

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U TĚHOTNÉ ŽENY  
S APENDICITIS**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ŠTĚPÁNKA HAGANOVÁ**

**Praha 2016**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCE U TĚHOTNÉ ŽENY  
S APENDICITIS**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ŠTĚPÁNKA HAGANOVÁ**

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2016



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

Haganová Štěpánka  
3. A PA

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 4. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u těhotné ženy s apendicitis

*Nursing Process in Pregnant Woman with Appendicitis*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 2. 11. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové za její ochotu, výborné rady a velkou dávku trpělivosti. Dále bych chtěla poděkovat sestřičkám a lékařům v Nemocnici Na Bulovce a samozřejmě své rodině, která při mně celou dobu mého studia stála.

## ABSTRAKT

HAGANOVÁ, Štěpánka. *Ošetrovatelský proces u těhotné ženy s apendicitis*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2016. s 44.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u těhotné ženy s apendicitis z pohledu porodní asistentky. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje apendicitidu v graviditě, její příznaky, klinický obraz, diagnostiku, vyšetřovací metody, léčbu, komplikace, specifika ošetrovatelské péče. V praktické části se zaměřujeme na ošetrovatelský proces u těhotné ženy s apendicitis. Včasná diagnostika, správná terapie a péče o pacientku hraje v tomto případě významnou roli. Klademe důraz na potřeby, komunikaci, edukaci nemocné a také předoperační a pooperační péči. U pacientky jsme provedli posouzení, následně jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy dle klasifikace NANDA I taxonomie II. Určili jsme si cíle péče, vypracovali jsme intervence, a ty realizovali. Závěr tvoří celkové zhodnocení stavu pacientky.

### Klíčová slova

Akutní bolest břicha. Apendektomie. Apendicitis v graviditě. Komplikace těhotenství. Ošetrovatelská péče. Patologické těhotenství.

## ABSTRACT

HAGANOVÁ, Štěpánka. *Nursing Process in Pregnant Woman with Appendicitis*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2016. s 44.

The topic of this bachelor's thesis is the nursing process for pregnant women with appendicitis from the perspective of midwives. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part describes appendicitis in pregnancy, its symptoms, clinical presentation, diagnostics, diagnostic methods, treatment, complications, and specifics of nursing care. The practical part deals with the nursing process for pregnant women with appendicitis. Timely diagnosis, proper treatment, and care of the patient play an important role in this respect. We place a great emphasis on needs, communication, patient education, and preoperative and postoperative care. The patient was performed an assessment and subsequently determined a nursing diagnosis according to NANDA I taxonomy II. We determined the objectives of the care and developed and realized interventions. The conclusion provides an overall assessment of the condition of the patient.

Key Words:

Acute abdominal pain. Appendectomy. Appendicitis in pregnancy. Pregnancy complications. Nursing care. Pathological pregnancy.

# OBSAH

## SEZNAM ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>ÚVOD</b>	<b>12</b>
<b>1 APENDICITIS V GRAVIDITĚ</b>	<b>14</b>
<b>1.1 DEFINICE</b>	<b>14</b>
<b>1.2 HISTORIE</b>	<b>14</b>
<b>1.3 INCIDENCE</b>	<b>14</b>
<b>1.4 VÝSKYT</b>	<b>14</b>
<b>1.5 ETIOLOGIE</b>	<b>15</b>
<b>1.6 PŘÍZNAKY</b>	<b>15</b>
<b>1.7 KLINICKÝ OBRAZ</b>	<b>16</b>
<b>1.7.1 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ</b>	<b>16</b>
<b>1.8 DIAGNOSTIKA</b>	<b>17</b>
<b>1.8.1 ANAMNÉZA</b>	<b>17</b>
<b>1.8.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ</b>	<b>18</b>
<b>1.8.3 DIAGNÓZA</b>	<b>18</b>
<b>1.8.4 LOKÁLNÍ PŘÍZNAKY</b>	<b>19</b>
<b>1.8.5 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA</b>	<b>20</b>
<b>1.9 VYŠETŘOVACÍ METODY</b>	<b>20</b>
<b>1.10 LÉČBA</b>	<b>21</b>
<b>1.10.1 ČASOVÁNÍ OPERACE</b>	<b>23</b>
<b>1.10.2 LAPAROSKOPICKÁ CHIRURGIE</b>	<b>23</b>
<b>1.10.3 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA</b>	<b>24</b>
<b>1.11 KOMPLIKACE</b>	<b>25</b>



<b>1.12 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE</b>	<b>28</b>
<b>1.12.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE</b>	<b>28</b>
<b>1.12.2 POOPERAČNÍ PÉČE</b>	<b>29</b>
<b>1.13 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY</b>	<b>30</b>
<b>2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE</b>	<b>31</b>
<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI</b>	<b>54</b>
<b>ZÁVĚR</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	<b>57</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	

## SEZNAM ZKRATEK

ALT	alaninaminotransferáza
AST	aspartátaminotransferáza
BMI	Body Mass Index
CT	Computed Tomography
CTG	kardiotokografie
CRP	C-reaktivní protein
DM	Diabetes mellitus
FW	sedimentace
GCS	Glasgow Coma Scale
HB	hemoglobin
HCG	humánní choriogonadotropin
K	kalium
K+C	kultivace + citlivost
KO	krevní obraz
KO + diff.	Krevní obraz + diferenciální rozpočet leukocytů
LHK	levá horní končetina
LMWH	Low molecular weight heparin
M+S	moč + sediment
mGy	jednotka ionizujícího záření
MRI	magnetic resonance
NGS	nasogastrická sonda
NPB	náhlá příhoda břišní
Supp.	suppositorium

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Absces</b>	Chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem
<b>Adnexitida</b>	Zánět děložního přívršku
<b>Hematurie</b>	Přítomnost krve v moči
<b>Cholecystitida</b>	Zánět žlučníku
<b>Cholelitiáza</b>	Přítomnost žlučových konkrémentů v žlučníku a žlučových cestách
<b>Leukocytóza</b>	Zvýšená počet bílých krvinek
<b>Nefrolitiáza</b>	Přítomnost kamenů v ledvině
<b>Pyurie</b>	Přítomnost velkého množství leukocytů až hnisu v moči
<b>Pyelonefritida</b>	Bakteriální hnisavý zánět ledvin
<b>Pyleflebitida</b>	Zánět portální žíly
<b>Sepse</b>	Těžká infekce

# ÚVOD

Zdraví je důležité pro každého z nás. Tím více je důležité pro ženu, která očekává nový přírůstek do rodiny a doufá, že v těhotenství a při porodu se vyhne vážným komplikacím a porodí zdravého potomka. Každá okolnost, která ohrožuje naše zdraví, nepřispívá nám ani našim blízkým. Nemusí se jednat vždy o vážné onemocnění, stejně tak nás ovlivní a omezí v každodenním životě. Apendicitida sem jednoznačně zapadá.

Apendicitida se řadí do náhlých příhod břišních, to jsou akutní onemocnění břicha, která se nevyhýbají žádné věkové kategorii ani pohlaví.

Akutní apendicitida v graviditě je jedna z nejčastějších chirurgických komplikací v těhotenství s incidencí 1:1000. Nejčastější výskyt apendicitidy v graviditě je kolem 3. měsíce. Podílí se z 28% na mateřské úmrtnosti všech chirurgických komplikací v graviditě. Apendicitida znázorňuje hroživou komplikaci těhotenství, kterou je ohrožena žena i plod, poněvadž diagnostika a léčba nejsou provedeny včas v důsledku těhotenství (ČECH, 2014).

Tématem bakalářské práce je apendicitida v graviditě s důrazem na specifika ošetrovatelské péče. Toto téma jsme si vybrali, protože se domníváme, že není dostatečně publikováno. V průběhu své praxe při studiu jsem se setkala s apendicitidou u gravidní ženy a podílela jsem se na péči o ní a její nenarozené dítě. Nakonec jsme došli k závěru, že já a ani někteří zdravotníci nejsou dostatečně informováni o této problematice. Dalším důvodem výběru tohoto tématu bylo zdokonalení svých vědomostí a získání nových poznatků.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se budeme zabývat charakteristikou onemocnění, příznaky, klinickým obrazem, diagnostikou, vyšetřovacími metodami, léčbou, možnými komplikacemi a specifickou ošetrovatelskou péčí u apendicitidy v graviditě. V praktické části realizujeme ošetrovatelskou péči o těhotnou ženu s apendicitidou.

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Nastudovat problematiku apendicitidy v těhotenství.

**Cíl 2:** Vypracovat přehledný soubor o problematice apendicitidy v těhotenství z pohledu porodní asistentky.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Předložení poznatků v ošetrovatelské péči o apendicitidě v těhotenství.

**Cíl 2:** Péče o ženu po apendektomii v těhotenství.

### **Vstupní literatura**

ČECH, E., Z. HÁJEK, K. MARŠÁL a kolektiv, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

DUŠOVÁ, B., J. MAREČKOVÁ. 2009. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Ostrava. ISBN 978-80-7368-611-6.

ROZTOČIL, A. a kol. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1941-2.

## **REŠERŠNÍ STRATEGIE**

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u ženy s apendicitis, proběhlo v časovém rozmezí květen 2015 až únor 2016. Pro vyhledávání bylo využito několik elektronických databází: Národní lékařská knihovna ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)).

Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém: Akutní bolest břicha. Apendektomie. Apendicitis v graviditě. Komplikace těhotenství. Ošetrovatelská péče. Patologické těhotenství. V jazyce anglickém: Acute abdominal pain. Appendectomy. Appendicitis in pregnancy. Complications of pregnancy. Nursing process. Pathological pregnancy.

Hlavním kritériem pro zařazení dohledaných článků do zpracování bakalářské práce byl text odborné publikace, tematicky odpovídající cílům bakalářské práce v českém, slovenském nebo anglickém jazyce, vydaný odborným recenzovaným periodikem.

# 1 APENDICITIS V GRAVIDITĚ

Akutní apendicitida je náhle vzniklé onemocnění, při kterém je ohrožena jak matka, tak i plod. Důležitá je včasná diagnostika akutní apendicitidy a co nejrychleji zahájena léčba (ROZTOČIL, 2008).

## 1.1 DEFINICE

Apendicitida neboli zánět červovitého přívěsku slepého střeva je jedna z nejčastějších zánětlivých náhlých příhod břišních. Apendicitida patří do neúrazových, zánětlivých NPB. Apendicitida je způsobena mikroby, které běžně osídlují naše zažívací ústrojí (SLEZÁKOVÁ, 2010).

## 1.2 HISTORIE

Historie a výskyt apendicitidy jsou velmi záhadné. Téměř do konce 19. století byla apendicitida poměrně neznámé onemocnění. V roce 1848 Henry Hancock z nemocnice Charing Cross v Londýně diagnostikoval u ženy v 8. měsíci těhotenství periapendikální absces (SCHEIN, 2011).

## 1.3 INCIDENCE

Apendicitida v graviditě patří mezi nejčastější příčiny operací u gravidních žen (MAJERNIK, 2012).

Gravidita sama o sobě nepřispívá k incidenci zánětu appendixu. Incidence apendicitidy v těhotenství (0,05-0,07%) je podobná jako u běžné populace. Z 1000 gravidit je jedna těhotná operována pro suspektní akutní apendicitidu. V tomto poměru 1:1500 žen se tato diagnóza potvrdí při histologickém vyšetření (GAMBALA, 2008), (LAKYOVÁ, 2008).

## 1.4 VÝSKYT

Opakovaný výskyt akutní apendicitidy u gravidních pacientek je ve II. a III. trimestru a klinický projev se v průběhu gravidity mění. Navzdory tomu se s podezřením na tuto obávanou diagnózu nesetkáváme úplně výjimečně. Apendicitida je chirurgická komplikace v graviditě (GAMBALA, 2008), (JANDÍK, 2011).

Apendicitida v graviditě je závažné onemocnění kvůli diagnostickým obtížím a možným komplikacím v průběhu operačního výkonu. Při apendicitidě není ohrožena pouze žena, ale i plod, který je ohrožen potratem či předčasným porodem (ROZTOČIL, 2008).

## 1.5 ETIOLOGIE

Etiologie apendicitidy není zcela známá. Třebaže se nedaří objasnit hlavní příčiny vzniku apendicitidy, jsou známy faktory, které ovlivňují vývoj onemocnění. Mezi tyto faktory patří městnání střevního obsahu, délka apendixu, špatná výživa, zaklínění cizího tělesa v apendixu, onemocnění parazity (ŠMÍD, 2009), (ČECH, 2006).

