

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

## OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KÝLOU

Bakalářská práce

Markéta Šídlová

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2015



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

Šídllová Markéta  
3. C VS

**Schválení tématu bakalářské práce**


Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2014 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s kýlou

*Nursing Process in Patients with Hernia*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

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

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce, PhDr. Ivaně Jahodové za cenné rady, trpělivost a čas při vedení bakalářské práce.

## ABSTRAKT

ŠÍDLOVÁ, Markéta. *Ošetrovatelský proces u pacienta s kýlou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2015. 52 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s kýlou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce se zabývá obecným úvodem o kýlách, popisem kýl, diagnostikou, symptomy, prevencí a rizikovými faktory, dělení a léčbou kýl, jejich komplikacemi a prognózou. V praktické části je popsán ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta. Cílem práce je vypracovat ošetrovatelský proces, který by neměl být přesným návodem, ale spíše inspirací pro péči o pacienta s kýlou.

Klíčová slova: Edukace. Kýla. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Pacient.

## ABSTRACT

ŠÍDLOVÁ, Markéta. *Nursing Process in Patients with Hernia*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2015. 52 pages.

Topic of bachelor's thesis is nursing process in patients with hernia. Thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with general introduction to hernia, hernia description, its diagnostics, symptoms, prevention and risk factors, divisions and hernia treatment, complications and prognosis. In the practical part is described nursing process in a specific patient. The outcome of this thesis is to write down a nursing process, which shouldn't be a step-by-step instruction, but an inspiration in care in patients with hernia.

Key words: Education. Hernia. Nursing care. Nursing process. Patient.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>ÚVOD</b> .....	11
<b>1 KÝLA</b> .....	12
<b>1.1 STRUKTURA KÝLY</b> .....	12
<b>1.2 DIAGNOSTIKA</b> .....	13
<b>1.3 SYMPTOMY KÝLY</b> .....	13
<b>1.4 PREVENCE A RIZIKOVÉ FAKTORY</b> .....	13
<b>1.5 DĚLENÍ KÝL</b> .....	14
<b>1.5.1 ZEVNÍ KÝLY</b> .....	14
<i>1.5.1.1 TŘÍSELNÁ KÝLA</i> .....	15
<i>1.5.1.2 STEHENNÍ KÝLA</i> .....	16
<i>1.5.1.3 PUPEČNÍ KÝLA</i> .....	16
<i>1.5.1.4 EPIGASTRICKÁ KÝLA</i> .....	17
<i>1.5.1.5 KÝLA V JIZVĚ</i> .....	17
<i>1.5.1.6 HERNIA SPIGELI</i> .....	17
<b>1.5.2 VNITŘNÍ KÝLY</b> .....	17
<i>1.5.2.1 PARADUODENÁLNÍ HERNIE</i> .....	18
<i>1.5.2.2 HERNIA OBTURATORIA</i> .....	18
<b>1.5.3 BRÁNICHNÍ KÝLY</b> .....	18
<i>1.5.3.1 SKLUZNÁ HIÁTOVÁ KÝLA</i> .....	18
<i>1.5.3.2 PARAEZOFAGEÁLNÍ KÝLA</i> .....	19
<i>1.5.3.3 SMÍŠENÁ KÝLA</i> .....	19
<b>1.6 KOMPLIKACE</b> .....	19

1.6.1	USKŘINUTÍ .....	19
1.6.2	STAGNACE OBSAHU STŘEV.....	20
1.6.3	STŮSTY.....	20
1.6.4	ZÁNĚTY .....	20
1.7	TERAPIE.....	21
1.7.1	PLASTIKA KÝLY S NAPĚTÍM.....	21
1.7.2	PLASTIKA KÝLY BEZ NAPĚTÍ.....	21
1.7.2.1	<i>SÍTKY POUŽÍVANÉ PŘI PLASTICE KÝLY .....</i>	<i>22</i>
1.7.2.2	<i>PLASTIKA POMOCÍ PLOCHÉ SÍTKY.....</i>	<i>22</i>
1.7.2.3	<i>PLASTIKA POMOCÍ TROJROZMĚRNÉ SÍTKY.....</i>	<i>22</i>
1.7.3	LAPAROSKOPICKÁ PLASTIKA .....	23
1.8	PROGNÓZA.....	24
2	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	25
2.1	DLOUHODOBÁ PŘÍPRAVA .....	25
2.2	KRÁTKODOBÁ PŘÍPRAVA .....	25
2.3	BEZPROSTŘEDNÍ PŘÍPRAVA .....	26
2.4	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE.....	26
2.5	PŘEKLAD PACIENTA NA STANDARDNÍ ODDĚLENÍ.....	26
3	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KÝLOU .....	28
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	59
	ZÁVĚR .....	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	61
	PŘÍLOHY	



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI – body mass index

CMP – cévní mozková příhoda

cps. – capsulae

CT – computer tomography

D – dechy

EKG - elektrokardiografie

gtt. – guttae

i. m. – do svalu

inj. – iniectio

inj. plv. sol. – pulvis pro iniectiōne

inj. sol. – solutio iniectabilis

lat. – latinsky

P – pulz

p. o. – per os

PŽK – periferní žilní katetr

RTG – rentgen

s. c. – pod kůži

sol. – solutio

tbl. – tabletae

TK – tlak krevní

TT – tělesná teplota

USG - ultrasonografie

UZ – ultrazvuk

(ŠEDÝ, 2007), (JANÍKOVÁ, 2013)

# ÚVOD

Téma kýl je stále aktuální. Toto téma jsme zvolili z důvodu četného výskytu v rodině a okolí a rozdílnému přístupu nemocných k němu. Mnoho lidí se domnívá, že kýla, která nepůsobí problémy, se nemusí léčit. Proto jsme zvolili toto téma, abychom se o něm dozvěděli více.

Cílem bakalářské práce je zpracovat základní informace o kýlách a vypracovat ošetrovatelský proces u pacienta s kýlou, abych se dozvěděla podrobnější informace o jednom z nejčastějších chirurgických onemocnění.

V teoretické části je zpracována struktura kýl, jejich diagnostika, léčba a dělení a prevence a rizikové faktory vzniku kýl. V praktické části je vypracován ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta.

Tuto práci jsme vypracovali jako příklad ošetrovatelské péče, který může být využit všeobecnými sestrami jako inspirace při péči o pacienta s kýlou nebo každým, který má o toto téma zájem.

# 1 KÝLA

Kýla (*lat. hernie*) je jedno z nejčastějších chirurgických onemocnění. Vyskytuje se u 2-5 % populace (VODIČKA, 2014). „Nejčastěji se vyskytující kýla je kýla tříselná, která postihuje 75 % nemocných. Dále jsou to pupeční kýly (10 %) a stehenní kýly (8 %). Až 95 % tříselných kýl se vyskytuje u mužů, na druhou stranu pupeční a stehenní kýlou jsou ze 75 % postiženy ženy" (ŠVÁB, 2014, s. 157).

Podle Švába kýly vznikají vysunutím orgánů břišní dutiny do peritoneálního vaku otvorem v přední stěně břišní, dnu pánevním, v bránici i zadní stěny břišní nebo uvnitř dutiny břišní (ŠVÁB, 2014, s. 157). Šedý kýly popisuje jako vychlípení nebo vyklenutí - herniaci nebo také posun - protruzi jednoho nebo více orgánů dutiny břišní, společně s vrstvami břišní stěny, do abnormální pozice, ve které hrozí její uskřínutí (ŠEDÝ, 2007, s. 16). Autoři Petr Vlček, Jiří Korbička a Jan Žák v knize uvádí, že „Kýla je vyklenutí pobříšnice přes preformovaný či sekundárně utvořený defekt. Je výsledkem nesouladu mezi velikostí nitrobříšního tlaku a odolností slabého místa ve stěně břišní - zevní kýla. Ke kýlám však řadíme i tzv. vnitřní kýly, při kterých se útroby vsunují do některého z chobotů pobříšnice, ale nevystupují navenek přes stěnu břišní“ (PAFKO, 2008, s. 133).

## 1.1 STRUKTURA KÝLY

U kýly popisujeme kýlní vak (*lat. saccus herniae*), kýlní branku (*lat. anulus herniae*) a kýlní obsah - příloha A. Šedý uvádí jako další část krycí vrstvy. Krycí vrstvy kýly pokrývají, ale nemají souvislost s jejím vznikem. Nejčastěji je to kůže a podkožní vazivo. Kýlní vak je tvořen peritoneem a rozlišujeme u něj dno (*lat. fundus*), tělo (*lat. corpus*) a krček (*lat. collum*). Dno kýlního vaku prochází defektem jako první, následováno tělem vaku, který tvoří největší část kýly a krček, který se nachází v kýlní brance. Pokud je část kýlního vaku tvořena stěnou vsunutého orgánu jedná se o tzv. skluznou kýlu. Kýlní branka je místo prostupu kýlního vaku. Může to být fyziologicky se vyskytující otvor nebo zeslabená stěna břišní. Okraj kýlní branky je buď tuhý, nebo pružný. Kýlním obsahem může být jakákoliv část dutiny břišní, kromě pankreatu.

Nejčastěji to bývá omentum, tenké střevo, apendix, žaludeční kardia, atd. Pokud se v kýlním vaku nenachází žádné orgány, jedná se o prázdnou kýlu. Kýly také mohou obsahovat peritoneální tekutinu (vodnatá hernie) nebo patologickou tekutinu, buď s obsahem krve, nebo hnisu (ŠEDÝ, 2007), (VODIČKA, 2014), (PAFKO, 2008), (FERKO, 2002).

## **1.2 DIAGNOSTIKA**

Diagnostika kýly nebývá obtížná, většina kýl je diagnostikována lékařem prostým fyzikálním vyšetřením. Pokud kýla není vleže nebo vestoje hmatná a viditelná, objeví se při zvýšení nitrobřišního tlaku. Většinou je pacient vyzván k zakašlání. Pokud je obsahem kýly střevo může zde být bubínkový poklep a slyšitelná peristaltika. Pokud jsou symptomy nejasné, může být provedeno UZ nebo CT vyšetření - příloha B, popřípadě herniografie. Při známkách střevní neprůchodnosti a nemožnosti kýlu reponovat, bývá diagnostikována kýla uskřinutá, která je řazena mezi náhlé příhody břišní. Tato kýla se dále projevuje zvětšením, napjatostí a silnou bolestivostí (ŠVÁB, 2014), (MICHALSKÝ, 2008), (VODIČKA, 2014), (STRÍTESKÝ, 2001).

## **1.3 SYMPTOMY KÝLY**

Kýly mohou mít příznaky od minimálních, či žádných, po velmi velké a závažné. Nejvýznamnějším symptomem je vyklenutí v oblasti břišní stěny. Dalším příznakem je pak pocit tahu nebo tlaku v místě kýly při kašli či zvedání těžkých břemen, u větších kýl i v klidu. Drážděním břišních orgánů může docházet ke křečovým bolestem. Někdy se u pacienta vyskytuje nadýmání, říhání, nauzea nebo zácpa jako následek porušené průchodnosti střeva. Příznakem volných kýl je jejich reponovatelnost (MICHALSKÝ, 2008), (PAFKO, 2008).

## **1.4 PREVENCE A RIZIKOVÉ FAKTORY**

Jelikož není známa přesná příčina vzniku kýl, není možné určit jistou prevenci. Rozhodně může pomoci dodržování zdravého životního stylu. Například strava by měla být pestrá a vyvážená s dostatkem vlákniny, aby se nadměrně nezatěžoval břišní lis.

Cvičení by mělo být zaměřeno na svaly břišní stěny, pak by nemělo dojít k jejímu rozestupu a následnému vytvoření kýly. Při fyzicky namáhavé práci, kde dotyčný člověk zvedá těžká břemena, by je měl zvedat postupem, který minimalizuje zatížení stěny břišní. Mezi doporučení zajisté patří i nekouření, u kýl zejména z důvodu následného kašle.

Mezi preventivní opatření by se mohly zařadit i kýlní pásy, které je možné dostat v mnoha variantách - příloha C. Tyto pásy se mohou používat jako prevence vzniku kýly při již zmíněné fyzicky namáhavé práci a jiných činnostech, kde není možné minimalizovat zatížení břišní stěny. Nebo je možné je využít při menších kýlách jako prevence zhoršení stavu. Kýlní pásy se nedají považovat za léčbu a při delším používání mohou porušit celistvost kůže (REINDLOVÁ, 2006), (BRAUNOVINY, 2012).

