

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO OPERACI
HEMOROIDŮ LONGOVOU METODOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KRISTÝNA HYPEŠOVÁ

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO OPERACI
HEMOROIDŮ LONGOVOU METODOU**

Bakalářská práce

KRISTÝNA HYPEŠOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

Praha 2019



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

HYPEŠOVÁ Kristýna
3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče u pacienta po operaci hemoroidů Longovou metodou

Nursing Care of the Patient after Hemorrhoids Surgery Using the Long Method

Vedoucí bakalářské práce: doc.MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

V Praze dne 1. listopadu 2018


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 nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 19. 3. 2019

.....

Kristýna Hypešová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. MUDr. Ladislavovi Horákovi, DrSc., za odborné vedení mé práce, cenné poznámky, věnovaný čas a trpělivost.

ABSTRAKT

HYPEŠOVÁ, Kristýna. *Ošetrovatelská péče u pacienta po operaci hemoroidů Longovou metodou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. Praha. 2019. 66 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u pacienta po operaci hemoroidů Longovou metodou. Bakalářská práce je členěna do dvou částí. V části teoretické jsou uvedeny poznatky z odborné literatury o onemocnění rekta, konečníku, diagnostice a léčbě se zaměřením na hemoroidální onemocnění. Také je zde zmíněna pooperační péče o pacienta. Praktická část práce je zaměřena na péči o pacienta, který podstoupil operaci hemoroidů Longovou metodou. Bylo provedeno celkové posouzení stavu pacienta a vyhledány ošetrovatelské problémy. Následně byly dle třinácti domén NANDA I Taxonomie II stanoveny ošetrovatelské diagnózy. Posléze byl vypracován individuální ošetrovatelský plán, který byl realizován a vyhodnocen.

Klíčová slova

Hemoroidy. Longova metoda. Ošetrovatelský proces. Pacient. Rektum.

ABSTRACT

HYPEŠOVÁ, Kristýna. *Nursing Care of the Patient after Hemorrhoids Surgery Using the Long Method*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. Prague. 2019. 66 pages.

The topic of this thesis is nursing care for a patient after a haemorrhoids surgery using the Long Method. The thesis is divided into two parts. The theoretical section includes findings from scientific literature concerning the rectum, rectal disorders, diagnostics and treatment options for rectal disorders. The author also talks about the post-surgery care and common complications. The practical section focuses on describing nursing care for a patient that has undergone a surgery using the Long method. The author provides a comprehensive assessment of the patient. From the gathered information we determined the main nursing problems. Afterwards we establish nursing diagnoses based on the thirteen domains of taxonomy II NANDA I international, while taking into account the patient's priorities. An individual nursing care plan was then formulated, and later realized. In conclusion the success of these interventions is evaluated.

Keywords

Hemorrhoids. Long method. Nursing care. Patient. Rectum.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	12
1 HEMOROIDÁLNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	14
1.1 STAVBA A FYZIOLOGIE KONEČNÍKU.....	14
1.2 PŘÍČINY VZNIKU (ETIOLOGIE A PATOGENEZE)	14
1.3 DIAGNOSTIKA A KLINICKÝ OBRAZ.....	15
1.3.1 DIAGNOSTIKA	15
1.3.2 ANAMNÉZA.....	15
1.3.3 FYZIKÁLNÍ A INSTRUMENTÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	16
1.3.4 DALŠÍ VYŠETŘOVACÍ METODY V OBLASTI ANOREKTA.....	18
1.3.5 KLINICKÝ OBRAZ.....	19
2 LÉČBA HEMOROIDŮ.....	21
2.1 KONZERVATIVNÍ TERAPIE	21
2.2 SEMIINVAZIVNÍ LÉČBA.....	21
2.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA	23
2.3.1 POZDNÍ KOMPLIKACE PO OPERACI HEMOROIDŮ.....	25
2.3.2 KOMPLIKACE HEMOROIDŮ.....	25
2.4 DALŠÍ ONEMOCNĚNÍ REKTA A ANÁLNÍHO KANÁLU.....	26
3 PERIOPERAČNÍ PÉČE.....	30
3.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE.....	30
3.2 POOPERAČNÍ PÉČE	31

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO OPERACI HEMOROIDŮ LONGOVOU METODOU.....	32
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
ZÁVĚR.....	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Farmakologická anamnéza	34
Tabulka 2 Aktivity denního života	39
Tabulka 3 Posouzení současného stavu	41

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
BMI	Body mass index, index tělesné hmotnosti
EKG	Elektrokardiografie
JIP	Jednotka intenzivní péče
MRI	Magnetická rezonance

(VOKURKA, HUGO a kol., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Ampulla recti – rozšířená kraniální část konečníku, v níž se shromažďuje stolice

Colon – tračník

Corpus cavernosum recti – podslizniční cévní útvar

Defekace – vyprazdňování stolice

Enterorrhagie – krvácení nenatrávené krve ze střeva

Etiopatogeneze – soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku nemoci

Excize – vyříznutí

Flegmona – neohraničený hnisavý zánět

Hypoventilace – mělké, nedostatečné dýchání

Hypovolemie – snížení objemu obíhající krve

Iritace – podráždění

Klk – výběžek sliznice střeva

Kontinence – schopnost (rekta, močového měchýře) udržet obsah do doby vlastního vyprázdnění

Ragáda – trhlina

Staging – určení rozsahu nádoru

Subfebrilie – zvýšená tělesná teplota mezi 37 až 38 °C

Vertigo – závrať

(VOKURKA, HUGO a kol., 2015)

ÚVOD

Téma bakalářské práce se týká ošetrovatelské péče u pacienta po operaci hemoroidů Longovou metodou. Volba tématu vychází z mého častého kontaktu s touto problematikou a také proto, že se domníváme, že se jedná o aktuální téma, které není často zmiňováno. Ačkoliv se dnes s hemoroidální onemocněním setkáváme velmi často a v odborné literatuře se lze dočíst, že postihuje alespoň jednou za život více než 70 % dospělé populace nad 30 let. I přesto se lidé ke svému lékaři dostávají až po dlouhé době trvání obtíží, či už s rozvinutými komplikacemi.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje základní poznatky o onemocnění rektu a análního kanálu se zaměřením na hemoroidální onemocnění. Zmíněny jsou jednak faktory ovlivňující vznik onemocnění, tak i diagnostika, projevy a léčba. V části praktické bude prezentován ošetrovatelský proces u pacienta po operaci hemoroidů Longovou metodou.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:

Cíl 1: Předložit a shrnout publikované odborné poznatky o onemocnění rektu a análního kanálu se zaměřením na hemoroidální nemoc.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vytvořit ošetrovatelský proces u pacienta, který podstoupil operaci hemoroidů Longovou metodou.

Cíl 2: Rozpracovat, zrealizovat a zhodnotit ošetrovatelský péči dle NANDA I Taxonomie II.

Cíl 3: Navrhnout doporučení pro praxi.

Vstupní literatura

1. ANDĚL, P., M. ŠKROVINA a V. DUCHÁČ, 2012. *Základy praktické proktologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-892-6.
2. HORÁK, L., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3595-5.
3. NĚMCOVÁ, J. a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 5. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-88249-02-3.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které posléze byly využity k tvorbě bakalářské práce nesoucí název Ošetrovatelská péče u pacienta po operaci hemoroidů Longovou metodou, proběhlo v časovém období říjen 2018 až prosinec 2018. Základními prameny pro vyhledávání zdrojů pro rešerši byl Katalog národní lékařské knihovny (Medvik), Bibliographia medica Čechoslovaca, databáze vysokoškolských prací, Souborný katalog ČR, MEDLINE a CINAHL. Vytyčené časové období bylo 2008–2018.

Celkově bylo vyhledáno 51 záznamů. Mezi nimi byly 3 vysokoškolské práce, 4 knihy a 44 článků. Využito z nich bylo pouze 6. Z důvodu duplicitních zdrojů, či publikací s nedostatečným množstvím informací byly některé zdroje vyřazeny. Ostatní zdroje byly vyhledány na doporučení odborníků, nebo v katalogu Národní lékařské knihovny (Medvik).

1 HEMOROIDÁLNÍ ONEMOCNĚNÍ

O hemoroidální nemoci lze říci, že trápí lidstvo již od samého počátku. Název hemoroidy pochází z řeckých slov haema-krev a rhoos – téci. Už v pracích starověkého řeckého lékaře Hippokrata lze nalézt jeho zmínky o krvácivé chorobě konečníku. Touto nemocí trpí až třetina populace ve věku 30–50 let a až polovina populace ve věku nad padesát let. Měli bychom si ale uvědomit, že hemoroidy nejsou nemoc, ale anatomická struktura. Jsou neoddělitelnou součástí konečníku, kde jsou umístěny v blízkosti análního otvoru. Jejich úkolem je podílení se na utěsnění konečníku. Taktéž doplňují funkci svalů, které jej uzavírají a díky nim dokážeme mimovolně udržet plyny a tekutou stolici. V případě, že dojde v oblasti hemoroidů ke komplikacím, teprve potom mluvíme o hemoroidální nemoci (ANDĚL, BOCKOVÁ, ŠKROVINA, 2017).

