bok. Je-li bolest na označeném místě, jde o apendicitidu.

Peterovo znamení - na levou děložní hranu blíže fundu se poklepem přenáší vlna plodovou vodou. Při zánětu se bolest objeví u pravé hrany děložní (FUCHS, 2001).

4.6 Apendicitida u obézních

Diagnostika při vyšetření břicha je obtížná u obézních nemocných. Silná tuková vrstva může zakrýt jinak patrné příznaky, proto u těžce obézních je vhodnější provést apendektomii než nerozeznat pokročilou gangrenózní apendicitidu (PAFKO a kol., 2008).

5 KOMPLIKACE APENDICITIDY

Periapendicitida

Vytváří se v důsledku mikroperforace apendixu nebo přesunu infekce z apendixu do jeho bezprostředního okolí. Vzniká serózní, sérofibrinózní nebo séropurulentní exsudát. V tomto stádiu operační výkon vede i bez použití ATB ke zhojení bez dalších komplikací. Výskyt exsudátu zvyrazňuje obtíže. Palpační zjištění už není lokalizován bodově, ale do celého pravého podbřišku (ŠVÁB, 2007).

Periapendikulární infiltrát

Pro tento typ je charakteristická hmatná, mírně bolestivá rezistence v pravém podbřišku, neurčitě ohraničená. Jedná se o hlouček kliček tenkého střeva kolem stěny céka, které jsou vzájemně k sobě a omentu fixovány zánětlivým exsudátem. Uvnitř infiltrátu je umístěný zanícený apendix. Vývoj infiltrátu je několik dní a vyskytuje se u nemocného, který zanedbával příznaky onemocnění a nešel dlouho k lékaři. Terapie je konzervativní, klid na lůžku a hospitalizace pod dohledem chirurga (BROŽ a kol., 2012).

Apendikulární hlíza

Vyznačuje se přítomností hnisu v dutině ohraničené omentem a střevními kličkami, většinou po perforaci červovitého přívěsku. Většinou má nemocný několikadenní problémy, hmatný bolestivý tumor v podbřišku, který je dobře ohraničený a často měkké konzistence (ZEMAN, 2014).

Perforace, peritonitida

Proděravění apendixu patří mezi nejtěžší z komplikací, protože vede k zánětu pobřišnice. Jestliže není zánět ohraničený kolem apendixu, vzniká difuzní peritonitida, která může skončit septickým šokem až úmrtím. Mezi příčiny perforace můžeme řadit podcenění prvotních příznaků, dlouhodobé otálení s vyšetřením u chirurga. Někdy se však setkáme s perforací apendixu, která vznikne najednou u starých nemocných, kteří si nestěžují na bolesti břicha, jsou bez teploty, nestahují svaly břišní stěny, nemají zvýšenou teplotu ani tachykardii. U vyšetření břicha objevíme pouze neurčitou bolest

při hlubším pohmatu. Peritonitida se projevuje velmi bouřlivě u mladých lidí, difúzní bolestí a stažením svalů břicha (BROŽ a kol., 2012).

Zánět pobřišnice vzniká zřídka od počátku onemocnění do 12 hodin. Appendix nejčastěji perforuje v prvních 48 až 72 hodinách (ŠVÁB, 2007).

Pylephlebitis

Patří mezi vzácné, ale závažné komplikace apendicitidy. Vzniká přechodem infekce, tromboflebitidy z cév mezenteriola venozními spojkami do portálního řečiště. Infekce se odtud může šířit až do jater s možností vzniku jaterních abscesů. Mezi typické příznaky patří bolest zvětšených jater, třesavka s horečkou a ikterus. Základním předpokladem jsou širokospektrá antibiotika a drenáž hlízy, pokud je vytvořena (BROŽ a kol., 2012).

5.1 Chronická apendicitida

Zatímco akutní zánět je všeobecně přijímaný jako samostatná klinická jednotka se svým klinickým obrazem a průběhem, existence chronické apendicitidy zůstává diskutovanou otázkou zejména v kontrastu pohledu chirurgů, internistů a gastroenterologů.

Problémy nemocných s chronickým zánětem jsou méně typické, než u akutního zánětu a mají charakter recidivující, chronický. Lze je formulovat jako týden a déle trvající kontinuální nebo kolísající mírnou bolest v oblasti pravého podbřišku bez akutních příznaků. U některých nemocných se však může jednat o recidivující potíže svou symptomatologií blízké akutnímu zánětu. Časový úsek mezi jednotlivými atakami je potom různý od několika dnů až po několik let.

I nadále přetrvává klinická diagnóza chronické apendicitidy založená především na subjektivních potížích pacienta, charakteru a délce trvání bolestí (STARÝ a kol., 2005).

Diagnózu upřesní RTG kontrastní vyšetření střeva, při němž se nenaplní červovitý přívěsek a to může svědčit pro chronickou apendicitidu. Diagnosticky se také uplatňuje USG a gynekologické vyšetření, které slouží k vyloučení zánětu adnex.

Jakmile se vyloučí jiné příčiny potíží, léčbou je chirurgická apendektomie, při které bývá nález malého appendixu ve srůstech, nebo se v lumen přívěsku nalezne koprolit (HRABOVSKÝ a kol., 2003).

Stanovit prognózu je těžké. Obvykle se udává, že po odstranění appendixu pro chronickou apendicitidu u 1/3 nemocných potíže vymizí úplně, u další 1/3 se charakter potíží nezmění a u 1/3 nemocných se dokonce potíže zhorší (MICHALSKÝ, 2008).

6 DIAGNOSTIKA

I přes všechny pokroky moderní medicíny zůstává diagnostika akutní apendicitidy i v dnešní době obtížným problémem, a to především její atypické formy. Podobným klinickým obrazem se může ukázat komplikace Crohnovy nemoci, pravostranná renální kolika, pravostranná adnexitida či jiná gynekologická zánětlivá onemocnění (KALA a kol., 2010).

Onemocnění si zaslouží velkou pozornost, protože ze všech příčin bolestí v pravém podbříšku bývá důvodem nejtěžšího stonání a komplikací, pokud není včas appendix chirurgicky odstraněn. Platí zásada, že je-li diagnostická pochybnost, je lépe zbytečně operovat a přitom zdravý appendix odstranit, než nechat appendix perforovat (ŠVÁB, 2000).

Pro stanovení diagnózy zjišťujeme informace od pacienta, které začínají anamnézou, fyzikálním vyšetřením, laboratorními odběry a v neposlední řadě zobrazovacími metodami.

6.1 Anamnéza

Jedná se o souhrn všech údajů o zdravotním stavu nemocného od narození až do současné doby.

Zjištění osobních dat nemocného:

RA (rodinná anamnéza), pomáhá objasnit výskyt dědičných chorob, zdravotní stav rodičů, sourozenců a dětí.

OA (osobní anamnéza), zjišťuje dřívější onemocnění, prodělané operace, úrazy, škodlivé návyky (kouření a alkohol).

FA (farmakologická anamnéza), zjišťuje užívání léků a jejich dávkování.

GA (gynekologická anamnéza), obsahuje počet porodů, potratů, mense a nástup menopauzy.

AA (alergická anamnéza)

PA a **SA** (pracovní a sociální anamnéza), zjišťuje druh povolání, úroveň bydlení a životosprávu.

NO (nynější onemocnění), mapuje vznik, povahu a rozvoj obtíží (VÁVRA, 2009).

6.2 Fyzikální vyšetření

Bližší popis jsme již uvedli v kapitole 2.3 Fyzikální vyšetření, proto zde uvádíme pouhý stručný souhrn.

Nemocný se vyšetřuje vleže na zádech s rukama podél těla a s mírně pokrčenými dolními končetinami. Hlava je položená týlem na podložce (BROŽ a kol., 2012).

Fyzikální vyšetření slouží k určení objektivních příznaků:

- celkové objektivní příznaky: změny vědomí, krevní tlak, teploty, dýchání, hydratace, poloha nemocného a celkový stav pacienta
- mezi základní objektivní příznaky místní patří: pohled, pohmat, poklep, poslech a per rektum (BROŽ a kol., 2012).

6.3 Laboratorní vyšetření

Před operačním výkonem se běžně vyšetřuje kompletní krevní obraz, kdy se leukocytóza vyskytuje nejen při zánětu, ale i v počátečních fázích krvácení. Mezi další krevní vyšetření řadíme biochemické vyšetření (ionty, glykémie, jaterní testy, amylázy, CRP, urea a kreatinin), koagulace a krevní skupina. Chemické vyšetření moči a sedimentu, patří k základním vyšetřovacím metodám (POKRIVČÁK a kol., 2014).

Vyšetření moči slouží k rozpoznání urologického onemocnění. Příčinou patologického nálezu v moči může být zanícený appendix naléhající na ureter nebo močový měchýř (FERKO a kol., 2002).

6.4 Zobrazovací metody

Ultrazvukové vyšetření

Neinvazivita, bezpečnost, dostupnost a šetrnost učinilo z UZ vyšetření základní vyšetřovací metodu pacientů s akutní břišní příhodou. Bez nutnosti zvláštní přípravy se zobrazují parenchymové orgány peritoneální dutiny, retroperitoneum, biliární a uropoetický trakt, GIT a velké cévy. Při podezření na akutní apendicitidu nebo její komplikace patří UZ mezi první volbu vyšetření (PAFKO a kol., 2006).

CT (výpočetní tomografie)

Při CT se zobrazuje tělo pacienta řadou tenkých, příčných vrstev. Vysoká rozlišovací schopnost umožňuje často objasnit nejasné UZ nebo jiné RTG nálezy. Na příčných řezech se znázorňují orgány dutiny břišní, retroperitonea, osový skelet a měkké části stěny břišní. Vyšetření se může provést bez kontrastní látky (nativně) nebo s kontrastní látkou perorálně nebo intravenózně.

Magnetická rezonance

Kvůli délce vyšetření, omezené dostupnosti a vyšší ceně se MR používá výjimečně při diagnostice stavů spojených s akutní břišní příhodou.