## 1.5 DĚLENÍ KÝL

Kýly můžeme dělit podle několika aspektů. Podle doby vzniku na vrozené (*lat. herniae congenitae*) a získané (*lat. herniae acquisitae*). S vrozenou kýlou se jedinec narodí nebo vzniká později jako důsledek vrozeného defektu. Získané kýly vznikají během života jako důsledek oslabené břišní stěny. K oslabení břišní stěny může docházet při obezitě, těhotenství, nadměrném zatěžování, kašli, atd. Tyto kýly nazýváme symptomatické (sekundární). Pokud je kýla důsledkem úrazu, jsou to kýly traumatické (*lat. herniae traumaticae*).

Další způsob dělení je vpravitelnost (reponibilita), kdy u reponibilní kýly je možné obsah navrátit do dutiny břišní, u nereponibilní nelze.

Podle způsobu vzniku rozlišujeme kýly zevní, vnitřní a kýly mezidutinové, které prostupují do jiné tělní dutiny - příloha D (ŠEDÝ, 2007).

### 1.5.1 ZEVNÍ KÝLY

Při zevních kýlách orgány dutiny břišní prostupují defektem břišní stěny. Patří sem kýla tříselná, stehenní, pupeční, epigastrická, kýla v jizvě a hernia Spigeli.

### 1.5.1.1 TŘÍSELNÁ KÝLA

Tříselná kýla (*lat. hernia inguinalis*) je nejčastější kýlou obecně a nejčastější kýlou u žen. Vzniká na podkladě vrozených předpokladů, oslabení vazivových a svalových struktur a zvýšeného abdominálního tlaku z důvodu nádorových onemocnění, ascitu, těhotenství nebo opakovaného nárazového zatížení břišního lisu - příloha E. Diagnostikuje se vstoje. Pokud je kýla reponibilní, je diagnostikována pouze fyzikálním vyšetřením, pokud je kýla ireponibilní, provádí se USG, aby byly vyloučeny tumory.

Tříselná kýla se dělí na nepřímou tříselnou kýlu (*lat. hernia inguinalis indirecta*) a na přímou tříselnou kýlu (*lat. hernia inguinalis directa*).

U nepřímé tříselné kýly kýlní vak vystupuje vnitřním tříselným kruhem spolu se semenným provazcem nebo *ligamentum teresuteri* mediálně tříselným kanálem a vyúsťuje zevním tříselným kruhem. Chámovod leží mediálně od kýlního vaku. Spolu se semenným provazcem někdy sestupuje kýlní vak do šourku u muže (*lat. hernia scrotalis*), do velkého stydkého pysku u ženy (*lat. hernia labialis*). Tato kýla se vyskytuje častěji u mužů a v 10 – 20 % bývá oboustranná. Tato kýla bývá vrozena.

U přímé tříselné kýly kýlní vak vystupuje přímo zadní stěnou tříselného kanálu a vyklenuje se do *anulus inguinalis externus*. Vyskytuje se nejvíce u starších mužů, kteří mají poruchy močení z důvodu hypertrofické prostaty. Bývá důsledkem nadměrné zátěže a je vždy získaná a neuskřinuje. Kýlní vak se nachází mediálně od semenného provazce, obsahem často bývá močový měchýř nebo tlusté střevo. Často se vyskytuje jako oboustranná a pokud se vyskytne spolu s nepřímou tříselnou kýlou, nazývá se kýla sedlovitá. U přímé tříselné kýly je recidiva častější.

Mezi symptomy této kýly patří zvětšené mízní uzliny, lipom a nebolestivý, dobře ohraničený otok, které zůstávají na stejném místě a udržují svoji velikost při zvýšeném nitrobřišním tlaku. Dalším příznakem mohou být varikózní změny v oblasti *vena saphena magna* (FERKO, 2002), (ŠVÁB, 2014), (REINDLOVÁ, 2006).

Terapie tříselné kýly je operační. Operace kýly má tři části. Nejprve identifikace a preparaci kýlního vaku, pak resekci vaku a plastiku břišní stěny. Výkon je možné provést při celkové, epidurální, spinální nebo lokální anestezii. Absolutní indikací k operaci je inkarcerace. Kontraindikace uskřinuté kýly neexistuje. Příznaky uskřinutí

této kýly je stálá bolest, hmatné a napjaté zduření v tříselné krajině. Při repozici uskřinuté kýly musí bolest zcela ustát (FERKO, 2002), (HUSSMAN, 1995), (ŠEDÝ, 2007).

#### **1.5.1.2 STEHENNÍ KÝLA**

Stehenní kýla (*lat. hernia femoralis*) má častější výskyt u starších žen. Často jsou diagnostikovány až při inkarceraci. Někdy je možné diagnostikovat z důvodu problémů s močením a stolicí, bývá přítomna mikroskopická hematurie. Nachází se pod tříselným vazem (*ligamentum inguinale*) vnitřně od stehenní tepny a žíly. Branka se nachází v lacuna vasculorum femorálního kanálu. Vak nejčastěji bývá mediálně od femorálních cév (mediovaskulární kýla), ale může být uložena i prevaskulárně, laterocaskulárně či retrovaskulárně. Kýlní vak i branka jsou často malé, proto mají tendenci se uskřinout. Inkarcerace se projeví místní bolestí a příznaky ileu. Nachází se v třísle vysoko na horní přední straně stehna. U silnějších žen může být tato kýla přehlédnuta. Tato kýla se projevuje minimálně, dokud nedojde k inkarceraci. Léčba se provádí operačně. Při operaci se provede otevření vaku, repozice obsahu, resekce vaku a uzávěr branky jednotlivými stehy s ponecháním prostoru pro stehenní cévy (FERKO, 2002), (VALENTA, 2005).

#### **1.5.1.3 PUPEČNÍ KÝLA**

Pupeční kýla (*lat. hernia umbilicalis*) může být vrozená i získaná. Vrozená vzniká po podvazu pupeční šňůry při porodu, kdy se neuzavře umbilikální otvor (*lat. hernia infantum*). Vyskytuje se asi u 10 – 20 % novorozenců. Ve většině případů se umbilikální otvor do dvou let věku uzavře spontánně. *Hernia adultorum* může být vrozená i získaná. Je častější u žen, obzvláště u obézních. Může se vyskytnout i u pacientů s cirhózou a ascitem. Dosahuje velmi velkých rozměrů - příloha F. Pokud obsahuje i omentum, symptomy jsou podobné jako u vředové choroby. Projevuje se vyklenutím při zvýšeném nitrobřišním tlaku, bolestivostí způsobenou stlačením útroh v kýlní brance. Bolest většinou ustoupí při reponaci, při uskřinutí přetrvává. Léčba je operační. Indikací je kýlní branka větší než 2 cm, symptomatické kýly a zvětšující se kýly. Operace probíhá uvolněním kýlního vaku, repozicí obsahu, resekcí vaku a uzavřením břišní stěny (FERKO, 2002), (ŠVÁB, 2014).



#### **1.5.1.4 EPIGASTRICKÁ KÝLA**

Kýla bílé čáry (*lat. hernia lineae albae, hernia epigastrica*) vzniká v aponeuróze břišních svalů v linea alba mezi mečíkovitým výběžkem a pupeční jizvou. Projevuje se bolestivým vyklenutím, neurčitými břišními obtížemi, které se zvyšují při kašli a námaze. Je často ireponibilní, vzácně inkarcerovaná. Léčba je chirurgická, repozicí kýlního obsahu nebo lipomu a uzávěr defektu v linea alba. Provádí se u větších nebo symptomatických kýl (FERKO, 2002)

#### **1.5.1.5 KÝLA V JIZVĚ**

Kýly v jizvě (*lat. hernia in cicatricae*) vznikají v pooperační jizvě, nejčastěji jako důsledek hojení per secundam. Často dosahují velkých rozměrů - příloha G. Mezi příčiny vzniku této kýly řadíme i obezitu, zavádění drénů operační ránou, chybnou technikou operátora nebo namáhání břišní stěny časně po operaci jako kašel, nedodržování pooperačního klidu na lůžku a následně i při rehabilitačním období. Z důvodu vysokého rizika recidivy se pro léčbu využívá operační technika. Jsou doporučovány nevstřebatelné sítky, kterou je možno umístit i laparoskopicky. Při rozsáhlých kýlách musíme mít na paměti, že po navrácení obsahu kýly do dutiny břišní může být zvýšen nitrobřišní tlak s následnou elevací bránice a dechovými potíži (VODIČKA, 2014), (ŠVÁB, 2014).

#### **1.5.1.6 HERNIA SPIGELI**

Tato kýla se nevyskytuje často, bývá řazena mezi vzácné, někteří ji dokonce mezi kýly neřadí vůbec. Vyskytuje se u starších pacientů nebo lidí, kteří velmi zhubli za krátkou dobu. Hernia Spigeli inkarceruje vzácně (ŠVÁB, 2014).

#### **1.5.2 VNITŘNÍ KÝLY**

Vznikají v přirozených záhybech, vychlípeních a vacích tvořených peritoneem. Mohou být vrozené nebo získané. Většinou nemají kýlní vak. Získané vznikají po zánětu nebo po operacích, kde kapsy vznikají vytvořením srůstů. Vnitřní kýly jsou vzácné a proto často velmi obtížně diagnostikovatelné. Klinické příznaky jsou hlavně příznaky ileu. Projevuje se zvracením, zástavou plynů a stolice a bolestmi břicha. Terapie je chirurgická (ŠVÁB, 2014).

### ***1.5.2.1 PARADUODENÁLNÍ HERNIE***

Patří mezi nejčastější vnitřní kýly. Vyskytuje se jako pravostanný a levostranný typ. Pravostranný typ (Treitzova kýla) je způsoben porušenou rotací střev a kýlní vak je umístěn za pravý tračník. Při levostranném typu (Waldayerova kýla) směřuje doleva do recessus duodenalis sinistra. Útlakem vena mezenterica inferior mohou vznikat hemoroidy (FERKO, 2002).

### ***1.5.2.2 HERNIA OBTURATORIA***

Hernia obturatoria je častější u starších žen, u kterých dochází k oslabení pánevního dna. Prochází obturatorním kanálem, je těžko zjištělná, nejspíše se projeví parestezie na vnitřní straně stehna. Tato kýla nejčastěji obsahuje omentum nebo kličky tenkého střeva, na kterém může vzniknout nástěnné uskřínutí. Diagnostikuje se spíše náhodou sonografií nebo CT vyšetřením, které se provádí z důvodu jiné diagnózy (VODIČKA, 2014).

## **1.5.3 BRÁNIČNÍ KÝLY**

U bráničních kýl se obsah dutiny břišní vysouvá defektem v bránici. Mohou být vrozené nebo získané, které jsou často poúrazové, nebo hiátové kýly, které se vysunují otvorem pro jícen - příloha H. Vrozené nebo získané jsou na rozdíl od hiátových vzácné. U vrozených a poúrazových defekt bývá na levé straně bránice, kudy následně kýla prostupuje (MICHALSKÝ, 2008).

### ***1.5.3.1 SKLUZNÁ HIÁTOVÁ KÝLA***

Otvorem v bránici pro jícen se vysunuje ezofagogastrické spojení s horní částí žaludku. Tato kýla bývá spojena s poruchou uzávěru přechodu mezi jícnem a žaludkem a s rozvojem příznaků refluxní nemoci jícnu. Tento defekt vzniká na vrozeném nebo získaném podkladě. Skluzná kýla má nepravý peritoneální vak. Terapií je konzervativní léčba, kdy je ordinována dieta, podávání antacid, prokinetik, atd. Chirurgická léčba se provádí laparoskopicky nebo laparotomicky. Recidiva této kýly je 10 – 20 % (FERKO, 2002), (ŠVÁB, 2014).

### **1.5.3.2 PARAEZOFAGEÁLNÍ KÝLA**

Při této kýle se vysunuje fundus žaludku nad bránici. Gastroezofageální spojení zůstává ve fyziologické pozici. Paraezofageální kýla má peritoneální vak. U této kýly je reflux vzácný. Je zde vysoké riziko strangulace a nekrózy stěny žaludku, která může vést k perforaci a krvácení. V extrémním případě dochází k up-side-down-stomach, kdy se žaludek vysune jícnovým hiátem do mediastina, ale kardie a pylorus žaludku zůstává v dutině břišní. Při uskřinutí je indikována operace. Paraezofageální kýla se diagnostikuje klinickým vyšetřením a anamnézou, RTG a CT hrudníku, kontrastním vyšetřením jícnu a endoskopií. Chirurgická léčba, která je vždy indikována, se provádí repozicí žaludku, resekcí kýlního vaku, plastikou hiátu a gastropexí (chirurgické upevnění žaludku k břišní stěně) (FERKO, 2002).