## 1.6 PŘÍZNAKY

Nejběžnější příznaky apendicitidy jsou stejné jak u běžné populace, tak i u těhotných žen (ROZTOČIL, 2008)

Apendix se stěhuje po směru hodinových ručiček a ve 4. - 5. měsíci se může dostat až do úrovně pravé ledviny. Spolehlivou známkou bolesti v I. trimestru je bolest v pravém podbříšku. V pozdějším stádiu gravidity se bolest přesouvá do pravé poloviny břicha (JANDÍK, 2011).

Apendicitida okolo porodu se objevuje přibližně při 1:10 000 porodech. Na podkladě příznaků se u 85 % žen objevovaly bolesti břicha, zástava větrů a stolice, bolest byla spojována s kontrakcemi, v 40 % ženy zvracely, u dalších 50 % byly nejasné bolesti nadbříšku a 25 % mělo bolesti v pravém podžebří (ROZTOČIL, 2008).

Příznaky u apendicitidy v graviditě v I. trimestru jsou bolesti v pravém hypogastriu, nauzea, nechutenství, zvracení, zástava plynů či průjem, tachykardie, subfebrilie. Ve II. trimestru to jsou bolesti v epigastriu migrující do pravého hypogastria, anorexie, nauzea, nechutenství, zvracení, tachykardie, subfebrilie, dysurie. Ve III. trimestru to jsou bolesti pravého hypochondria, anorexie, nauzea, tachykardie, subfebrilie (LAKYOVÁ, 2008).

Kvůli fyziologickým změnám, které těhotenství obvykle provázejí, jsou klinické příznaky apendicitidy v průběhu těhotenství méně věrohodné. Leukocytóza se

v průběhu fyziologické gravidity vyskytuje normálně, avšak granulocytóza naznačuje už zánět. Porucha trávení, vyprazdňování, zvracení a nauzea jsou typické příznaky provázející apendicitidu, tyto příznaky se mohou objevovat v průběhu fyziologického těhotenství, lékaře mohou splést a vystavit riziku opožděného stanovení diagnózy (GAMBALA, 2008).

Charakteristické příznaky jsou vyšší elevace pulzů, neshodující se s tělesnou teplotou, zřetelná leukocytóza a zhoršení střevní pasáže (ČECH, 2014).

Nejčastějším příznakem u těhotných žen nehledě na to, o jaký trimestr se jedná, je bolest v pravém dolním kvadrantu v rozměru několika centimetrů okolo původního McBurneyova bodu. Ačkoli je palpační citlivost méně vyjádřena, poněvadž rozpětí břišní dutiny odtlačuje peritoneum od zánětlivého apendixu a céka. U 70 % žen objevujeme tlak břišní stěny, bolest při dekompresi a přenesenou bolest. Při vaginálním a rektálním vyšetření žena zcela nepocítuje bolest, poněvadž je apendix vytlačen těhotnou dělohou ven z pánve. Pokud je apendix uložený retrocékálně, bolesti apendicitidy mohou být zamaskovány bolestmi v zádech či v boku, lékař to může zaměnit s pyelonefritidou (GAMBALA, 2008).

## **1.7 KLINICKÝ OBRAZ**

Pro akutní apendicitidu platí, že vzniká z plného zdraví, má náhlý začátek, projevuje se bolestí břicha a rychlou progresí (SLEZÁKOVÁ, 2010).

### **1.7.1 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ**

V graviditě fyziologicky dochází ke změnám laboratorních hodnot (ZONČA, 2015).

Laboratorní vyšetření zahrnuje hematologické, biochemické vyšetření krve a biochemické vyšetření moče (ROZTOČIL, 2008).

Kompletní krevní obraz a vyšetření moče je zapotřebí k odhalení leukocytózy, pyurie nebo hematurie, popřípadě k vyloučení renální příčiny (GAMBALA, 2008).

Hematologické vyšetření krve obsahuje KO, FW, KO + diferenciál. Sedimentace erytrocytů a leukocytů na 15 000/mm<sup>3</sup> mají diagnostický význam. V laboratorní diagnostice je důležité sledování změn počtu leukocytů v krevním



obraze těhotných žen. V rané fázi gravidity mohou leukocyty nabývat hodnot až  $20\text{--}30 \times 10^9/l$ . Během druhého a třetího trimestru se množství leukocytů pohybuje v rozmezí od  $6\text{--}16 \times 10^9/l$  (ROZTOČIL, 2008), (ZONČA, 2015).

Biochemické vyšetření krve zahrnuje CRP. Vzestup CRP vypovídá pro apendicitidu (ROZTOČIL, 2008).

U gravidních žen dochází též ke změně objemu plazmy o +45 %, hodnot hemoglobinu – 20 %, srážlivých faktorů o +50-200 % a glomerulární filtrace o +50 % (ZONČA, 2015).

Biochemické vyšetření moče a sedimentu ve 20% případu je přítomna pyurie a ve 12% hematurie (ROZTOČIL, 2008).

## **1.8 DIAGNOSTIKA**

Při stanovení správné diagnózy nacházíme spoustu překážek. Gravidita samovolně nevede ke zvýšené prevalenci apendicitidy (GAMBALA, 2008).

Diagnóza apendicitidy v graviditě je skutečně obtížným problémem a může zamotat hlavu nejenom porodníkům, ale i chirurgům a urologům (LAKYOVÁ, 2008).

Je-li určení správné diagnózy apendicitidy v graviditě nepřesné, nebo prakticky nemožné, je nutno se včas rozhodnout k operaci, další váhání či čekání by mohlo mít tragické následky (ČEPICKÝ, 2008).

Podrobné vyšetření bolesti břicha zahrnující důkladně odebranou anamnézu, fyzikální vyšetření a přehled klinických příznaků, je princip k zúžení seznamu potenciálních diagnóz. Klademe důraz na gestační věk plodu (GAMBALA, 2008), (JANDÍK, 2011).

### **1.8.1 ANAMNÉZA**

Porodní asistentka při příjmu důkladně odebírá u každé pacientky anamnézu. Pacientky se ptáme na rodinnou, osobní, gynekologickou, farmakologickou a nesmíme zapomenout na alergickou anamnézu, také na pracovní a sociální. Důležitým datem v gynekologické anamnéze je termín poslední menstruace, buď její vynechání, nebo zpoždění, pravidelnost menstruace. Zda pacientka rodila nebo prodělala potrat.

Nějaké nepravidelné krvácení nebo špinění. Ještě je zapotřebí pátrat po operacích, infekcích, úrazech.

### **1.8.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ**

Porodní asistentka u každé pacientky změří fyziologické funkce, mezi ně patří krevní tlak, pulz a tělesná teplota. Dále lékař provede bimanuální vyšetření, to se provádí v gynekologické poloze. Palpační vyšetření dělohy, vaječníků a vyšetření Douglasova prostoru. Dalším vyšetřením je vyšetření vaginorektální, to se provádí se při nejasných nálezech a je doplňujícím při vaginálním vyšetření. Toto vyšetření se provádí v rozsahu diferenciální diagnostiky apendicitidy (ČECH, 2014), (SLEZÁKOVÁ, 2010)

Fyzikální vyšetření provádíme běžně. Musíme myslet na to, že při klasickém vyšetření těhotné vyšetřujeme vlastně dva pacienty najednou, jak těhotnou, tak i její plod. Vyšetření lékařem je rutinní hodnocení těhotné pacientky i se známkami náhlé příhody břišní. Příměs krve ve stolici nebo ve vyzvráceném žaludečním obsahu nesmí v žádné situaci uniknout naší pozornosti, kdyby bylo krvácení minimální. Stolice se mnohdy na příměs krve iniciativně vyšetřuje, zatímco vypadá, že je všechno v pořádku. Krvácení do žaludku ba tenkého střeva se odrazí na vzhledu stolice. Stolice s natrávenou krví je černá a dehtovitá. Krev ve zvracích se změní na černé hrudky, jelikož reaguje s kyselými žaludečními šťávami. Jestliže ovšem dochází ke krvácení v tlustém střevě nebo v konečníku, kde už nejsou aktivní trávicí enzymy, projevuje se to přítomností čerstvé krve ve stolici (JANDÍK, 2011).

### **1.8.3 DIAGNÓZA**

Diagnóza apendicitidy se opírá o hlubokou palpační citlivost za pravou děložní hranou, která se zvýší při okamžitém odtažení ruky od břišní stěny. Vyšetření se provádí při polovičním otočení pacientky na levý bok, dalším šetrným vyšetřením ženy je v poloze na zádech. V poloze na zádech je zvýšená bolestivost za pravou děložní hranou (ČECH, 2006).

V I. trimestru je diagnóza určena rychle a s velkou přesností. Během druhé poloviny těhotenství je diagnóza ztížená, kvůli zvětšené děloze a ta může dislokovat cekální krajinu směrem kraniálně a palpační bolestivost může kopírovat další chirurgické náhlé příhody břišní. Lékař v prvním okamžiku musí rozeznat

gynekologickou bolest, která se vyznačuje ostrým náhlým zrodem, ovšem nikam se nešíří. Je nezbytné pamatovat i na předčasnou děložní činnost. Může se vyskytovat i krvácení eventuálně odtok plodové vody (ČECH, 2006), (LAKYOVÁ, 2008).

#### **1.8.4 LOKÁLNÍ PŘÍZNAKY**

Bolestivost v bodech, odpovídající lokalizaci apendixu. U těhotných žen se provádí během fyzikálního vyšetření několik těchto bodů, testů či znamení napomáhající k diagnostice apendicitidy v graviditě (HALADA, 2011).

McBurneyův bod je spojnici pupku a spina iliaca anterior superior, ve vzdálenosti 2/3 od pupku. Tento bod se šíří největší bolestí při akutní apendicitidě (HALADA, 2011).

Lanzův bod je v rozhraní střední a vnitřní třetiny spojnice spinae iliaca anterior superior. Bolestivost v tomto bodě je typická pro akutní apendicitidu (HALADA, 2011).

Rowingovo znamení je pozvolné stlačení břišní stěny v levém podbřišku. Při prudkém uvolnění tlaku se objeví bolest v pravém podbřišku. Tento úkaz je způsoben peritoneálním drážděním, bolest se objevuje v místě zánětlivého procesu (HALADA, 2011).

Blumbergův příznak, je pozvolný tlak na břišní stěnu a při prudkém uvolnění se projeví bolest v místě tlaku. Tento úkaz je způsoben peritoneálním drážděním, bolest se objevuje v místě zánětlivého procesu (HALADA, 2011).

Pléniesovo znamení, u něj se jedná o bolestivý poklep v pravém podbřišku, je zde způsobeno peritoneální dráždění (HALADA, 2011).

Peterovo znamení je poklep na levou děložní hranu, těhotná pociťuje bolest na pravé straně hypochondria vlivem undulace plodové vody (HALADA, 2011).

Aldersův test je působení tlaku v oblasti největší bolesti a zároveň přesouvání těhotnou na levý bok, pokud bolest nepomine, nejspíš se jedná o apendicitidu (HALADA, 2011).

Sítkovského příznak je převrácení na pravý bok a bolest se objeví v ileocekální krajině, to svědčí o apendicitidě (HALADA, 2011).

Tyto způsoby mohou zásadně pomoci k diagnóze, byť i sloužící k vyřazení gynekologické problematiky (HALADA, 2011).

Mezi porodníky a chirurgy je nepsaná úmluva, že lepší zbytečná operace než nejistá diagnostika (ČECH, 2006).

Třebaže lokalizace bolesti břicha stanoví první kroky v diagnostice, následující doprovodné znaky a příznaky mají též prediktivní význam pro některé příčiny bolesti břicha, které mohou pomoci specifikovat diferenciální diagnostiku. Celkový stav těhotné ženy a vitální funkce mohou pomoci v upřesnění diferenciální diagnostiky (CARTWRIGHT, 2008).

### **1.8.5 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA**

Při diferenciální diagnostice je zapotřebí vyřadit torzi ovarii, pyelonefritidu, cysty a aseptickou nekrózu myomu. Také to může být cholelithiáza, akutní cholecystitida, nefrolitiáza, akutní pankreatitida, akutní cystopyelonefritida, adnexitida, biliární kolika, perforovaný vřed duodena, zácpa, infekce močových cest, děložní činnost, epigastrická bolest u hrozící eklampsie nebo HELLP syndromu, mimoděložní těhotenství či hrozící potrat. V rámci diferenciální diagnostiky by mělo proběhnout chirurgické i urologické konzilium (ROZTOČIL, 2008), (HALADA, 2011), (KAŠČÁK, 2012).