1.1 STAVBA A FYZIOLOGIE KONEČNÍKU

Konečník, rektum, je poslední úsek střeva v malé pánvi. Je zpravidla dlouhé 12 cm a široké asi 4 cm. Rektum má dvě hlavní části a to, ampulla recti a canalis analis. Ampulla recti je dlouhá 12 cm a přechází do canalis analis, která představuje konečný úsek střeva (NAŇKA, ELIŠKOVÁ, 2015).

Řitní kanál, canalis analis, je dlouhý asi 4 cm. Sliznici análního kanálu tvoří columnae anales, podélné řasy. V této části anu lze najít nahromadění žilních pletení, zona hemorrhoidalis externa, kde při dilataci stěny žil může dojít ke vzniku zevních hemoroidů (NAŇKA, ELIŠKOVÁ, 2015).

Hlavní funkcí rekta je především vyloučení stolice. Jedná se o reflexní děj. Když dojde k nahromadění stolice v konečníku, tlak se zvýší a napětí stěny vyvolá pocit nucení na stolici (DYLEVSKÝ, 2000, s. 285).

1.2 PŘÍČINY VZNIKU (ETIOLOGIE A PATOGENEZE)

Primární roli při vzniku hemoroidů hraje dědičná dispozice a tělesná konstituce. Spouštěcím mechanismem mohou být chronické obtíže s vyprazdňováním, zejména

obstipace, nebo také průjmovitá stolice. U žen má velký vliv na vznik hemoroidů těhotenství, porod a užívání antikoncepce (HERMAN a kol., 2011, s. 233).

Etiopatogeneze změn corpus cavernosum recti, které vedou ke vzniku hemoroidální nemoci, není zcela objasněna. Podílí se na nich konstituční faktory a dále stavy, které vedou ke ztížení odtoku krve z konečníku. Mezi tyto stavy řadíme těhotenství, obezitu, sedavý způsob života.

1.3 DIAGNOSTIKA A KLINICKÝ OBRAZ

1.3.1 DIAGNOSTIKA

Správná diagnostika hemoroidů patří do rukou chirurga, proktologa, specializujícího se na onemocnění tlustého střeva a konečníku. Jelikož se ale běžně pacient první setkává s praktickým lékařem, každá zmínka o krvácení z konečníku by měla být indikací k vyšetření lékařem specialistou.

Za hemoroidálními příznaky se mohou skrývat i jiná závažnější onemocnění. Například onkologická či zánětlivá onemocnění, proto povětšinou nestačí pouhé proktologické vyšetření, ale je nutné pacienta dovyšetřit endoskopicky.

1.3.2 ANAMNÉZA

Anamnéza z řeckého slova anamnesis – rozpomínání je sbírka všech údajů o zdravotním stavu pacienta od jeho narození až do současnosti. Lze říci, že pečlivě zjištěná a zaznamenaná anamnéza může až v 50 % případů vést ke stanovení správné diagnózy. Pacient by měl vědět, že informace, které sdělí lékaři o svém zdravotním stavu, vedou k urychlení procesu stanovení diagnózy i následné léčby (NEJEDLÁ, 2010).

Lékař specialista by si měl být vědom toho, že pacient je nucen mluvit o svých intimních problémech a často to pro něj není vůbec lehké (PEATE, 2009).

Než se přistoupí k samotnému vyšetření, ptáme se pacienta, co ho přivádí. Jaké obtíže pociťuje. Popřípadě, kdy se jeho obtíže zhoršují, či naopak zlepšují. V anamnéze nezapomeneme na dosavadní operace, zejména týkající se anorekta. Nestor naší

proktologie, profesor J. Novák, propagoval používání předtištěného formuláře, kde byly zaznamenány všechny symptomy, tak aby se na žádné nezapomnělo. V dnešní době se povětšinou používá kompromis vycházející ze zkušeností vyšetřujícího lékaře. Zabýváme se krvácením – zda je v souvislosti se stolicí, pravidelností; vzhledem krve – tmavě červená, jasně červená, sražená, černá stolice; intenzitou krvácení – po kapkách, prudké, stříkající; bolestí – v závislosti na stolici, lokalizaci a rázu; zda jsou přítomny nějaké hmatné útvary, zduření; sekrecí; svěděním a stolicí – zácpa, průjem, kontinence (HORÁK, 2013, s. 51).

Nevynecháme ani farmakologickou anamnézu, kde zjišťujeme, zda pacient neužívá léky, které by mohly ovlivňovat vzhled stolice. V anamnéze rodinné zjišťujeme prodělaná závažná onemocnění, zejména ta onkologická. Pokračujeme anamnézou sociální a pracovní, ptáme se, zda pacient má sedavé zaměstnání, či fyzicky náročnou práci. U žen je velmi důležitá gynekologická anamnéza.

1.3.3 FYZIKÁLNÍ A INSTRUMENTÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Pokud se jedná o pacientovu první návštěvu, neměli bychom opomenout i vyšetření břicha a oblasti třísel (uzliny). Při proktologickém vyšetření můžeme vyšetřovat v několika polohách. Zde záleží na osobních zkušenostech, stavu pacienta a také na vybavení proktologické ambulance. Optimální vyšetřovací poloha je na speciálním proktologickém lůžku. Většinou, ale není k dispozici, proto lékař nejčastěji vyšetřuje v poloze koleno-loketní, při které pacient klečí na kolenu opřený o předloktí obou horních končetin, má povolené lopatky a prohnutá záda směrem k podložce (opačný kočičí hřbet). Další méně často využívaná poloha je Simsova, kdy pacient leží na levém boku s flexí v kolenou a kyčlích. K této poloze se uchylujeme většinou pouze v případě starých a nepohyblivých pacientů. Využit lze i gynekologickou polohu v případě vybavení ordinace speciálním křeslem. Tato poloha se ale často v naší zemi nepoužívá (ANDĚL, BOCKOVÁ, ŠKROVINA, 2017).

Vyšetření pohledem

Vyšetření pohledem neboli aspekci patří mezi první součást fyzikálního vyšetření. Zde lékař posuzuje okolí řiti. Všimá si barvy kůže, jizev, píštělí, ragád apod. Zjišťuje přítomnost dermatologických lézí, kam patří herpes, lipomy, fibromy apod. Dále vyšetřuje řitní otvor. Zde si všimá zejména – fisur, ragád, vředů; jizev, ústí píštělí,

uložení otvoru, nebo výtoku z řitního otvoru. Taktéž bychom neměli opomenout pacienta vyšetřit při tzv. Valsalvově pokusu (jako kdyby pacient tlačil na stolicí). Mezi vyšetření pohledem nesmíme vynechat i vyšetření sakrokocygeální krajiny (HORÁK, 2013).

Vyšetření pohmatem

Vyšetření pohmatem neboli palpací je nedílnou součástí proktologického vyšetření. Okolí řiti vyšetřujeme v rukavicích, bez nutnosti lubrikantu. Zde se zaměřujeme na jizvy, píštěle, nádory apod. Při vyšetřování perianální krajiny lze často uplatnit bidigitální vyšetření. Kdy vyšetřujeme jedním prstem zevně a druhým per rektum. Vyšetření per rektum – indigace se provádí prstem navlhčeným v lubrikantu. Při tomto vyšetření zjišťujeme bolestivost průniku, lokalizaci bolesti, stav svěračů, případně přítomnou rezistenci. Vyšetřujeme nejen řitní kanál, ale i rektální ampulu. Při vyšetření prstem lze průměrně dosáhnout do hloubky 7–8 cm. Zde vyšetřením zkontrolujeme prostatu, kostrč, čípek dělohy u žen, případnou patologii stěny ampuli apod. Zjišťujeme, zda je konečník vyplněn stolicí, pokud ano, jaká je její barva a konzistence. Eventuálně taktéž můžeme hodnotit přítomnost hnisu, krve či hlenu (HORÁK, 2013).

Anoskopie, rektoskopie

Obě tato vyšetření patří taktéž mezi nedílné součásti instrumentálního proktologického vyšetření. Mezi kontraindikace těchto vyšetření můžeme zařadit stenózu anu, která brání v zavedení přístroje. Anoskopie se provádí v poloze na kolenou a loktech a slouží k vyšetření análního kanálu. Před tímto vyšetřením není nutné konečník vyčistit pomocí klyzmatu. Probíhá pomocí anoskopu – krátký neohebný přístroj, do kterého je vsazeno osvětlení. Anoskop může být buď kovový, nebo plastový na jedno použití. Po šetrném zavedení do řitního kanálu, zde hodnotíme charakter stolice, přítomnost nádoru, polypů, změn sliznice. Rektoskopie je endoskopická vyšetřovací metoda, která taktéž slouží k vyšetření konečníku, zejména análního kanálu, ampule rekta a rektosigmoideálního přechodu. Před tímto vyšetřením se pacientům s pravidelným vyprazdňováním doporučuje, aby ráno vykonali běžnou defekaci. U pacientů s poruchou vyprazdňování je nutné podání klyzmatu Yal cca 1 hodinu před vyšetřením (ANDĚL, BOCKOVÁ, ŠKROVINA, 2017).