Rentgenové vyšetření- prostý snímek břicha

Patří mezi jednu z nejlevnějších a nejdostupnějších zobrazovacích metod používaných při vyšetření náhlých příhod břišních u pacientů s podezřením na střevní obstrukci, perforaci nebo zánětlivé postižení gastrointestinálního traktu (PAFKO a kol., 2006).

7 LÉČEBNÉ METODY

Na prvním místě v léčbě akutní apendicitidy je operační vyjmutí zaníceného appendixu a včasná apendektomie vede k definitivnímu vyléčení. Při konzervativním vyčkávání ve vysokém procentu zánět červu recidivuje a je doprovázen zvýšeným nebezpečím vážných komplikací.

Apendektomii lze v dnešní době provést klasicky otevřenou metodou, a to laparotomicky (viz příloha E), nebo miniinvazivně laparoskopicky (BROŽ a kol., 2012).

Operační výkon nejčastěji probíhá v celkovém znečistlivění. Tento zákrok trvá asi půl hodiny až hodinu (ŠVÁB, 2000).

7.1 Laparotomická apendektomie

Operace se zahájí buď ze střídavého řezu, nebo z pararektálního řezu v pravém podbříšku, aby operatér postupně po vrstvách pronikl do dutiny břišní. Nejdříve se appendix vytáhne před stěnu břišní. Appendix má při akutním zánětu překrvené cévní serózy a gangrenózní červ má barvu hnědozelenou. Dalším postupem operace je podvázání výživné tepny a pak se na cékum kolem červa naloží tabákový steh. Snesení appendixu se dělá při bázi. Zbylý pahýl se zanoří a tabákový steh zauzlí, na závěr se dutina břišní zkontroluje a chirurg uzavírá stěnu břišní po vrstvách (KORBUTHOVÁ, 2007).

7.2 Laparoskopická apendektomie

Prof. K. Semm v roce 1983 poprvé popsal laparoskopickou apendektomii. Výhodou tohoto zákroku je možnost inspekce celé dutiny břišní během operace, menší pooperační bolesti, rychlý návrat střevní funkce a kosmetický výsledek. Odpadla bolest po operaci a funkční obtíže po laparotomii, protože se při laparoskopii minimalizovalo trauma stěny (www.tribune.cz).

Laparoskopický postup je moderní způsob odstranění appendixu pomocí optiky a dvou trokarů. Nejdříve se pomocí speciální jehly napustí dutina břišní oxidem uhličitým, aby se vytvořil prostor k operování. Proniknutí do dutiny břišní se provádí z několika drobných řezů o velikosti 5-12 mm. Je důležité, aby byl před výkonem

močový měchýř vyprázdněn, protože by mohl být zaváděným trokarem poraněn. Dutina břišní a pánevní oblast musí být zkontrolována. Je lokalizován apendix a vyhodnocena jeho poloha. Poté je uchopen distální konec apendixu kleštěmi a natažen směrem ke stěně břišní. Postupně se protíná mezenteriolum pomocí kauteru a nůžek. Svorkou, elektrokoagulací nebo harmonickým skalpelem je přerušena arteria appendicularis a apendix oddělen od závěsu. Na bázi apendixu se navleče smyčka ze vstřebatelného materiálu, nebo je báze obstarána svorkou. Svorkou je také opatřen apendix, a to nad místem, kde bude oddělen, aby nedošlo k úniku infekčního obsahu do dutiny břišní. Poté je apendix tahem za kleště vtažen do tubusu silnějšího trokaru z dutiny břišní tak, aby se báze nedotýkala peritonea stěny břišní nebo střevních kliček a břicho bylo chráněno před odtokem obsahu apendixu. Červovitý přívěsek je vyjmut s tubusem, nebo v ochranném umělohmotném sáčku z břišní dutiny. Pahýl se dezinfikuje a po odstranění trokarů se zkontroluje laparoskopem hemostáza. Incize je uzavřena ve vrstvách (www.tribune.cz).

7.3 Terapie komplikací apendixu

Periapendikulární infiltrát

Mezi terapii řadíme přikládání studených obkladů a dietu. Doporučuje se revidovat ileocekální krajinou s časovým odstupem okolo 5-6 týdnů, ale v případě šíření zánětu do okolí je nutno revidovat urgentně. Do infiltrátu lze zakročit čerstvě po jeho vytvoření pod clonou ATB. Jelikož je výkon technicky náročný a může skončit i ileocekální resekcí v zánětlivém terénu, může tento zákrok provést jen zkušený chirurg (ŠVÁB, 2007).

Apendikulární hlíza

Objevuje se podoba paralytického, mechanického ileu a leukocytóza. Absces je znakem k provedení extraperitoneální drenáže. Celkové podání ATB má funkci ochrany před sepsí. Klinický obraz se zlepšuje při provedení správné drenáže. Operační revizi je vhodné provést za 5 až 6 týdnů (ŠVÁB, 2007).

Perforace, peritonitida

Léčba je chirurgická pod clonou ATB, odstranění zbytků apendixu, ošetření pahýlu červu, laváž břicha a drenáž. Monitorování pacienta, úprava vnitřního prostředí a imunostimulace. Tento stav může zanechat adheze, které mohou být důvodem časně poruchy pasáže, ileózního stavu a neplodnost u žen (ŠVÁB, 2007).

Léčba u NPB

Při podezření je potřeba zajistit hospitalizaci a pravidelné sledování nemocného. Podle laboratorních výsledků je korigováno vnitřní prostředí infuzní terapií.

U konzervativní léčby je průběh onemocnění sledován a chirurgický výkon je indikován při vzniku komplikací.

Operační léčebný postup se provádí u urgentních a akutních případů, kdy je operace výkonem záchraňujícím život (ŠVÁB, 2007).

8 POOPERAČNÍ A DOMÁCÍ PÉČE

První hodiny po operaci je nemocný uložen na dospávacím pokoji u operačního sálu v péči anesteziologa. Zde je péče zaměřena na monitorování vitálních funkcí, jako je srdeční činnost, dýchání a stav vědomí. Po úplném probrání k vědomí a při dobrém dýchání je pacient přeložen na standardní oddělení. Pokud nemocný nemá cévku, má se vymočit do 6-8 hodin po operaci. Bolesti v operační ráně jsou tlumeny odpovídajícími analgetiky, která jsou aplikována do svalů nebo do žíly. Funkce střev se obvykle navrací během 2-3 dnů. V této fázi nemocný začíná obvykle přijímat perorální výživu. Většinou již první pooperační den může nemocný vstát z lůžka (VALENTA a kol., 2007).

Pokud se nevyskytnou komplikace, je hospitalizace krátkodobá. Do domácí péče může pacient po kontrole laboratorních výsledků, a to 4.-7. den po operaci. Ránu je možné sprchovat od 3. dne. Kožní stehy se odstraňují 7.-10. den po výkonu. Po odstranění stehů je potřeba jizvu masírovat a promazávat mastí urychlující hojení (calcium pantothenicum, bepanten, měsíčková mast). Jakmile se jizva zcela zhojí, je možná běžná koupel.

Dieta má obsahovat první 3-4. týdny šetřící, nenadýmavou, nedráždivou stravu a neměly by být konzumovány pokrmy s vysokým podílem nestravitelných zbytků, eventuálně by se dieta měla přizpůsobit přidruženému onemocnění, jako je např. Diabetes mellitus. Zároveň by měl být kontaktován nutriční terapeut, který pacientovi poskytne informace o tom, jaké stravovací návyky by měl dodržovat. K přípravě pokrmů je vhodné volit vaření, dušení, pečení, pacient by měl omezit alkohol a kouření.

Tělesná aktivita má být přiměřená. Vhodné jsou procházky, ale je důležité nepřepínat síly a častěji odpočívat. Pokud je hojení operační rány bez komplikací, odložte sportovní aktivity nejméně na 6 týdnů. Po této době je většinou břišní stěna zcela zhojena a připravena odolávat zvýšené námaze.

Rekonvalescence je individuální. Po laparoskopické operaci jsou to 2-3 týdny a po klasické 6 týdnů. Záleží na profesi a na tom jak se člověk cítí. Pokud by se vyskytly komplikace (bolest, zarudnutí, otok, zvracení a porucha vyprazdňování), je potřeba ihned kontaktovat lékaře (www.fnol.cz).

PRAKTICKÁ ČÁST

9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S AKUTNÍ APENDICITIDOU

Následující část práce rozebírá ošetřovatelský proces, podle něhož jsme provedli podrobné posouzení pacientky. Dále jsme stanovili ošetřovatelské diagnózy dle Taxonomie II NANDA International 2012-2014 na základě zjištěných ošetřovatelských problémů. Z důvodu ochrany osobních údajů nebyly uvedeny informace jako je jméno, příjmení, rodné číslo, proto uvádíme pouze iniciály pacientky. Ošetřovatelský proces byl realizován na chirurgickém oddělení v nemocnici v Kladně.

Základní údaje o pacientce

Uvedené informace byly získány z lékařské a ošetřovatelské dokumentace, rozhovorem s ošetřovatelským personálem, s pacientkou a její rodinou. Pacientka M. K. přišla na centrální příjem ve večerních hodinách po celodenní bolesti břicha. Zde byly provedeny vstupní vyšetření a rozhodnutí lékaře o přijetí na standardní oddělení. Hospitalizace proběhla od 1. září do 10. září 2014 na chirurgickém oddělení. Po příjmu byla pacientka seznámena s chodem oddělení, užívání pomůcek, o nutnosti identifikaci pacienta identifikačním náramkem, pohybovým režimem, aplikovanou medikamentózní léčbou a s možností uložení cenností do trezoru na oddělení.

Tabulka 1 Identifikační údaje

Jméno:	M. K.
Adresa:	Kladno
Věk:	25
Pohlaví:	žena
Povolání:	zdravotní sestra
Národnost:	česká
Stav:	svobodná
Váha:	66 kg
Výška	180 cm
Datum přijetí:	1. září 2014

Zdroj: Vlastní šetření

Medicínská diagnóza hlavní: Appendicitis acuta

Medicínské diagnózy vedlejší: Běžné dětské nemoci.