### **1.5.3.3 SMÍŠENÁ KÝLA**

Spojení skluzné a paraesofageální kýly, kdy se kardie a fundus vysunují nad bránici. Průběh a léčení jako u paraesofageální kýly (FERKO, 2002).

## **1.6 KOMPLIKACE**

Komplikace kýl mohou být různě závažné od život ohrožujících po porušenou peristaltiku a zhoršený komfort pacienta. Patří sem uskřinutí, stagnace obsahu střev, srůsty a záněty.

### **1.6.1 USKŘINUTÍ**

Uskřinutí (inkarcerace) patří mezi náhlé příhody břišní. Při uskřinutí střeva v kýle se náhle přeruší přívod živin, zaškrtní kýlní obsah a nervy. Přerušovaný přívod živin má za následek gangrénu uskřinuté tkáně, která nastává během 5 - 6 hodin. Mezi prvními příznaky uskřinuté kýly se objeví prudké bolesti, nauzea, zvracení, porucha střevní průchodnosti a otok kůže v místě kýly. Tento typ uskřinutí musí být okamžitě operačně řešen.

Při uskřinutí omenta nenastává šok a střevní neprůchodnost. Bolesti jsou pouze v místě kýly. Ačkoliv chirurgická léčba není naléhavá, je lépe ji provést, protože nevíme zdali není uskřinuto i střevo.

Dalším typem je nástěnné uskřinutí, kdy dochází k uskřinutí pouze části obvodu střeva. Tento stav není tak urgentní protože k zástavě střevní průchodnosti dojde až za několik dní. V některých případech je prvním projevem perforace, která má za následek komplikovanější chirurgickou léčbu i následné období rehabilitace.

Mezi uskřinuté kýly řadíme i retrográdní inkarceraci, kdy jsou kýlním obsahem dvě střevní kličky. To může připomínat písmeno W, proto se tato kýla někdy nazývá hernia in W.

Léčba uskřinuté kýly může být repozice. Nesmí být použita větší síla, aby nedošlo k poškození střeva a lze ji provádět pouze během prvních hodin. Jinak by mohlo dojít k perforaci střeva nebo k reposition en bloc, což je navrácení stále zaškrčeného obsahu kýlního vaku. Pokud dojde k reposition en bloc, střevo stále není průchodné a pacient má příznaky ileu. Další a vhodnější léčbou je operační výkon (VODIČKA, 2014), (ŠVÁB, 2014).

### **1.6.2 STAGNACE OBSAHU STŘEV**

Tako komplikace se častěji vyskytuje u větších kýl, kdy je obsahem střevo. Průchod obsahu střevem se zpomalí a způsobí napětí střeva i kýlního vaku. Při poklepu je tato kýla bolestivá. Po najedení má pacient vzedmuté břicho, objevuje se u něj nauzea a zvracení. Může vést až k ischemii a následné perforaci střeva.

### **1.6.3 STŮSTY**

Srůstky vznikají mezi kýlním obsahem a nástěnným peritoneem vaku a způsobují kolikovitě bolesti, zácpu a plynatost. Řeší se operačním výkonem.

### **1.6.4 ZÁNĚTY**

Záněty vznikají prosakováním bakterií střevní stěnou, jako následek nekrózy obsahu kýly nebo při perforaci střeva při stagnaci obsahu střeva (VODIČKA, 2014), (ŠVÁB, 2014).

## **1.7 TERAPIE**

Plastiky kýly jsou celosvětově nejčastěji prováděným operačním výkonem. Cílem plastiky je odstranění kýly a minimalizace potíží při operaci a po ní, snížit riziko recidiv na minimum a provést zákrok tak, aby se pacient mohl navrátit k běžným denním činnostem co nejdříve. Plastiky kýly se provádí několika způsoby. Nejvhodnější způsob pro daného pacienta vybírá lékař. U menších kýl se operace může provádět jen v lokálním umrtvení. U větších kýl je potřeba celkové anestezie. Nejzákladnější a nejvíce používané operační techniky při operaci kýly jsou plastika kýly s napětím, otevřená plastika kýly bez napětí a laparoskopická plastika bez napětí.

### **1.7.1 PLASTIKA KÝLY S NAPĚTÍM**

Tato operační technika je nejdéle používanou. Při plastice kýly je nejvyšší riziko recidiv. Při této plastice provede chirurg řez nad kýlou, vrátí kýlní vak do fyziologické polohy a uzavře otvor v břišní stěně šitím. Stehy, které uzavírají defekt, jsou ve stálém napětí. Tato operační technika je doporučována pouze u velmi malých kýl nebo při plastice kýly u dětí. Výhodou tohoto postupu jsou žádné kontraindikace. Také není používán cizí materiál a je možno provádět bez celkové narkózy. Nevýhodou jsou pooperační bolesti, tah nebo tlak a všeobecně nepříjemné pocity v ráně. Další nevýhodou je rekonvalescence trvající 4 – 6 týdnů a častý výskyt recidiv. Například u plastiky tříselné kýly se riziko recidivy pohybuje kolem 15 % a u plastiky pupeční kýly je riziko recidivy 50 % (ORDINACE, 2007a), (ORDINACE, 2007b), (ORDINACE, 2007c).

### **1.7.2 PLASTIKA KÝLY BEZ NAPĚTÍ**

Při této plastice se používají síťky, s nimiž se defekt překlene. Tím nevzniká napětí v ráně. Je to nejpoužívanější operační postup při plastice kýly. Při této plastice je možno použít plochou síťku nebo síťku trojrozměrnou. Nevýhodou těchto sítěk je vysoká cena, ale hlavně je to cizorodý materiál, na který tělo může reagovat vznikem infekce a odloučením síťky. Tyto plastiky jsou také označovány jako Lichtensteinova plastika, protože tyto postupy prováděné bez napětí a při místním umrtvení zpopularizoval Dr. Irving Lichtenstein (ORDINACE, 2007a), (ORDINACE, 2007b), (ORDINACE, 2007c), (STRAŠLIPKA, 2008).

### ***1.7.2.1 SÍTKY POUŽÍVANÉ PŘI PLASTICE KÝLY***

Sítky se používají při plastice kýly bez napětí a při laparoskopické plastice. Chirurgové používají sterilní tkaný materiál vyrobený ze syntetického polymeru, např. z polypropylenu. Síťka má formu záplaty, která se umístí pod nebo nad oslabenou stěnu, či formu zátky, kterou se otvor vyplní. Síťka je velmi pevná a mechanicky odolná při extrémně malé tloušťce materiálu. Síťka je také měkká a ohebná, a snadno se tedy přizpůsobí tělesným pohybům i poloze a velikosti těla. Sítky se vyrábí v různých velikostech, ale je možno je ustříhnout podle potřeby chirurga. Podle druhu, velikosti a možnosti recidivy chirurg určuje druh použité sítky. Slouží jako opora pro tělo, které ji obalí nově vytvořenou tkání. Sítky se nesmí používat do kontaminované rány. Při implantaci je nutné zastavit veškeré krvácení, protože jinak by mohlo dojít ke srůstům tkáně. Komplikacemi jsou zánět, vznik píštělí nebo srůstů nebo vypuzení implantátu (ORDINACE, 2007a), (ORDINACE, 2007b), (ORDINACE, 2007c).

### ***1.7.2.2 PLASTIKA POMOCÍ PLOCHÉ SÍTKY***

Tato plastika se provádí řezem nad kýlou. Používá se plochá syntetická síťka, kterou se překlene defekt a přišije se ke tkáni obklopující kýlu. Mezi výhody toho postupu patří minimum recidiv, které se vyskytují pouze u 3 % pacientů. Další výhodou je rychlá rekonvalescence, malé obtíže bezprostředně po zákroku a možnost provedení výkonu při lokálním umrtvení. Nevýhodou je delší doba zákroku a u větších kýl nutnost více stehů pro připevnění sítky, čímž se zvyšuje riziko bolesti (ORDINACE, 2007a), (ORDINACE, 2007b), (ORDINACE, 2007c).

### ***1.7.2.3 PLASTIKA POMOCÍ TROJROZMĚRNÉ SÍTKY***

Tato plastika se provádí aplikací sítky na vnitřní plochu tkáně. Zároveň se další síťka aplikuje na svrchní plochu tkáně, jako je tomu u plastiky pomocí ploché sítky. Mezi oběma sítkami je spojovací prvek. Ten brání posunutí celého systému a tím minimalizuje riziko vzniku recidiv. Tato síťka zároveň pomáhá tělu při hojení, protože slouží jako opěrná struktura, do které tkáň vrůstá. Výhody tohoto postupu jsou pohodlí pro pacienta, téměř nulová pravděpodobnost posunutí implantátu, malé množství cizorodého implantátu a stehů, čímž se sníží riziko poškození nervů a tím vzniklých bolestí. Dalšími výhodami jsou možnost lokální nebo regionální anestezie, kratší doba výkonu kolem 20 – 40 minut, rychlá rekonvalescence a nízký počet recidiv. Nevýhodou

je nutnost dostatečných zkušeností chirurgů s touto plastikou (ORDINACE, 2007a), (ORDINACE, 2007b), (ORDINACE, 2007c).

### **1.7.3 LAPAROSKOPICKÁ PLASTIKA**

Laparoskopie se řadí mezi miniinvazivní chirurgii. Její výhodou je minimum traumatizování orgánů, které nesouvisí s danou operací. Tím se zkracuje doba hospitalizace, komfort po operaci je lepší, rychlejší nástup peristaltiky a menší pooperační bolesti. Laparoskopie se indikuje u tříselných, hiátových a hlavně recidivujících kýl. Nemocný, který podstupuje tento výkon, s ním musí souhlasit a hlavně s možnými komplikacemi nebo možností přechodu na operaci otevřenou cestou. K této operaci je několik kontraindikací. Mezi absolutní kontraindikace patří portální hypertenze, respirační insuficience, kardiální dekompenzace a těžké hemokoagulační poruchy. Mezi relativní kontraindikace patří některé předchozí abdominální operace, velké kýly, gravidita, rozvinutý ileus a vysoký věk.

Samotné provedení výkonu probíhá založením pneumoperitonea. To většinou se zavede v oblasti pupku stěnou břišní do dutiny tzv. Veressova jehla (dlouhá jehla s ochranou hrotu). Tou se pak do dutiny břišní napouští CO<sub>2</sub> do výše tlaku mezi 12 – 20 mm Hg. Používá se tzv. insuflátor, který udržuje tlak v dutině břišní. V místě jehly po založení pneumoperitonea se provede incize a jí se zavede do dutiny břišní trokar, který slouží jako tzv. port, kterým se do dutiny břišní vsune laparoskop. Ten je napojen na kamerovou jednotku a monitor. Další porty se zavádějí v místech, která jsou nejvýhodnější pro danou operaci. Následuje odstranění kýlního vaku a vložení chirurgické sítě, kterou chirurg na místě přichytí pomocí malých chirurgických svorek. Tento chirurgický zákrok se nazývá dorzální plastika kýly, protože se plastika provádí z vnitřní strany břišní stěny.

Komplikace u laparoskopického výkonu jsou nižší než u otevřené operace. Nejčastější komplikací jsou hematomy, následované retencí moče a pooperačními bolestmi. Mezi pozdní komplikace patří přetrvávající bolesti a recidiva kýly. Komplikací laparoskopie může být elevace bránice a dechová insuficience, jako následek založeného pneumoperitonea. Zřídka dochází k pneumotoraxu. Může se vyskytnout i tvorba serózní tekutiny. Další komplikace jsou způsobené trokary. Může se jednat o perforace střev a krvácení při poranění větších cév. Další komplikací je infekční komplikace, např. peritonitida při nerozpoznané perforaci střev, infekce

v incizích pro porty (ORDINACE, 2007a), (ORDINACE, 2007b), (ORDINACE, 2007c), (AWAD, 2004), (VRANÝ, 2013).

## **1.8 PROGNÓZA**

Pacient bývá hospitalizován 2 - 3 dny, pracovní neschopnost bývá 4 - 6 týdnů. Pacient je v nemocnici edukován o klidovém režimu a péči o operační ránu. I přesto se recidiva pohybuje mezi 1 až 10 % (VODIČKA, 2014).