## **1.9 VYŠETŘOVACÍ METODY**

Mezi zobrazovací metody patří ultrasonografie, magnetická rezonance, počítačová tomografie (GAMBALA, 2008).

Základní vyšetřovací metodou při stanovení diagnózy apendicitidy v průběhu těhotenství je ultrasonografie. Ultrasonografie tvoří významný diagnostický způsob při nejednoznačném klinickém obrazu náhlé příhody břišní u těhotných žen. Zobrazovací metody aplikované v těhotenství musí být ověřené pro těhotnou ženu i pro plod, z toho důvodu je nejjistější ultrasonografie. Ultrazvukové vyšetření je zásadní pro hodnocení vitality plodu (ZONČA, 2015). V graviditě je ultrasonografie metodou první volby. Ultrasonografie je považována za metodu naprosto bezpečnou, levnou a okamžitě dosažitelnou nejenom pro gravidní ženy. Nevýhodou při ultrasonografii může být obezita pacientky (KOVÁROVÁ, 2013).

*Zobrazující metody využívající ionizující záření mají být využity jen v nezbytném případě. Musíme myslet na možné účinky ve formě chromozomálních mutací, neurologických abnormalit, mentální retardace a zvýšené riziko rozvoje leukémie u dětí. Expozice dávkou nižší než 50 mGy není asociována se zvýšeným výskytem fetálních anomálií nebo abortu. Dávky vyšší než 200 mGy během organogeneze (ve 2. - 8. týdnu gravidity) mohou indukovat anomálie nebo růstovou retardaci. V 8. až 12. týdnu gestace mohou dávky vyšší než 500 mGy způsobit těžkou mentální retardaci. V 16. až 25. týdnu gestace pak mentální retardaci mohou způsobit již dávky 250 mGy a vyšší (ZONČA, 2015, str. 7).*

K zachycení patologického děje je dostupná skupina postupů využívajících ionizující záření. Lze provést nativní snímek břicha, který se provádí v poloze na boku, nebo ve stoje pomocí počítačové tomografie břicha a malé pánve. CT břicha a malé pánve směřuje k pohlcení dávek cca 17-25 mGy. Rovněž je tato dávka pokládána za bezpečnou, navzdory tomu se mnohdy poukazuje na možný teratogenní účinek nebo zvýšené riziko zrodu hematologických onemocnění. Riziko zrodu leukémie vzrůstá v případě vystavení pacientky v období těhotenství (ZONČA, 2015). Velkým problémem a strachem maminek je radiační záření. Opatrnost se přikládá v I. trimestru gravidity, jelikož vzniká významná organogeneze. Před vyšetřením CT se vždy jedná opatrně a individuálně (KOVÁROVÁ, 2013).

Další zobrazovací metodou je magnetická rezonance (MRI). *Katz ve své práci udává, že během posledních 20 let nebyl na klinických nebo laboratorních studiích zdokumentován škodlivý efekt MRI využívající magnetické pole 1,5 T nebo menší. Přesto americký National Radiological Protection Board doporučuje nepoužívat MRI v prvním trimestru gravidity (ZONČA, 2015, str. 7).* V současné době jsou používány MRI generující magnetické pole vyšší, než je 1,5 T. Kontrastní látky užívané při MRI procházejí placentární bariérou. Jejich eventuální následek na plod dosud není zřejmě posouzen (ZONČA, 2015).

## **1.10 LÉČBA**

Akutní apendicitida v graviditě má jen jednu možnost léčby a to pouze operační. Konzervativní léčba je chápána v mnoha situacích, jako kontraindikace. Příčinou je vyšší riziko perforace apendixu a zrodu dalších komplikací, což je

předčasná děložní činnost, nebo úmrtí plodu. Autoři zmiňují, pokud je možné operaci odsunout na období příhodné pro plod i matku, ať se tak uskuteční. Během I. trimestru je plod nejvíce ohrožen hypoxií, teratogenitou anestetik a případným spontánním potratem. Naproti tomu je II. trimestr příznivější. Ve III. trimestru je už děloha relativně rozměrná, avšak operační vstup je poněkud technicky obtížný. Během III. trimestru je dokonce nejzávažnější riziko předčasného porodu (JANDÍK, 2011), (KOVÁROVÁ, 2013).

Indikaci operace má v intervenci lékař chirurgie. Technika vykonání apendektomie záleží především na jeho zkušenostech a dovednostech. Měl by brát ohled na odlišnost techniky operace gravidních žen na rozdíl od normální populace a podle toho zvolit správný operační přístup. Významná je informovanost těhotné ženy o postupu a provedení operace, a důležité je informovat o možných rizicích. Během operace je vyšší riziko pro plod, kdy po 24. týdnu gravidity naroste možnost předčasného porodu dokonce třikrát. Nicméně daný postup bez intervence léčby může vzrůst ve vážné následky pro plod i matku (LAKYOVÁ, 2008), (KOVÁROVÁ, 2013), (SAGES, 2011)

V I. a II. trimestru je laparoskopický zákrok nejpříjemnější. Během III. trimestru by měl lékař rozhodnout pravděpodobněji o otevřeném způsobu apendektomie (LAKYOVÁ, 2008). V průběhu otevřeného vstupu k appendixu postupuje chirurg pomocí kožního, příčného řezu v prostoru největší bolesti, neboli dolní střední laparotomií, jenž bývá užívána zvláště společně s císařským řezem, či při nepřesné diagnóze. Především bývá indikací už vzniklá peritonitida a kontraindikace laparoskopie (KOVÁROVÁ, 2013).

*Akutní apendektomie je nejčastější indikací akutní operace. Incidence se pohybuje od 0,05% do 0,13%, tato incidence odpovídá i výskytu u normální populace (ZONČA, 2015, str. 8).*

Laparoskopie zároveň může být uplatněna v nejasných situacích ke specifikaci diagnózy (NINGER, 2013).

### 1.10.1 ČASOVÁNÍ OPERACE

U náhlých operací je termín operačního výkonu jasný. U volitelných zákroků je situace odlišná, v případě nezbytnosti zhotovení zákroku v průběhu gravidity se jeví jako nejvhodnější II. trimestr gravidity. První trimestr je riskantní vzhledem k možnosti spontánního abortu a možným rizikům podávaných léků včetně anestetik. A ve třetím trimestru vzniká zvýšené riziko předčasného porodu. Tento typický pohled byl uveřejněn především ve starších pracích, které vystupovaly z rozboru laparotomických zákroků pro náhlé příhody břišní u gravidních žen (ZONČA, 2015).

*Podle současných doporučení Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) a s odvoláním se na výsledky recentních studií lze vykonávat laparoskopickou chirurgii bezpečně v průběhu kteréhokoliv trimestru gravidity bez zvýšeného rizika pro matku či plod (ZONČA, 2015, str. 7).*

Léčba je vždy chirurgická, bez ohledu na trvání těhotenství. V situaci, kdy chceme těhotenství udržet a diagnostikujeme zvětšenou děložní dráždivost, aplikujeme pooperačně uterolytika. Při apendicitidě v těhotenství okolo termínu porodu je postupem léčby apendektomie v přímé souvislosti na císařský řez. Při každém císařském řezu revidujeme místo okolo apendixu a při projevu akutního či chronického zánětu apendixu neoddalujeme apendektomii (ČECH, 2006).

Mezi operační techniky patří otevřená a laparoskopická apendektomie. Vstup pro otevřenou apendektomii je dolní střední laparotomie. Neboli střídavý řez, transrektální popřípadě pararektální přístup. Laparoskopická apendektomie vstupuje pomocí trokaru v pupku, a pracovní trokary v levém i v pravém podbříšku (SCHUMPELICK, 2013).

### 1.10.2 LAPAROSKOPICKÁ CHIRURGIE

Laparoskopický zákrok u gravidních žen s sebou přináší určité výhody jako u veškeré populace. Výhody jsou kratší hospitalizace, menší spotřeba analgetik, rychlejší zotavování, menší hrozba infekce a rozpad operační rány. U laparoskopického přístupu se zmenšuje riziko vzniku respirační deprese u plodu, důsledkem nižšího pooperačního podání analgetik. Dochází k menší přítomnosti hypoventilace matky v pooperační fázi. Laparoskopie v graviditě je všeobecně

přijatelná coby bezpečná, stále jsou v literatuře ale i v praxi přístupné informace o pooperační ztrátě plodu (ZONČA, 2015).

Operační pozice gravidní ženy na zádech je omezená kvůli náporu dělohy s plodem na dolní dutou žílu. Tím vzniká pokles venózní obnovy srdečního výdeje a tím i pokles perfuze placentou. Z tohoto hlediska je lepší poloha šikmá a ta je vykonána selektivně, podle kvadrantu, ve kterém operujeme (ZONČA, 2015).

Při císařském řezu je nutné zkontrolovat okolní orgány a u podezření na zánětlivý proces, byť u chronického nebo akutního zánětu, je třeba apendix odstranit. Jestliže jsou známky pro apendicitidu, tudíž se císařský řez s apendektomií navrhuje jedině v termínu porodu a to pouze v ohrožení plodu (ČECH, 2006), (HALADA, 2011).

### **1.10.3 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA**

Tokolytika jsou léky tlumící děložní činnost. Všeobecně platí, že tokolytika se podávají při projevu předčasného porodu, během vyššího týdne gravidity, nebo v průběhu operace. Tokolýza by měla proběhnout perioperační od 24. týdne gravidity. Mnoho tokolytik je podáváno nepřetržitě v infuzi. Upřednostňují se beta-mimetika. Kontraindikací podávání tokolytik jsou srdeční vady, diabetes mellitus, předčasné odlučování lůžka (ČECH, 2006), (LAKYOVÁ, 2008), (ROZTOČIL, 2008).

Antibiotická léčba by se měla dávat při podezření na gangrenózní, nebo i perforovaný apendix. V těhotenství je potřeba dávat pozor na teratogenní účinek ATB. Navrhují se podávat ATB ze skupiny penicilinu, cefalosporinu. Při alergii na penicilinovou řadu podáváme makrolidy. Kontraindikací z řady ATB je tetracyklin z důvodu poruchy růstu kostí, chinolonin z důvodu nemoci kloubů a streptomycin způsobuje hluchotu. Dále se vyhýbáme ATB s řady doxycyklinu a aminoglykosidu, ty podáváme pouze u život ohrožujících nemocí (KOVÁROVÁ, 2013), (KOLIBA, 2008).

Anestezie u gravidních žen by měla být pravděpodobněji celková či místní. Jestliže se uskutečňuje císařský řez s apendektomií, tudíž je vhodné zahájit císařský řez místní anestezii pro vybavení plodu a nato navázat celkovou anestezii kvůli



apendektomii. Pozice těhotné ženy kvůli operaci by měla být na zádech s podložením levého boku o 15-30° (KOVÁROVÁ, 2013), (SAGES, 2011).

Použití analgetik v graviditě zapříčiňuje konkrétní omezení z důvodu obavy a případné teratogenity plodu. K pravidlům podávání analgetik patří vybrání nejnižšího terapeutického účinku, užívání po co nejkratší dobu a velmi dobře zvážit jeho použití. Prakticky je nutno rozmyslet si prospěch léku pro matku i plod. Nicméně neléčená bolest vede ke stresu těhotné ženy, k nepohodlí, které pak negativně směřuje do průběhu těhotenství. Lékem první volby ve formě analgetik u gravidních žen je paracetamol. Do řady paracetamolu patří Panadol, Paralen, Perfalgan v injekční formě. Je dokázáno, že 1 g Perfalganu je shodný 10 mg morfinu, proto se Perfalgan podává krátkodobě, v dávce po 4–6 hodinách v infuzi. Účinek Perfalganu nastává do 10–20 minut. Mezi další krátkodobou léčbu bolesti patří směs paracetamolu s kodeinem (Korylan) nebo s tramadolen (Zaldiar) či s kofeinem (Paralen extra). Předepsaná denní dávka bez průkazu hepatotoxicity je do 4 g. Další volbou analgetik je metamizol, tam patří Novalgin. Jeho užití je potřeba dobře zvážit, především u žen s atopickým ekzémem, astma bronchiale a u alergiček. Je rovněž kontraindikací během III. trimestru. Dávkování Novalginu je 1-2 tablety (500-1000 mg) po 4-6 hodinách, nebo intravenózně 1000 mg po 6 hodinách. Při slabé bolesti můžeme podat antirevmatika, do nichž patří kyselina acetylsalicylová. Kyselina acetylsalicylová má účinek analgetický, antipyretický, antitrombotický. V I. i II. trimestru se podává po malých dávkách, ve III. trimestru je kontraindikována i s nesteroidními antiflogistiky. Dále mezi antirevmatika patří ibuprofen a diklofenak, ty mají krátkodobý účinek a mohou se užívat pouze ve II. trimestru. Mezi spolehlivé léky patří podávání opioidů, pouze v krátkodobém intervalu a při silné bolesti, které nelze utlumit neopioidními analgetiky (NOSKOVÁ, 2011).