Koloskopie

Koloskopie je endoskopické vyšetření tlustého střeva. Umožňuje nám prohlédnout celý vnitřek tlustého střeva od konečníku až po dolní konec tenkého střeva. Zobrazuje nám možnou zánětlivou tkáň patologické výrůstky, vředy apod. Vyšetření probíhá v poloze na levém boku. Provádí se pomocí ohebného přístroje přes anální otvor. Jelikož přístroj umožňuje přenášet obraz na monitor, lékař ihned hodnotí poměry v tlustém střevě. Pokud zpozorujeme něco neobvyklého, je možné pomocí speciálních endoskopických nástrojů odebrat část tkáně k dalšímu vyšetření v laboratoři. Vzhledem k technice vyšetření je pro správnou diagnostiku hemoroidů nutná everze přístroje v ampule.

1.3.4 DALŠÍ VYŠETŘOVACÍ METODY V OBLASTI ANOREKTA

Mezi další vyšetřovací metody v oblasti anorekta patří RTG vyšetření, UZ, CT, MRI.

Nativní snímek břicha se indikuje zejména při akutních stavech k vyloučení pneumoperitonea a ileózního stavu.

Transabdominální sonografie břicha patří mezi velmi časté zobrazovací metody, používané zejména k prvnímu posouzení dutiny břišní a malé pánve. Je to levné, rychlé a pacienta nezatěžující vyšetření. Často používané k posouzení peristaltiky, dilataci kliček, k diagnostice postižení apendixu, nebo divertikulózy apod. K dalšímu vyšetření lze využít i transanální endosonografii, která nám přináší přesné informace o stěně anorekta a okolí. Často je tato metoda využívána při onkologickém stagingu karcinomu anu a rekta.

Irigografie je rentgenové dvoj kontrastní vyšetření tlustého střeva. Často je prováděno v případech, kdy není možné provést koloskopii. Vyšetření nám zobrazí případné nerovnosti na tlustém střevě a může informovat o přítomnosti zánětlivých změn.

Fistulografie je skiaskopicko-skiagrafický výkon s aplikací jodové kontrastní látky. Základním předpokladem pro provedení tohoto vyšetření je přítomnost píštělí. Cílem vyšetření je zobrazení délky píštěle, průběhu a případně její komunikaci s jinými orgány těla.

Výpočetní tomografie neboli CT vyšetření je pro svou dostupnost prováděno poměrně často. Slouží k posouzení stavu dutiny břišní. Povětšinou se vyšetření provádí s podáním jodových kontrastních látek. V proktologii se CT využívá i ke kolografii neboli virtuální endoskopii.

Magnetická rezonance je prováděna bez ionizujícího záření a na rozdíl od CT nám poskytuje vysoký tkáňový kontrast. Nejsou zde, ani využívány kontrastní látky, ale kontraindikací je přítomnost kovu v těle. Toto vyšetření je často využíváno např. pro zobrazení komplikací Crohnovy choroby, či při stanovení stadiu karcinomu rekta.

Transit time je RTG funkční vyšetření tenkého i tlustého střeva. Před vyšetřením je nutná orální aplikace kontrastních značek. Následně se provede RTG břicha nejčastěji v intervalech 3-6-12-48-72 hodin po aplikaci. Vyšetření slouží zejména k hodnocení rychlosti pasáže trávicím traktem.

Defekografie je metoda dynamického vyšetření rektální evakuace. Je spojena nejprve s aplikací kontrastní látky per os a poté i rektálně. Samotné vyšetření spočívá v přenosném WC, kdy je při vyprazdňování prováděna snímková dokumentace v několika projekcích (HORÁK, 2013).

1.3.5 KLINICKÝ OBRAZ

Obtíže jsou netypické a vyskytují se také u mnoha jiných proktologických onemocnění. Nejčastěji jde o krvácení, které ale nepochází přímo z hemoroidů, ale z trombózaných cév ve sliznici. Krvácení lze najít nejen při stolici, ale i po ní. Často také bývá postižena jemná kontinence. Spodní prádlo bývá vlhké a znečištěné od stolice. Z toho vzniklé iritativní typické anální ekzémy se svěděním, které jsou po krvácivosti nejrozšířenějším hemoroidálním příznakem. Dále si pacienti stěžují na tupý tlak, nebo na pocit cizího tělesa v konečnicku, který pociťují nezávisle na stolici (ANDĚL, ŠKROVINA, DUCHÁČ, 2012).

Hemoroidy dělíme dle lokalizace na vnitřní a vnější. Vnitřní hemoroidy lze charakterizovat jako rozšířené žilní pleteně pod sliznicí ampuli konečnicku. V prvotní fázi je nedokážeme lehce odhalit. Můžou se projevit tlakovou bolestí po stolici a pocitem nedokonalého vyprázdnění. Mezi časté projevy patří svědění, krvácení a pálení konečnicku. Vnější hemoroidy se nacházejí pod řitní kůží a vytvářejí uzlíky,

které jsou většinou nebolestivé. Problém nastává, když se uvnitř hemoroidální žíly srazí krev a dojde k trombóze. Poté se na okraji konečníku objeví velmi bolestivý útvar. V tomto případě je nutné co nejdříve vyhledat lékařskou pomoc.

Dělení hemoroidů dle pokročilosti

I. Stupeň. Mírně zvětšené pleteně, které ani při tlaku nesestupují pod linea dentata. Řadíme sem pacienty se stopami krve ve stolici, u kterých jsme nenalezli jinou příčinu krvácení (HORÁK, 2013).

V proktoskopu se jeví jako elastické a sliznicí pokryté vypoukliny, které se při tlaku na stolici, nebo zakašlání více zvýrazní (ANDĚL, ŠKROVINA, DUCHÁČ, 2012).

II. Stupeň. Při tlaku uzly prolabují pod úroveň linea dentata, jsou zvenčí viditelné. Po skončení tlaku, tedy obvykle po stolici, dochází ke spontánní retrakci.

III. Stupeň. Při tlaku na stolici, uzly prolabují zevně. Zde už nedochází ke spontánní retrakci a pacienti si je musejí reponovat manuálně.

To může být často spojeno s pocitem cizího tělesa v konečníku.

IV. Stupeň. Defacto se jedná o komplikovaný III. stupeň, kdy uzel nelze manuálně reponovat, nebo je repozice jen dočasná a stav je komplikován trombózou, zánětem či ulcerací (HORÁK, 2013).

2 LÉČBA HEMOROIDŮ

Cílem léčby je zejména trvalé odstranění potíží a symptomů. Se snahou o co nejlepší obnovení původních anatomických a fyziologických poměrů. Dnes je mnoho způsobů léčby, které závisí zejména na stupni poškození. Ve většině případů se začíná konzervativní léčbou, pokračuje semiinvazivní a v případě nutnosti se využívá i léčba chirurgická.

2.1 KONZERVATIVNÍ TERAPIE

Konzervativní terapie by vždy měla být první volbou při léčbě hemoroidálního onemocnění. Pacienti by měli konzumovat dostatečné množství vlákniny, tekutin, zeleniny a ovoce. Taktéž by nemělo být zapomínáno na pečlivou anální hygienu, zejména se doporučuje teplá voda bez použití mýdel a sprchových gelů. Důležitou složkou v konzervativní terapii je i péče o pravidelnou defekaci. Pacient by měl vyhledat toaletu při typických nutkáních a vyvarovat se usilovnému tlačení. Jako farmakoterapii v akutní hemoroidální krizi se často využívá například Ginko for, Detralex a další, které zvyšují žilní tonus. K lokální aplikaci lze využít nepřeberné množství mastí a čípků a gelů, které obsahují lokální anestetika, či protizánětlivé složky.

2.2 SEMIINVAZIVNÍ LÉČBA

Sklerotizace

Sklerotizaci hemoroidů můžeme popsat jako ošetřující metodu, kdy pomocí anoskopu a injekční jehly, aplikujeme do podslizniční tkáně sklerotizující roztok. Tato metoda je v anglosaských zemích často považována za metodu první volby u hemoroidů prvního stupně. V České republice je ale používána spíše výjimečně. Postup je nutný opakovat během 8–14 dní. Terapeutickým účinkem by mělo být fixování hemoroidálních polštářů v análním kanále. Při této metodě je nutné počítat se 70 % recidivou po 3 letech (ANDĚL, BOCKOVÁ, ŠKROVINA, 2017).

Infračervená fotokoagulace

Koagulace infračervenými paprsky představuje jednoduchý a poměrně účinný terapeutický výkon. Jeho úspěšnost se zejména potvrdila u krvácejících hemoroidů prvního stupně. Používá se při něm infračervený koagulator podobný pistoli. Pomocí něho jsou hemoroidy ošetřovány otevřeným proktoskopem. Infračervené záření vede svou teplotou 100 °C k nekróze tkáně. Výkon je bezbolestný a po dvou aplikacích vede až k 75 % úspěšnosti (ANDĚL, ŠKROVINA, DUCHÁČ, 2012).

Kryoterapie

Tato metoda byla vyžívána spíše v minulých letech a dnes se od ní již skoro opustilo. Principem této metody je rychlé zchlazení hemoroidů pomocí análních zátek. Terapeutickým výsledkem by mělo být například zmenšení edému, snížení intenzity krvácení či dosažení analgezie (ANDĚL, ŠKROVINA, DUCHÁČ, 2012).