## **2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Každý chirurgický výkon má v ošetrovatelské péči svá specifika. Ošetrovatelskou péče u operačních výkonů můžeme dělit na péči před výkonem a po výkonu. Péči před výkonem lze nazývat přípravou a dělit ji na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

### **2.1 DLOUHODOBÁ PŘÍPRAVA**

Dlouhodobá příprava představuje různě dlouhé období, které ovlivňují přidružená onemocnění pacienta a druh výkonu. Během tohoto období jsou pacientovi vysvětleny možnosti léčby, popis lékařem doporučeného výkonu, alternativní postupy a výhody a rizika daného výkonu. Během tohoto období by pacient měl podepsat souhlas s výkonem. Následuje zhodnocení lékařem pacientova stavu a pacient podstupuje interní vyšetření. Interní vyšetření zahrnuje pacientovu anamnézu, fyzikální vyšetření, vitální funkce, screeningové vyšetření moče a krve, EKG a RTG snímek srdce a plic. Mělo by být stanoveno anesteziologické riziko. Například dle klasifikace ASA (Americká společnost anestezie). Klasifikace ASA má několik tříd, které se liší nutností provedení již zmíněných interních vyšetření a mají různou dobu platnosti. Platnost těchto dokumentů bývá 1 týden až 1 měsíc. U žen by se mělo provádět gynekologické vyšetření. Podle stavu pacienta může být doporučena nutriční podpora, spolupráce s fyzioterapeuty pro zvýšení tělesné kondice nebo např. autotransfuze.

### **2.2 KRÁTKODOBÁ PŘÍPRAVA**

Krátkodobá předoperační péče trvá 24 hodin před výkonem. Během tohoto období sestra kontroluje dokumenty z dlouhodobé předoperační péče v rámci svých kompetencí. Pacient podepisuje souhlas s vybraným typem anestezie a souhlas s hospitalizací. Sestra provádí přípravu operačního pole, gastrointestinálního traktu, podává medikaci dle ordinace lékaře a dbá na hygienickou péči pacienta.

## **2.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘÍPRAVA**

Bezprostřední příprava probíhá kolem 2 hodin před samotným výkonem. Probíhá kontrola dokumentace, výsledků vyšetření a úkonů prováděných během předchozích období. Pacient v tomto období mívá elastické bandáže dolních končetin, zajištěný žilní vstup a medikaci dle ordinace lékaře, vše dle zvyklostí a standardů oddělení a prováděného výkonu (JANÍKOVÁ, 2013)

## **2.4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE**

Bezprostředně po výkonu je pacient přeložen na „dospávací“ pokoj, v případě nestabilního stavu na jednotku intenzivní péče. Na „dospávacím“ pokoji zůstává 2 hodiny. Sestra na tomto pokoji sleduje hlavně vitální funkce pacienta každých 15 minut dle ordinace lékaře. Dalšími povinnostmi sestry je plnění ordinace lékaře. Sestra kontroluje polohu a pohybový režim pacienta, stav operační rány, odchod moči a plynů a zaznamenává do dokumentace.

## **2.5 PŘEKLAD PACIENTA NA STANDARDNÍ ODDĚLENÍ**

Po překladi z pokoje jednotky intenzivní péče na standardní oddělení nastává období zvýšené péče, kterou sestra musí pacientovi věnovat. Sestra pacientovi zajistí tekutiny, signalizační zařízení, soukromí při vyprazdňování a bezpečnost. Kontroluje tlak krevní, pulz, dýchání a stav vědomí každých 60 minut, neurčí-li lékař jinak. Pacient by se měl spontánně vymočit do 6-8 hodin po výkonu. Peristaltika by se měla navrátit do 2 – 3 dnů po operaci. Během této doby by se měl pacient mobilizovat. Již první pooperační den může udělat několik kroků. Pokud nemůže opustit lůžko, je nutné alespoň hýbat dolními končetinami. Sestra stále sleduje fyziologické funkce, stav operační rány, stav a funkčnost drénů, bolest, nauzeu a zvracení a vše zapisuje do dokumentace. Ošetřující personál musí pacientovi dopomoci s hygienou z důvodu klidového režimu, musí dbát na čistotu lůžka a stav kůže pacienta. Při péči o drény sleduje množství a vzhled odváděné tekutiny, funkčnost drénů, a stav místa zavedení drénu a následně vše zapíše do dokumentace.

Po úplném odeznění anestezie je povinností sestry zabezpečit vhodnou dietu. V operační den pacient nepřijímá žádnou stravu, 1. pooperační den má čajovou dietu, 2. pooperační den tekutou nebo kašovitou, 3. pooperační den kašovitou nebo se navrácí k dietě, kterou měl před výkonem (JANÍKOVÁ, 2013) (MIKŠOVÁ, 2006).

### 3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KÝLOU

Pro získání potřebných informací byla použita lékařská a ošetřovatelská dokumentace. Prováděla jsem pozorování a rozhovor s pacientem. Ošetřovatelské diagnózy jsem vytvořila podle NANDA I Taxonomie II.

#### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. Y.	Pohlaví: muž
Datum narození: 1959	Věk:56
Adresa bydliště a telefon: XXX	
Adresa příbuzných: XXX	
RČ: 59...	Číslo pojišťovny: XXX
Vzdělání: odborné učiliště s maturitou	Zaměstnání: dispečer vlaků
Stav: ženatý	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 19. 1. 2015	Typ přijetí: plánované
Oddělení: chirurgické oddělení	Ošetřující lékař: MUDr. D. P.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Jsem nezodpovědný, po operaci jsem nedodržel pooperační klid a udělala se mi kýla“

Medicínská diagnóza hlavní:

K 43.2 Břišní kýla bez neprůchodnosti nebo gangrény (Hernia in cicatricae).

Medicínské diagnózy vedlejší:

I 10 Hypertenze

E 79.8 Hyperurikémie

E 78.9 Hypercholesterolemie

H 40.9 Glaukom poúrazový vpravo

I 83.9 Varixes dolních končetin bez vředu nebo zánětu

TK: 110/60	Výška: 188 cm
P: 82/min	Hmotnost: 115 kg
D: 28/min	BMI: 32,57
TT: 36,6 °C	Pohyblivost: pohyblivý
Stav vědomí: bdělý	Orientace místem, časem, osobou: plně orientován

Nynější onemocnění:

Pacient byl plánovaně přijat k plastice břišní kýly. Asi 9 měsíců pacient pozoruje vyklenutí na břiše. Kýla je lokalizována v pooperační jizvě vlevo od pupeční jizvy.

Informační zdroje:

pacient

dokumentace

ošetřující personál

pozorování

## ANAMNÉZA

### RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: Matka zemřela ve věku 72 let na CMP.

Otec: Otec zemřel ve věku 60 let, příčinu nezná.

Sourozenci: nemá

Děti: dvě dcery, zdravý

### OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění: léčený a sledovaný karcinom tlustého střeva, kýla v jizvě po operaci, běžné dětské nemoci

Hospitalizace a operace: resekce tlustého střeva před 2 roky, plastika kýly v jizvě

Úrazy: nejuje

Transfúze: nejuje

Očkování: povinná

Léková anamnéza (chronická medikace)

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Indap	cps.		1-0-0	Antihypertenzivní diuretikum
Xalatan	gtt.		0-0-1	Oftalmologikum, Analoga prostaglandinů

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy

Alkohol: příležitostně

Kouření: nekuřák, dříve 1 krabičku cigaret denně, přestal před 2 roky na doporučení lékaře z důvodu karcinomu

Káva: 1 denně

Léky: neguje

Jiné návykové látky: neguje

## SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: ženatý

Bytové podmínky: Bydlí na statku.

Vztahy, role a interakce: Žije se svou manželkou, dcery bydlí ve stejné vesnici, vychází s nimi dobře, sousedské vztahy jsou dobré.

Záliby: práce na statku, zahradničení, včelaření

Volnočasové aktivity: Za pěkného počasí jezdí s přáteli na kolech do přírody.

## PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: odborné učiliště s maturitou

Pracovní zařazení: dispečer vlaku

Vztahy na pracovišti: dobré, problémy se snaží řešit co nejdříve

Ekonomické podmínky: ucházející

#### SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: praktikující katolík, pravidelně chodí do kostela



**POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU** ze dne 20. 1. 2015 dle dokumentace chirurgické oddělení Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., Praha 5. Některá data byla použita ze dne příjmu (19. 1. 2015), po výkonu byla aktualizována.

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	„Hlavu a krk mám v pořádku.“	Sliznice růžové, bez povlaků a patologické sekrece.  Jazyk plazí středem.  Nos a uši bez výtoku.  Zornice isokorické, bez zjevné patologie  Chrup vlastní, sanován.  Krk souměrný, bez otoků, štítná žláza bez zjevné patologie.
Hrudník a dýchací systém:	„Když neběžím, tak se mi dýchá dobře.“	Hrudník symetrický, dýchání čisté, pravidelné, bez zjevné patologie.  Počet dechů je 24/min.
Srdečně cévní systém:	„Mám vysoký krevní tlak a křečové žíly. Taký mám vysoký cholesterol.“	Pulz hmatný, frekvence 76/min.  Léčen s hypertenzí, TK 130/70.  Varixy na obou dolních končetinách, bez zjevných známek zánětu.
Břícho	„Trávení mám v pořádku,“	Břícho měkké, nebolestivé.

a GIT:	kvůli karcinomu mi vzali kousek střeva a teď tam mám tu kýlu"	Vlevo od pupeční jizvy kýla o rozměrech cca 8x5 cm, nebolestivá.
Močový a pohlavní systém:	„V noci chodím na toaletu většinou 2x, o jiných problémech nevím.“	Močení 5x-6x denně. Moč bez viditelných příměsí.

SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Kosterní a svalový systém:	„Někdy mě bolí záda, ale to mám z práce. Jinak jsem v pořádku“	Pohyblivost kloubů a páteře přiměřena věku. Svaly a klouby bez bolestivosti. Motorika v pořádku.
Nervový systém a smysly:	„Mám ten zákal, a nosím brýle na blízko.“	Orientovaný místem, časem, osobou. Spolupracující. Dalekozraký. Pourazový glaukom, pacient sám podává Xalatan (Oftalmologikum) v 17:00.
Endokrinní systém:	„Nevím o žádném problému.“	Diabetes mellites není, štítná žláza bez zjevné patologie.

Imunologický systém:	„Imunitu mám dobrou, nebývám nemocný.“	Alergie pacient neguje. TT 36,6°C.
Kůže a její adnexa:	„Kůži mám v pořádku, alespoň pokud vím.“	Varixy na obou DK. Vlasy a nehty upravené. Kůže bez ikteru. PŽK ve vena mediana cubiti dextra 2. den, bez známek infekce.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	doma	„Doma jím ráno snídani a pak až večeri. Přes den nemám čas.“	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	„V nemocnici mi strava chutná. Vyhovuje mi, že si nemusím hlídat čas k jídlu“	Dieta nic per os.
Příjem tekutin:	doma	„Denně vypiju hodně, hlavně v práci. Myslím že 3 litry za den vypiju.“	Nelze hodnotit.

	v nemocnici	„V nemocnici piju asi méně, čaj mi nechutná, jsem zvyklý na domácí džusy.“	Dieta nic per os. Po výkonu pije dostatečně.
Vylučování moče:	doma	„Chodím asi 5x-6x denně. V noci ještě 2x, většinou.“	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	„Včera jsem moc nepil a dnes jdu na tu kýlu, tak už nemůžu.“	Po výkonu se vymočil spontánně za hodinu od převozu z „dospávacího“ pokoje.

Vylučování stolice:	doma	„Chodím pravidelně, 1x denně, bez potíží.“	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	„Nemám problémy se stolicí v nemocnici.“	Stolice nebyla, plyny odchází.
Spánek a bdění:	doma	„ Doma spím přibližně 6 hodin denně.“	Nelze hodnotit.

	v nemocnici	„Spal jsem celkem dobře, ale jsem unavený.“	Pacient ráno vypadal unavený, po výkonu pospával.
Aktivita a odpočinek:	doma	„Když potřebuji a nemám nic na práci, tak si odpočínu. V práci to ale nejde. Dá se říct, že odpočívám i při práci na statku.“	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	„V nemocnici nemám co dělat tak odpočívám nebo si povídám s lidmi.“	Po výkonu odpočíval, aktivita minimální.

Hygiena:	doma	„Hygienu provádím každý den bez problémů.“	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	„Snažím se, co zvládnou, udělat sám.“	Hygienu před výkonem provedl. Po výkonu potřeba dopomoci.
Soběstačnost:	doma	„Jsem soběstačný.“	Nelze hodnotit.



	v nemocnici	„Před operací jsem byl soběstačný, po operací moc ne.“	Dopomoc s hygienou, oblékáním.
--	-------------	--	--------------------------------

Posouzení psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí:	„Jsem vědomý.“	Pacient je při plném vědomí.
Orientace:	„Vím, že jsem v nemocnici. Taky vím kdo jsem, jaký je den.“	Plně orientován.
Nálada:	„Trochu mám strach jestli se mi ta kýla znovu nevrátí.“	Pacient verbalizuje strach, jinak má náladu v pořádku.