V průběhu operace je důležité vyvarovat se manipulací s dělohou, chránit její dostačující perfuzi, vyhnout se hypotenzi, pozorovat ventilační a kardiovaskulární funkce (KOVÁROVÁ, 2013).

## **1.11 KOMPLIKACE**

Autoři se shodují, že nejčastější a nejzávažnější komplikací u apendicitidy v graviditě je spontánní potrat, sepse, abrupce placenty, předčasná děložní činnost

či úmrtí plodu, mezi další vážné komplikace patří perforace apendixu, absces, pyelflebitida, srůsty, pooperační komplikace (ČECH, 2006), (HLISTOVÁ, 2015).

Rizikové faktory po proběhlé apendektomii jsou gestační věk, nejrizikovější je operace kolem 24. týdne. Dalším faktorem je rozestup mezi prvním příznakem a operací, počtu leukocytů a výskyt perforace apendixu (HLISTOVÁ, 2015).

Zvýšené riziko perforace je spojeno s opožděným chirurgickým zákrokem, které vede k přítomnosti dalších mnoha komplikací, obsahujících především předčasný porod, potrat a četné mateřské infekční komplikace. Časná diagnostika tudíž může jasně zlepšit perinatální výsledky (HLISTOVÁ, 2015).

Perforace gangrenózního apendixu a vznik difúzní peritonitidy, jedna z nejzávažnějších pooperačních komplikací. Nutná urgentní operace. Jedná se o zánětlivé srůsty v dutině břišní, které vznikají několik měsíců po operaci. Výskyt perforace gangrenózního apendixu je 25% v těhotenství. Pokud je operace zpožděna o více než 24 hodin, výskyt se zvyšuje na 66%. Další komplikace apendicitidy v graviditě je periapendikální absces, což je zánět v oblasti pánve. Projevuje se horečkou, změnou tepu, schváceností, bolestivou rezistencí v podbříšku. Periapendikální infiltrát se objevuje u pacientů s méně virulentní infekcí a schopností zánět ohraničit. Projevy se objevují se po 1 – 2 dnech trvání, když se zánět červu přilepí k omentu. Hmatný je jako rezistence v pravém podbříšku. Pyleflebitida je trombóza žil mezenteriola, může šířit do vena portae a způsobit jaterní abscesy (SLEZÁKOVÁ, 2010), (TAYLOR, 2014).

Komplikace vzniklé u laparoskopické apendektomie jsou způsobeny již užitím laparoskopické techniky. Může dojít k poranění cév, struktur břišní stěny. Na vznik komplikací mají vliv i jiné faktory, jako jsou věk, pohlaví, zdravotní stav (NINGER, 2013).

Přítomnost komplikací je zároveň porovnatelná. Při použití laparoskopického vstupu je menší přítomnost časných infekcí a naopak je vyšší přítomnost nitrobřišních abscesů (NINGER, 2013).

Nebezpečí předoperačního anebo pooperačního krvácení závisí na postupu laparoskopické apendektomie, zda v průběhu nedošlo k protnutí mezenteriola apendixu. Četnost krvácivých komplikací je v literatuře při laparoskopii udávána v rozmezí 0-3 %. Velké krvácení po laparoskopii, kterému nelze zabránit

konzervativní léčbou, je potřeba zahájit rychlou operaci. Opakovaný přístup je možno vykonat laparoskopicky nebo laparotomicky. Předpokladem k laparoskopické kontrole je zřejmě vysoká znalost operujícího chirurga (NINGER, 2013).

Zde jsou nejzávažnější zánětlivé komplikace laparoskopické apendektomie. Patří sem infekce s výskytem 0-2,5 %, nitrobršíšní abscesy, které se vyvíjejí po laparoskopické apendektomii jako důsledek zateklého infekčního výpotku do pánve. Následkem nitrobršíšních abscesů je infikovaný pooperační hematoma. Další zánětlivou komplikací je vliv nedostatečnosti pahýlu s četností 0-5 %. Opakovaným následkem infiltrátu je pooperační ileózní situace s přítomností 0,5-20 %. Zánětlivé problémy během laparoskopické apendektomie jsou propojeny s rizikem vzestupu nebezpečného septického stavu. Z toho důvodu na něj musíme pokaždé myslet a léčba musí být zahájena ihned. Léčba nitrobršíšních septických komplikací v průběhu laparoskopické apendektomie potřebuje multidisciplinární postoj. Zahrnuje celkovou péči, léčbu případné orgánové dysfunkce, antimikrobiální terapii, nutriční posilu, imunomodulaci a ventilační pomoc. Důvodem této terapie je dohled na sekundární a terciální defekt a profylaxe multidisciplinárního selhání (NINGER, 2013).

Zrod komplikací laparoskopické apendektomie je významná spolehlivost předoperační diagnostiky, především moudré stanovisko chirurga (NINGER, 2013).

V období pozdních pooperačních komplikací sem patří zánětlivé srůsty, které vznikají až několik měsíců po operaci a vedou k neplodnosti žen. Dále se mohou vytvořit kýly, fistuly či nekrózy (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Apendicitida v graviditě ohrožuje matku i plod z několika důvodů:

- I. Některé symptomy apendicitidy mohou být prisuzovány k rané graviditě – nauzea, zvracení, zástava plynů a stolice, zvýšená pulzová frekvence, mírně zvýšená tělesná teplota nepřekračuje 37,5°C.
- II. V II. trimestru gravidity zanícený appendix podléhá gangréně, kvůli zvýšené vaskularizaci a hormonálním účinkům.
- III. Mění se polohové poměry břišních orgánů. Zvětšující se děloha zamezuje rozvoji infekce na nástěnné peritoneum čelní břišní stěny. Proto se nemusí vytvořit důležitý příznak, což je stažení svalů břišní stěny. Svalový neklid postrádáme při pánevním umístění popřípadě retrocékálním umístění červovitého přívěsku. Tedy nelze použít patříčné Pléniésovo, Blumbergovo, Rovsingovo znamení.

- IV. Během rané gravidity může být charakteristická bolest kolem pupku a v nadbříšku a ta se běžně do 6 hodin přemísťuje do okruhu McBurneyova bodu. Avšak už ve 3. a 4. měsíci se tento bolestivý okruh přesouvá nahoru a lokalizuje se do místa lopaty kyčelní kosti. Horní hrany kyčelní kosti dosáhne počátkem 5. měsíce.
- V. Zvětšování dělohy během 3 měsíců gravidity vypuzuje hnisavý apendix směrem nahoru, na stranu a dozadu, a umísťuje se s dělohou do těsného poměru. Apendicitida může být považována za žlučňíkovou koliku či pyelonefritidu. Je pozoruhodné, že při vytlačení apendixu je bolest stejně lokalizována v pravém podbříšku.
- VI. Infekce ze zhnisaného apendixu může přestoupit na plod, dokonce v 50 % ho může zahubit.
- VII. Vaginorektálním vyšetřením můžeme pomoci při určení správné diagnózy.
- VIII. Při pánevním umístění zhnisaného červovitého přívěsku je příznivý obturátorový signál. Obturátorový signál je flexe a vnitřní rotace pravé dolní končetiny. Při retrocekálním uložení setrvává psoatové znamení, jenž se přesto ztrácí při značně vysoko lokalizované apendicitidě.
- IX. Určení počtu leukocytů a sedimentace erytrocytů nemá v graviditě dostačující stvrzující hodnotu, protože tyto dva parametry výrazně vzrůstají v průběhu gravidity (GAMBALA, 2008), (LAKYOVÁ, 2008).

## **1.12 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

V ošetrovatelské péči se zabýváme předoperační a pooperační péčí.

### **1.12.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE**

V předoperační péči je potřeba důkladná informovanost pacientky (KOVÁROVÁ, 2013).

Laboratorní příprava zahrnuje odběry krve. Především KO, biochemické hodnoty, zánětlivé markery, dále odběr moče, HCG pro určení gravidity (KOVÁROVÁ, 2013).

Do tělesné přípravy patří anesteziologické a interní předoperační vyšetření, chirurgické konziliární vyšetření, ultrazvuk, monitorace plodu i matky, příprava

operačního pole, zajištění i. v. vstupu. Prevence tromboembolické nemoci pomocí aplikace nízkomolekulárního heparinu a bandáží dolních končetin. Nutnost aplikace kortikoidů v rozmezí 24 až 34. týdne gravidity. Pacientka před výkonem nesmí přijímat do operace nic per os (KOVÁROVÁ, 2013), (SAGES, 2011).

Medikamentózní příprava zahrnuje léky k premedikaci, popřípadě i ATB, a podávání tekutin parenterálně.

### **1.12.2 POOPERAČNÍ PÉČE**

Bezprostřední péče je 2 – 4 hodiny po výkonu. Pacientka po operaci je uložena na JIP či ARO, kde monitorujeme základní fyziologické funkce: TK, P, D, TT, SpO<sub>2</sub>, vědomí po 15 minutách. Po stabilizaci pacientky po 1 hodině. Sledujeme operační ránu, odpady do drénu, krvácení operační rány, projevy bolesti, nauzeu, zvracení, celkový stav pacientky. Zajišťujeme parenterální podání tekutin. Po operaci provedeme UZ plodu a dále sledujeme ozvy plodu 6x denně (VACHTOVÁ, 2009).

Krátkodobá péče je stanovena na 24 hodin po výkonu. V krátkodobé péči sledujeme vyprazdňování močového měchýře, které by se mělo uskutečnit 6 – 8 hodin po výkonu. Dále sledujeme operační ránu, odpady do drénu, krvácení, TK, P, D, TT, SpO<sub>2</sub>, vědomí. Tišení bolesti podle ordinace lékaře. Nadále se pokračuje v infuzní terapii a dle stavu pacientky je možné podávání čaje po lžičkách. Staráme se o bezpečnost pacienta, důkladnou informovanost o výkonu, o průběhu hospitalizace (VACHTOVÁ, 2009).

Dlouhodobá péče je v rámci oddělení gynekologie či chirurgie. Dlouhodobá péče zahrnuje prevenci komplikací, tišení bolesti, zajištění polohy a pohybového režimu, hygienickou péči, výživu, vyprazdňování, péči o operační ránu, péči o drén, péči o odpočinek a spánek a zajištění psychosociálních potřeb. Po operaci provedeme UZ plodu (VACHTOVÁ, 2009).

1. Prevenci komplikací předcházíme sledováním základních fyziologických funkcí: TK, P, D, TT, SpO<sub>2</sub>, vědomí, vitality plodu, krvácení, obtíží s vyprazdňováním, dodržováním aseptických postupů při ošetřování operační rány.
2. Tišení bolesti provádíme přiměřeným způsobem vzhledem ke graviditě.
3. Pohybový režim dle stavu pacientky. První stávání se sestrou, dopomoct s polohováním, posazením. Nutná je včasná mobilizace v rámci prevence TEN.

4. Hygienická péče v prvních dnech po operaci s dopomocí, dále jí pacientka zvládá samostatně. Důležité je dávat pozor na invazivní vstupy.
5. Výživa je podávána dle stavu pacientky. Pacientka po operaci dostává dietu 0S, druhý den po operaci začíná postupné zatěžování GIT dietou č. 0. Třetí pooperační den je dieta č. 1. Čtvrtý den již pacientka dostává dietu č. 2, kterou bude dodržovat 3 týdny, poté naváže na normální stravu s omezením nadýmavých potravin po dobu 6. týdnů.
6. K vyprazdňování tlustého střeva dochází s postupným zatěžováním GIT a obnovením peristaltiky, odchod plynů do 48 hodin a stolice do 72 hodin. Sledujeme první odchod moče po výkonu a sledujeme příjem a výdej tekutin.
7. Péče o operační ránu. Kontrolujeme okolí rány, zda tam není zarudnutí, krvácení. Převas provádíme 1. den po operaci nebo dle potřeb. 2. – 3. den překrytí rány tekutým obvazem. Odstranění stehů se provádí 7. – 10. den po operaci.
8. Po laparoskopických výkonech je zaveden Redonova drenáž. Podstata Redonova drénu je v podtlaku odsávání sekretu do nádoby. Důležitá je péče, kontrola funkčnosti, množství a vzhled odsátého sekretu. Drenáž se odstraňuje 1. - 2. pooperační den.
9. Kontrola plodu. Kontrolujeme vitalitu plodu, ozvy pomocí CTG a UZ.
10. Péče o odpočinek a spánek spočívá v zajištění dostatečného tlumení bolesti.
11. Zajištění psychosociálních potřeb. Dostatečná informovanost pacientky, uklidnění a kontakt s rodinou.