Hemoron

Patří mezi moderní metody v léčbě hemoroidů. V České republice jde o celkem populární metodu i díky tomu, že se jedná o ambulantní zákrok a není nutná hospitalizace. Využívá se k léčbě hemoroidů prvního až třetího stupně. Principem této léčby je koagulace uzlu a přívodné artérie pomocí vysokofrekvenčního proudu mezi dvěma elektrodami. Ošetření se provádí opakovaně v měsíčních intervalech. Recidiva je 5–8 %, proto je při správné indikaci výsledek srovnatelný s operačními metodami (HERMAN a kol., 2011).

Hemoroidální arteriální ligace

Princip hemoroidální arteriální ligace (HAL), spočívá v zavedení speciálního anoskopu se zabudovanou dopplerovskou sondou. Pomocí které se přívodné artérie lokalizují a stehem podvážou. Tím dojde k uzávěru přívodné arterie a k následnému smrštění hemoroidálních uzlů (ANDĚL, BOCKOVÁ, ŠKROVINA, 2017).

Barronova ligatura

Patří mezi jednu z nejrozšířenějších metod semiinvazivní léčby. Využívá se zejména u hemoroidů druhého stupně. Pomocí anoskopu se na hemoroidální uzel zavede pevný gumový kroužek. Principem léčby je nekróza a ztráta zaškrcené tkáně,

kteřá se následně spontánně vyloučí. Tento proces může být občas spojen s tlakem v konečníku, či bolestí. Při každém ošetření bychom měli ideálně ošetřit pouze jeden uzel a ošetření opakovat v rozestupu 3 týdnů (HORÁK, 2013).

2.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA

K chirurgické léčbě jsou určeny zejména hemoroidy třetího a čtvrtého stupně. Výjimečně i stupně druhého, pokud selže konzervativní a semiinvasivní léčba. Principem všech chirurgických postupů je odstranění hemoroidálních uzlů, podvaz hemoroidálních cév a částečná či úplná rekonstrukce pooperačního, či kožního defektu (HORÁK, 2013).

Kontraindikací chirurgické léčby je těhotenství a chronická zánětlivá onemocnění. Jako při každé operaci jsou zde rizika a komplikace výkonu. Mezi nečastější komplikace patří poranění svěrače a následná inkontinence, pooperační krvácení, anální stenóza, či poruchy vyprazdňování močového měchýře (SCHMUPELICK, 2013).

Indikace k operaci musí být stanovena velmi pečlivě a individuálně. Nejčastěji se setkáváme s těmito metodami: otevřená hemoroidektomie dle Milligana-Morgana; uzavřená hemoroidektomie dle Fergusona; submukózní hemoroidektomie dle Parkse; rekonstruktivní hemoroidektomie dle Whiteheda nebo Toupeta, supraanodermální hemoroidopexe PPH staplerem dle Longa (ANDĚL, ŠKROVINA, DUCHÁČ, 2012).

Operace dle Whiteheda

Tato metoda byla popsána v roce 1882. Je indikována při nejvyšším stupni hemoroidů s análním prolapsem. Jedná se o cirkulární resekci slizničního válce s městky. Výkon provází četné komplikace jako např. stenóza anu, krvácení, poruchy kontinence apod. Proto se od této metody v České republice a Evropě téměř upouští (ANDĚL, BOCKOVÁ, ŠKROVINA, 2017).

Operace dle Milligana – Morganova

Metoda se doporučuje zejména při segmentovaných hemoroidálních uzlech. Spočívá v excizi jednotlivých hemoroidů a v podvazu jejich cévní stopky. Vzniklé defekty v anodermu jsou ponechány k otevřenému sekundárnímu hojení. Mezi

jednotlivými incizemi jsou ponechány slizniční můstky, aby se zabránilo případnému vzniku stenóz, popř. poruše kontinence (HORÁK, 2013).

Operace dle Fergusona

Technika této operace je velmi podobná s výše zmíněnou dle Milligana a Morgana. Rozdíl nalézáme v tom, že Ferguson uzavírá defekt suturou ve sliznici i anodermu. K nevýhodám této metody patří vyšší riziko perianální infekce a následná dehiscence rány. V dnešní době používáme nejčastěji kombinaci obou metod. Kdy se slizniční defekt uzavře suturou a kožní defekt je ponechán bez šití (ANDĚL, ŠKROVINA, DUCHÁČ, 2012).

Operace dle Parkse

Spočívá v submukózní resekci uzlů, kdy dochází k podvázání hemoroidální artérie a sutuře sliznice. V dnešní době je od tohoto postupu opuštěno a nahrazováno metodou Barronovy ligatury (HORÁK, 2013).

Operace dle Longa

V roce 1998 na 6. světovém kongresu endoskopické chirurgie italský chirurg Antonio Longo prvně prezentoval užití staplerové techniky v léčbě hemoroidů. Od roku 2001 má v České republice tato metoda vzestupnou tendenci při chirurgické léčbě hemoroidů. Je určena zejména pro hemoroidy třetího a čtvrtého stupně. Jedná se o operaci za využití cirkulárního stapleru PPH Longo. Cirkulární proto, že dokáže vyříznout slizniční válec uvnitř konečníku a současně ji sešít. Metoda spočívá v resekci hemoroidálních uzlů a prolabující submukózní sliznice nad linea dentata a v sutuře jemnými svorkami. Principem je elevace prolabované sliznice i s městkou orálním směrem a přerušení horních hemoroidálních artérií. Tím je vyřešena hlavní příčina onemocnění, neboť uvolníme sliznici rektu. Výkon je prováděn v celkové, nebo spinální anestezii. Mezi hlavní komplikace patří krvácení ze svorkové sutury, vytětí části svěrače, stenóza sutury, rektovaginální píštěle, nebo vytržení anorekta. K výhodám této metody patří zejména malá pooperační bolestivost, kratší doba hospitalizace a pracovní neschopnosti. Ve státech jako je Anglie, nebo Itálie se tato metoda provádí převážně ambulantně. Ačkoliv je tato metoda velmi často využívána, nejedná se o banální operaci. Je nutné dodržet dokonalé provedení operace, jinak může velmi snadno dojít k poškození pacienta (ČERNÝ, KRÁL, ŠEBESTA, 2011).

2.3.1 POZDNÍ KOMPLIKACE PO OPERACI HEMOROIDŮ

Léčba ektropia

Ektropium lze popsat jako dislokaci rektální sliznice. Jedná se o častou komplikaci po výkonech souvisejících s hemoroidy. Mezi konzervativní léčbu lze zařadit lokální aplikaci argentu nitrátu.

Léčba stenóz anu

Anální stenóza neboli zúžení análního kanálu vzniká většinou jako následek hojení per secundam. Při diagnostice je vhodné využít kontrastní rentgenové vyšetření, které nám ukáže délku stenózy. Nutné je také před zahájením léčby zkontrolovat funkci svěračů (HORÁK, 2013).

2.3.2 KOMPLIKACE HEMOROIDŮ

Mezi nejčastější komplikace hemoroidů můžeme zařadit perianální trombózu a uskřínutí prolabovaných vnitřních hemoroidů. Lze je charakterizovat ukрутnou bolestí v perianální krajině.

Akutní perianální trombóza vzniká z plného zdraví. Je charakterizována zduřením při okraji análního otvoru velikosti 1–2 cm. Mezi vyvolávací faktory patří zejména namáhavá defekace tuhé stolice, silný kašel, porod, či velká tělesná námaha. Většinou jde zejména o rupturu žilní stěny zevní hemoroidální pleteně, kdy vznikne koagulum, nebo dojde k trombóze některého ze zevních hemoroidů. Pokud jde o krátkou anamnézu, je u perianální trombózy indikována chirurgická incize či excize. Která by měla přinést rychlejší ústup bolestivých příznaků.

Prolaps hemoroidů s uskřínutím je nejčastěji charakterizován jako prolaps cirkulárních vnitřních hemoroidů s následnou trombózou. Objevuje se krutá bolest, pacient má problémy se sezením a chůzí, objevuje se také krvácení. Prolabující uzel většinou nelze reponovat zpět, protože je silně zduřelý a otokem je postižena i kůže u análního otvoru. V časném stádiu je možné provést akutní chirurgický zákrok, který většinou spočívá v segmentální hemoroidektomii. Typ zvolené operace záleží mimo jiné na zkušenostech operátora a stavu pacienta (ŠLAUF, ANTOŠ, MARX, 2014).

2.4 DALŠÍ ONEMOCNĚNÍ REKTA A ANÁLNÍHO KANÁLU

V následujícím textu krátce shrneme další častá onemocnění rekta a análního kanálu. Často jsou tato onemocnění zaměňována za onemocnění hemoroidální, nebo nedostatečně a včas léčena.