Pacientka byla poučena lékařem i sestrou o léčebném řádu, podaným informacím rozuměla a podepsala informovaný souhlas s léčbou.

Nynější onemocnění

Pacientka přišla ve večerních hodinách na centrální příjem po celodenní bolesti břicha, které vznikly náhle po probuzení v ranních hodinách. Bolesti břicha začaly v epigastriu a postupně se přemístily přes pupek do podbřišku. Pacientka měla nauzeu, nezvracela, byla bez teploty, stolice pravidelná a větry odcházely. Kvůli podezření na akutní apendicitidu byla pacientka přijata na chirurgické oddělení, kde jí byla zavedena periferní žilní kanyla na PHK. Poté byla naordinována gynekologická prohlídka, kde byla apendicitida přehodnocena a stanovena diagnóza endometritis. Pacientka měla být propuštěna domů 3. září 2014, ale po kontrolním USG břicha byla stanovena diagnóza akutní apendicitida. Na doporučení lékaře byla pacientka indikována ještě ten samý den k operačnímu výkonu.

9.1 ANAMNÉZA

Informace o anamnéze jsem čerpala z lékařské dokumentace a rozhovorem s pacientkou.

Rodinná anamnéza

Matka: Po operaci varixů, jinak vážněji nestonala.

Otec: Po CMP v roce 2009.

Sourozenci: Sestra zdráva.

Osobní anamnéza

Překonané onemocnění: Běžné dětské nemoci.

Chronické onemocnění: 0

Hospitalizace a operace: 0

Úrazy: Pacientka neudává žádné vážné úrazy.

Transfuze: 0

Očkování: Běžná dětská, tetanus v roce 2002.

Farmakologická anamnéza

Tabulka 2 Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Jeanine	Tbl.	-	1-0-0	Antikoncepce

Zdroj: Vlastní šetření

Alergická anamnéza

Neguje

Gynekologická anamnéza

Menarché: ve 12 letech

Cyklus: pravidelný

Trvání: 7 dní

Intenzita, bolesti: střední, střední

Porody: 0

UPT: 0

Antikoncepce: užívá 9 let

Samovyšetření prsou: provádí občas

Poslední gynekologická prohlídka: 2014

Abusus

Alkohol: příležitostně

Kouření: nekuřačka

Káva: 1x denně

Léky: 0

Jiné drogy: 0

Sociální anamnéza

Stav: Svobodná.

Bytové podmínky: Žije v bytě v panelovém domě.

Vztahy, role a interakce v rodině: Pacientka je svobodná, má přítele, s kterým žije. Bezkonfliktní vztahy v rodině. S matkou se vídá pravidelně a s otcem jednou do roka, protože bydlí daleko na vesnici.

Záliby: Pacientka ráda sportuje, má ráda turistiku a četbu.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: vyšší odborné

Pracovní zařazení: zdravotní sestra

Vztahy na pracovišti: dobré

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky: bez vyznání

Tabulka 3 Vitální funkce při přijetí na chirurgické oddělení dne 1. září 2014

P: 88/min	Výška: 180 cm
TK: 125/80	Hmotnost: 66 kg
TT: 36,8 °C	BMI: 20,37
D: 16	Stav vědomí: při vědomí, orientována
Krevní skupina: 0 Rh+	Pohyblivost: úplná

Zdroj: zdravotnická dokumentace

Posouzení současného stavu ze dne 1. září 2014

Tabulka 4 Fyzikální vyšetření sestrou

	Popis fyzického stavu	
Systém	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„Bolest hlavy nemám.“	-hlava normocefalická, pokleповě nebolestivá - šíje volná - zornice izokorické, fotoreaktivní - slyší dobře - jazyk plází středem, sliznice jsou růžové a bez povlaku - náplň krčních žil v normě, karotidy tepou symetricky
Hrudník a dýchací systém	„Dýchá se mi dobře, nepociťuji dušnost.“	- dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších zvukových fenoménů - 16 dechů za minutu - saturace kyslíku 98%
Srdečně cévní systém	„Se srdcem jsem se nikdy neléčila, ale jednou za čas cítím bušení srdce.“	- akce srdeční pravidelná, ozvy 2 ohraničené - tepová frekvence 88/min. - pulsace na končetinách dobře hmatná
Břicho a GIT	„Břicho mě bolí od rána. Bolest začala náhle, nejdříve v nadbřišku a postupně se přesunula přes pupek do podbřišku. Stolice byla dvakrát a větry odchází. Chut' k jídlu nemám.“	- břicho v niveau, pokleповě nebolestivé, palpačně citlivé u pupku a v podbřišku více - peristaltika živá - vyšetření per rectum bolestivé bez známek krve na rukavici
Močový a pohlavní systém	„S močením problémy nemám, ale loni jsem měla poprvé zánět močových cest.“	- pacient neguje obtíže s močením - barva moči je světle žlutá
Kosterní a svalový systém	„Nyní mám bolesti při pohybu a při chůzi. Celý den jsem proležela v posteli kvůli bolesti. Nikdy před tím jsem obtíže neměla. Jsem sportovně založená a chodím cvičit asi	- pacientka soběstačná, chodící - algické držení těla: chůze v lehkém předklonu, pomalá - dolní končetiny bez otoků,

	3–4x do týdne.“	bez známek TEN a varixů
Nervový systém a smysly	„Vidím dobře, ale poslední dobou začínám vidět hůř na dálku.“	<ul style="list-style-type: none"> - pacientka orientována místem, časem a osobou - pacientka klidná, spolupracuje, bez psychomotorického neklidu - bez problému s pamětí a vybavováním - smysly bez patologie
Endokrinní systém	„Potíže nemám.“	<ul style="list-style-type: none"> - tyreoida nehmotná, nebolestivá - bez projevů endokrinních poruch
Imunologický systém	„Alergická na nic nejsem.“	<ul style="list-style-type: none"> - alergie nekuje - lymfatické uzliny nebolestivé, nezvětšené - tělesná teplota je 36,8 °C
Kůže a její adnexa	„Obtíže nemám, ale mívám často suché ruce z důvodu častého používání desinfekce“.	<ul style="list-style-type: none"> - kůže bez ikteru a cyanózy - kožní turgor v normě - porušená celistvost na PHK po zavedení periferního žilního katetru

9.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Medicínský management poukazuje na ordinovaná laboratorní a zobrazovací vyšetření při příjmu a v den operace. Tyto vyšetření byly provedeny na centrálním příjmu a na chirurgickém oddělení během hospitalizace. Dále zde popisujeme farmakoterapii.

Ordinovaná vyšetření v den příjmu 1. září 2014

Laboratorní vyšetření krve

Tabulka 5 Výsledky biochemického vyšetření

Biochemické vyš.	Hodnota pacienta	Jednotka	Referenční hodnota
Na	133	mmol/l	136-145
K	3,8	mmol/l	3,8-5,3

Cl	102	mmol/l	96-106
Urea	4,8	μkat/l	2,5-6,5
Kreatinin	74	μkat/l	53-97
Bilirubin	15	μkat/l	0-17
ALT	0,28	μkat/l	0,00-0,60
GMT	0,17	μkat/l	0,00- 0,54
ALP	0,78	μkat/l	0,70-2,10
AST	0,32	μkat/l	0,00-0,50
AMS	1,60	μkat/l	0,00-1,50
Glukóza	5,6	mmol/l	3,3-5,6
CRP	< 5	mg/l	0-5

Zdroj: zdravotnická dokumentace

Tabulka 6 Výsledky hematologického vyšetření

Krevní obraz	Hodnota pacienta	Jednotka	Referenční hodnota
Erytrocyty	4, 95		3,80-5,20 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	148	g/l	120-160
Hematokrit	0,42	l	0,35-0,47
Leukocyty	16,0		3,9-11,0x 10 ⁹ /l
Trombocyty	192		150-400x 10 ⁹ /l

Zdroj: zdravotnická dokumentace

Laboratorní vyšetření moče

Tabulka 7 Výsledky moče kvalitativně a močového sedimentu

M+S	Hodnota pacienta	Jednotka	Referenční hodnota
Specifická hustota	1035		1010-1028x kg/m ³
pH	6,5	1	4,5-5,5
Bílkovina	0	0-0	arb.j.

Glukosa	0	0-0	arb.j.
Ketolátky	4	0-0	arb.j.
Urobilinogen	0	0-0	arb.j.
Bilirubin	0	0-0	arb.j.
Erytrocyty	1	0-0	arb.j.
Leukocyty	0	0-0	arb.j.

Zdroj: zdravotnická dokumentace

Provedená vyšetření

USG břicha

Závěr: V pravém hypogastriu nalezen appendix hraniční šíře, dle sonografického vyšetření se nejedná o rozvinutý zánět. Počínající akutní iritaci nelze vyloučit. Bez známek volné tekutiny v dutině břišní.

Gynekologické vyšetření

Závěr: Palpačně bolestivé pohyby čípkem a bolestivá děloha. Bez výtoku a krvácení. Per rectum palpačně citlivá zadní strana děložní, bez příměsí. Akutní apendicitida přehodnocena dle gynekologického vyšetření jako metritis.

Ordinovaná vyšetření a terapie v den operace 3. září 2014

Tabulka 8 Výsledky biochemického a hematologického vyšetření

Biochemické vyš.	Hodnota pacienta	Jednotka	Referenční hodnota
CRP	81	mg/l	0-5
Krevní obraz	Hodnota pacienta	Jednotka	Referenční hodnota
Erytrocyty	4,70		3,80-5,20x 10 ¹² /l
Hemoglobin	137	g/l	120-160
Trombocyty	186		150-400x 10 ⁹ /l
Leukocyty	5,7		3,9-11,0x 10 ⁹ /l

Zdroj: zdravotnická dokumentace

Provedená vyšetření

USG břicha

Závěr: V břiše nejsou známky volné tekutiny. Céčum zasahuje do malé pánve, apendix je v pánvi, průměr 7-8 mm s hypoechogenním obsahem. Apendicitis acuta.