### **1.13 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY**

U většiny žen gravidita probíhá bez vážných příhod a komplikací. U některých žen se objevují komplikace, které ohrožují jak zdravotní stav těhotné pacientky, tak plodu. Některé potíže vznikají úplně nečekaně. Včasná a pravidelná prenatalní péče připouští lékaři či porodní asistence určit rizikové faktory ohrožující ženu. U těhotných žen, které nenavštěvují prenatalní porodny pravidelně, mohou vzniknout komplikace, které jsou vážné, zejména proto že nebyly zavčasu identifikovány. Gravidita zatížena komplikacemi má stresový dopad na těhotnou ženu. Porodní asistentka získává od těhotné pacientky důležité informace o nemoci, které zdokumentuje a předá lékaři (DUŠOVÁ, 2009).

## 2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Gravidní pacientka XX 24. let, II/II, ve 13. týdnu gravidity, přišla dne 8. 12. 2015 na gynekologickou ambulanci pro zhoršující se bolest v pravém podbříšku bez propagace. Od večera nepřijímá nic per os, zvracela 3x, průjmovitá stolice, problémy s močením nemá, nekrvácí, má třesavka se zvýšenou TT.

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:

Jméno a příjmení: XX

Pohlaví: Žena

Datum narození: 1991

Věk: 24

Adresa trvalého bydliště: Praha

Rodné číslo: XXXXXX/XX

Pojišťovna: 211

Vzdělání: Středoškolské s maturitou

Zaměstnání: Učitelka v mateřské škole

Rodinný stav: Vdaná

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 8. 12. 2015

Kontaktní osoby k podávání informací: Manžel XY, telefon: XXXXXXXXXX

Nemocnice: Gynekologicko-porodnická klinika

Oddělení: G5 – Oddělení rizikového těhotenství

Medicínská diagnóza: Dolores hypogastrii, suspektní apendicitis acuta

**DŮVOD PŘIJETÍ UDÁVANÝ PACIENTKOU:** „Od včerejšího dopoledne mám bolest v podbříšku, večer se přidalo zvracení a průjem, během noci zvýšená tělesná teplota.“

**MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA HLAVNÍ:** Dolores hypogastrii, suspektní apendicitis acuta při graviditě

**MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA VEDLEJŠÍ:** Žádné

### **FYZIOLOGICKÉ FUNKCE:**

Krevní tlak: 120/70

Puls: 86/min

Dech: 20/min

Teplota: 37,9°C

Vyprazdňování močového měchýře: spontánní

Vyprazdňování tlustého střeva: pravidelná defekace, poslední stolice: 8. 12. (průjmovitá)

### **STAV VÝŽIVY:**

Výška: 170 cm

Hmotnost: 60 kg

BMI: 20,76

### **HODNOCENÍ BOLESTI:**

Bolest: ANO

Typ bolesti: akutní

Charakter bolesti: somatická

Kvalita bolesti: bodavá

Časový horizont: 2 dny

Faktory snižující bolest: úlevová poloha

Faktory stupňující bolest: pohyb

Intenzita bolesti: 6 na numerické škále bolesti

Lokalizace bolesti: v pravém, dolním kvadrantu břicha



## **ANAMNÉZA:**

### **RODINNÁ ANAMNÉZA:**

#### **Rodina od ženy:**

Matka: ledvinové kameny

Otec: zdrav

Sourozenci: 2 sestry, ani jedna není sledována pro nemoc, zdravý

Děti: Děvče (2013, zdravo)

Dědeček: stařecký DM

Babička: nízký TK

#### **Rodina od partnera:**

Partner: lehká hypertenze

Matka: hypertenze

Otec: zdrav

Sourozenci: Sestra – při porodu preeklampsie

Dědeček: zemřel v 45 letech na infarkt

Babička: hypertenze, tromboflebitida

### **OSOBNÍ ANAMNÉZA:**

Infekční onemocnění: nejuje

Běžné dětské nemoci: prodělala

Krevní náhrada: nejuje

Očkování: běžná preventivní očkování

Vrozené vývojové vady: nejuje

Jiné onemocnění: nejuje

Alergie: nejuje

Abúzus:           Alkohol: nejuje

                          Kouření: nejuje

### **GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA:**

Menarche: ve 14 letech

Cyklus: pravidelný, 28/4

Intenzita, bolestivost: silná, bolesti středně silné

Poslední menstruace: 7. 10. 2015

Poslední preventivní vyšetření: březen 2015

Antikoncepce: momentálně neužívá, užívala ji od 16 let do 19 let.

Těhotenství: 2

Porody: 1

Spontánní porod: 2013 ve 39+4 týdnu gravidity, děvče 3450 g, 49 cm

Potravy: neudává

UPT: neudává

GEU: neudává

Samovyšetření prsou: provádí občas

### **LÉKOVÁ ANAMNÉZA:**

Pacientka neudává žádné léky.

### **ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA:**

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

### **SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:**

Rodinný stav: vdaná

Bytové podmínky: velmi dobré, žije v domě

Vztahy, role a interakce: společná domácnost s manželem a dcerou

Záliby: divadlo, čtení, cvičení

Volnočasové aktivity: procházky se psem a dcerou, cvičení ve fitness centru

#### **PRACOVNÍ ANAMNÉZA:**

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Zaměstnání: učitelka v mateřské škole

Čas působení: 4 roky

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: velmi dobré

#### **SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA:**

Pacientka nevyznává žádné náboženství.

#### **FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ ZE DNE 8. 12. 2015 PŘI PŘÍJMU NA GYNEKOLOGICKÉ ODDĚLENÍ:**

Pacientka měří 170 cm, váží 60 kg, BMI 20,76. Vzhledově upravená. Pacientka při vědomí, GCS 15 bodů (tabulka v příloze). P: 86´ pravidelný, TK: 120/70 normotenze, D: 20/min eupnoe, pravidelný, TT: 37,9°C subfebrilie.

#### **HLAVA A KRK**

**Hlava:** tvar lebky je mezocefalický, hlava nebolestivá, bez deformit.

**Oči:** vidí dobře, zornice izokorické, bez zarudnutí, oční štěrby jsou souměrné, bulvy ve středním postavení, spojivky růžové, skléry bílé, víčka nepokleslá.

**Dutina ústní:** rty jsou souměrné, růžové bez známek cyanózy, vlhké, jazyk vlhký, bez povlaku. Chrup vlastní, bez známek zánětu.

**Uši:** slyší dobře, bez výpotku.

**Nos:** bez výpotku.

**Krk:** souměrný, šíje volná, pulzace karotid hmatná, štítná žláza na pohled nezvětšená, tonzily nezvětšené, lymfatické uzliny nezvětšeny.

## **HRUDNÍK**

Symetrický, kůže bez abnormálních změn, barva růžová. Dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších dechových šelestů. Srdeční krajina bez vyklenutí, akce srdeční pravidelná. Prsa symetrická, bradavky vystouplé.

## **BŘICHO**

Souměrné, kůže hladká. Břicho v pravém dolním kvadrantu bolestivé.

## **HORNÍ KONČETINY**

Hybnost normální, nehtová lůžka růžová, souměrné bez deformit. Kůže teplá, pružná. Periferní pulzace hmatná, svaly nebolestivé.

## **DOLNÍ KONČETINY**

Hybnost normální, souměrné bez deformit. Varixy žádné, otoky žádné. Klouby volně pohyblivé, svaly nebolestivé. Reflexy v normě.

Pánevní rozměry:

Distantia bispinalis: 25,5 cm

Distantia bicristalis: 28,1 cm

Distantia bitrochanterica: 31,8 cm

Conjugata externa: 19,7 cm

## **PÁTEŘ**

Fyziologicky zakřivená, pohmatem ani poklepem nebolestivá.

## **Informace získané objektivním pozorováním**

Pacientka je orientovaná osobou, místem a časem, pozornost udržuje úmyslnou, oční kontakt udržuje, chápe myšlenky a otázky, řeč plynulá, dobrá slovní zásoba.

## **VÝSLEDKY ZE DNE 8. 12. 2015**

## **ODBĚR KRVE**

**Krevní skupina a Rh faktor:** 0 Rh pozitivní

### **Krevní obraz:**

LEU: 28,2 x 10<sup>9</sup>/l

ERY: 4,80 x 10<sup>12</sup>/l

HB: 134g/l

TROM: 218 x 10<sup>9</sup>/l

## **BIOCHEMIE**

### **Minerály:**

Na: 137 mmol/l

K: 4,2 mmol/l

Chloridy: 102 mmol/l

### **Dusíkaté metabolity:**

Urea: 2,82 mmol/l

Kreatin 50 μmol/l

### **Enzymy:**

ALT: 0,27 μkat/l

AST: 0,38 μkat/l

### **Sérum:**

Bilirubin: 10 μmol/l

### **Proteiny:**

CRP: 86 mg/l

### **Hormony:**

HCG:196 824 IU/L

## **ODBĚR MOČE**

### **Močová kvalita:**

Hustota: 1004,0 kg/m<sup>3</sup>

pH: 6,9

### **Močový sediment:**

LEU: 4,2 x 10<sup>6</sup>/l

ERY: 4,1 x 10<sup>6</sup>/l

Epitelie: 3,6 x 10<sup>6</sup>/l

Bakterie: 8,6 x 10<sup>6</sup>/l

Kvasinky: 0,0 x 10<sup>6</sup>/l

## **VYŠETŘENÍ ZE DNE 8. 12. 2015**

### **GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ + UZ BŘICHA, KONZILIÁRNÍ VYŠETŘENÍ:**

#### **GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ**

Potvrzující graviditu 13+2, plod vitální, gynekologická příčina bolestí nepravděpodobná.

Ordinace lékaře: nic per os, chirurgické konziliární vyšetření, poté interní vyšetření, anesteziologické vyšetření. Zajištění žilního vstupu, podání infuze 1000ml Isolytu i. v., Indometacin 50 mg supp., Torecan 1 amp i. v. při zvracení.

Závěr: normální gynekologický nález, suspektní akutní apendicitida.

#### **SONOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ CELÉHO BŘICHA**

Hůře přehledný terén, kvůli zvětšené děloze, bez jistého průkazu volné tekutiny v dutině břišní. Přiměřený nález na játrech, žlučníku, žlučovými cestách, pankreatu, slezině, ledvinách, močovém měchýři. Střevní kličky bez zjevné patologie. Appendix spolehlivě nediferencován.

Závěr: Suspektní akutní apendicitida

## **CHIRURGICKÉ KONZILIÁRNÍ VYŠETŘENÍ**

Pacientka vyšetřena, proveden UZ. Potvrzující akutní apendicitidu.

Pacientka lačná, informovaná o zdravotním stavu, po domluvě s lékařem přijata na oddělení rizikového těhotenství k operačnímu řešení.

Závěr: Akutní apendicitida

## **ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ V RÁMCI PŘEDOPERAČNÍHO VYŠETŘENÍ:**

### **EKG:**

Sinusový rytmus, f 54/min, 1 SVES, PQ 0,13, QRS 0,07, QTc 0,45.

Normální křivka.

## **POSOUZENÍ PACIENTKY PROVEDENO DLE TŘINÁCTI DOMÉN TAXONOMIE II NANDA I 10. 12. 2015 10:00**

NANDA INTERNATIONAL. 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice & klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

### **1. PODPORA ZDRAVÍ**

Pacientka pečuje o své zdraví pravidelnými kontrolami u lékařů. Stomatologii navštěvuje 2x ročně, gynekologické vyšetření podstupuje 1x ročně.

Během těhotenství pacientka podstoupila u gynekologa všechna důležitá vyšetření.

**Ošetrovatelský problém:** Nenalezen.

### **2. VÝŽIVA**

Pacientka nedodrží žádnou dietu. Jí pravidelně. Typický denní příjem jídla je snídaně, oběd, svačina a večeře. Denně vypije kolem 2500 ml tekutin a preferuje vodu a čaje. Pacientka váží 60 kg, měří 170 cm, BMI je 20,76.

Nyní nepocituje chuť k jídlu. Příjem tekutin je dostatečný, pije čaj.

**Ošetrovatelský problém:** Nevyvážená strava.

### 3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Pacientka problémy s močením nemá. Moč je bez příměsí a zápachu. S defekací větší problémy neměla, stolice je pravidelná 1 x denně.