Sinus pilonidalis

Sinus pilonidalis (pilus = vlasy; nidus = hnízdo) patří mezi poměrně častá onemocnění. Vyskytuje se nejčastěji kolem dvacátého až třicátého roku s převahou u mužského pohlaví. Jde o akutní, či chronický zánět v subkutánní tukové tkáni. Převážně se vyskytuje v oblasti kostrče. Může jít o získanou, či dědičně predisponující chorobu. Zvýšené riziko výskytu mají obézní, lidé se špatnou hygienou, sedavým zaměstnáním, nebo silně ochlupení v gluteální rýze nad kostrčí. Základem pro vznik onemocnění jsou taktéž třecí pohyby hýždí, kdy polámané chloupky tlačí jejich kořenovými konci do kůže. Kdy poté vzniká cysta, která nezpůsobuje vážnější potíže, dokud se neinfikuje. Pilonidální nemoc provází taktéž viditelné otvůrky, slepé chodbičky v kožní rýze nad kostrčí a křížovou kostí. Mezi klinické projevy patří pouze viditelný „otvůrek“ v intergluteální rýze, který se posléze může změnit v bolestivou lézi. Diagnostika spočívá zejména v pohledu na mezi hýždřovou krajinu a pohmatem. Dále bývá využívána sonda, či skiagrafické vyšetření fistulografie. Léčba v případě akutního zhnisání spočívá v chirurgickém otevření abscesového ložiska před kostrčí v lokální anestezii, výplachu a založením drénu. Po zklidnění zánětu, nebo u stavů kdy je sinus diagnostikován v klidovém stádiu je vhodné jeho odstranění v celkové anestezii jako plánovaný chirurgický zákrok (ZÍMOVÁ, BAČUVČÍKOVÁ, ZÍMOVÁ, 2015).

Anální absces

Periproktální záněty velmi často souvisejí s konečníkem a vyznačují se rychlým průnikem infekce do okolí. Zánět začínající jako flegmona se rychle ohraničuje a vzniká absces. Udává se, že většina zánětlivých procesů vzniká na základě infekce análních žlázek. Mezi další příčiny patří záněty vzniklé na podkladě slizničního traumatu, záněty vzniklé jako komplikace u anální fisury, trombózy vnitřních městků, či jako komplikace léčby hemoroidů. Periproktálním zánětem se také může projevovat první příznak Crohnovy choroby. Abscesy se vyskytují asi třikrát častěji u mužů než u žen. Mezi příznaky patří zejména intenzivní, pulzující bolesti, které jsou často spojeny s horečkou.

Nebo také pocit tlaku v konečniku. Diagnostika spočívá v anamnéze pacienta, vyšetření pohledem a zejména pomocí pohmatu. Lze využít i anoskopické, či rektoskopické vyšetření. Velmi vhodnou metodou je také transrektální sonografie. Léčba spočívá zejména v parenterálním podávání antibiotik za hospitalizace pacienta a ve včasném chirurgickém zákroku. Bez vhodné a rychlé léčby může dojít k progresi onemocnění s novými abscesy a může dojít až k porušení orgánu kontinence, či k celkové sepsi (ŠLAUF, ANTOŠ, MARX, 2014).

Anorektální píštěl

Lze říci, že anální abscesy i anální píštěle vycházejí ze stejného základu. Téměř vždy je absces předcházejícím akutním jevem a píštěl důsledkem. Mezi základní příznaky píštěle patří vyměšování hnisavě-serózního sekretu. Často se objevuje i anální ekzém a subfebrilie. Mezi diagnostické metody patří důkladná anamnéza; vyšetření pohledem. Vyšetření pohmatem má též nezastupitelnou roli. Ke zjištění hloubky a průběhu píštěle se často využívá zavedení sondy do zevního otvoru píštěle. Léčba spočívá v chirurgickém zákroku, kdy dojde k odstranění píštěle. Chirurg musí zvolit adekvátní operační zákrok, dle typu píštěle a anamnézy pacienta. Při nevhodně zvolené metodě, je zde riziko porušení svěračů s inkontinencí stolice (LIŠKA a kol., 2010).

Anální fisura

Fisura konečniku patří mezi jedno z nejčastějších a nejbolestivějších onemocnění konečniku. Jedná se o lineární vřed dlaždicového epitelu, který se nachází v análním kanále distálně od linea dentata. V akutní fázi má hladké okraje, ve fázi chronické pak často vzniká hypertrofická anální papila – strážný hrbolek. Fisura se nejčastěji vyskytuje ve věku mezi 20–40 lety, ale často ji lze nalézt i u dětí. Etiologie vzniku není zcela jasná. Mezi příčiny vzniku může patřit chronický průjem nebo zácpa, poporodní trauma, hemoroidy, nebo chronické užívání laxativ. K příznakům patří řezavá bolest při defekaci, která může přetrvávat i další hodiny. Při každé další defekaci dochází ke dráždění místa fisury a následuje další ataka bolesti. Často dochází k poruše defekačního stereotypu ze strachu z bolesti při defekaci. Diagnózu potvrdíme fyzikálním vyšetřením. Léčba spočívá zejména v konzervativní terapii. Jsou doporučovány např. sedací koupele, úprava životosprávy, dostatečný příjem tekutin, lokální masti a anestetika, či aplikace dilatátorů. Pokud konzervativní terapie nevede

k vyléčení pacienta, je možno přistoupit k chirurgickému zákroku. Chirurgická léčba je, ale poměrně málo častá (ADAMOVIČ a kol., 2015).

Pruritus ani

Pruritus ani patří mezi kožní onemocnění charakterizované svěděním, nebo pálením v perianální oblasti. Postihuje asi 1–5% populace. Mezi nejčastější onemocnění spojována s pruritem patří hemoroidy, anální trhliny, anální píštěle, abscesy a průjmy. Infekční onemocnění mají také velký podíl na vzniku tohoto onemocnění. Léčba spočívá v zejména v objasnění příčiny pruritu. Následně je doporučováno dodržovat řádnou anální hygienu, vyvarování se vlhkosti anální krajiny, úprava stravy, či vyvarování se přiléhavého oblečení (LERCH a kol., 2015).

Poranění konečníku

Anální a rektální traumata patří mezi relativně vzácná poranění. S výjimkou iatrogenních poranění, kde díky rozvoji používání flexibilní endoskopie dochází ke zvýšení. Nejčastěji bývá poraněn anální kanál. Mezi příčiny poranění patří např. poporodní poranění, tupá (zavřená) poranění rekta, penetrující poranění rekta, poranění způsobená průnikem tyčovitých předmětů do konečníku, nebo cizími tělesy aktivně zavedenými do konečníku. Diagnostika spočívá v důkladně odebrané anamnéze, zejména u poranění souvisejících se zaváděním cizích těles do konečníku. Častým příznakem je bolest a krvácení, případně obstipace. Pozdními příznaky může být zánět pobřišnice. Základní diagnostickou metodou je inspekce perianální krajiny a řiti, digitální vyšetření, nebo prostý rentgenový snímek. Léčba záleží na rozsahu poranění. Drobná poranění kůže řitního kanálu lze ponechat bez většího ošetření. Při rozsáhlých poraněních je zejména důležitá zástava krvácení a následný chirurgický zákrok (HORÁK, 2013).

Anální inkontinence

Inkontinenci stolice můžeme definovat jako nechtěný únik stolice, či jako ztrátu schopnosti kontrolovat vyprazdňování střevního obsahu. Příčiny inkontinence jsou velmi různorodé, patří sem např. postižení centrálního nervového systému, poporodní poranění, prolaps rekta, anální karcinom, následek chirurgických operací. Základem správné diagnostiky inkontinence by v první řadě měla být důkladně odebraná anamnéza. Následuje nezbytná základní proktologická diagnostika. Kam patří vyšetření

pohledem, pohmatem, proktoskopem a rektoskopem. Cílem léčebné terapie je obnovení kontinence stolice a zlepšení kvality života. Základem je konzervativní léčba, která spočívá ve správné anální hygieně, úpravě životosprávy, cviky pro posílení pánevního svalstva aj. V případě defektu svěrače, je volena jeho chirurgická rekonstrukce (ANDĚL, ŠKROVINA, DUCHÁČ, 2012).

Karcinom rektá

Nádory tlustého střeva a konečníku řadíme mezi nejčastější nádorová onemocnění. Česká republika patří mezi tři země s největší incidencí kolorektálního karcinomu. Přes pokroky v medicíně a stále zlepšující se diagnostice, zůstává prognóza tohoto onemocnění velmi nejistá. Karcinom rektá postihuje častěji muže než ženy a výskyt stoupá s věkem. Mezi příčiny onemocnění patří např.: genetické predispozice, idiopatické střevní záněty, životní styl a stravovací návyky. K základním příznakům patří zejména změna defekačního stereotypu, enterorrhagie, příměs hlenu ve stolici a další nespecifické příznaky jako je anémie, ztráta hmotnosti, či výkonosti. Základním a prvním vyšetřením bývá digitální vyšetření. Následuje vyšetření kolposkopické, které slouží k lokalizaci nádoru, nebo odběru cílených vzorků na biopsii. K dalším diagnostickým metodám patří CT vyšetření malé pánve, které je v současné době často nahrazeno magnetickou rezonancí, která je považována za přesnější metodu. Pro odhalování vzdálených metastáz slouží vyšetření PET/CT neboli pozitronová emisní tomografie. Pro svou finanční náročnost není zařazováno před každým primárním zákrokem. Léčba pacienta s kolorektálním karcinomem vyžaduje zapojení multidisciplinárního týmu. O strategii léčby by mimo jiné mělo být rozhodováno na mezioborových seminářích za přítomnosti chirurga, gastroenterologa, onkologa, radiologa. Rozhoduje se na základě stagingu, histologické struktury, gradingu, lokalizaci karcinomu, ale i na základě celkové stavu pacienta. Základem chirurgické léčby je zákrok, který by měl vést k odstranění nádoru, případně i odstranění spádového lymfatického řečiště. Onkologickou léčbu lze rozdělit na neadjuvantní, kdy je chemoterapie podána před výkonem. Nebo na adjuvantní léčebný postup, spočívající v podání chemoterapie po chirurgickém výkonu (VEPŘEKOVÁ, SUCHÁNEK, ZAVORAL, 2012; HORÁK, 2013).