Paměť:	staropaměť	„Věci si pamatuji.“	Pamatuje si.
	novopaměť	„V práci si věci pamatovat musím, doma si nemusím pamatovat téměř nic.“	Pamatuje si.
Myšlení:		„Myslím, že je v pořádku.“	Odpovídá na otázky. Myšlení je logické.
Temperament:		„Někdy jsem našťvaný, jindy příliš v klidu. Asi podle okolností.“	Působí vyrovnaně. Temperament nelze posoudit.
Sebehodnocení:		„Nevím, jak se mám zhodnotit. Řekl bych, že jsem společenský optimista.“	Pacient se jeví jako společenský a optimista, i když je na něm vidět strach, o kterém nemluví.
Vnímání zdraví:		„Snažím se jíst zdravě, dodržuji doporučení lékařů.“	Nelze hodnotit.
Vnímání zdravotního stavu:		„Už jsem kýlu měl, a kdybych nezačal pracovat tak brzy, dopadlo by to lépe.“	Pacient vnímá svůj stav relativně dobře.

Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:	„Zdá se mi to lepší než ta rakovina, ale stejně se bojím, že se mi kýla zase vrátí.“	Pacient má otázky ohledně domácí rehabilitace, chtěl by ji dodržet. Ale obává se recidivy.
Reakce na hospitalizaci:	„To, že jsem v nemocnici snáším dobře, alespoň se zbavím té kýly.“	Pacient hospitalizaci snáší dobře.
Adaptace na onemocnění:	„O té kýle vím už dlouho, tak jsem si už zvykl.“	Pacient je na onemocnění adaptovaný.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):	„Jak jsem už říkal, bojím se že se kýla vrátí. Ale rodina stojí při mě, tak věřím že to dopadne dobře.“	Pacient má obavy a má strach z budoucnosti.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie):	„Zkušenosti už mám, sestřičky byly vždy hodné.“	Nemá negativní zkušenosti z předchozích hospitalizací.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace:	verbální	„Mluvím rád a hodně. Hlavně s kamarády, rodinou a lidmi, se kterými se cítím dobře.“	Pacient je velice komunikativní. Slovní zásoba dostatečná.

	neverbální	„Občas používám ruce.“	Neverbální komunikace v normě. Gestiku i mimiku používá. Oční kontakt v normě.
Informovanost:	o onemocnění	„O onemocnění již vím mnoho, přesto včera jsem do od personálu dozvěděl nové informace.“	Pacient je plně informován.
	o diagnostických metodách	„Včera jsem byl na ultrazvuku. Ultrazvuk znám, jinak žádné nepotřebuji.“	Pacient je plně informován.
	o specifikách ošetrovatelské péče	„Dostatečné.“	Pacient je plně informován.
	o léčbě a dietě	„Vím jak léčba bude probíhat.“	Pacient je plně informován.

	o délce hospitalizace	„Až budu moci jít domů, tak mě pusť.“	Délka hospitalizace je neurčitá, pacient si je toho vědom.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:	primární role (související s věkem a pohlavím):	„Jsem muž a je mi 56 let.“	Muž, 56 let.
	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	„Otec, manžel, dědeček a snad i dobrý kamarád.“	Otec, manžel, dědeček.
	terciální role (související s volným časem a zálibami):	„Mám mnoho zájmů, ale teď jsem v nemocnici, tak se soustředím na léčbu.“	Z důvodu hospitalizace jsou terciální role v pozadí léčby.

### **MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:**

Ordinovaná vyšetření: TK, P (5 hodin po hodině, poté 3x denně nebo dle stavu pacienta)

Výsledky:

15:30 TK 110/85, P 82/min

16:30 TK 120/95, P 76/min

17:30 TK 100/80, P 72/min

18:30 TK 125/95, P 86/min

19:30 TK 110/80, P 80/min

20:30 TK 120/95, P 74/min

Konzervativní léčba:

Dieta: nic per os, po výkonu pouze tekutiny

Pohybový režim: před výkonem bez omezení, po výkonu na lůžku

Fyzioterapie: před výkonem nácvik sebeobsluhy se všeobecnou sestrou, fyzioterapeut nedochází

Výživa: per os, BMI 32.5

Medikamentózní léčba:

per os:

Diazepam tbl. 15 mg p.o. 7:00 (Neurolepticum)

Indap cps. 1-0-0 (Antihypertenzivní diureticum)

intravenózní: není naordinováno

per rectum: není naordinováno

jiná:

Fraxiparine inj. sol. 0,4ml s. c. (Antikolagulans, Antitromboticum)

Cefazolin 2g inj. plv. sol. (Antibioticum) bude podáno na operačním sále

Xalatan sol. 0-0-1 gtt. do pravého oka (Oftalmologicum, Analoga prostaglandinů)

Dipidolor inj. sol. 15 mg i. m. (Analgeticum)

Dolsin inj. sol. 100 mg i. m. (Analgeticum, Anodynum) max. á 6 hodin

Veral inj. sol. 1 amp ve F1/1 100 ml max. á 12 hodin i. v. (Antirevmaticum, Antiflogisticum, Analgeticum)

Chirurgická léčba: U pacienta byla provedena plastika břišní kýly. Kontrola stavu rány, drénů a pacienta. Podávání medikace dle ordinace lékaře.

## SITUAČNÍ ANALÝZA

Dnes měl pacient plánovanou plastiku kýly v jizvě. Dieta – nic per os. Pohybový režim má pacient omezen na lůžko. Pacient nemá nauzeu, je při vědomí a orientovaný.

Ráno v 7:00 pacientovi podán Fraxiparine inj. sol. 0,4ml s.c. (Antikolagulantium, Antitromboliticum) a Diazepam tbl. 15mg p.o. (Neurolepticum) a Indap cps. (Antihypertenzivní diuretikum). Pacient dostal kompresivní punčochy, které bude mít až do večera 0. operačního dne. Před výkonem pacient přiznal, že má strach, i když si to dříve nepřipouštěl.

Po výkonu strávil 2 hodiny na „dospávacím pokoji“ bez komplikací. V 15:30 byl pacient převezen na lůžkové oddělení. Naměřeny fyziologické hodnoty TK 110/85 a P 82'. Pacient bez obtíží pospával. Pokoj přizpůsoben nutnosti pohybového režimu na lůžku.

Bolest zmírněna v 17:00 podáním Dolsin inj. sol. 100 mg i.m. (Analgeticum, Anodynum). Dle numerické škály bolesti od 1-10 hodnota bolesti klesla ze 7 na 3. V 17:30 se pacient spontánně vymočil. Pacient s dopomocí aplikoval Xalatan sol. 0-0-1 gtt. (Oftalmologicum, Analoga prostaglandinů) do pravého oka. Pravidelně měřen krevní tlak dle ordinace lékaře. Pohyboval se ve fyziologických hodnotách. Operační rána byla klidná a neprosakovala. Pacientovi byly zavedeny 2 Redonovy drény. Oba odvedli 200 ml krvavé tekutiny. Při předávání směny noční sestře byly funkční. Při manipulaci s pacientem jsem kontrolovala přítomnost infekce jak celkové, tak v místě vstupu PŽK a operační rány. Pacient se na lůžku pohybuje bez větších potíží.

## **STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT:**

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I Taxonomie II dle NANDA INTERNATIONAL. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

Akutní bolest 00132

Strach 00148

Zhoršená pohyblivost na lůžku 00091

Riziko infekce 00004(PŽK)

Porušená integrita tkáně 00044

Deficit sebeděče při koupání 00108

### **Název, kód: Akutní bolest 00132**

Doména: 12 Komfort

Třída: 1 Tělesný komfort

Definice: *Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.*

Určující znaky:

Kódový/číselný záznam (slovní vyjádření pacienta intenzity 7 na desetistupňové stupnici bolesti kdy 10 je maximum, 0 žádná bolest)

Expresivní chování (pacient sténá, vzdychá)



Výraz obličeje (zbitý pohled, grimasy)

Ochranné chování (hlavně při pohybu)

Vyhledávání antalgické polohy

Související faktory:

Původci zranění (fyzikální)

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá klidovou bolest při propuštění z nemocnice. (10 dní)

Cíl krátkodobý: Pacient má zmírněnou bolest na intenzitu 3 na numerické škále bolesti po celou dobu hospitalizace včasným podáním analgetik.

Očekávané výsledky:

Pacient rozumí příčině bolesti do 2 hodin.

Pacient nemá známky expresivního chování (nesténá, nevzdychá) po celou dobu trvání diagnózy.

Pacient má spokojený výraz v obličeji (nemá zbitý pohled, bolestné grimasy) po celou dobu trvání diagnózy.

Pacient zná a užívá ochranné chování do 15 minut.

Pacient aktivně vyhledává antalgické polohy po celou dobu trvání diagnózy.

Pacient zná možnosti tlumení bolesti do 30 minut.

Pacient ví o možnosti podávání analgetik a jejich účinku do 30 minut.

Pacient zná a dodržuje farmakologický, pohybový a dietní režim po celou dobu hospitalizace.

Pacient rozumí numerické škále bolesti do 1 hodiny.

Pacient spolupracuje na hodnocení bolesti na numerické škále bolesti po celou dobu trvání diagnózy.

Plán intervencí (posuzovací, provádějící, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

Promluv s pacientem o důvodu bolesti, sestra! (do 20 minut)

Doporuč pacientovi vhodnou úlevovou polohu, sestra! (při bolesti)

Umožni pacientovi verbalizovat bolest, ošetřující personál! (po celou dobu hospitalizace)

Informuj pacienta o důležitosti mírnit bolest z důvodu nutnosti pohybu, sestra! (do 20 minut)

Vysvětli pacientovi farmakologický, pohybový a dietní režim, sestra! (do 30 minut)

Podávej analgetickou medikaci dle ordinace lékaře a její účinek zaznamenej do dokumentace, sestra! (po celou dobu hospitalizace)

Kontroluj míru bolesti dle numerické škály bolesti, sestra! (po celou dobu hospitalizace před a po podání analgetik)

Sleduj expresivní chování a výraz v obličeji pacienta, ošetřující personál! (po celou dobu trvání diagnózy).

Zajisti klidné a bezpečné prostředí, sestra! (vždy)

Realizace:

20.1

Pacient informován o důvodu bolesti, plně rozumí. Doporučena úlevová poloha, pacient ji zaujímá, vyhovuje mu. Pacient hovoří o hodnotách bolesti, numerické škále rozumí. V 17:00 určuje hodnotu 7, dle ordinace lékaře podán Dipidolor inj. sol. 15 mg i.m. V 17:20 pacient uvádí úlevu, hodnotí bolest číslem 3. Ve 21:00 podán Dolsin inj. sol 1 ml i. m. Po podání intenzita bolesti na 3 dle numerické škály bolesti. Pacient nemá

bolestný výraz v obličeji ani expresivní chování vyjadřující bolest. Pacient v klidu pospává přes den a spí téměř celou noc bez větších obtíží.

## 21.1

V 6:00 na žádost pacienta dle ordinace lékaře podán Veral inj. sol. 1 amp ve F1/1 100 ml. Intenzita bolesti klesla z 9 na 4. Pacient při přesunu na židli a do koupelny správně přidržuje operační ránu. Při polohování v lůžku potřebuje dopomoc, udrží tím intenzitu bolesti na úrovni 2-4 na numerické škále bolesti. V 11:30 podán opět Dolsin inj. sol. 1 ml i. m. Úroveň bolesti snížena z 7 na 3 na numerické škále bolesti. Po provedení hygieny v 18:00 pacient vyžaduje Analgeticum, podán Veral inj. sol. 1 amp ve F1/1 100 ml. Hodnota snížena z 10 na 3 dle numerické škály bolesti. Pacient je s analgetickou léčbou spokojen.

Hodnocení: Efekt: částečný

Pacient udává, že po podání analgetik je bolest velmi mírná, bez analgetik intenzita stoupá. Dávkování dle ordinace lékaře je pro pacienta dostatečné. Rozumí nutnosti tlumení bolesti z důvodu nutnosti pohybu. Při nutnosti zaujímá úlevovou polohu. Při hodnocení intenzity bolesti spolupracuje. Diagnóza přetrvává do dalšího dne.

### **Název, kód: Strach 00148 (z návratu onemocnění)**

Doména: 9 Zvládání/tolerance zátěže

Třída: 2 Reakce na zvládání zátěže

Definice: *Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.*

Určující znaky:

Uvádí strach

Uvádí obavy

Uvádí zvýšené napětí

Identifikuje předmět strachu (návrat onemocnění)

Bledost

Související faktory:

Oddělení od podpůrného systému v potencionálně stresující situaci (chirurgický výkon).