Farmakoterapie

Medikamentózní terapie vycházela z diagnózy akutní apendicitida. V průběhu hospitalizace měla pacientka naordinovanou následující terapii.

ATB: Doxybene 100 mg tbl p. o. po 12 hod. (ponechat 10 dní)

Entizol supp. po 8 hod. (ponechat 3 dny)

Novalgin 2 ml + 100 ml FR i. v. max. po 8 hod. při bolesti

Dipidolor 1 amp. s. c. po 12 hod.

Prevence TEN: Fraxiparine 0,3 ml s. c. po 24 hod. + BDK

Chronická medikace: Jeanine tbl p. o. 0–0–1

10 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ PODLE MARJORY GORDON

Posouzení ze dne 4. září 2014 – 1. pooperační den

Ke zpracování ošetřovatelského procesu jsme vybrali model fungujícího zdraví, který je odvozený ze vzájemného působení osoba - prostředí. Tento model slouží k získávání informací a k sestavení ošetřovatelské anamnézy. Pacient je holistická bytost s biologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními a spirituálními potřebami. Je to jedinec s funkčním nebo disfunkčním typem zdraví, který sestra identifikuje při kontaktu s pacientem. Model je rozdělen na 12 oblastí a každá oblast představuje určitou část zdraví, která může být funkční nebo dysfunkční.

Vnímání a udržování zdraví

Pacientka je soběstačná a spolupracuje. Žije aktivním životním stylem, ráda často sportuje a zároveň se snaží dodržovat životosprávu. Na preventivní prohlídky dochází pravidelně.

Bolest podbřišku vnímá středně velkou intenzitou, nejvíce při pohybu. V klidu na lůžku nemá skoro žádnou bolest. Dále si stěžuje na bolestivost pravé horní končetiny, kde měla zavedený PŽK. Místo je po vpichu zarudlé od loketní jamky až do pŕlky paže. Doufá v úplné uzdravení a vymizení obtíží.

Požítá měřicí technika: Numerická škála bolesti (viz příloha F) - intenzita č. 5.

Ošetřovatelský problém: Bolest pravého podbřišku, flebitida PHK.

Výživa a metabolismus

Pacientka se snaží jíst pravidelně, ale kvůli nočním směnám v práci se jí to občas nedaří. Obsah jejího jídelníčku je převážně kuřecí maso, 1x týdně ryba, ovoce, zelenina, těstoviny a mléčné výrobky. Její Body Mass Index je 20,37, kdy při její výšce 180 cm a váze 66 kg to je optimální tělesná váha. Pije neperlivé vody, 3-4 kávy za týden a alkohol příležitostně při nějaké oslavě. Pitný režim se pohybuje okolo 1500-2000 ml za den, ale v zimním období udává, že vypije méně a poté pociťuje bolesti hlavy.

První pooperační den mohla pouze přijímat tekutiny, následně trpěla nechutenstvím a zvracela. Pacientka brala na vědomí, že musí dodržovat dietní šetřící režim a snažila se jej dodržovat. V nemocnici pila neperlivé vody, které jí přinesla rodina. Kožní turgor je dobrý, sliznice jsou vlhké.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Nauzea a zvracení po operačním výkonu.

Vylučování

Pacientka nemá obtíže s vyprazdňováním v domácím prostředí. Na stolicí chodí pravidelně jednou denně. Průjmy a zácpou netrpí, ale občas ji trápí nadýmání, a proto někdy použije Espumisan.

Nyní po operaci má narušenou pravidelnou defekaci stolice. Po operaci se musela pacientka vyprázdnit na míse (pouze moč) a nebylo jí to příjemné. Moč je čirá, bez příměsí a zápachu. První pooperační den začala pacientka chodit na záchod a byla to pro ni úleva, že nemusí na mísu.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Stolice nebyla od operace.

Aktivita a cvičení

Před onemocněním a operací byla pacientka sportovně založená. Mezi její oblíbené sporty patří kickbox, fitness a turistika. V zimě si ráda jezdí zalyžovat na hory.

První den po operaci mohla pacientka vstát z lůžka a pomalu chodit. Při prvním posazení z postele si stěžovala na vertigo, ale poté obtíže ustaly. Cítí se unaveně a bez energie, ale je si vědoma, že to bude chvíli trvat, než si tělo zvykne a bude opět aktivní.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Spánek a odpočinek

V domácím prostředí pacientka neměla problémy s usínáním a spaním. Ráda si přispí a nerada vstává brzo. Když nemusí vstávat, tak spí okolo 10 hodin denně. Jelikož pacientka pracuje v nemocnici na směny, udává, že se cítí občas unavená a má narušený spánkový režim mezi nočními službami.

Ze začátku hospitalizace se jí spalo dobře, ale pak měla na pokoji pacientku, která hlasitě chrápala a ona nemohla spát. Během dne se pak cítila unaveně a spala i přes den. Pacientce byl v noci podán Neurol 0,250 mg tbl.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Nedostatečný spánek v noci, únava a problém s usínáním.

Vnímání a poznávání

Pacientka je při vědomí, orientována místem, časem i osobou. Komunikace je bezproblémová, řeč byla srozumitelná. Sluch v pořádku, ale stěžovala si, že se jí zhoršil zrak na dálku. U očního lékaře ještě nebyla. Kompenzační pomůcky nikdy nepoužívala.

Pacientka je seznámena se svým zdravotním stavem a informována o pooperačních léčebných postupech a plně chápe význam informací. Spolupráce s pacientkou je bezproblémová.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Sebepojetí a sebeúcta

Pacientka nikdy před tím neležela v nemocnici a toto je její první hospitalizace. Nerada je někomu na obtíž a bojí se, aby vše dobře dopadlo. Věří, že se vše zlepší a bude moci jít brzy domů. Má přítele a rodinu, která ji pravidelně navštěvuje a psychicky podporuje. Je optimistická a věří v úplné uzdravení.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Strach, změna prostředí, odloučení od rodiny a přátel.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka bydlí s přítelem v bytě panelového domu. Děti nemá a zatím žádné nechce. Konflikty v rodině nejsou, často jezdí navštěvovat maminku, která bydlí kousek od ní. Občas se vídá se svojí sestrou, která bydlí v Praze. Ráda udržuje kontakt s přáteli. Rodina byla informována od pacientky ohledně jejího stavu a prodělané operaci. Plně ji podporovala a moc si přála, aby už byla zdravá a doma.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka má menstruaci od 12 let. Od počátku byl menstruační cyklus nepravidelný a měla silné bolesti břicha. Od 17 let začala brát antikoncepci, kdy se menstruace ustálila, byla pravidelná a bolesti břicha mírné. Neprodělala žádné porody, potraty a žádnou gynekologickou operaci. Chodí pravidelně na gynekologické prohlídky dvakrát do roka. Během hospitalizace pacientka brala antikoncepci, protože jí to přijímací lékař povolil.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Vážnější krize a zátěžové situace neuvádí. Myslí si, že stresové situace zvládá docela dobře. Na střední škole nějaký čas kouřila, ale kvůli sportu přestala. Jiné návykové látky a drogy nezkoušela a nikdy ji to nelákalo. Alkohol pije jen příležitostně při oslavách.

Pacientku nyní zatěžuje její aktuální zdravotní stav, ale věří, že bude vše v pořádku. Rodina a její přítel jsou pro ni velkou oporou a může se na ně spolehnout. Přátelé jí během hospitalizace také podporují.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: Nedostatek informací o nemoci.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Nyní si pacientka přeje, aby se uzdravila a vrátila se zpět do práce. Také si uvědomila, jak je zdraví důležité a přehodnotila žebříček hodnot. Pacientka není věřící a žádné náboženství nevyznává. Má pozitivní vztah k léčbě a snaží se dodržovat léčebný režim.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

Jiné

Pacientka neměla jiný problém, který by chtěla probrat. Spolupracuje a má kladný přístup k léčbě.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

11 PŘEHLED STANOVENÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Následující ošetřovatelské diagnózy jsou stanoveny na základě identifikace ošetřovatelských problémů, jejichž sběr byl realizován formou rozhovoru s pacientkou na chirurgickém oddělení. Ošetřovatelské diagnózy jsou rozdělené na aktuální a potenciální, které jsou učeny dle NANDA taxonomie II 2012-2014.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. **Akutní bolest (00132)** - z důvodu operačního výkonu projevující se verbalizací pacientky a bolestivými výrazy při pohybu.
2. **Narušená integrita tkáně (00044)** – z důvodu operačního zákroku projevující se operační ránou v pravém podbřišku.
3. **Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)** - z důvodu pooperačního stavu projevující se sníženým rozsahem pohybu.
4. **Narušená integrita kůže (00046)** - z důvodu přítomnosti invazivního vstupu projevující se zavedeným periferním žilním katétrem.
5. **Nauzea (00134)** – z důvodu celkové anestézie projevujícím se mírným zvracením.
6. **Strach (00148)** – z důvodu změny zdravotního stavu po operaci a reakce na přidružené komplikace v pooperačním období.
7. **Narušený vzorec spánku (00198)** – nedostatečná kvalita a množství spánku z důvodu hluku z vnějšího prostředí projevující se únavou a obtížným usínáním.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

1. **Riziko vzniku infekce (00004)** – z důvodu porušení kožní integrity (operační rána) a zavedení periferního žilního katétru.
2. **Riziko zácpy (00015)** – z důvodu omezeného příjmu potravy po operaci a nedostatečné pohybové aktivity.

12 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE II

Následující ošetrovatelské diagnózy jsou řešeny po dobu třech dnů, počínaje od operačního dne do 2. pooperačního dne. Ošetrovatelské diagnózy jsou uvedeny podle priorit pacientky.

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Akutní bolest (00132) - z důvodu operačního výkonu projevující se verbalizací pacientky, bolestivými výrazy při pohybu a intenzitou stupně č. 5.