3 PERIOPERAČNÍ PÉČE

„Pojem perioperační péče zahrnuje péči v období okolo operace, tj. před, během a po ní. Jako každá jiná ošetrovatelská péče mají i tato jednotlivá období svá specifika, na která je třeba brát zřetel při ošetřování chirurgického pacienta.“ (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013, s. 26).

3.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

Tato péče začíná rozhodnutím lékaře o operaci a končí v momentě, kdy je pacient předán na operační sál. Není tedy možné vymezit přesné časové období od kdy, do kdy předoperační péče trvá. Záleží na typu výkonu. U plánovaného výkonu se může jednat o měsíce, u akutního jen hodiny. Zdravotnický personál se během tohoto období snaží o vytvoření co nejpříznivějších podmínek ke zvládnutí výkonu (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

U pacientů s hemoroidy začíná předoperační příprava většinou v proktologické ambulanci. Zde lékař provede všechny nezbytná vyšetření a indikuje pacienta k operačnímu zákroku. Pokud pacient s operací souhlasí, lékař ve spolupráci se sestrou edukují pacienta o průběhu operace a pooperačním období. Správná edukace a informovanost pacienta o zákroku vede ke snížení pacientova strachu a úzkosti. V rámci předoperační přípravy je pacient taktéž edukován o vyšetřeních, která musí před operačním výkonem absolvovat u svého praktického lékaře. Většinou se jedná o laboratorní odběry krve, EKG vyšetření, RTG srdce a plic, anamnézu pacienta. Nezapomeneme pacienta informovat o lécích, které by měl před operací vysadit, nebo jakou přípravu bude muset před operací provést.

Pacienti se před operací hemoroidů Longovou metodou přijímají k hospitalizaci běžně den před plánovaným operačním výkonem.

Při nástupu do nemocnice je pacient edukován o řádu oddělení, o tom, jak bude probíhat jeho hospitalizace a nutné předoperační přípravě.

Před nástupem k hospitalizaci a před operačním výkonem vždy pacient podepisuje informovaný souhlas (SLEZÁKOVÁ, 2010).

3.2 POOPERAČNÍ PÉČE

Tato péče začíná předáním pacienta ze sálu na oddělení. Můžeme ji rozdělit na péči bezprostřední a následnou.

Bezprostřední část pooperační péče je zaměřená zejména na předcházení pooperačním komplikacím, kam můžeme zařadit např. hypoventilaci, hypotenzi, hypovolemii, či krvácení. Následná pak na rehabilitaci a bezproblémový návrat k předchozímu životu.

Po operaci je pacient převezen na tzv. dospávací pokoj, kde je minimálně dvě hodiny sledován. Sledovány jsou především vitální funkce, kam patří tlak, puls a saturace kyslíkem. V této fázi je také nutné sledovat bolest pacienta a případně podat analgetika, dle ordinace lékaře. V případě že je pacientův stav zhoršen anebo ohrožen, je převezen na JIP, či ARO.

Pokud je pacientův stav bez komplikací, je převezen zpět na standardní oddělení na svůj pokoj. Kde je sledován především příjem tekutin, stav operační rány a bolest pacienta. Pravidelně mu je podávána medikace dle ordinace lékaře (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

U pacientů po operaci hemoroidů nebývá postup obvykle jiný.

Intenzita bolesti po operaci hemoroidů závisí od typu provedeného výkonu. Je nutno ji proto pravidelně sledovat a vyhodnocovat a následně podávat analgetika, dle ordinace lékaře.

Pokud je pacient po operačním zákroku bez komplikací a výrazných bolestí, obvykle je na oddělení hospitalizován 4 dny. Následně je propuštěn do domácí péče. Týden po provedeném zákroku absolvuje kontrolu lékařem v proktologické ambulanci.

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO OPERACI HEMOROIDŮ LONGOVOU METODOU

Praktická část bakalářské práce se zabývá ošetrovatelským procesem u pacienta po operaci hemoroidů Longovou metodou. U pacienta byl realizován individuální ošetrovatelský proces od jeho příjmu až do propuštění dne 27. 1. 2019. Byly sepsány údaje týkající se stavu pacienta, vyhledány ošetrovatelské problémy a následně dle třinácti domén NANDA I Taxonomie II stanoveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Tři z nich byly podrobně rozpracovány. Vytvořen byl plán ošetrovatelské péče, který byl posléze realizován a v závěrečné části práce zhodnocen. K hlavním zdrojům informací patřila ošetrovatelská, lékařská dokumentace a rozhovor s pacientem.

Pacient byl přijat na standardní chirurgické oddělení B dne 23. 1. 2019 pro plánovaný operační zákrok odstranění hemoroidů Longovou metodou. U pacienta se potíže s hemoroidy objevují už dlouhou dobu. V posledních měsících se ale problémy zhoršily a byla mu tedy praktickým lékařem doporučena konzultace v proktologické ambulanci. Zde mu byly lékařem zjištěny hemoroidy III. stupně a doporučena operace pomocí Longovy metody. S navrženou terapií souhlasil a rozhodl se operační zákrok podstoupit.

Identifikační údaje pacienta a zdravotnického zařízení neuvádíme z důvodu dodržení díkce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Datum narození: 1968

Pohlaví: muž

Adresa bydliště a telefon: Praha

Věk: 51

Adresa příbuzných: Praha

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: hasič

Stav: ženatý

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 23. 1. 2019

Oddělení: chirurgické lůžkové oddělení B

Typ přijetí: plánované

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Plánovaný zákrok odstranění hemoroidů

Medicínská diagnóza hlavní:

Hemoroidy III. stupně

Medicínská diagnóza vedlejší:

Esenciální hypertenze

Jiné poruchy ukládání tuků

HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU

TK: 130/80

Výška: 186 cm

P: 71´

Hmotnost: 84 kg

D: 17´

BMI: 24

TT: 36,5 °C

Pohyblivost: bez omezení

Stav vědomí: při vědomí

Orientace místem, časem, osobou:
orientovaný

Řeč, jazyk: plynulá

ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza**

Matka: žije, zdráva

Otec: zemřel v 70 letech na infarkt myokardu

Sourozenci: bratr i sestra zemřeli, neví na co a nepřeje si o tom více mluvit

Děti: dcera a syn, zdraví

Osobní anamnéza

Překonaná chronická onemocnění: asi 10 let dyslipidemie, od roku 2017 arteriální hypertenze – kompenzovaná

Hospitalizace a operace: 0

Úrazy: drobné, bezvýznamné

Transfúze: 0

Očkování: pravidelně, dle očkovacího kalendáře, tetanus

Léková anamnéza

Tabulka 1 Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
ATORIS	tbl	20 mg	1-0-0	hypolipidemika
BLESSIN PLUS H	tbl	80 mg + 12,5 mg	1-0-0	antihypertenziva

Zdroj: Lékařská dokumentace

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: pyly

Abúzy

Alkohol: příležitostně pivo, nebo dobrý rum

Kouření: nekuřák

Káva: nepije

Léky: pacient neudává

Jiné návykové látky: 0

Urologická anamnéza

Překonaná urologická onemocnění: 0

Samovyšetřování varlat: neprovádí

Poslední návštěva u urologa: v roce 2015 – patologický nález v moči

Sociální anamnéza

Stav: ženatý

Bytové podmínky: žije s manželkou v jejich společném bytě na okraji Prahy

Vztahy, role a interakce: se svou rodinou i přáteli má velmi dobré vztahy

Záliby: sport, cestování, příroda

Volnočasové aktivity: posezení s přáteli, hraní fotbalu s přáteli, procházky v přírodě

Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské – střední odborná škola požární ochrany

Pracovní zařazení: pracuje jako hasič u hasičského záchranného sboru České republiky

Vztahy na pracovišti: velmi dobré

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza: pacient není věřící

KATAMNÉZA

Pacient udává letité potíže s konečníkem a vyprazdňováním. Nikdy ale svým problémům nevěnoval větší pozornost. V poslední době se ale jeho problémy zhoršily a znepríjemňují mu život. Všiml si, že se mu občas ve stolici objevuje krev, má pocit nedokonalého vyprázdnění a trpí tzv. syndromem vlhké řiti. Rozhodl se tedy, že je na čase svůj zdravotní stav řešit.