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient má dostatek informací o domácí péči o ránu při propuštění z nemocnice.

Cíl krátkodobý: Pacient nejeví známky strachu během hospitalizace.

Očekávané výsledky:

Pacient uvádí zmírněný strach, obavy. (po celou dobu trvání diagnózy)

Pacient není bledý, a neuvádí napětí. (po celou dobu trvání diagnózy)

Pacient mluví o svém strachu a jeho důvodu. (po celou dobu trvání diagnózy)

Pacient má dostatek informací o ošetrovatelském plánu. (každý den)

Pacient zná postupy pro minimalizaci možnosti návratu onemocnění. (každý den)

Pacient konkretizuje svůj pocit strachu. (po celou dobu trvání diagnózy)

Pacient zná a používá vhodné techniky na zmírnění strachu. (po celou dobu trvání diagnózy)

Plán intervencí (posuzovací, provádějící, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

Zhodnot' míru strachu, úzkosti a napětí u pacienta, sestra! (každý den)

Buď pacientovi nablízku, když je potřeba, ošetrující personál. (po celou dobu hospitalizace)

Podej pacientovi dostatek informací v rámci své kompetence, sestra! (vždy)

Postupně uč pacienta postupy k hojení rány per primam a tím snížení možnosti návratu onemocnění, sestra! (v průběhu trvání diagnózy)

Umožni pacientovi verbalizaci jeho strachu, ošetřující personál! (po celou dobu hospitalizace)

Kontroluj vývoj strachu rozhovorem s pacientem a sledováním chování a mimiky, sestra! (po celou dobu hospitalizace)

Mluv na pacienta klidně, ošetřující personál! (po celou dobu hospitalizace)

Otevřeně promluv s pacientem o důvodu jeho strachu, sestra! (do 2 hodin)

Ujistí se, že pacient rozumí průběhu ošetřovatelské péče, sestra! (do 2 hodin)

Zapisuj do ošetřovatelské dokumentace stav pacienta, sestra. (po celou dobu hospitalizace)

Realizace:

20.1

Pacientovi je dán prostor pro vyjádření pocitů. Pacient mluví o důvodech strachu, přiznává, že po rozhovoru se strach zmírnil. Dle ordinace lékaře podán Diazepam tbl. 15 mg p.o. v 7:00. Pacient udává nižší hodnotu strachu. Večer se pacient zajímá o správné zacházení s operační ránou, aby se mu kýla nevrátila. Poučen o přidržování kýly při pohybu, kašli a důležitosti aseptického přístupu k ráně, aby se hojila per primam a tím se snížilo riziko návratu onemocnění.

21.1

Pacient dodržuje doporučení ošetřujícího personálu. Při převazu rány se obává vzhledu. Vysvětlila jsem mu, že rána nemá známky infekce, a že vypadá tak, jak by měla při správném hojení. Pacient je klidnější.

Hodnocení:

Efekt: částečný

Pacient přiznal, že má obavy z návratu onemocnění. Díky přístupu a informacím od personálu se pacient cítí klidnější. Postupu operace a následné péče rozumí. Pacient informován o péči o ránu, bude dodržovat aseptický přístup k ráně, při pohybu bude ránu přidržovat, nebude sundávat krytí. Diagnóza přetrvává do dalšího dne.

**Název, kód: Riziko infekce 00004(PŽK)**

Doména: 11 Bezpečnost/ochrana

Třída: 1 Infekce

Definice: *Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.*

Rizikové faktory:

Nedostatečná primární obrana (porušená kůže - i. v. katetrizace)

Priorita: střední

Cíl: U pacienta nevznikne infekce v místě vpichu. (po celou dobu hospitalizace)

Očekávané výsledky:

Pacient zná důležitost zavedení periferního žilního katetru. (před zavedením PŽK)

Pacient ví, jak infekci předcházet. (po celou dobu trvání diagnózy)

Pacient nemá známky infekce místní ani celkové. (po celou dobu hospitalizace)

Personál pravidelně pečuje o PŽK. (po celou dobu zavedení PŽK)

Plán intervencí (posuzovací, provádějící, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

Vysvětlí pacientovi péči o periferní žilní katetr, sestra! (po zavedení PŽK)

Informuj pacienta o možnosti vzniku infekce a jejích příznacích, sestra!  
(před zavedením PŽK)

Manipuluj s PŽK aseptickým způsobem, sestra! (po celou dobu zavedení PŽK)

Dběj na prevenci nozokomiálních nákaz, ošetřující personál! (po celou dobu hospitalizace)

Informuj rodinu o infekci, nozokomiálních nákazách a zákazu manipulace s PŽK, sestra! (v průběhu návštěvy)

Informuj pacienta o možnosti a příznacích paravenózního podání infuze, sestra!  
(před napojením infuze)

Informuj pacienta o nutnosti vyšší opatrnosti s manipulací s PŽK, sestra! (před napojením infuze)

Manipuluj s PŽK aseptickým způsobem, sestra! (po celou dobu zavedení PŽK)

Kontroluj známky infekce v místě zavedení PŽK, sestra! (po celou dobu zavedení PŽK)

Dběj na dobu zavedení a následnou výměnu PŽK dle standardu oddělení, sestra!  
(po celou dobu hospitalizace)

Realizace:

20.1

Kontrola okolí vpichu probíhá při každé manipulaci s PŽK. Známky infekce nejsou. Pacient rozumí a používá doporučené postupy manipulace.

21.1

Pacient nejeví místní ani celkové známky infekce.

Hodnocení:

Efekt: částečný

Pacient se zajímal o příznaky přítomnosti infekce. Okolí vpichu je bez známek zánětu. Diagnóza pokračuje do dalšího dne.

## **Porušená integrita tkáně 00044**

Doména: 11 Bezpečnost/ochrana

Třída: 2 Fyzické poškození

Definice: *Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.*

Určující znaky:

Poškozená tkáň

Související faktory:

Nedostatečné znalosti

Mechanické faktory

Zhoršená tělesná mobilita

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient má operační ránu zhojenou per primam do čtrnácti dnů.

Cíl krátkodobý: Pacientova rána se hojí od operace per primam.

Očekávané výsledky:

Pacient zná a provádí správný postup péče o ránu. (po celou dobu trvání hospitalizace)

Pacient má klidnou operační ránu, bez sekrece. (po celou dobu trvání diagnózy)

Pacient zná místní i celkové příznaky infekce. (do 1 hodiny)

Pacient usiluje o zhojení rány per primam. (po celou dobu trvání hospitalizace)

Plán intervencí (posuzovací, provádějící, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

Kontroluj krytí operační rány (krvácení, funkčnost krytí)! (0. operační den)

Asistuj lékařovi s převazem operační rány! (1. operační den)

Prováděj péči o drény (funkčnost, množství a obsah sekretu), sestra! (po celou dobu zavedení)



Informuj pacient a o přístupu k operační ráně po odstranění krytí, sestra! (dle ordinace lékaře)

Informuj pacienta o odstranění stehů a následné péči o ránu, sestra! (dle ordinace lékaře)

Informuj pacienta o sprchování rány a masážích jizvy, sestra! (dle ordinace lékaře)

Seznam pacienta o možnosti vzniku a příznacích infekce v ráně, sestra! (do 20 minut)

Edukuj pacienta v péči o ránu, sestra! (do 20 minut)

Kontroluj známky infekce v místě operační rány, sestra! (po celou dobu hospitalizace 2x denně)

Dběj na prevenci nozokomiálních nákaz, ošetřující personál! (po celou dobu hospitalizace)

Informuj rodinu o infekci, nozokomiálních nákazách a přístupu k operační ráně, sestra! (v průběhu návštěvy)

Umožni pacientovi verbalizovat otázky ohledně operační rány a infekce, sestra! (po celou dobu hospitalizace)

Ošetření operační rány prováděj aseptickým způsobem, sestra! (po celou dobu hospitalizace)

O změnách informuj lékaře a pečlivě ved' dokumentaci, sestra! (po celou dobu hospitalizace)

Realizace:

20.1

Pacient poučen o aseptickém přístupu k ráně, známkách infekce a hojení rány per primam. Pacient rozumí. Rána neprosakuje, krytí sundáno nebylo dle ordinace lékaře. Pacient nemá známky infekce.

21.1

Pacient dodržuje doporučené postupy. Dnes při převazu rány se zajímal o průběh léčby a vzhled rány. Rána nemá známky infekce.

Hodnocení:

Efekt: částečný

Pacient nemá známky infekce. K ráně přistupuje dle doporučení. Diagnóza pokračuje do dalšího dne.

### **Celkové zhodnocení péče**

Pacient byl přijat pro plánovanou operaci kýly v jizvě. Byl to 56 letý, ženatý muž. S pacientem se mi spolupracovalo velmi dobře. Byl přívětivý, vstřícný a výborný vypravěč. Na všechna doporučení ošetřujícího personálu reagoval doplňujícími otázkami.

U pacienta bylo stanoveno několik ošetřovatelských diagnóz, jejichž cíle byly splněny částečně, protože diagnózy (ošetřovatelské problémy) pokračovaly do dalších dní. Často to byly diagnózy, které nelze vyřešit za krátkou dobu. Mezi nejzávažnější řadíme strach v souvislosti s operačním výkonem, který pacient zpočátku nechtěl verbalizovat. Nakonec však uznal, že se výsledku obával. Po výkonu byla nejzávažnější akutní bolest, které byla tlumena medikací dle ordinace lékaře. Pacient byl s analgetickou léčbou spokojen a bolest byla vždy zmírněna na snesitelnou úroveň 3/10.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Každý pacient vnímá hospitalizaci jako zatěžující situaci. Veškerý personál by měl dbát na empatický přístup, umět člověka vyslechnout a myslet na pacienty jako lidské bytosti, kteří mají své individuální potřeby.

Neustálým opakováním a procvičováním péče o ránu s pacientem, dosáhneme nejlepších výsledků. Pacientovi bylo doporučeno snížit hmotnost správnou životosprávou z důvodu obezity.

Sestra by měla být v kontaktu s lékařem a řídit se jeho ordinacemi, a lékaři by naopak měli sestru vyslechnout, pokud se vyskytne problém a postupovat k největšímu dobru pacienta. Prevence kýly sice není zaručená, ale je dobré dbát na správnou životosprávu.

Rodina pacienta by měla být trpělivá a onemocnění nebagatelizovat. Měla by pacienta podporovat, pomáhat mu v obtížných chvílích a přizpůsobit se potřebám pacienta v době onemocnění.

Rádi bychom shrnuli základní zásady péče o pacienta po operaci kýly. Dle našeho názoru je jednou z nejdůležitějších činností časné informování pacienta, co bude následovat po výkonu, trpělivost a ochota si na pacienta udělat čas. Po výkonu je zásadní tlumení akutní bolesti, na které navazuje včasná vertikalizace a návrat soběstačnosti pacienta. U tohoto pacienta dominoval strach, který negativně ovlivňoval další ošetrovatelské diagnózy. Základem také jsou všeobecné informace o chodu oddělení a vstřícný přístup k pacientovi jako k člověku.

## ZÁVĚR

Pacienta jsme zvolili pro tvorbu práce z důvodu velkých rozměrů kýly, jeho přívětivosti a silnému emočnímu prožívání.

V bakalářské práci jsme stanovili několik cílů, od zpracování literatury po vypracování ošetrovatelského procesu, kde jsme stanovili několik diagnóz a cílů a ty jsme postupně realizovali.

Jako nejdůležitější diagnóza byla stanovena akutní bolest a strach z návratu onemocnění. U obou cílů jsme dosáhli částečného úspěchu. Všechny ošetrovatelské cíle stanovené v této práci byly splněny částečně a intervence budou pokračovat do dalších dní.