(Stupnice od 1-10, kdy 10 je bolest nesnesitelná).

Cíl krátkodobý: Pacientka udává zmírnění bolesti ze stupně č. 5 na stupeň č. 3 po podání analgetik do 2 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka půjde domů jen s minimální bolestí stupeň č. 1.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria

1. Pacientka zvládne určit stupeň bolesti dle stupnice do 30 minut.
2. Pacientka chápe příčinu vzniku bolesti do 1 hodiny.
3. Pacientka zná úlevovou polohu, postupy při otáčení a vstávání do 6 hodin.
4. Pacientka zná účinky léků podávaných proti bolesti do 24 hodin.
5. Pacientka verbalizuje zmírnění bolesti do 2 hodin.
6. Pacientka zná a dodržuje farmakologický režim dle ordinace lékaře – denně.

Intervence

1. Sleduj projevy bolesti, komunikuj s pacientkou o bolesti – neustále – všeobecná sestra.
2. Zjisti intenzitu, charakter a lokalizaci bolesti – denně - všeobecná sestra.
3. Pravidelně zaznamenávej stupeň bolesti do ošetrovatelské dokumentace – denně – všeobecná sestra.
4. Edukuj pacientku o úlevové poloze – do 24 hodin – všeobecná sestra.

5. Edukuj pacientku o postupu otáčení a vstávání z lůžka – do 24 hodin – všeobecná sestra.
6. Podávej pravidelně analgetickou terapii dle ordinace lékaře – denně – všeobecná sestra.
7. Sleduj možné vedlejší žádoucí i nežádoucí účinky podávaných léků – denně – všeobecná sestra.
8. Zhodnoť vliv bolesti na spánek pacientky, tělesnou a duševní pohodu a v případě potřeby aplikuj analgetickou terapii – denně – všeobecná sestra.
9. Zajisti komfortní a klidné prostředí – vždy – všeobecná sestra.
10. Pečuj o pohodlí pacienta – vždy – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
11. Všiměj si chování pacientky, jeho změn a proved' záznam do ošetřovatelské dokumentace – vždy – všeobecná sestra.
12. Umožni pacientce kontrolu a účast na léčbě bolesti – vždy – všeobecná sestra.
13. Prováděj pečlivý záznam do dokumentace – denně – všeobecná sestra.
14. Aktivně s pacientkou komunikuj – vždy – všeobecná sestra.

Realizace

Pacientku jsem po probuzení z narkózy seznámila s možností využití analgetické léčby při bolestech. Sledovala jsem projevy bolesti, zhodnotila jsem intenzitu, charakter a lokalizaci. Při bolestech a dle ordinace lékaře podána 1 amp. Dipidoloru s. c. Pacientka určila stupeň bolesti, který jsem pravidelně zapisovala do ošetřovatelské dokumentace. Dále jsem sledovala možné projevy žádoucích a nežádoucích účinků aplikovaných léků. Léčba je efektivní a vedlejší účinky ani komplikace farmakoterapie se neobjevily. Edukovala jsem pacientku o úlevové poloze, otáčení na lůžku a vstávání z lůžka.

Hodnocení

Pacientka je plně informována o příčinách vzniku bolesti a ví, že v případě potřeby má informovat sestru. Po podání analgetik pacientka pociťuje zmírnění bolesti a udává úlevu na intenzitu č. 3. Analgetika byla podávána dle ordinace lékaře a potřeb pacientky. Pacientka aktivně spolupracuje při zaznamenávání intenzity bolesti. Dodržuje farmakologický, pohybový a dietní režim. Druhý pooperační den pacientka pociťuje zmírnění bolesti a analgetika odmítá. Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl trvá.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Narušená integrita tkáně (00044) – z důvodu operačního zákroku projevující se operační ránou v pravém podbřišku.

Cíl krátkodobý: V operační ráně nedojde k infekci během hospitalizace.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zhojenou operační ránu per primam do konce hospitalizace.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria

1. Pacientka má asepticky kryté operační rány – denně.
2. V průběhu hospitalizace bude operační rána udržována v čistotě a suchu – denně.
3. Pacientka je seznámena s projevy infekce a komplikacemi – do 1 dne.
4. Operační rána a její okolí je bez zarudnutí a známek infekce – denně.
5. Pacientka je bez zvýšené tělesné teploty, která je v pravidelných intervalech měřena – denně.
6. Pacientka si uvědomuje důležitost aseptické péče o operační ránu – do 1 dne.

Intervence

1. Pravidelně kontroluj operační ránu, stav kůže v jejím okolí a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace – denně- všeobecná sestra.
2. Pravidelně prováděj aseptický postup při ošetřování operační rány dle standardu oddělení - denně – všeobecná sestra.
3. Asistuj lékaři při převazu – denně – všeobecná sestra.
4. Sleduj známky vznikající infekce – denně – všeobecná sestra.
5. Známky zánětu a komplikace hlas neodkladně lékaři – vždy – všeobecná sestra.
6. Vysvětli pacientce nutnost dodržovat hygienicko–epidemiologické zásady při péči o ránu během hospitalizace – do 1 dne – všeobecná sestra.
7. Informuj pacientku o počátečních příznacích infekce (zarudnutí, bolest, zvýšená tělesná teplota) – do jednoho dne – všeobecná sestra.
8. Udržuj v čistotě lůžko a ložní prádlo – denně – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
9. Dbej na hygienu rukou – vždy – všeobecná sestra.

Realizace

Pacientku jsem informovala, jaké mohou být projevy v případě vzniku infekce. Dále jsem ji poučila, že je důležité udržovat ránu v čistotě. Po ranní hygieně byl proveden převaz operační rány, během kterého jsem asistovala lékaři a postupovala asepticky. Při převazu jsem sledovala vzhled operační rány a poté zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace. Operační rána je klidná, bez zarudnutí a sekrece. Denně jsem kontrolovala a zapisovala tělesnou teplotu.

Hodnocení

Pacientka rozumí dodržování hygienicko – epidemiologického režimu a zná projevy infekce. Operační rána je udržována v čistotě a hojí se per primam. Cíl krátkodobý i dlouhodobý byl splněn, pacientka má operační ránu bez známek infekce.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085) - z důvodu pooperačního stavu projevující se sníženým rozsahem pohybu.

Cíl krátkodobý: Pacientka je schopna vstát a chodit po pokoji první pooperační den.

Cíl dlouhodobý: Pacientka je schopna chůze na delší vzdálenost a vykonávat denní aktivity do konce hospitalizace.

Priorita: střední

Výsledná kritéria

1. Pacientka je poučena o správné technice posazování a vstávání z lůžka – do 1. pooperačního dne.
2. Pacientka se zvládá sama posazovat, postavovat z lůžka – do 2. pooperačního dne.
3. Pacientka zná možný vznik komplikací související v důsledku imobility – do 1. pooperačního dne.

Intervence

1. Pouč pacientku o správné technice posazování a vstávání z lůžka – do 1. pooperačního dne – všeobecná sestra.
2. Ved' pacientku k aktivizaci a soběstačnosti – do 1. pooperačního dne – všeobecná sestra, ošetrovatelka.

3. Pouč pacientku o možnosti využití signalizačního zařízení – do 2 hodin – všeobecná sestra, ošetřovatelka.

4. Informuj pacientku o možném vzniku komplikací, které mohou vzniknout v důsledku imobility – do 1. pooperačního dne – lékař, všeobecná sestra.

Realizace

S pacientkou jsem hovořila o správné technice posazování a vstávání z lůžka. Zná tuto techniku a využívá ji. Je vedena k soběstačnosti, informována o možných komplikacích, které mohou vzniknout v důsledku imobilizace. Ví, jak používat signalizační zařízení, které má na dosah ruky.

Hodnocení

Po operaci má pacientka naordinovaný klidový režim na lůžku. První pooperační den potřebovala dopomoc od zdravotnického personálu při prvním vstávání z lůžka, ale během dne se pomalu rozchodila. Druhý pooperační den byla zcela soběstačná, krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza č. 4

Narušená integrita kůže (00046) - z důvodu přítomnosti invazivního vstupu projevující se zavedeným periferním žilním katétrem.

Cíl krátkodobý: Pacientka zná zásady péče o PŽK do 6 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá příznaky infekce po dobu hospitalizace.

Priorita: střední

Výsledná kritéria

1. Pacientka zná důvod zavedení PŽK - do 1 hodiny.
2. Pacientka umí zacházet a pečovat o PŽK - do 2 hodin.
3. Pacientka zná projevy infekce - do 6 hodin.
4. Pacientka je bez zvýšené tělesné teploty – denně.

Intervence

1. Vysvětlí pacientce důvod zavedení PŽK – do 1 hodiny – všeobecná sestra.
2. Pouč pacientku o zásadách péče o PŽK – do 1 dne – všeobecná sestra.

3. Informuj pacientku o počátečních příznacích vzniku infekce – do 6 hodin – všeobecná sestra.
4. Při převazu a aplikaci léků postupuj asepticky – vždy – všeobecná sestra.
5. Odebírej biologický materiál dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
6. Sleduj okolí PŽK, zda nejeví známky infekce – vždy – všeobecná sestra.
7. Při projevech infekce ihned zruš PŽK – všeobecná sestra.
8. Kontroluj průchodnost katétru během hospitalizace – denně – všeobecná sestra.
9. Sleduj fyziologické funkce během hospitalizace – denně – všeobecná sestra.
10. Sleduj funkčnost a délku zavedení invazivního vstupu a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – denně – všeobecná sestra.
11. Dle standardu oddělení po 72 hodinách PŽK vyměň nebo zruš – všeobecná sestra.
12. Udržuj lůžko pacientky čisté, dbej na řádnou hygienu pacientky – denně – všeobecná sestra.
13. Dbej na hygienu rukou – vždy – všeobecná sestra.
14. Prováděj prevenci nozokomiálních nákaz – denně – všeobecná sestra.