Proto pacient přichází 3. 12. 2018 do proktologické ambulance na doporučení svého praktického lékaře pro potíže s hemoroidy. Na základě anoskopického vyšetření proktologem mu byly diagnostikovány hemoroidy 3. stupně. Pacientovi byla následně doporučena operace Longovou metodou. Pacient s navrženou metodou léčby po předchozím vysvětlení postupu a možných komplikací souhlasil. Lékaři sdělil, že by svůj stav chtěl kvůli pracovnímu vytížení řešit až po Novém roce. Lékař proto s pacientem stanovil vyhovující datum nástupu k operaci a doporučil mu v rámci interního předoperačního vyšetření absolvovat koloskopické vyšetření.

Koloskopické vyšetření absolvoval 6. 1. 2019 s normálním nálezem. Praktickým lékařem mu také byla provedena všechna potřebná předoperační vyšetření, která byla v pořádku. Bylo umožněno tedy pacientovi podstoupit operační zákrok.

Pacient by přijat na chirurgické lůžkové oddělení B dne 23. 1. 2019 v 10:15 hod. Při příjmu mu byl vysvětlen řád oddělení, průběh hospitalizace a byly mu změřeny fyziologické funkce, které byly v normě. Byl edukován o tom, že od půlnoci nesmí nic jíst, pít a kouřit. Vysvětlena mu byla také nutná předoperační příprava spočívající v podání klyzmatu večer před operací a brzy ráno v den operace. Tentýž den podstoupil předanesteziologické vyšetření, které ukázalo, že nic nebrání tomu, aby podstoupil operační zákrok. Bylo mu vysvětleno, jak bude probíhat pooperační období a odpovězeno na všechny jeho dotazy týkající se hospitalizace. Pacient byl při vědomí, plně orientován a aktivně spolupracoval se zdravotnickým personálem.

Druhý den dopoledne pacient podstoupil operační zákrok. Ten proběhl bez komplikací. Po operaci i nadále aktivně spolupracoval a dodržoval doporučení zdravotnického personálu.

Čtvrtý den hospitalizace byl pacient bez bolesti a pooperačních komplikací. Byl tedy sestrou edukován o dodržování nastaveného pooperačního režimu i po propuštění. V odpoledních hodinách byl ošetřujícím lékařem propuštěn do domácí péče.

Dne 5. 2. 2019 se dostavil na kontrolu do proktologické ambulance. Kde byla lékařem zkontrolována operační rána a bolest. Kontrola ukázala, že byl operační zákrok úspěšný. Pacient neudával žádné problémy ani bolesti při vyprazdňování stolice. Další kontrola byla naplánována za měsíc.

ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelský proces byl zpracováván 0.–2. pooperační den. Pomocí fyzikálního vyšetření a třinácti domén NANDA I Taxonomie II jsme vyhodnotili pacientův stav po operaci, byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy, které jsme následně seřadily dle priorit. Posléze byl vypracován ošetřovatelský plán a následovala jeho realizace. V závěru bylo zhodnoceno, zda se podařilo dosáhnout naplánovaných cílů.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Pacient byl přijat po zákroku zpět na standardní oddělení 24. 1. 2019 v 13:35 hod z dospávacího pokoje. Fyzikální vyšetření sestrou bylo provedeno v 13:45hod v tentýž den. Pacient je při vědomí, plně orientován, spolupracuje a odpovídá srozumitelně a plynule.

Hlava: na poklep nebolestivá, bez deformit, normocefalická

Oči: zornice izokorické, skléry bílé, bez sekretu

Uši, nos: bez výtoku

Rty: růžové, vlhké, symetrické

Dásně, sliznice dutiny ústní: dásně i sliznice vlhké, růžové, bez známek zánětlivých změn

Jazyk: jazyk plazí ve střední čáře, vlhký, bez povlaku

Tonzily: souměrné, bez povlaku

Chrup: vlastní, bez známek zánětlivých změn

Krk: souměrný, náplň krčních žil nezvětšena, pulzace karotid hmatná, štítná žláza nehmatná

Hrudník: symetrický, bez deformit

Plíce: poklep jasný, poslechově dýchání čisté, bez vedlejších fenoménů

Srdce: srdeční akce pravidelná

Břicho: souměrné, palpačně měkké, prohmatné, nebolestivé

Játra: nepřesahují žeberní oblouk

Slezina: nehmatná

Uzliny: nezvětšené

Páteř: fyziologické zakřivení, bez deformit, volně pohyblivá

Klouby: hybnost plná, nebolestivé

Reflexy: zachované

Periferní pulzace: dobře hmatná

Varixy: bez známek varixů

Kůže: růžová, elastická, kožní turgor v normě, lehké podráždění v okolí operační rány

Otoky: bez známek otoků

Tabulka 2 Aktivity denního života

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování a příjem tekutin	<i>Snažím se jíst pravidelně a zdravě, ale díky nepravidelnému režimu je to těžké. Vody za den vypiju okolo 2 litrů.</i>	Dieta NPO, večer dle stavu pacienta lze podat stravu kašovitou. Při hospitalizaci se snaží přijmout dostatek tekutin.
Vylučování moče a stolice	<i>Občas mám problém s vyprazdňováním stolice kvůli bolesti. S močením žádné problémy nemám.</i>	Pacient má občas bolesti při vyprazdňování stolice kvůli bolestivým hemoroidům. Poslední stolice byla dnes ráno po podaném klyzmatu.

Spánek a bdění	<i>Vážné problémy se spánkem nemám. Ale pracuji na 24hodinové směny. Občas má tedy člověk spánkový režim rozhozený. Ale však vy to sestřičko, znáte také.</i>	Občas se u pacienta objeví problém se spánkem díky práci na směny. V nemocnici problémy se spánkem nemá.
Aktivita a odpočinek	<i>Jsem velmi aktivní člověk. Rád si s přáteli zahraji fotbal, nebo chodím cvičit. Rád se chodím odreagovat do přírody.</i>	Pacient má dnes po operačním zákroku naordinovaný klid na lůžku. A z lůžka může vstávat jen za doprovodu sestry.
Hygiena	<i>Díky svému aktivnímu způsobu života se sprchuji i 2x denně. „Doma vše zvládnou provést sám.“ „Dnes po operaci budu potřebovat pomoc sestry.“</i>	Pacient je v rámci pooperačního stavu v oblasti provedení hygienické péče částečně soběstačný.
Soběstačnost	<i>Doma bez problémů zvládám vše.“ Dnes budu potřebovat pomoc sestry při vstávání z lůžka a hygieně.</i>	Pacient je v rámci pooperačního stavu částečně soběstačný. Barthelové test všedních činností 100 b.

Zdroj: vlastní zpracování (2019)

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMĚN NANDA I

TAXONOMIE II

Provedeno dne 24. 1. 2019 v 14:00 hod. Pacient je hospitalizován na standardním oddělení a je 2,5 hodiny po zákroku.

Tabulka 3 Posouzení současného stavu

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none"> — Uvědomování si zdraví — Management zdraví 	<p>Subjektivně: <i>Jsem vášnivý sportovec, i proto jsem se kouření vždy vyhýbal. Alkohol piji příležitostně. Rád zajdu s přáteli na dobré pivo do mé oblíbené hospody. Výjimečně si rád dám i dobrý rum.</i></p> <p>Objektivně: Pacient nekouří, alkohol pije příležitostně. Aktivní sportovec. Závislost na alkoholu zhodnocena dle CAGE dotazníku – 0 bodů.</p> <p>Použitá měřicí technika: CAGE dotazník.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Nebyl nalezen.</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> — Příjem potravy — Trávení — Vstřebávání — Metabolizmus — Hydratace 	<p>Subjektivně: <i>Jídlo mám rád. Snažím se jíst povětšinou zdravě. Ale díky náročnosti mé práce to ne vždy jde. Vody se snažím vypít kolem 2,5 litru denně. A také jsem velký milovník čajů, za den vypiju cca 4 hrnky.</i></p> <p>Objektivně: Pacient měří 186 cm a váží 84 kg. Jeho BMI je v normě. Snaží se jíst zdravě a vypít dostatek tekutin.</p> <p>Použitá měřicí technika: BMI: 24,3 – norma</p> <p>Ošetrovatelský problém: Nebyl nalezen.</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> — Funkce močového systému — Funkce GIT — Funkce kožního systému — Funkce dýchacího systému 	<p>Subjektivně: <i>S močením jsem nikdy problém neměl. S vyprazdňováním stolice občas trochu ano, zejména kvůli bolestivým hemoroidům. A teď po operaci se vyprazdňování trochu obávám. S dýcháním problémy nemám. Ve své práci si to ani nemohu dovolit.</i></p> <p>Objektivně: Pacient má občasné problémy s vyprázdněním stolice, kvůli bolesti. Na poslední stolici byl dnes ráno po podaném klyzmatu. Dýchání pravidelné.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Riziko zácpy.</p> <p>Priorita: střední</p>