Při příjmu pacientka udává průjmovitou stolicí, poslední stolice dne 8. 12 2015.

Při příjmu na oddělení na stolicí ještě nebyla, ale větry odcházejí. Problémy s močením nemá.

**Ošetrovatelský problém:** Nenalezen

### 4. AKTIVITA/ODPOČINEK

Aktivita: Pacientka cvičí pravidelně. Jednou týdně dochází do fitness centra. V zimě ráda jezdí lyžovat s manželem a v létě na procházky po horách. Odpočinek: nejlépe si odpočine při čtení knihy nebo při sledování televize.

Nyní pacientka poučena o pohybovém a klidovém režimu.

**Ošetrovatelský problém:** Nenalezen

### 5. PERCEPCE/KOGNICE

Pacientka nemá žádné problémy s vnímáním okolí. Kompenzační pomůcky neužívá. Neudává problémy se sluchem, zrakem ani s pamětí. Informace o svém zdravotním stavu má dostačující.

**Ošetrovatelský problém:** Nenalezen

### 6. SEBEPERCEPCE

Pacientka se hodnotí jako optimistická osoba. Se svým vzhledem je spokojená, stará se o svůj vzhled a je upravená. Svůj život považuje za šťastný a veselý.



Pacientka působí velmi vyrovnaně a sebevědomě.

**Ošetrovatelský problém:** Nenalezen

## **7. VZTAHY MEZI ROLEMI**

Pacientka je pyšnou maminkou své dcery a nyní se těší na nový přírůstek do rodiny. Je šťastná za svou rodinu. Miluje svého manžela a ví, že je její oporou. V práci je spokojená a v kolektivu oblíbená.

**Ošetrovatelský problém:** Nenalezen

## **8. SEXUALITA**

Pacientka nemá žádné sexuální obtíže. Menstruaci má od 14 let, v pravidelném cyklu 28/4, bolestivou silné intenzity. První těhotenství bez komplikací a porod byl spontánní bez komplikací. Potraty žádné neměla. Gynekologické onemocnění neprodělala. Poslední menstruace před 2 měsíci. Hormonální antikoncepci neužívá od těhotenství s dcerou. Toto těhotenství je její druhé. Sexuální život má pacientka s manželem pravidelný a cítí se spokojeně.

**Ošetrovatelský problém:** Nenalezen.

## **9. ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE**

Pacientka stresové situace zvládá velice dobře. Občas si stěžuje na pracovní zátěž svému manželovi, který ji vždycky psychicky podpoří. Při stresu se pacientka ráda odreagovává četbou. Problémy neodkládá, řeší je co nejdříve.

Pacientka při příjmu měla pocit strachu a nejistoty. Obávala se o své nenarozené dítě a i o své zdraví. Situaci zvládá dobře, je lehce nervózní, komunikuje bez problému. Strach zvládla, díky sestřám, lékařům a své rodině se její obavy zmírnily. Těší se domů za manželem a dcerou.

Nyní je pacientka informována o stavu a probíhajícím těhotenstvím a o stavu plodu. Pacientka udává, že se cítí klidnější než první den po operaci, díky důsledné informovanosti.

**Ošetrovatelský problém:** Strach.

## 10. ŽIVOTNÍ PRINCIPY

Nejdůležitějšími hodnotami pro pacientku jsou rodina a zdraví. Jako svůj hlavní cíl si dává pacientka mít zdravou a šťastnou rodinu. Je pyšná na svou rodinu a hlavně na svou dceru, která je na takhle dlouhou dobu odloučena od ní. Dalším cílem je pro pacientku, aby donosila zdravé dítě. Pacientka je nevěřící, nepotřebuje náboženské kontakty.

**Ošetrovatelský problém:** Nenalezen.

## 11. BEZPEČNOST/OCHRANA

Pacientka nemá na nic alergii. Pacientka má sterilně zavedený PŽK do levé horní končetiny a je sterilně kryt. Po výkonu má pacientka v dolním kvadrantu břicha operační jizvu a vstup po drénu. Operační rána je sterilně kryta. Z tohoto důvodu hrozí riziko infekce. Pacientka se v prostředí nemocnice orientuje a cítí dobře. Cítí se bezpečně a je ráda že na pokoji není sama.

**Ošetrovatelský problém:** Narušená integrita tkáně způsobená laparotomickou apendektomií. Riziko infekce z důvodu zavedení PŽK.

## 12. KOMFORT

Pacientka doma pociťovala silné bolesti břicha, a proto navštívila nemocnici.

Pacientka při příjmu uváděla silné bolesti břicha v pravém dolním kvadrantu.

Pacientka vnímá bolest přiměřeně dobře. Bolest je v okolí operační rány. Bolest je hodnocena dle numerické škály bolesti, pacientka udává bolest 6/10 numerické škály bolesti. Má naordinovaná analgetika Novalgin 2 ml i. m. po 8. hodinách. Pacientka udává zmírnění bolesti do 1 hodiny a i nadále intenzita bolesti nepřesáhne 2/10 numerické škály bolesti. Pacientka je informovaná o možnostech ovlivnění bolesti.

**Ošetrovatelský problém:** Akutní bolest.

## 13. RŮST/VÝVOJ

Pacientka měří 170 cm, váží 60 kg. BMI je 20,76 v normě. Pacientka nezpozorovala žádný velký úbytek na váze. U pacientky se nevyskytla žádná odchylka v růstu ani ve vývoji.

**Ošetrovatelský problém:** Nenalezen

## **MEDICÍNSKÝ MANAGMENT:**

### **MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA PŘED VÝKONEM:**

Ordinace lékaře: nic per os, interní vyšetření, anesteziologické vyšetření, zajištění žilního vstupu, podání infuze 1000ml Isolytu i. v., Indometacin 50 mg supp. Při bolesti Novalgin 2ml i. m.

### **CHIRURGICKÁ LÉČBA:**

Laparotomická apendektomie.

### **INVAZIVNÍ VSTUPY:**

Pacientce je zaveden PŽK do LHK dne 8. 12. 2015 při předoperační přípravě na oddělení rizikového těhotenství.

### **KONZERVATIVNÍ LÉČBA PŘED VÝKONEM:**

**Dieta:** nic per os

**Pohybový režim:** klidový

**Výživa:** nic per os, infuzní terapie

### **ANESTEZILOGICKÝ ZÁZNAM:**

Po výkonu budou pacientce měřeny FF po 15 minutách první 2 hodiny. Dále každou hodinu.

### **ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ V RÁMCI POOPERAČNÍ PÉČE:**

**Ordinované vyšetření:** odběr krve (KO, CRP).

**Výsledky ze dne 10. 12.:**

**Krevní obraz:**

LEU: 19,6 x 10<sup>9</sup>/l

ERY:  $4,64 \times 10^{12}/l$

HB: 138g/l

TROM:  $201 \times 10^9/l$

**Proteiny:**

CRP: 5 mg/l.

**MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA PO VÝKONU:**

Infuzní roztoky 2 x 1000 ml FR.

ATB – Cefazolin 1g do 100ml fyziologického roztoku i. v. na 30 minut po 8. hodinách.

Proti bolesti Novalgin 2 ml i. m. po 8 hodinách.

**KONZERVATIVNÍ LÉČBA PO VÝKONU:**

**Dieta:** 1. den po operaci dieta č. 0/S, 2. den po operaci dieta č. 0, 3. den po operaci dieta č. 1, 4. – 5. den po operaci dieta č. 2 (seznam diet v příloze).

**Pohybový režim:** pohybový a klidový režim

**Výživa:** pravidelná, dostatečný příjem tekutin

**RHB:** žádná

**SITUAČNÍ ANALÝZA:**

8. 12. 2015 v ranních hodinách byla přijata pacientka XX 24. let, II/II ve 13. týdnu gravidity. Pacientka byla přijata pro bolest v pravém podbříšku. Poslední menstruace byla 7. 10. 2015. Fyziologické funkce při příjmu: TK: 12/70, P: 86/min., Dech: 20/min., TT: 37,9°C. Pacientce byla odebrána krev na statimové vyšetření KO, koagulace, biochemie, hladina HCG, KS+Rh faktor. Lékař provedl UZ vyšetření, potvrdil graviditu 13 + 2. Pacientka byla odeslána na chirurgické konziliární vyšetření. Byla potvrzena diagnóza akutní apendicitidy. Pacientka byla indikována k laparotomické apendektomii. Pacientka byla se svým stavem obeznámena, souhlasila hospitalizací a s laparotomickou apendektomií. Po sepsání dokumentace a získání potřebných souhlasů byla pacientka odeslána na oddělení.

Dne 9. 12. v 8:30 byla provedena laparotomická apendektomie. Operace proběhla bez komplikací. Pacientka po operaci byla umístěna na JIP, kde ležela 24

hodin a zde jí byl naměřen lehce vyšší TK: 145/95 a P:110' z důvodu akutní bolesti. Na bolest podáván Novalgin 2ml i. m. Pacientka večer po výkonu si došla na WC s doprovodem, močila spontánně.

Dne 10. 12. v 10:00 pacientka byla převezena na standardní oddělení rizikového těhotenství ve stabilizovaném stavu. Fyziologické funkce při překlade TK: 130/80, P: 90', D: 18/min, TT: 36,8°C. Operační rány jsou sterilně překryty, Redonův drén odstraněn na JIP, PŽK 3. den funkční, bez známek zánětu. ATB Cefazolin 1g do 100ml fyziologického roztoku podáván i. v. na 30 minut po 8 hodinách (16 – 24), dne 11. 12 ATB (8 – 16 - 24 a dále ex). Pacientka si stěžuje na bolest, při bolesti naordinován Novalgin 2 ml i. m. á 8 hodin. Lékařem naordinovány kontrolní odběry KO a CRP na 12:00. Výsledky odběru v normě. Břicho na pohmat měkké, lehce citlivé okolo vstupu po drénu a kolem operační rány. Podávána dieta č. 0. Pacientka nemá chuť k jídlu. Je zde nevyvážená strava vzhledem k jejímu stavu. Větry odcházejí, poslední stolice 8. 12. Pacientka po překlade na oddělení vstala v doprovodu sestry. Pacientka je soběstačná, bez obtíží, poučena o pohybu a klidovém režimu. Pacientka udává strach, bojí se o své nynější těhotenství a přeje si, aby všechno dobře dopadlo.

## **STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT ZE DNE 10. 12. 2015:**

Akutní bolest  
Narušená integrita tkáně  
Nevyvážená strava  
Strach  
Riziko infekce

**Název + kód:** Akutní bolest (00132)

**Doména:** 12. Komfort

**Třída:** 1. Tělesný komfort

**Definice:** Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození či popsání pomocí termínů pro takové poškození

(Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý vzestup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem

**Určující znaky:** Změna chuti k jídlu (pacientka nemá chuť k jídlu). Změna ve fyziologických funkcích (zvýšený TK: 140/90, zrychlený P: 90'). Výraz bolesti v obličeji (při bolesti má pacientka křečovitý výraz). Vyhledávání antalgické polohy (pacientka je při bolesti v klubíčku). Vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (pacientka udává bolest 6/10 numerické škály bolesti).

**Související faktory:** Fyzikální původci zranění (laparotomický výkon).

**Cíl krátkodobý:** Pacientka udává zmírnění bolesti do 1 hodiny a i nadále intenzita bolesti nepřesáhne 2/10 numerické škály bolesti. Zná možnosti ovlivnění bolesti.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nemá bolest do dvou týdnů.

**Priorita:** Vysoká

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka pociťuje úlevu od bolesti do 1. hodiny z 6/10 na 2/10 podle numerické škály bolesti.
- Pacientka dodržuje předepsaný farmakologický režim po celou dobu hospitalizace a dále po propuštění do domácího ošetření.
- Pacientka se naučila využívat metody pro zmírnění bolesti do 24. hodin.
- Pacientka využívá relaxační techniky a rozptýlení pro zmírnění bolesti po celou dobu hospitalizace.

**Intervence:**

- Uskuteční důkladné posouzení bolesti, určí její lokalizaci, charakter – ihned – porodní asistentka.
- Určí intenzitu bolesti udávanou pacientkou, využij vzorec numerické škály bolesti – ihned – porodní asistentka.
- Zhodnotit citlivost pacientky, její chování a fyziologickou odpověď na bolest – ihned – porodní asistentka.
- Dle ordinace lékaře podej analgetika – ihned a dle ordinace lékaře – porodní asistentka.
- Zhodnotit znalost pacientky k léčbě bolesti – do 1. hodiny – porodní asistentka.
- Informuj pacientku o úlevových polohách – do 1. hodiny – porodní asistentka.