Realizace

Pacientku jsem poučila o důvodu zavedení a zásadách péče PŽK. Pravidelně jsem kontrolovala průchodnost, místo vpichu a okolí zavedeného periferního žilního katétru. Při výměně nebo převazu jsem postupovala vždy asepticky a vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace. Fyziologické funkce jsem kontrolovala 3x denně dle ordinace lékaře a poté zapsala do dokumentace. Pacientka je informována o rizicích vzniku infekce.

Hodnocení

Pacientka zná důvod zavedení PŽK a je poučena o zásadách péče. Dále je seznámena s možným vznikem zánětu v místě vpichu. Pacientka večer po operaci informovala sestru o bolestivosti a zarudnutí paže pravé horní končetiny v místě zavedeného periferního žilního katétru. Tělesná teplota byla 38,3 °C.

Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl však splněn nebyl. Došlo ke vzniku zánětu v místě vpichu, který se projevil zarudnutím a bolestivostí končetiny. Ošetrovatelské intervence č. 3, 4, 5, 7, 8 budou pokračovat.

Ošetrovatelská diagnóza č. 5

Narušený vzorec spánku (00198) – nedostatečná kvalita a množství spánku z důvodu hluku z vnějšího prostředí projevující se únavou a obtížným usínáním.

Cíl krátkodobý: Pacientka hodnotí subjektivně průběh noci pozitivně do 2. pooperačního dne.

Cíl dlouhodobý: Pacientka konstatuje zlepšení kvality po dobu hospitalizace.

Priorita: střední

Výsledná kritéria

1. Pacientka zná příčiny poruchy spánku a je ochotna o nich mluvit – denně.
2. Pacientka bude vyslechnuta, proč nemá klidný spánek – denně.
3. Pacientka se bude cítit dostatečně vyspalá a odpočatá – denně.
4. Pacientka nebude mít bolesti během spánku – denně.
5. Pacientce bude aplikována medikamentózní léčba po zjištění problému – denně.
6. Pacientka se bude během noci méně probouzet – od 1. pooperačního dne.
7. Pacientce bude poskytnuto dle možností klidné prostředí pro spánek – denně.
8. Pacientka se cítí dostatečně vyspalá – od 2. pooperačního dne.

Intervence

1. Vyslechni pacientku proč má narušený spánek – do 6 hodin po probdělé noci – všeobecná sestra, lékař.
2. Zajisti přiměřenou aktivitu během dne, pokud je to možné – denně – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
3. Pokus se zajistit noční klid (minimalizace rušivých faktorů) – vždy – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
4. Zajisti vhodnou úpravu lůžka – pokaždé – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
5. Doporuč pomůcky před hlukem (špunty do uší) – před spaním – všeobecná sestra.
6. Dle ordinace lékaře podej pacientce před spaním hypnotika – dle potřeby – všeobecná sestra.
7. Podej analgetika dle ordinace lékaře – dle potřeby – všeobecná sestra.
8. Sleduj účinek podaných léků – pokaždé – všeobecná sestra.

9. Sleduj spánek klienta – pokaždé – všeobecná sestra, ošetřovatelka.

Realizace

S pacientkou byla prodiskutována příčina poruchy spánku. Byly jí sděleny možnosti, jak zlepši spánek. Lékař jí na noc předepsal Neurol 0,250 mg 1x tbl, o který požádala. Večer bylo upraveno lůžko, vyvětrán pokoj a podány léky na spaní. Pokud to bylo možné, nebyla pacientka v noci vyrušována.

Hodnocení

Pacientce byl zajištěn komfort (úprava lůžka, vyvětrán pokoj). První pooperační den se nepodařilo zajistit klidné prostředí pro spánek (spolupacientka). Druhý pooperační den měla pacientka problém s usínáním, požádala sestru o prášek na spaní, který jí pomohl usnout. Pacientka udávala zlepšení spánku v noci. Krátkodobý cíl byl splněn částečně. Ošetřovatelské intervence č. 1, 3, 5, 6, 8, 9 budou pokračovat.

Shrnutí ošetřovatelské péče

Ošetřovatelská péče byla realizována na základě informací získaných od pacientky, její rodiny, zdravotnického personálu a z lékařské dokumentace. V rámci realizace ošetřovatelské péče bylo stanoveno devět diagnóz, které jsou rozděleny na aktuální a potenciální. Podle priorit pacientky jsme rozpracovali čtyři ošetřovatelské diagnózy, které byly podle sestavených intervencí realizovány a na závěr zhodnoceny. U stanovených diagnóz číslo 1, 2 a 3 došlo ke splnění krátkodobého i dlouhodobého cíle. V případě poslední diagnózy číslo 4 byl splněn cíl krátkodobý, dlouhodobého cíle dosaženo nebylo, protože došlo ke vzniku infekce. Ta se projevila zarudnutím a bolestivostí v místě zavedení periferního žilního katétru v loketní jamce. Během hospitalizace se projevila další komplikace flebotrombóza levého lýtka, která vznikla třetí pooperační den.

S pacientkou se podařilo navázat blízký a důvěryhodný kontakt. V rámci lékařské a ošetřovatelské péče se zdravotní stav natolik zlepšil, že mohla být propuštěna do domácího ošetření. Desátý pooperační den přišla pacientka do chirurgické ambulance na kontrolu a vyndání stehů z operační rány. Na základě kontroly lékař zjistil, že rána po operaci je zhojena a nebyly zjištěny žádné další komplikace.

Velký přínos v procesu uzdravení sehrála rodina, která ji pravidelně navštěvovala a podporovala. Pacientka byla spokojená s prací personálu na oddělení a hodnotila ji pozitivně.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě poznatků a vlastních zkušeností na chirurgickém oddělení v Kladně a studia odborné literatury předkládáme doporučení pro pacienty, rodinu a všeobecné sestry. Je potřeba, aby se zdravotníci v oboru chirurgie neustále vzdělávali a využívali nejnovější postupy v péči o pacienty. Velkou roli hraje vzájemná spolupráce mezi lékaři a sestrami.

Doporučení pro pacienty

- při zdravotních obtížích neotálet a dojít si k lékaři, nebo přivolat odbornou pomoc
- nepodcenit bolesti břicha a příznaky s tím spojené
- umět pečovat o jizvu (provádět tlakovou masáž a promazávat)
- měla by dodržovat doporučenou stravu a pokrmy připravovat vhodným způsobem vaření
- dodržovat přiměřenou tělesnou aktivitu
- je velmi důležité, aby pacientka byla poučena o tom, že nesmí nosit těžká břemena
- u dívek a mladých žen doporučit lázeňskou léčbu

Doporučení pro rodinu

- poskytnout rodině dostatek informací
- fyzicky pacienta nepřetěžovat
- rodina by měla pacienta zapojovat do běžných denních činností
- rodina by měla pacienta motivovat

Doporučení pro všeobecné sestry

- navázat kladný vztah s pacientem
- pozitivně motivovat pacienty a jejich rodiny
- poskytnout dostatek informací v rámci svých kompetencí
- předcházet vzniku možných komplikací

- sestra by měla mít empatický přístup a naslouchat pacientovi
- zajistit dostatek soukromí při ošetřování
- zajistit uspokojování bio – psycho – sociálních a spirituálních potřeb pacienta
- spolupracovat s lékaři a s ostatním zdravotnickým personálem pro zajištění co nejlepší ošetrovatelské péče o pacienty
- nezlehčovat situaci pacienta a chápat případné obavy
- mít na mysli možnost atypického uložení apendixu v dutině břišní
- nepodcenit bolesti udávané pacientem
- nepodcenit výskyt možných nežádoucích příznaků
- mít zájem celoživotně se vzdělávat, účastnit se seminářů a vzdělávacích akcí
- vzít v úvahu příznaky typické pro toto onemocnění, které vyžadují léčbu na chirurgickém oddělení
- uvědomit si, že při špatně stanovené diagnóze hrozí vážné komplikace

ZÁVĚR

Akutní apendicitida patří mezi nejčastější náhlé příhody břišní, které mohou člověka ohrozit přímo na životě. Příčina vzniku zánětu appendixu není přesně známa a ne vždy má typický průběh. Vzhledem k tomu, že appendix není životně důležitý orgán, nemají lidé po jeho odstranění žádné trvalé následky.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické práci je popsána charakteristika onemocnění. V úvodu teoretické části uvádíme historii, díky které si uvědomíme, jaké dělá medicína pokroky a jak se zdokonaluje operativa v chirurgickém oboru. Přitom do počátku 19. století nebylo běžné provádět břišní operace. Operační výkony se mohly zcela rozvíjet až v sedmdesátých letech 19. století s příchodem anestézie a zavedením asepse. Dále popisujeme etiologii, náhlé příhody břišní, klinický obraz, možné komplikace a diagnostiku. V kapitole léčebné metody popisujeme druhy operací a jejich průběh. V poslední kapitole se zmiňujeme o pooperační a domácí péči.

Praktická část popisuje ošetrovatelský proces u daného pacienta na chirurgickém oddělení. Při tvorbě ošetrovatelského procesu byl použit model fungujícího zdraví dle Marjory Gordon. Byly stanoveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II 2012–2014. Podle priorit pacientky jsme vybrali a rozpracovali nejdůležitější diagnózy. V poslední kapitole jsme zmínili doporučení pro pacientku, rodinu a všeobecné sestry.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tištěné zdroje

BROŽ, L. a kolektiv, 2012. *Chirurgie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe. ISBN 978-80-87553-61-9.

DÍTĚ, P. a kolektiv, 2005. *Akutní stavy v gastroenterologii*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-305-2.

FERKO, A. a kolektiv 2002. *Chirurgie v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0230-4.

FUCHS, V., 2001. Apendicitida v těhotenství, mimoděložní těhotenství. In: *Praktický lékař*. **81** (supplementum 1), 13-14. ISSN 0032-6739.

HRABOVSKÝ, J. a kolektiv, 2003. *Chirurgie*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 80-86432-52-1.

KALA, Z. a kolektiv, 2010. *Perioperační péče o pacienty v obecné chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-518-1.