Věříme, že tento pacient byl velmi specifický, hlavně z důvodu velkého strachu z návratu onemocnění. Proto věříme, že byly stanoveny správné diagnózy. U jiných pacientů s kýlou by samozřejmě ošetrovatelský proces probíhal odlišně a byly by stanoveny i jiné diagnózy a s jinými prioritami.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

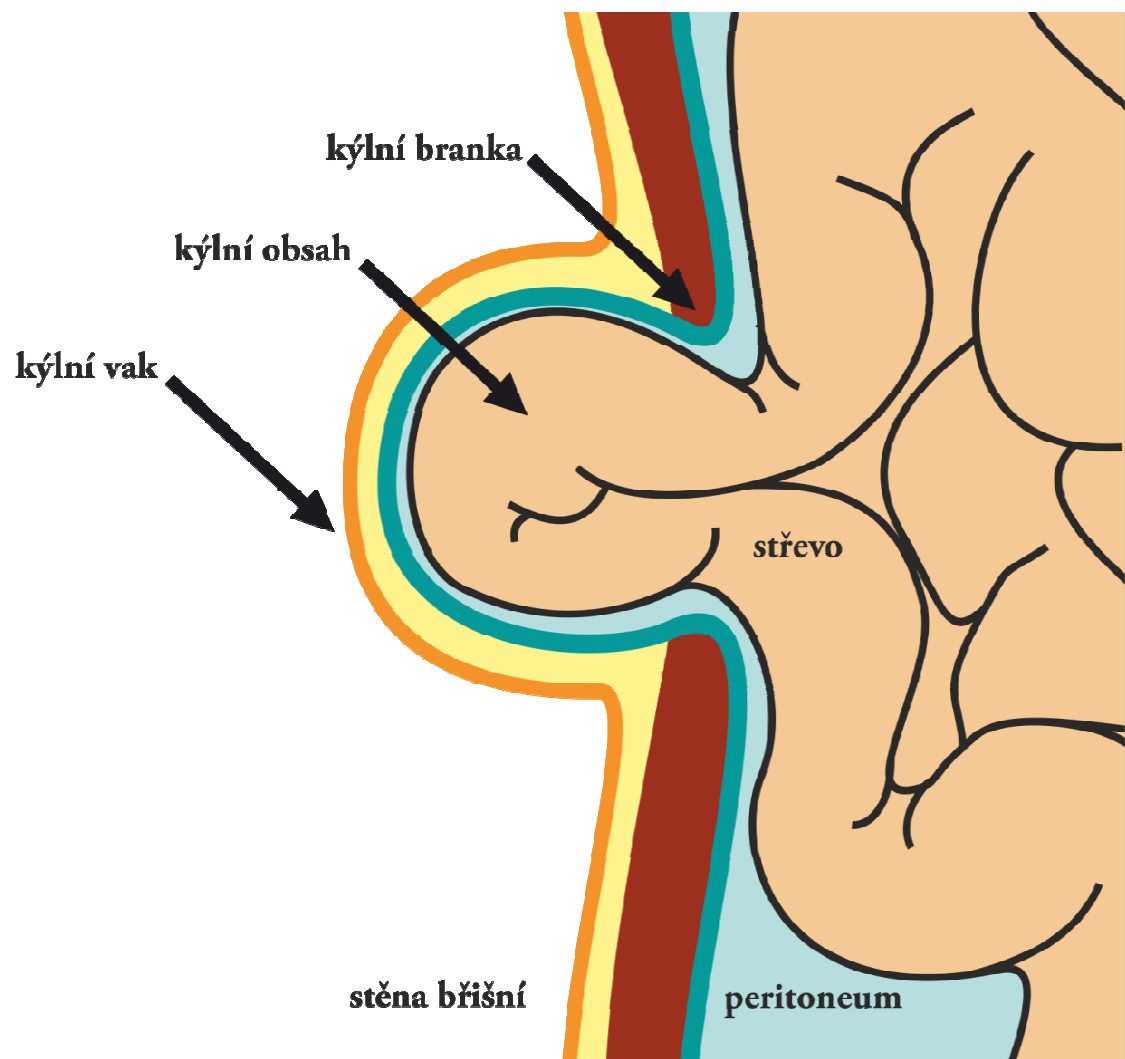
- ATLAS, 2014. *Ventral hernia, herniation of transverse colon*. [citované 2015-03-02]. Dostupné na: <http://atlas.mudr.org/Case-images-Ventral-hernia-herniation-of-transverse-colon-291>
- AWAD, S. S., 2004. *Evidence-based approach to hernia surgery*. New York: Excerpta Medica.
- BRAUNOVINY, 2012. *Trápí vás kýla?*. [online]. [citované 2015-02-04]. Dostupné na: <http://braunoviny.bbraun.cz/clanky/trapi-vas-kyla/>
- FERKO, A, 2002. *Chirurgie v kostce: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. 591 s. ISBN 80-247-0230-4.
- HUSSMANN, J, 1995. *Memorix: chirurgie*. 1. vyd. Překlad Bohuslav Niederle. Praha: Scientia medica. 295 s. ISBN 80-85526-26-3.
- MEDLICKER, 2013. *Brániční kýla: příčiny, příznaky, diagnostika a léčba*. [citované 2015-03-02]. <http://cs.medlicker.com/148-branicni-kyla-priciny-priznaky-diagnostika-a-lecba>
- MICHALSKÝ, R, 2008. *Chirurgie břišní stěny, trávicí trubice a nitrobřišních orgánů pro studující ošetřovatelství*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství. 93 s. ISBN 978-80-7248-465-2.
- ORDINACE, 2007a. *Druhy plastik kýly*. [online]. [citované 2015-02-04]. Dostupné na: <http://www.ordinace.cz/clanek/druhy-plastik-kyly/>
- ORDINACE, 2007b. *Kýly*. [online]. [citované 2015-02-04]. Dostupné na: <http://www.ordinace.cz/rubrika/kyla/>
- ORDINACE, 2007c. *Použití síťky při plastice kýly*. [online]. [citované 2015-02-02]. Dostupné na: <http://www.ordinace.cz/clanek/pouziti-sitky-pri-plastice-kyly/>

- ORTGROUP, 2015. *Pás kýlní tříselný oboustranný*. [citované 2015-03-02]. Dostupné na: <http://www.ortgroup.cz/e-shop/oppo/pasy/x2049-1-pas-kylni-triselny-oboustranny-1266cz?send>
- PAFKO, P, 2008. *Základy speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén. 385 s. ISBN 978-80-7262-402-7.
- REINDLOVÁ, V. Tříselná kýla. 2006. In: *Sestra*. 16 (mim. příl. 11 Instrumentářka), s. 14. ISSN 1210-0404.
- SANATATE, 2011. *Hernia inghinala*. [citované 2015-03-02]. Dostupné na: <http://sanatate.bzi.ro/hernia-inghinala-cauze-si-simptome-2757>
- STRAŠLIPKA, J., 2008. Plastika tříselné kýly „tension free“ metodou. In: *Rozhledy v chirurgii*. (87).
- STRÁTESKÝ, J, 2001. *Patologie*. Vyd. 1. Olomouc: Epava. 338 s. ISBN 80-86297-06-3.
- ŠEDÝ, J, 2007. *Chirurgická anatomie hernií*. Vyd. 1. Praha: Triton. 118 s. ISBN 978-80-7254-923-8.
- ŠVÁB, J. 2014. Břišní kýly. In: ZEMAN, M. a Z. KRŠKA. *Speciální chirurgie*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. 511 s. ISBN 978-80-7492-128-5.
- VALENTA, J, 2005. *Chirurgie: pro bakalářské studium ošetřovatelsví*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0644-5.
- VODIČKA, J, 2014. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 317 s. ISBN 9788024625126.
- VRANÝ, M, 2013. Komplikace elektivní laparoskopické hernioplastiky třísla. In: *Rozhledy v chirurgii*. (92) 3
- WIKISKRIPTA, 2011. *Kýla*. [citované 2014-02-02]. Dostupné na: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Kýla>
- WIKIPEDIA, 2013. *Hernie*. [citované 2014-02-02]. Dostupné na: <http://de.wikipedia.org/wiki/Hernie?uselang=cs>
- ZSHK, 2014. Kýly. [citované 2015-03-02]. Dostupné na: <http://ose.zshk.cz/vyuka/lekarske-diagnozy.aspx?id=100>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Struktura kýly.....	I
Příloha B CT snímek dutiny břišní.....	II
Příloha C Kýlní pás.....	III
Příloha D Lokalizace zevních kýl na stěně břišní.....	IV
Příloha E Tříselná kýla.....	V
Příloha F Pupeční kýla.....	VI
Příloha G Kýla v jizvě.....	VII
Příloha H Druhy bráničních kýl.....	VIII
Příloha CH Rešerše.....	IX
Příloha J Čestné prohlášení.....	X