- Informuj se, zda pacientka cítí snížení bolesti po podání analgetik – do 1. hodiny – porodní asistentka.
- Pravidelně měř fyziologické funkce (TK, P, TT) – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Vše řádně zaznamenávej do dokumentace – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.

### **Realizace:**

2. den po operaci:

- V 10:30 hodin zjišťuji u pacientky intenzitu bolesti za pomoci numerické škály bolesti. Pacientka udává stupeň bolesti 6/10, stěžuje si na bolest v okolí operačních ran.
- Změření fyziologických funkcí: TK: 140/90, P:90', TT: 36,8°C, D: 18/min.
- V 11:00 hodin aplikuji pacientce předepsaná analgetika Novalgin 2 ml i.m.
- V 12:00 hodin kontrola účinnosti analgetik, pacientka udává zmírnění bolesti na 2/10 numerické škály bolesti.
- Při rozhovoru s pacientkou zjišťuji míru její informovanosti o léčbě bolesti a nedostatek informací doplňuji.
- Nabízím pacientce možnosti úlevových poloh a polohuji pacientku do polohy na boku s pokrčenými dolními končetinami směrem k břichu.
- Vše řádně zapisuji do dokumentace.

**Zhodnocení:** Cíl byl splněn, po realizaci naplánovaných postupů k odstranění bolesti, udává pacientka stupeň numerické škály bolesti 2/10. Pacientce bolest ustoupila, ale nevymizela, snaží se ležet v úlevové poloze a využívá předepsaných analgetik k tišení bolesti.

**Název + kód:** Narušená integrita tkáně (0044)

**Doména:** 11. Bezpečnost/ochrana

**Třída:** 2. Tělesné poškození

**Definice:** Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů.

**Určující znaky:** Poškozená tkáň (po laparotomickém výkonu).

**Související faktory:** Mechanické faktory (operační rány). Zhoršená mobilita (klidovým režim po operaci). Chirurgická zákrok (laparotomická apendektomie).

**Cíl krátkodobý:** Pacientky operační rána se hojí per primam, nedochází k dalšímu poškození.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientky operační rána se zhojili per primam do dvou týdnů.

**Priorita:** Vysoká

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka má sterilně ošetřené a zakryté operační rány do 1. hodiny.
- Pacientka se naučila správné metody v péči o rány do 24. hodin.
- Pacientka dodržuje dostatečnou výživu a pitný režim do 48. hodin a dále po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka má fyziologické laboratorní výsledky do 3 dnů.

**Intervence:**

- Dle možností zjisti a popiš lokalizaci, charakter, rozměry, barvu operačních ran – ihned – porodní asistentka.
- Uskutečni časnou mobilizaci pacientky – ihned – porodní asistentka.
- Denně kontroluj stav ran, jejich prosáknutí a barvu – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Starej se o dostatečnou výživu a příjem tekutin – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Při péči o rány postupuj přísně asepticky – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Sleduj laboratorní výsledky KO, zda potvrzují úspěšné hojení ran a nepoukazují na infekci – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Informuj pacientku o správné technice převazování a dezinfekci a následné péči o operační ránu – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Měř fyziologické funkce dle ordinace lékaře – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Vše řádně zaznamenávej do dokumentace – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.

**Realizace:**

2. den po operaci:

- V 10:15 hodin po převzetí pacientky z JIP posuzují stav a čistotu krytí, kontrolují počet ran a jejich lokalizaci a charakter.



- V 10:20 hodin měřím FF pacientky a výsledky (TK: 140/90, P: 90', TT: 36,8°C, D: 18/min).
- Změřené výsledky zaznamenávám do dokumentace.
- Pacientku poučuji o péči o operační rány a nutnosti dodržení aseptického prostředí.

3. den po operaci:

- V 8:00 hodin sterilně ošetřuji rány a překrývám sterilním krytím.
- Zaznamenávám stav ran a způsob provedeného ošetření do dokumentace.
- Fyziologické funkce měřím dle ordinace lékaře a výsledky zaznamenávám do dokumentace.

**Zhodnocení:** Cíl byl splněn jen částečně. Tkáň ještě není zcela zhojena, ale péče o rány byla dostačující a pacientka je poučena o další péči o ránu i v domácím ošetření.

**Název + kód:** Nevyvážená strava: méně než je potřeba organismu (00002)

**Doména:** 2. Výživa

**Třída:** 1. Příjem potravy

**Definice:** Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.

**Určující znaky:** Nezájem o jídlo (pacientka nepocítuje chuť k jídlu). Uvedený příjem potravin je menší, než je doporučená denní dávka.

**Související faktory:** Neschopnost přijmout potravu (pacientka nemá pocit hladu).

**Cíl krátkodobý:** Pacientka má dostatečný příjem potravy, stravuje se pravidelně do 3 dnů.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka má dostatečný příjem potravy a tekutin. Stravuje se pravidelně 5x denně. Plod nejeví žádné známky růstové restrikce.

**Priorita:** Střední

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka si uvědomuje podstatu pravidelného stravování do 1. hodiny.
- Pacientka se stravuje pravidelně každý den.
- Množství přijaté potravy odpovídá odevzdané energii.

**Intervence:**

- Vysvětlí pacientce význam nutriční potřeby - do 1. hodiny – porodní asistentka.

- Promluvit s pacientkou o jejích stravovacích návycích včetně preferovaných jídel – do 1. hodiny – porodní asistentka.
- Kontroluj příjem a výdej tekutin – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Zapoj do spolupráce diabetologa – do 1. dne – porodní asistentka.
- Asistuj při základní úpravě jídelníčku – do 1. dne – porodní asistentka.
- Zabraň nepříjemným zápachům, které by mohli snížit chuť k jídlu – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Věnuj pozornost psychickému stavu pacientky, zejména jejímu pohledu na sebe sama – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Vše řádně zaznamenej do dokumentace – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.

### **Realizace:**

2. den po operaci:

- Při překladi na oddělení mi pacientka sdělila svůj problém s příjmem potravy.
- V 12:00 hodin jsem pacientce asistovala při obědě a probrala jsem s ní nutnost pravidelné výživy
- Doporučila jsem pacientce diabetologa.

3. den po operaci:

- V 8:30 hodin navštívil pacientku diabetolog a sepsal vhodný a pravidelný jídelníček dle jejích chutí.
- 12:00 hodin pacientka obědvá s chutí.

### **Zhodnocení:**

Cíl byl splněn. Pacientka jí pravidelně a dostatečné množství potravy. Uvědomuje si podstatu pravidelného jídelníčku a bude se snažit dodržovat pravidelnou stravu i doma.

**Název + kód:** Strach (00148)

**Doména:** 9. Zvládání/tolerance zátěže

**Třída:** 2. Reakce na zvládání zátěže

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

**Určující znaky:** Pociťuje strach. Pociťuje obavy. Snížená sebejistota. Zvýšený krevní tlak.

**Související faktory:** Přirozená reakce na stimuly (např. náhlý hluk, bolest).

**Cíl krátkodobý:** Pacientka je mnohem klidnější z důvodů dostatečné informovanosti o svém zdravotním stavu a o stavu svého těhotenství a o průběžných výkonech zdravotního personálu do 2 dnů.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nepociťuje žádný strach z nedostatku informací o péči během svého pooperačního stavu do 6 dnů.

**Priorita:** Střední

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka je seznámena s prostředím oddělení do 1. hodiny.
- Pacientka aktivně komunikuje ohledně svého zdravotního stavu a následujících výkonů prováděných porodní asistentkou nebo lékařem do 2. hodiny.
- Pacientka si je vědoma možnosti vzniku infekce se zavedeným PŽK do 1. hodiny.

**Intervence:**

- Sleduj, zda je pacientka dostatečně informována ohledně svého zdravotního stavu – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Informuj lékaře o psychickém stavu pacientky – ihned – porodní asistentka.
- Sleduj, zda stav pacientky se zlepšil – do 1. hodiny – porodní asistentka.
- Pozoruj chování pacientky – ihned, po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Zkus s pacientkou najít nejlepší řešení pro zmírnění jejího strachu a obav – ihned – porodní asistentka.
- V případě nutnosti poskytni psychologické pracovníka – do 1. dne – porodní asistentka.
- Sleduj FF – TK, P dle ordinace lékaře a následně zaznamenej do dokumentace – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Při náhlém zhoršení psychického stavu informuj lékaře – ihned – porodní asistentka.

**Realizace:**

2. den po operaci:

- Pacientka byla důkladně informována a seznámena se svým zdravotním stavem a o následné zdravotní péči.
- Pacientka je informována o stavu jejího probíhajícího těhotenství a o stavu plodu.
- Pacientka udává, že se cítí klidnější než první den po operaci, díky důsledné informovanosti.

3. den po operaci:

- Pacientce byl vytažen PŽK a pacientka cítí úlevu a nemá strach ze vzniku infekce.

### **Zhodnocení:**

Cíl byl splněn. Pacientka při propuštění je velmi klidná a byla ráda, že opouští zdravotnické zařízení a že to její stav dovoluje. Ošetrovatelské intervence jsme používali pouze při hospitalizaci.

**Název + kód:** Riziko infekce (00004)

**Doména:** 11. Bezpečnost/ochrana

**Třída:** 1. Infekce

**Definice:** Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

**Rizikové faktory:** Invazivní vstupy, malnutrice, změna integrity kůže.

**Cíl:** Pacientka nejeví lokální ani celkové známky infekce po správném přístupu a ošetřování.

**Priorita:** Střední

### **Očekávané výsledky:**

- Pacientka má stav bez invaze patogenních mikrobů do 24. hodin
- Pacientka je dostatečně mobilní pro odstranění Redonova drénu do 24. hodin po výkonu.
- Pacientka má předepsané ATB Cefazolin 1g do 100ml fyziologického roztoku i. v. na 30 minut po 8. hodinách, PŽK vytažen 4. pooperační den.

### **Intervence:**

PŽK

- Ověř si průchodnost zavedeného PŽK pomocí aplikace fyziologického roztoku – ihned – porodní asistentka.

- Zkontroluj, zda je PŽK správně označen – datum a čas zavedení – ihned – porodní asistentka.
- Sleduj funkčnost PŽK a dohlížej na čistotu obvazu a zavedení PŽK – po celou dobu zavedení PŽK – porodní asistentka.
- Dle ordinace lékaře odstraň zavedený PŽK – po ukončení i. v. léčbě – porodní asistentka
- Mysli na možnost sepse, k jejímž příznakům patří horečka, třesavka a pocení – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Sleduj laboratorní výsledky KO a při odchylkách informuj lékaře – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Měř fyziologické funkce dle ordinace lékaře – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.
- Podávej léky dle ordinace lékaře – po celou dobu hospitalizace - porodní asistentka.
- Sleduj a zaznamenávej příjem a výdej tekutin – po celou dobu hospitalizace – porodní asistentka.

### **Realizace:**

2. den po operaci:

PŽK

- V 10:10 po příjezdu pacientky z JIPu. Kontroluji stav zavedeného PŽK.
- Kontroluji čistotu obvazu, funkčnost katétru a označení data a času zavedení.
- Pomocí fyziologického roztoku kontroluji funkčnost PŽK.
- Změřili jsme pacientce fyziologické funkce (TK: 118/79, P: 83', TT: 36,9°C).
- V 16:00 hodin aplikuji pacientce do zavedeného PŽK ATB Cefazolin 1g do 100ml fyziologického roztoku i. v. na 30 minut.
- Doporučuji pacientce dodržování pitného režimu a zaznamenávám příjem a výdej tekutin.
- Všechny mé postupy řádně zaznamenávám do dokumentace.

### **Zhodnocení:**

Cíl byl splněn. Stav pacientky je stabilní, nejeví žádné známky invaze patogenních mikrobů. Pacientka je dostatečně mobilizovaná. Infusní terapie byla

ukončena 3. pooperační den a PŽK byl odstraněn. Ošetrovatelské intervence jsme používali pouze během hospitalizace.

## **ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Ošetrovatelskou péči u pacientky XX jsme poskytovali od přeložení z JIP na standardní oddělení rizikového těhotenství. Pacientka byla velice spokojená se zdravotnickým personálem.

Pod vedením lékaře gynekologa, porodních asistentek a dalších členů ošetrovatelského týmu, se nám podařilo pacientce poskytnout potřebnou péči během její hospitalizace. Po diagnostice akutní apendicitidy ve 13. týdnu těhotenství, bylo zapotřebí pacientku dostatečně informovat o zdravotním stavu, léčbě, možných komplikacích a ošetrovatelských intervencích.