KAŠÁKOVÁ, E., M. VOKURKA a J. HUGO, 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1.

KORBUTHOVÁ, Dagmar, 2007. Akutní zánět červovitého výběžku (apendicitis acuta). In: *Setra*. **17**(7-8), 67. ISSN 1210-0404.

MELECHOVSKÝ, D. a R. GÜRLICH, 2001. Akutní apendicitida s neobvyklými příznaky. In: *Praktický lékař*. **81** (8), 444- 445. ISSN 0032-6739.

MICHALSKÝ, R., 2008. *Chirurgie břišní stěny, trávicí trubice a nitrobřišních orgánů pro studující ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 978-80-7248-465-2.

MICHALSKÝ, R. a I. VOLFOVÁ, 2008. *Kapitoly z obecné chirurgie pro studující ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 978-80-7248-464-5.

PAFKO, P., J. KABÁT a V. JANÍK, 2006. *Náhlé příhody břišní Operační manuál*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0981-3.

POKRIVČÁK, T., 2014. *Chirurgie*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-702-6.

- POSPÍŠIL, I. a kolektiv, 2004. Mukokéla apendixu. In. *Rozhledy v chirurgii*. **83**(9), 451-455. ISSN 0035-9351.
- SCHEIN, M. a P.N. ROGERS, 2011. *Urgentní břišní chirurgie*. 1. vydání. Z angl. orig. přel. A. FERKO, E. HAVEL a kolektiv. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2357-0.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kolektiv, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3130-8.
- SPIILKA, J. a kolektiv, 2013. *Chirurgie pro bakaláře*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 1 lékařská fakulta. ISBN 978-80-260-3421-6.
- STARÝ, L. a kolektiv, 2005. Chronická apendicitida. In. *Česká a slovenská gastroenterologie a hematologie*. **59**(5), 204-205. ISSN 1213-323X.
- ŠIMKOVIČ, D. a kolektiv, 2004. Neobvyklá příčina akutní apendicitidy. In. *Rozhledy v chirurgii*. **83**(8), 365-366. ISSN 0035-9351.
- ŠNAJDAUF, J. a kolektiv, 2005. *Dětská chirurgie*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-329-X.
- ŠVÁB, J., 2007. *Náhlé příhody břišní*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-485-0.
- ŠVÁB, J., 2000. *Operace tlustého střeva*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-122-6.
- VALENTA, J. a kolektiv, 2007. *Základy chirurgie*. 3. dop. a prep. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-403-4.
- VALENTA, J. a kolektiv, 2003. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova- Karolinum. ISBN 80-246-0644-5.
- VÁVRA, P. a J. DOSTALÍK, 2009. *Obecná chirurgie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií. ISBN 978-80-7368-670-3.
- VODIČKA, J. a kolektiv, 2006. *Speciální chirurgie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1101-5.
- VOKURKA, M. a J. HUGO, c2011. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-262-9.
- ZELLER, J.L., 2007. Náhlé příhody břišní. In. *JAMA*. **15**(1), 76. ISSN 1210-4132.

ZEMAN, M. a kolektiv, 2014. *Speciální chirurgie*. 3. dop. a přep. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-128-5.

Internetové zdroje

Akutní apendicitida. [online]. Solen Medical Education. [cit. 15. ledna 2015]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/08/06.pdf>

Apendicitida ve stáří: neobvyklé případy onemocnění. [online]. proLékaře.cz. [cit. 19. prosince 2014]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_05_02_06.pdf

Co by vás mělo zajímat po operaci slepého střeva (apendixu). [online]. Fakultní Nemocnice Olomouc. [cit. 12. ledna 2015]. Dostupné z: http://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/1CHIR_Operace%20slepeho%20streva.pdf

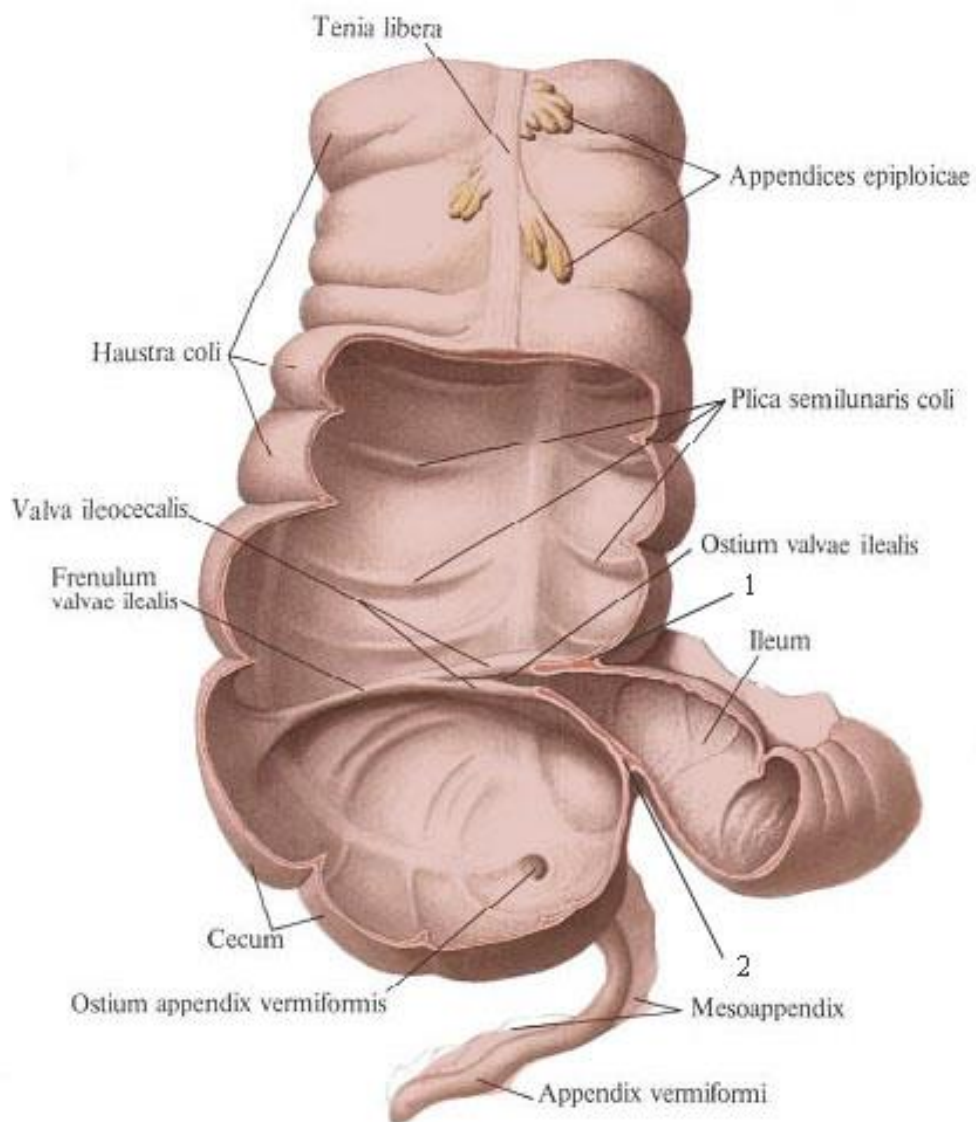
Laparoskopická apendektomie. [online]. MedicalTribune.CZ. [cit. 3. ledna 2015]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/11349-laparoskopicka-apendektomie>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Anatomie apendixu	73
Příloha B - Cévní zásobení apendixu	II
Příloha C - Mc Burneyův a Lanzův bod	III
Příloha D - Varianty uložení apendixu	IV
Příloha E – Fotodokumentace	V
Příloha F - Numerická škála pro hodnocení intenzity bolesti	VIII
Příloha G – Rešerše	IX
Příloha H – Čestné prohlášení	X