## Příloha A Struktura kýly

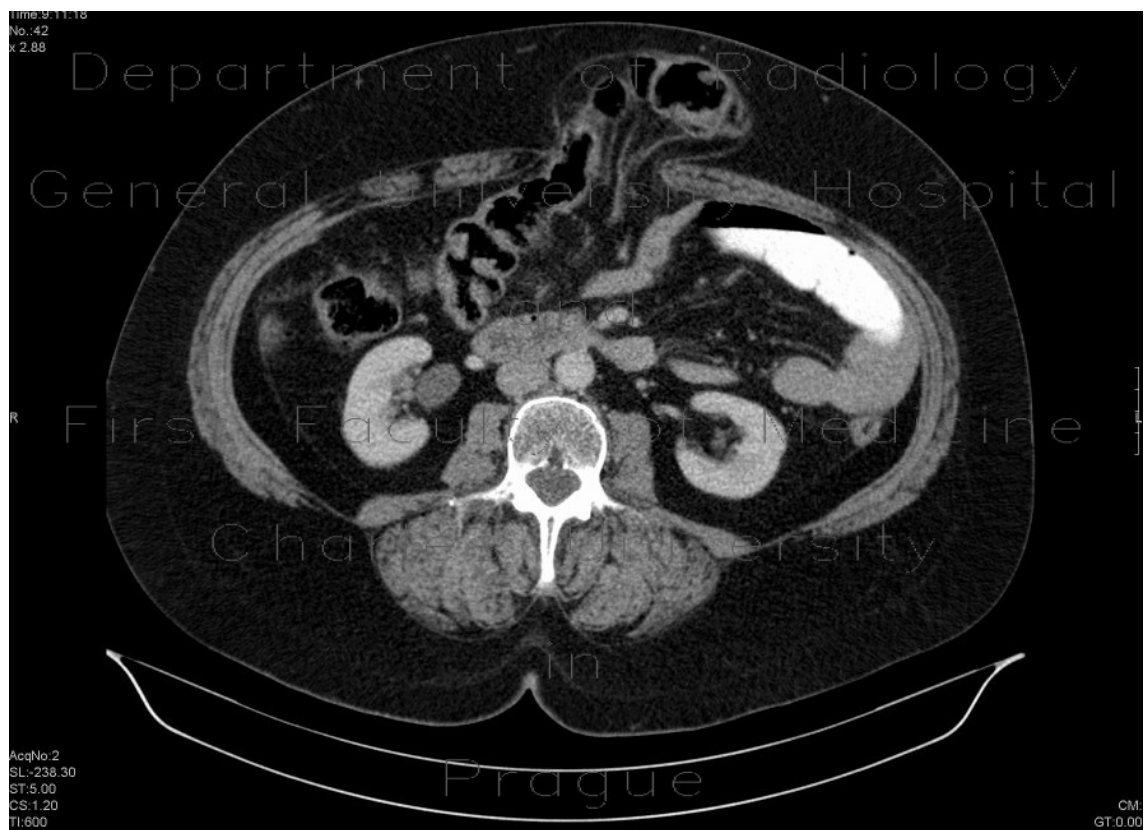


Schematické zobrazení kýly

Zdroj: WIKISKRIPTA, 2011



Příloha B CT snímek dutiny břišní



V horní části je zobrazena břišní kýla

Zdroj: ATLAS, 2014

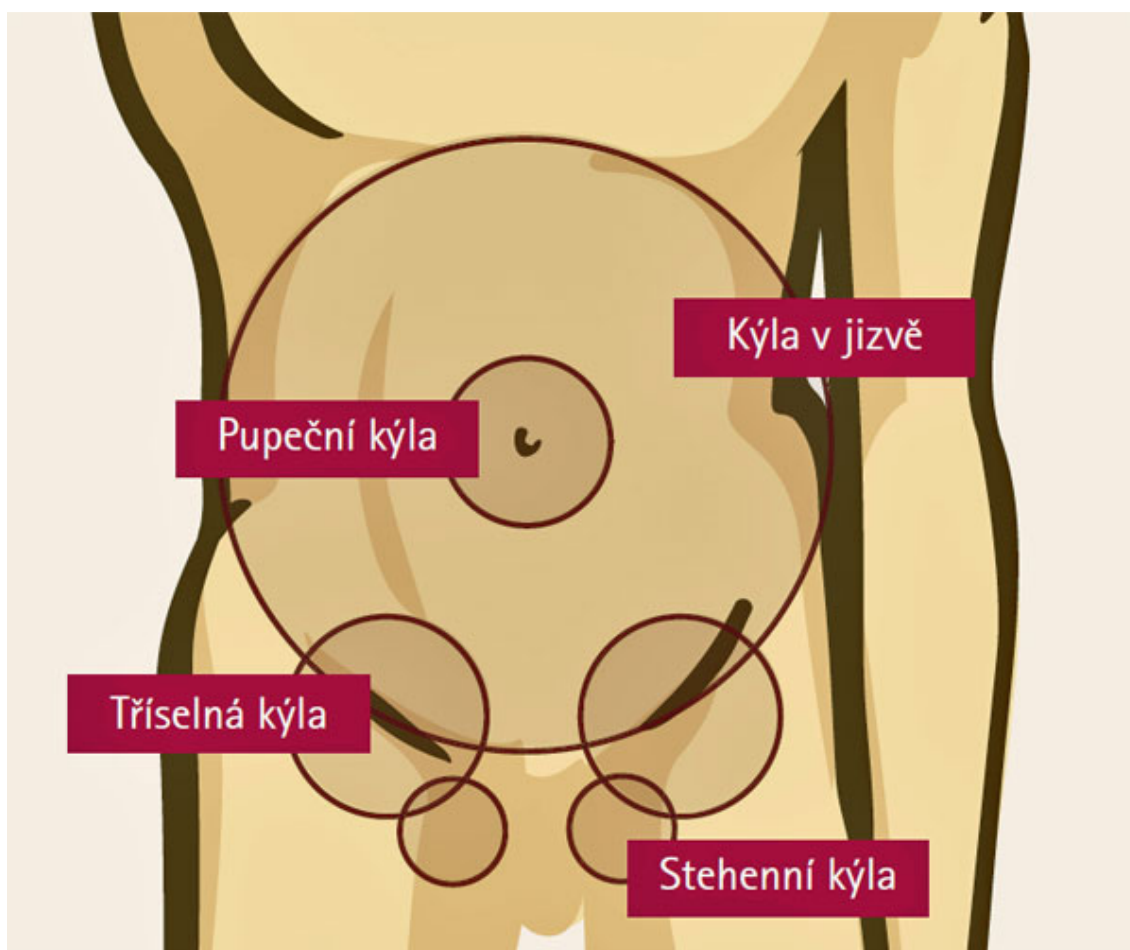
## Příloha C Kýlní pás



Tříselný kýlní pás oboustranný

Zdroj: ORTGROUP, 2015

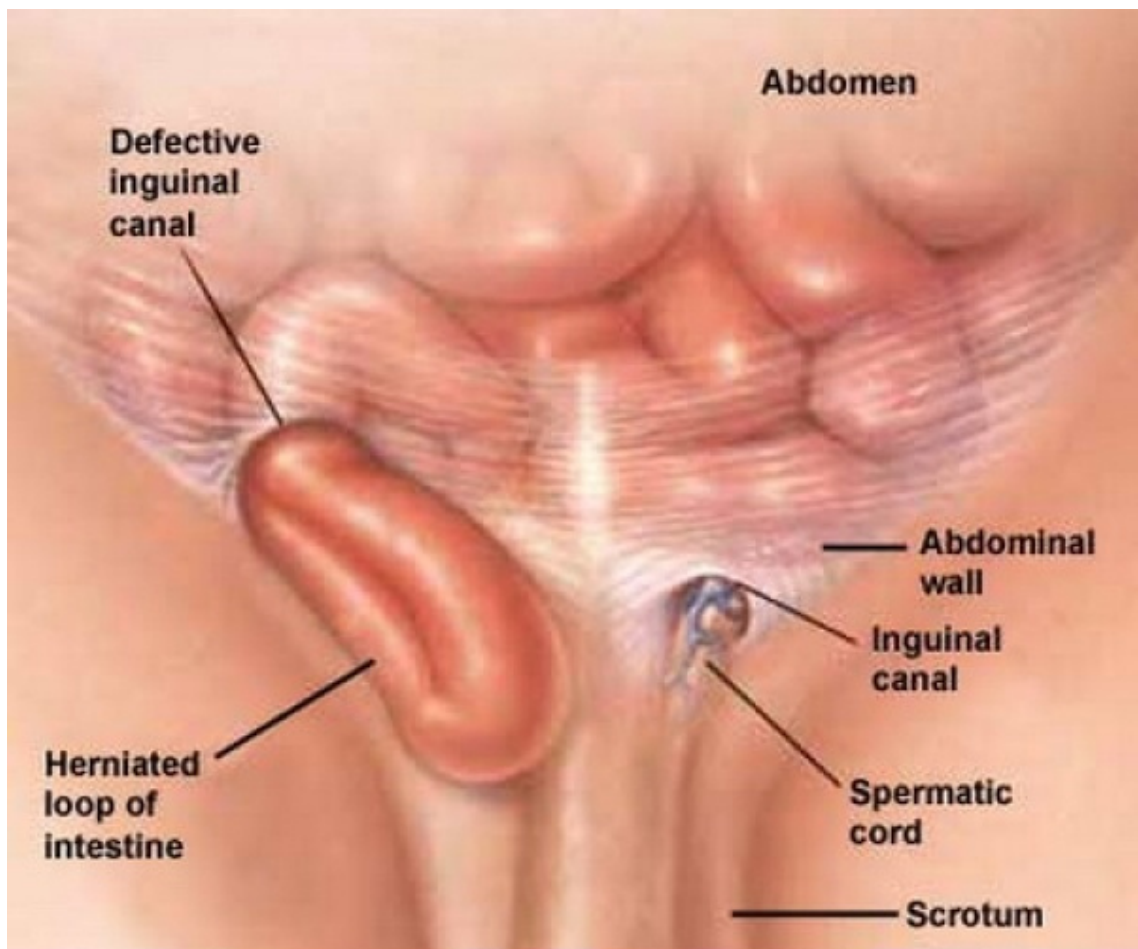
Příloha D Lokalizace zevních kýl na stěně břišní



Schematické zobrazení

Zdroj: BRAUNOVINY, 2012

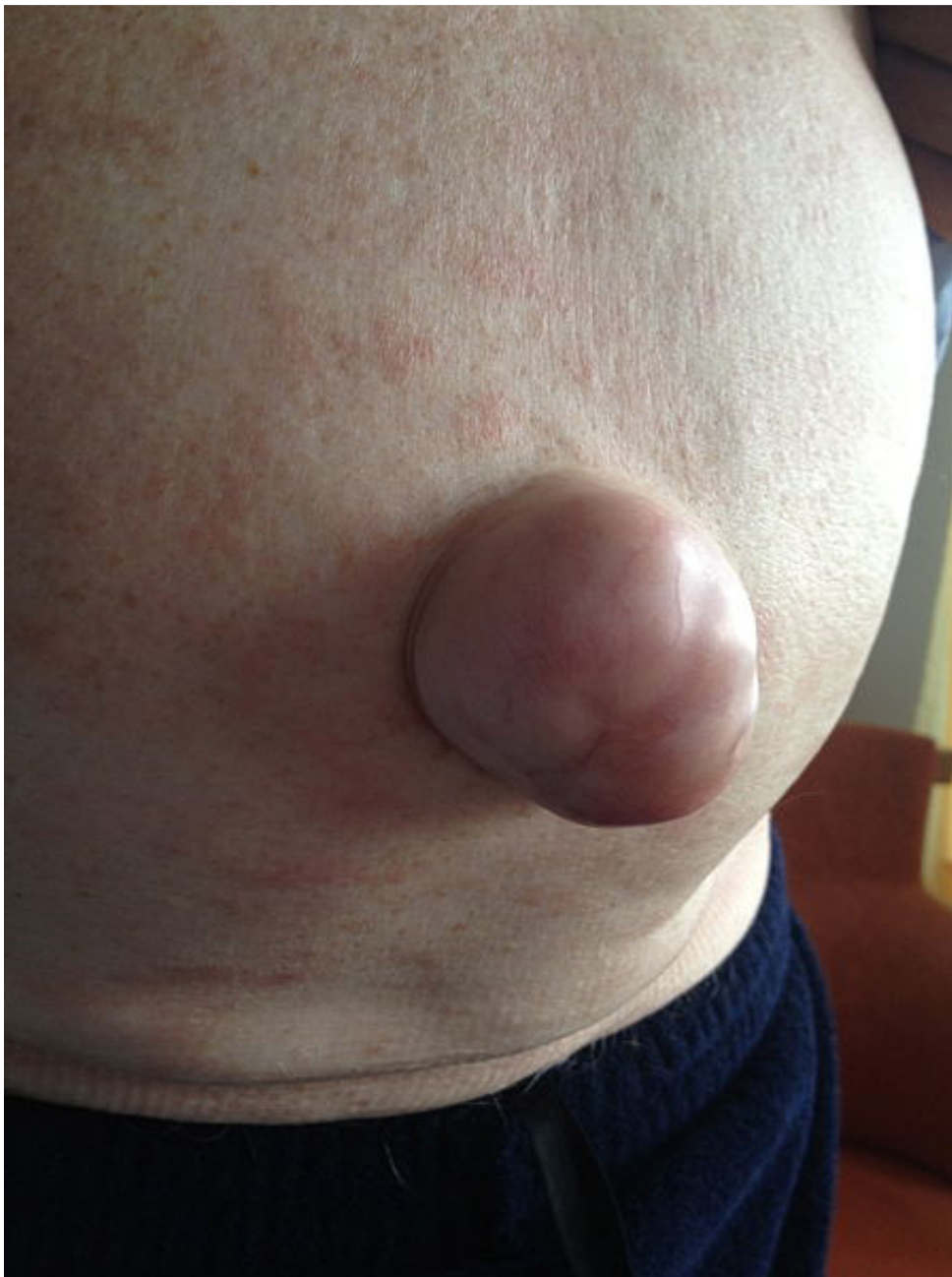
Příloha E Tříselná kýla



Střevní klička označena jako Herniated loop of intestine, tříselný kanál označen jako Defective inguinal canal

Zdroj: SANATATE, 2011

Příloha F Pupeční kýla



Pohled zředu

Zdroj: WIKIPEDIE, 2013

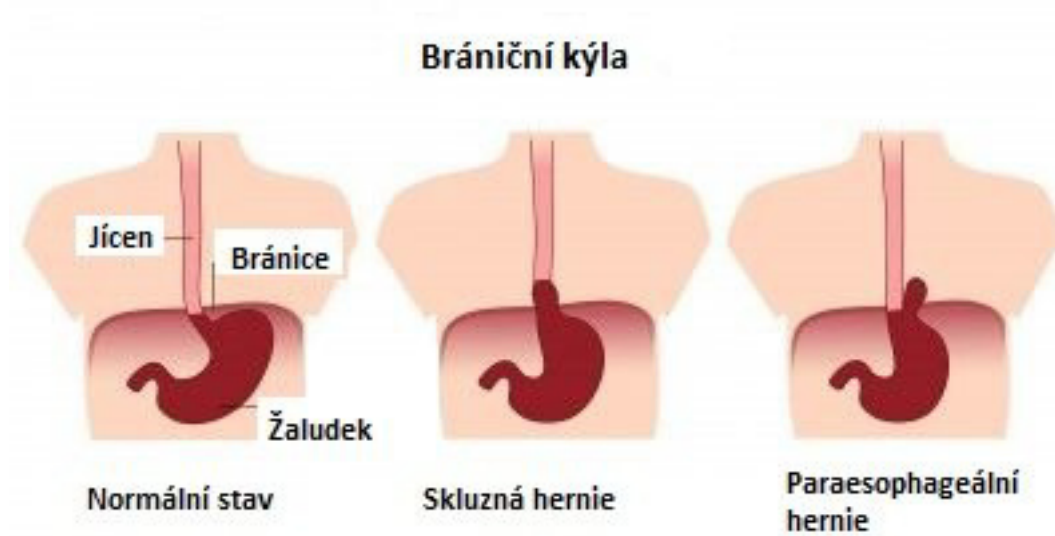
Příloha G Kýla v jizvě



Pohled zředu

Zdroj: ZSHK, 2014

## Příloha H Druhy bráničních kýl



Porovnání s fyziologickým stavem

Zdroj: MEDLICKER, 2013

## OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KÝLOU

Šídlová Markéta

Jazykové vymezení:	čeština, angličtina
Klíčová slova:	kýly - hernia, léčba kýl - hernia treatment, edukace - education, ošetrovatelský proces - nursing process
Časové vymezení:	2005-2015
Druhy dokumentů:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje
Počet záznamů:	42 (vysokoškolské práce: 2, knihy: 27, články a příspěvky ve sborníku: 9, elektronické zdroje: 4)
Použitý citační styl:	Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)
Základní prameny:	- katalog Národní lékařské knihovny ( <a href="http://www.medvik.cz">www.medvik.cz</a> )



Příloha I Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování  
bakalářské práce

**Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s kýlou v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

Jméno a příjmení studenta