Prvotní ošetrovatelskou diagnózou byla akutní bolest po výkonu, kterou se nám podařilo pomocí analgetik a úlevových poloh snížit. Problém s narušenou integritou tkáně byl také vyřešen. Pacientku jsme naučili správně se starat o operační rány a o PŽK. Během hospitalizace nevznikla žádná infekce. Nevyvážená strava u pacientky byla zlepšena, díky pravidelné stravě a dostatečné informovanosti. Strach, který pacientka pociťovala při příjmu a lehce během hospitalizace, byl vyřešen díky dostatečné informovanosti pacientky o jejím zdravotním stavu a stavu jejího plodu.

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Práce by mohla napomoci při vzdělávání a studiu oboru porodní asistentka, informovat studenty a porodní asistentky o problematice apendicitidy v těhotenství a o potřebné ošetrovatelské péči o ženy s tímto problémem.

Myslíme si, že v péči o pacientky s akutní apendicitidou v těhotenství by se měl klást větší důraz na psychiku pacientek a informovanost žen o tomto problému. Těhotné ženy s jakýmkoliv vzniklým problémem během těhotenství by neměly otálet a navštívit svého lékaře nebo příslušné zdravotnické zařízení.

Porodní asistentka musí být dostatečně informována v dané oblasti. Důležitá je správná a rychlá diagnostika akutní apendicitidy, neboť pozdní diagnostika by mohla mít fatální následky. Důležitým faktorem v řádné péči je chuť pomáhat,

schopnost empatie by neměla chybět žádné porodní asistentce, sestře nebo pomocnému personálu.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce pojednává o gravidních ženách s náhlou příhodou břišní – apendicitidou. Akutní apendicitida je onemocnění, které se jeví na první pohled jako banální, ale je to velice vážné onemocnění, které by se nemělo přehlížet.

Prvním cílem práce v teoretické části bylo nastudovat problematiku apendicitidy u gravidních žen. Druhým cílem teoretické části bylo vypracovat přehledný soubor o problematice apendicitidy v těhotenství z pohledu porodní asistentky. Oba cíle byli splněny. Popisují první příznaky onemocnění, které se během gravidity mění, klinický obraz, diagnostiku, léčbu a možné komplikace onemocnění. Akutní apendicitida vzniká náhle s plného zdraví, včasná diagnostika a vhodná léčba může předcházet vážným komplikacím.

Prvním cílem práce v praktické části bylo předložit poznatky v ošetrovatelské péči o apendicitidy v těhotenství. Druhým cílem praktické části byla péče o ženu po apendektomii v těhotenství. Oba tyto cíle byli splněny. Byl vypracován ošetrovatelský proces po laparotomické apendektomii u těhotné ženy. U pacientky jsme provedli posouzení, následně jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy dle klasifikace NANDA I taxonomie II. Určili jsme si cíle péče, vypracovali jsme intervence, a ty realizovali.

Získali jsme dostatek informací o apendicitidě u gravidních žen a zkušenosti v ošetrovatelské péči o pacientku po laparotomické apendektomii.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- CARTWRIGHT, S. L. a M. P. KNUDSON. 2008. Přístup k dospělému pacientovi s akutní bolestí břicha. In: *Medicína po promoci*, (9)5, s. 38-44. ISSN 1212-9445.
- ČECH, E., Z. HÁJEK, K. MARŠÁL, B. SRP, a kolektiv. 2006. *Porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1303-8.
- ČECH, E., Z. HÁJEK, K. MARŠÁL a kolektiv. 2014. *Porodnictví. 3.*, zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- ČEPICKÝ, Pavel a Z. ČEPICKÁ, LÍBALOVÁ. 2008. Diferenciální diagnostika pánevní bolesti u žen. In: *Moderní gynekologie a porodnictví*, (17)4, s. 395-402. ISSN 1211-1058.
- DUŠOVÁ, B., J. MAREČKOVÁ. 2009. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Ostrava. ISBN 978-80-7368-611-6.
- GAMBALA, C., D. LEVINE, a S. KILPATRICK. 2008. Apendicitida v graviditě. Sázka do loterie? In: *Gynekolog po promoci*, (8)4, s. 35-40. ISSN 1213-2578.
- HALADA, P. a M. PODHOLOVÁ. 2011. Apendicitis v graviditě. In: *Gynekolog*, roč. (20)2, s. 568-574. ISSN 1210-1133.
- HLISTOVÁ, R. 2015. Perforovaná apendicitida v graviditě: kazuistika. In: *Praktická gynekologie*, (19)2, s. 107-110. ISSN 1211-6645.
- HŮSKOVÁ, Jitka a P. KAŠNÁ. 2009. *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-0230-4.
- JANDÍK, J. 2011. Akutní apendicitis – přehled současných poznatků. In: *Rozhledy v chirurgii*, (90)10, s. 568-574. ISSN 0035-9351.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-4412-4.
- KAŠČÁK, P. a M. KORBEL. 2012. Ochorenia gastrointestinálního traktu, pečene, žlčníka a pankreasu v gravidite. In: CALDA, P a kol. *Patologická gravidita I*. Praha: Levret, s. 281-302. ISBN 978-80-87070-67-3.

- KOLIBA, P. 2008. Léky v těhotenství a laktaci. In: *Praktické lékarenství*, (4)2, s. 79-81. ISSN 1212-7299.
- KOVÁROVÁ, P. 2013. Chirurgické hodnotenie náhlých brušných příhod v tehotenstve. In: *Sovenská chirurgia*, (10)3, s. 86-90. ISSN 1336-5975.
- LAKYOVÁ, L., J. BELÁK, M. KUDLÁČ. 2008. In: *Rozhledy v chirurgii*, (87), s. 536-541. ISSN 0035-9351.
- MAJERNIK, J., D. BIS, P. HANOUSEK, V. NINGER. 2012. Laparoskopická apendektomie u těhotných – kazuistika a přehled literatury. In: *Rozhledy v chirurgii*, (91)6, s. 327-329. ISSN 0035 – 9351.
- MAJOR, D. 2005. Bolesti břicha: Banální, nebo vážné příčiny?. In: *Moje zdraví*, 4, s. 14-17. ISSN 1214-3871.
- MLÝNKOVÁ, Jana. 2010. *Pečovatelsví*. Praha: Grada, ISBN 978-802-4731-841.
- NANDA INTERNATIONAL. 2015. *Ošetrovateľské diagnózy: Definice & klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- NINGER, V. 2013. Komplikace laparoskopické apendektomie. In: *Rozhledy v chirurgii*, (92)3, s. 174-175. ISSN 0035-9351.
- NOSKOVÁ, P. 2011. Léčba bolesti během gravidity a laktace. In: *Medicína pro praxi*, (8)9, s. 370-373. ISSN 1214-8687.
- ROZTOČIL, A. a kol. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1941-2.
- SAGES. 2011. Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy. Online [cit. 12. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.sages.org/publications/guidelines/guidelines-for-diagnosis-treatment-and-use-of-laparoscopy-for-surgical-problems-during-pregnancy/?format=pdf>
- SCHEIN, M. P. N ROGERS. Překlad A. FERKO. 2011. *Urgentní břišní chirurgie: Schein's common sense emergency abdominal surgency*. První české vydání. Praha: Grada. ISBN 978-802-4723-570.
- SCHUMPELICK, V. 2013. *Chirurgie – stručný atlas operací a výkonů*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4531-2.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-3373-9.

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

ŠMÍD, D., T. SKALICKÝ, V. TŘEŠKA. 2009. Přínos ultrasonografie břicha v diagnostice akutní apendicitidy – naše zkušenost. In: *Rozhledy v chirurgii*, (88)8, s. 466-468. ISSN 0035-9351.

TAYLOR, Dana a Robin Lynn PERRY. 2014. Acute Abdomen and Pregnancy. In: *Medscape*. Online. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/195976-overview#aw2aab6c13>

VACHTOVÁ, I. a A. HUDÁČKOVÁ. 2009. Potřeba seberealizace u pacientů během hospitalizace. In: *Kontakt*, (11)1, s. 218-231. ISSN 1212-4117.

VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK. 2009. Online [cit. 11. 3. 2016]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz>

ZONČA, P., P. INHNÁT, M. PETEJA. 2015. Operace v těhotenství pro náhlé příhody břišní z pohledu chirurga. In: *Rozhledy v chirurgii*, (94)6, s. 5-9. ISSN 0035-9351.

# PŘÍLOHY

Příloha A - Seznam diet .....	II
Příloha B - Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí .....	III
Příloha C – Numerická škála bolesti.....	IV
Příloha D – Rešerše.....	V
Příloha E - Čestné prohlášení studenta .....	VI

## Příloha A - Seznam diet

<b>0S</b>	<b>čajová</b>	Podává se pouze mírně oslazený čaj po lžičkách. Při akutních stavech, první den po operaci v dutině břišní.
<b>0</b>	<b>tekutá</b>	Mechanicky šetrná, předepisuje se na kratší dobu, po operacích dutiny ústní, po odstranění krčních mandlí, při onemocnění, poranění a poleptání dutiny ústní, hltanu a jícnu. Přechodně po těžkých horečnatých stavech.
<b>1</b>	<b>kašovitá</b>	Po operacích trávicího systému v první fázi příjmu potravy, na delší dobu při změnách v dutině ústní, poleptání jícnu, v akutním stádiu vředové choroby.
<b>2</b>	<b>šetrčí</b>	Při poruchách trávicího traktu s dlouhodobým průběhem – vředová choroba, onemocnění žlučníku, slinivka břišní, dále při horečnatých stavech, u chronického onemocnění jater, po infekční žloutence, po infarktu myokardu.
<b>3</b>	<b>základní, racionální</b>	U dospělých pacientů a starších dětí, které nevyžadují dietní opatření.
<b>4S</b>	<b>vyločením volného tuku</b>	U nemocných s akutním zánětem slinivky břišní a záněty žlučníku.
<b>4</b>	<b>s omezením tuku</b>	U chronických onemocnění jater, slinivky, žlučníku.
<b>5</b>	<b>bezezbytková</b>	Při onemocnění dolní části GIT.
<b>6</b>	<b>nízkobílkovinná</b>	U nemocných s chronickým selháváním ledvin.
<b>8</b>	<b>redukční</b>	U nemocných s obezitou nevyžadujících šetrčí úpravu diety, u nemocných s hyperlipoproteinemií, u obézních diabetiků 1. a 2. typu.
<b>9</b>	<b>diabetická</b>	U nemocných s DM 1. typu a u DM 2. typu bez potřeby redukovat.
<b>11</b>	<b>výživná</b>	U nemocných s vyšší energetickou potřebou a snahou o vzestup hmotnosti.
<b>12</b>	<b>batolecí</b>	U dětí od 1,5 – 3 let věku.
<b>13</b>	<b>dětská</b>	U dětí od 3 – 15 let.

Zdroj:(MLÝNKOVÁ, 2010)

## Příloha B - Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí

<b>Otevření očí</b>	Dospělí a větší děti
1	neotvírá
2	na bolest
3	na oslovení
4	spontánně
<b>Nejlepší hlasový projev</b>	
1	žádný
2	nesrozumitelné zvuky
3	jednotlivá slova
4	neadekvátní slovní projev
5	adekvátní slovní projev
<b>Nejlepší motorická odpověď</b>	
1	žádná
2	na algický podnět nespecifická extenze
3	na algický podnět nespecifická flexe
4	na algický podnět úniková reakce
5	na algický podnět cílená obranná reakce
6	na výzvu adekvátní motorická reakce
<b>Vyhodnocení</b>	
nad 13	žádná nebo lehká porucha
9 – 12	středně závažná porucha
do 8	závažná porucha

Zdroj: (Dokumentace)

### **Příloha C – Numerická škála bolesti**

<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>10</b>
Žádná	Mírná	Střední	Silná	Velmi silná	Nesnesitelná

Zdroj:(HŮSKOVÁ, 2009)

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY S APENDICITIS**

Štěpánka Haganová

**Jazykové vymezení:** čeština, slovenština, angličtina

**Klíčová slova ČJ:** Akutní bolest břicha. Apendektomie. Apendicitida v graviditě. Komplikace těhotenství. Ošetrovatelská péče. Patologické těhotenství.

**Klíčová slova AJ:** Acute abdominal pain. Appendectomy. Appendicitis in pregnancy. Pregnancy complications. Nursing process. Pathological pregnancy.

**Časové vymezení:** 2005 - 2015

**Druhy dokumentů:** knihy, články, elektronické zdroje, vysokoškolské práce

**Počet záznamů:** 101 (knihy: 43, články: 50, elektronické zdroje: 8)

**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 ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)),

Databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))



## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY S APENDICITIS, 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