Příloha A

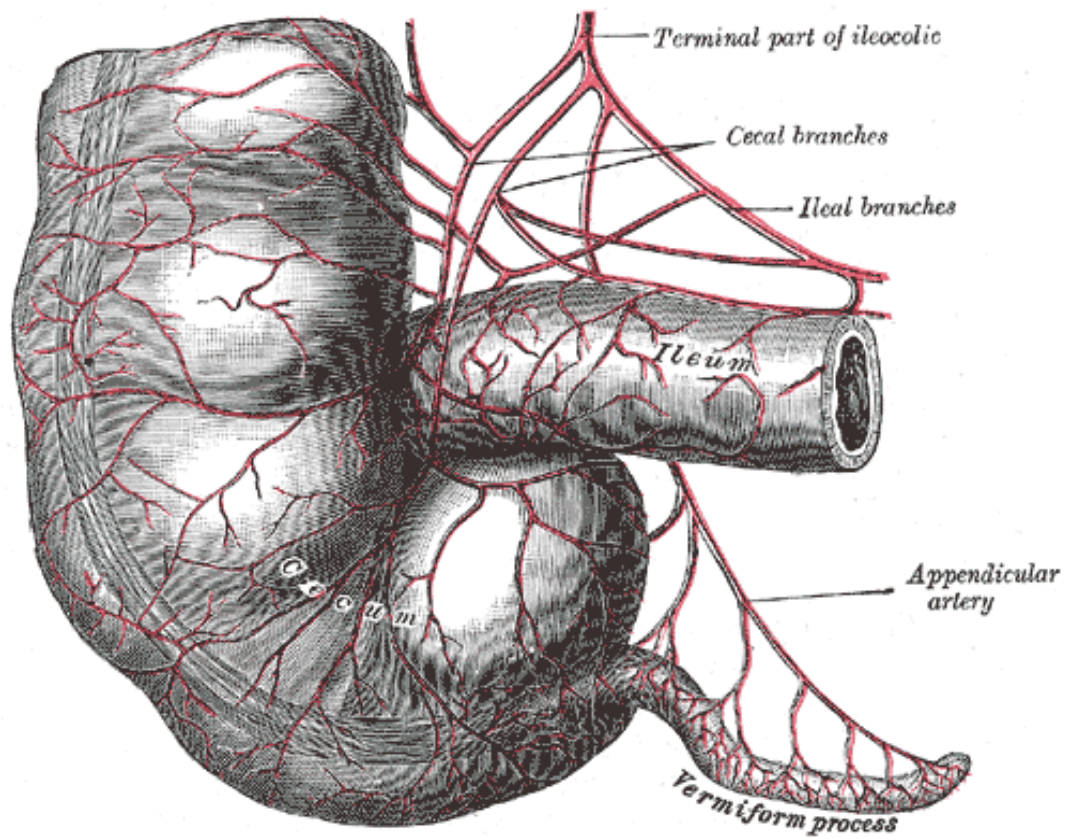
Anatomie apendixu



Zdroj: http://flexikon.doccheck.com/de/Recessus_ileocaecales

Příloha B

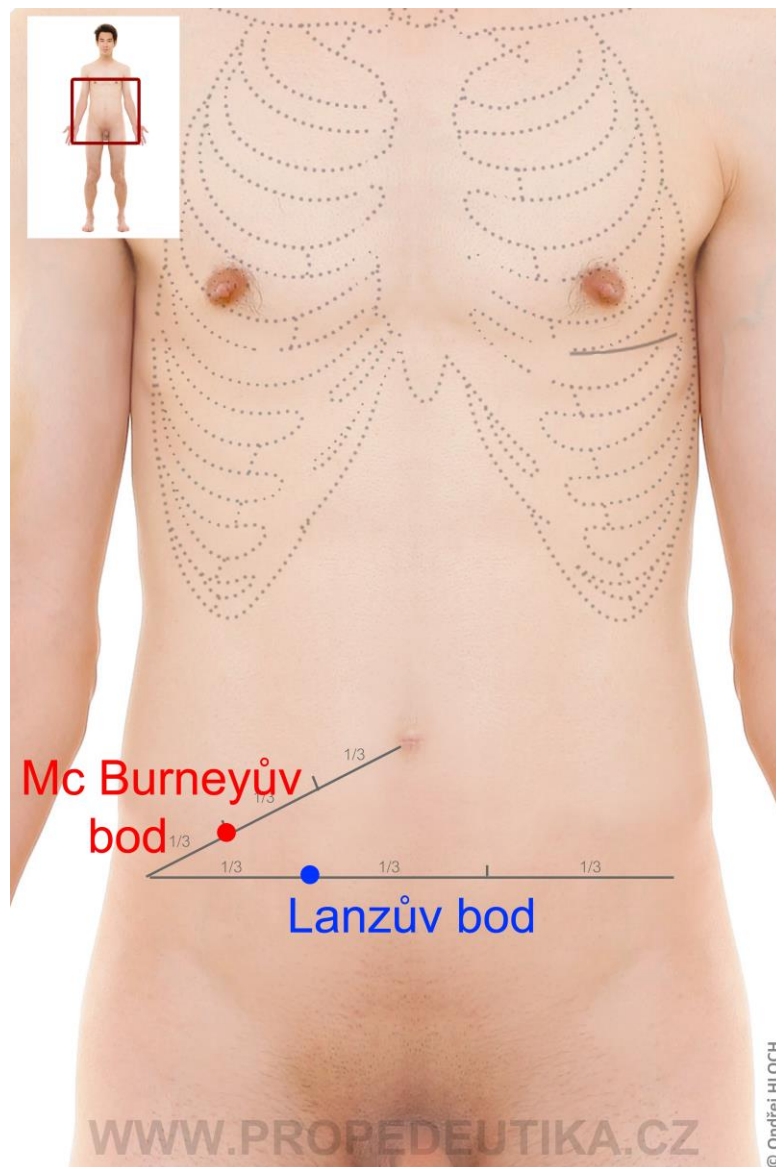
Cévní zásobení apendixu



Zdroj: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Apendix#mediaviewer/File:Gray536.png>

Příloha C

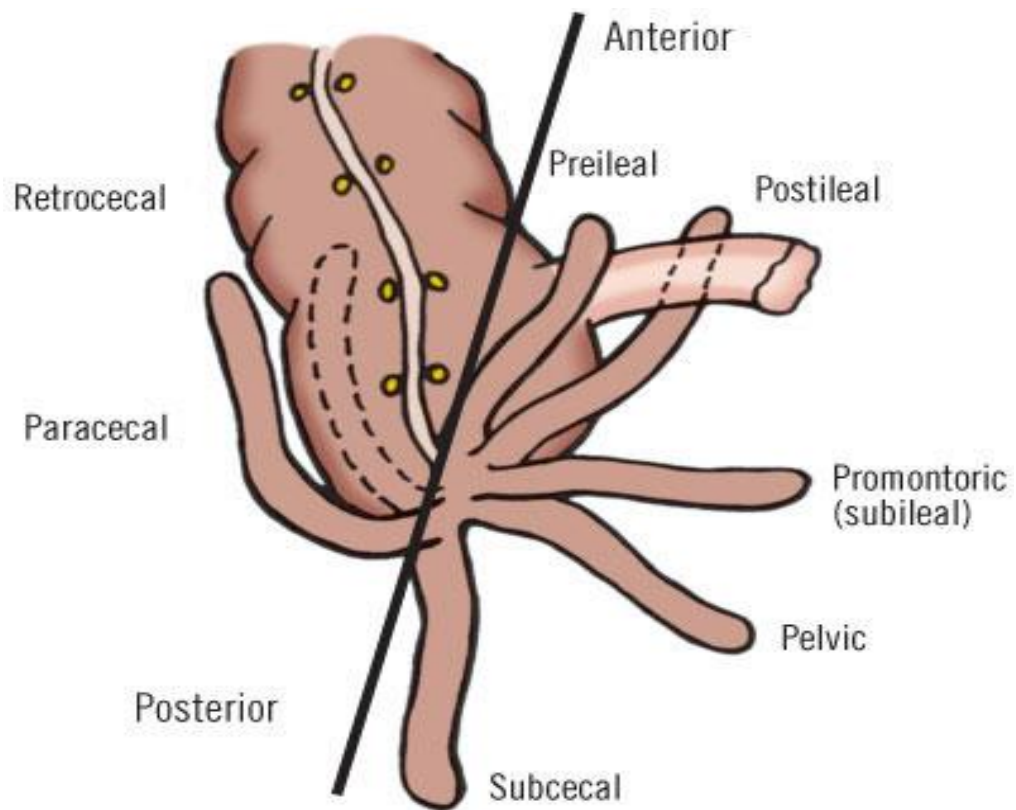
Mc Burneyův a Lanzův bod



Zdroj: <http://new.propedeutika.cz/?p=227>

Příloha D

Varianty uložení apendixu



Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
All rights reserved.

Zdroj: <https://almostawesomecheese.wordpress.com/2014/11/12/>

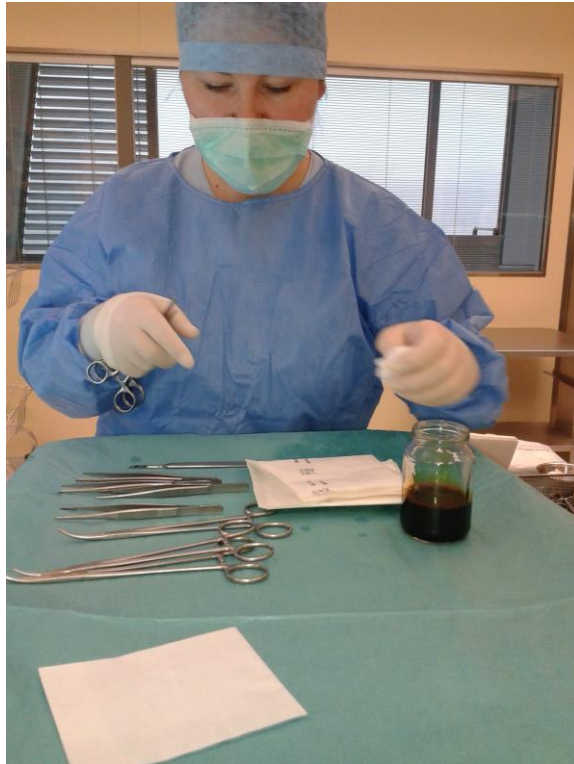
Příloha E

Obrázky – fotodokumentace



Obrázek 1 Příprava operačního pole

Zdroj: Kolandová Martina, OBN Kladno, 2014.



Obrázek 2 Příprava instrumentária

Zdroj: Kolandová Martina, OBN Kladno, 2014.



Obrázek 3 Průběh operace

Zdroj: Kolandová Martina, OBN Kladno, 2014.



Obrázek 4 Apendix

Zdroj: Kolandová Martina, OBN Kladno, 2014.



Obrázek 5 Sutura operační rány

Zdroj: Kolandová Martina, OBN Kladno, 2014.

Příloha F

Numerická škála pro hodnocení intenzity bolesti

(0 = žádná bolest a 10 = nejhorší možná bolest)



Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/nadorova-bolest-144050>

Příloha G

Rešerše



Středočeská vědecká knihovna v Kladně,
příspěvková organizace

REŠERŠE

Evidenční číslo rešerše: 6
Téma rešerše: Akutní apendicitida
Zadavatel: Martina Kolandová
Zpracovatel: Oddělení informačních služeb a registrace Jaroslav Volf
Datum zadání:
Datum zpracování: 02. 02. 2015
Klíčová slova: Akutní apendicitida. Náhlé příhody břišní. Břišní chirurgie.
Jazykové vymezení: čeština
Časové vymezení: od roku 2004
Typy dokumentů: knihy, časopisy, plné texty
Uspořádání záznamů: číslováno
Zdroje: Katalog Středočeské vědecké knihovny Kladno, Jednotná informační brána, Bibliographica medica Cechoslovaca
Celkový počet záznamů: 543

Příloha H

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem získala podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelský proces u pacientky s akutní apendicitidou“ v rámci studia realizovaného na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Dušková 7, Praha 5.

V Praze dne:

.....

podpis