<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> — Spánek, odpočinek — Aktivita, cvičení — Rovnováha energie — Kardiovaskulární pulmonální reakce — Seběpěče 	<p>Subjektivně: <i>Jsem milovník sportu. Zejména fotbalu, který si přáteli chodím zahrát pravidelně každý týden. Rád také chodím běhat a do posilovny.</i></p> <p><i>S manželkou ve volných dnech rádi chodíme na procházky do přírody. Se spánkem problém většinou nemám. Pracuji na 24hodinové směny, takže občas má člověk rytmus spánku narušený, ale za ty léta už jsem si zvykl.</i></p> <p>Objektivně: Pacient se snaží ve svém volném čase aktivně odpočívat.</p> <p>Problémy se spánkem se objeví občas díky směnnému režimu v práci. Jinak působí klidným a upraveným dojmem.</p> <p>Barthelové test všedních činností 100 b.</p> <p>Pacient je bez deficitu v oblasti sebepěče v oblasti vyprazdňování, oblékání, koupání, stravování.</p> <p>Použitá měřicí technika: Barthelové test základních všedních činností.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Problém nenalezen.</p>
<p>5. Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> — Pozornost — Orientace — Kognice — Komunikace 	<p>Subjektivně: <i>Myslím, že s pozorností ani orientací problém nemám. Rád se vzdělávám a učím nové věci.</i></p> <p><i>Ačkoliv moc rád spolupracuji a komunikuji s lidmi, během této hospitalizace jsem zvolil možnost nadstandardního pokoje. Mám za sebou náročný pracovní týden a chci využít chvíle klidu.</i></p> <p><i>Nejsem si jistý, jaký režim bude teď následovat po operaci, ale určitě mi to někdo brzy vysvětlí.</i></p> <p>Objektivně: Pacient působí energickým a milým dojmem. Na dotazy aktivně odpovídá a je rád, že si má s kým popovídat.</p> <p>Udává obavy z nedostatku informací, co bude následovat v pooperačním období.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Nedostatečné znalosti.</p> <p>Priorita: střední</p>

<p>6. Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> — Sebepojetí — Sebeúcta — Obraz těla 	<p>Subjektivně: <i>Jsem se sebou spokojený. Mám skvělou manželku a děti a také práci, která mě i po těch letech stále naplňuje. Teď jen doufám, že se zbavím těch hemoroidů, abych od nich měl klid.</i></p> <p>Objektivně: Pacient působí spokojeně sám se sebou a svým životem. Je vidět, že je na svou rodinu a práci náležitě hrdý.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Problém nenalezen.</p>
<p>7. Vztahy mezi rolemi</p> <ul style="list-style-type: none"> — Role pečovatелů — Rodinné vztahy — Plnění rolí 	<p>Subjektivně: <i>Bydlím spolu s manželkou. Náš vztah je i po letech velmi hezký. Jsem ji vděčný, že se mnou i přes moji časově náročnou práci vydržela.</i></p> <p><i>Mé dvě děti jsou skvělé. Vídám se s nimi alespoň jednou týdně. Už se těším, až budu mít vnoučata.</i></p> <p>Objektivně: Pacientovi na rodině hodně záleží a snaží se v ní udržovat dobré vztahy.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Problém nenalezen.</p>
<p>8. Sexualita</p> <ul style="list-style-type: none"> — Sexuální funkce — Reprodukce 	<p>Subjektivně: <i>S manželkou máme bezproblémový intimní vztah.</i></p> <p>Objektivně: Pacient je sexuálně aktivní a neudává žádné problémy.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Problém nenalezen.</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p> <ul style="list-style-type: none"> — Posttraumatické reakce — Reakce na zvládání zátěže — Neurobehaviorální stres 	<p>Subjektivně: <i>Díky práci hasiče jsem stresu odolný a umím si zachovat klidnou hlavu. Operace jsem se ale trochu obával, přeci jen jsem hospitalizovaný nikdy nebyl. Ale všechno probíhá dle mých představ a sestřičky jsou tu moc hodné.</i></p> <p>Objektivně: Pacient stres zvládá dobře a drobné obavy z hospitalizace již pominuly.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Problém nenalezen.</p>
<p>10. Životní principy</p> <ul style="list-style-type: none"> — Hodnoty — Přesvědčení — Soulad hodnot / přesvědčení /jednání 	<p>Subjektivně: <i>Na první místo ve svých životních hodnotách určitě řadím rodinu a zdraví. Protože vím, že nic důležitějšího není.</i></p> <p>Objektivně: Pacient má nastavené životní hodnoty a dle nich se řídí.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Problém nenalezen.</p>

<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> — Infekce — Fyzické poškození — Násilí — Environmentální rizika — Obranné procesy — Termoregulace 	<p>Subjektivně: <i>Myslím si, že jsem klidný a vyrovnaný člověk, který se nenechá jen tak něčím rozhodit. Sklony k násilí jsem nikdy neměl, snažím se mu předcházet. Jsem toho názoru, že vhodnou komunikací lze předejít spoustě konfliktů. Po operaci se cítím dobře, hlava se mi nemotá, ale vstávat jsem zatím nezkoušel.</i></p> <p>Objektivně: Pacient nejeví známky agresivity. Působí klidným a vyrovnaným dojmem. Má zaveden PŽK (1. den), který byl zkontrolován. Pacient udává, že místo vpichu je nebolestivé. PŽK je bez známek infekce (Maddone 0). Je 0. den po operaci a má operační ránu. Z důvodu pooperačního přetrvávání účinku anestetik, je u pacienta zvýšené riziko pádů (riziko pádu – 5 bodů). Pacient má ordinovaný klid na lůžku a je mu povoleno vstávat jen v doprovodu sestry.</p> <p>Použitá měřicí technika: Klasifikace tíže tromboflebitid, screening rizika pádu</p> <p>Ošetřovatelský problém: Riziko infekce a pádu, narušená integrita tkáně, riziko krvácení.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> — Tělesný komfort — Komfort prostředí — Sociální komfort 	<p>Subjektivně: <i>Cítím se ještě po té narkóze trochu unavený, ale ne více, jak po službě (směje se). Operační rána mě dost bolí (udává bolest 6/10). Ale mám tady moc hezký pokoj, je tu klid a sestřičky i lékaři jsou příjemní.</i></p> <p>Objektivně: Pacient je cca 2,5 hodiny po operačním zákroku. Operační rána nekrvácí, pacientovi byla doporučena poloha na boku, která pro něj může být po operaci pohodlnější.</p> <p>Použitá měřicí technika: numerická škála bolesti</p> <p>Ošetřovatelský problém: Akutní bolest.</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>13. Růst/vývoj</p> <ul style="list-style-type: none"> — Růst — Vývoj 	<p>Subjektivně: <i>Už pár let si udržuji víceméně stejnou váhu. V dětství jsem s růstem a vývojem neměl žádné problémy.</i></p> <p>Objektivně: Pacient je vysoký 186 cm a váží 84 kg. Růst a vývoj v dětství nelze posoudit.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Problém nenalezen.</p>

Zdroj: vlastní zpracování (2019)

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

24. 1. 2019

Ordinovaná vyšetření: 0

Výsledky: 0

Konzervativní léčba:

Dieta: 1

Výživa: per os

Pohybový režim: dnes klid na lůžku

RHB: 0

Medikamentózní léčba

NOVALGIN 1000 mg. – i.v. – á 6 h při bolestech více jak 3/10 na numerické škále bolesti (analgetika)

MORPHIN 1 % 10 mg. – i.m. – max á 6 hodin při bolestech více jak 5/10 na numerické škále bolesti (analgetika)

Premedikace

DORMICUM 7,5 mg. – na výzvu (midazolam)

Chirurgická léčba

24. 1. 2019 Operatio sec Longo – PPH

SITUAČNÍ ANALÝZA

24. 1. 2019

0. pooperační den (v 13:45 hod po výkonu)

Pacient byl dne 23. 1. 2019 plánovaně přijat na chirurgické oddělení B k odstranění hemoroidů Longovou metodou. Po provedeném operačním výkonu byl převezen na dospávací pokoj, kde mu byly po dobu dvou hodin kontinuálně měřeny fyziologické funkce. Pacient byl po dvou hodinách i nadále oběhově, ventilačně stabilní a naměřené fyziologické funkce byly taktéž v normě. Byl proto v 13:35 hod převezen zpět na svůj pokoj na standardním oddělení.

Po příjezdu na standardní oddělení byly pacientovi změřeny fyziologické funkce TK: 135/80, P: 85', D: 17', TT: 36,6 °C, SpO2: 99 %. Následně bylo provedeno fyzikální vyšetření sestrou a pomocí rozhovoru s pacientem byly vyhledány a definovány ošetrovatelské problémy. Přítomna je akutní bolest v místě operační rány.

Pacient bolest hodnotí na numerické škále bolesti 6/10. Jsou tedy podána analgetika – MORPHIN 1 % 10 mg i. m. dle ordinace lékaře. Bolest bude i nadále pravidelně sledována a hodnocena. Pacient má zavedený periferní žilní katétr, funkční a bez známek infekce. Z důvodu pooperačního zotavení je u pacienta stanoveno riziko pádů. Sestrou byla provedena kontrola operační rány, která působí klidně bez známek krvácení. Pro možné obtížné a bolestivé vyprázdnění stolice po operačním zákroku bylo u pacienta stanoveno riziko zácpy. Pacient byl edukován o režimových opatřeních a pooperačním režimu. Byl také poučen o pohybovém režimu, lékové terapii a nutnosti dodržování nastavených opatření.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A SEŘAZENÍ DLE PRORIT

Ošetřovatelské diagnózy jsme stanovili dle třinácti domén NANDA I Taxonomie II Ošetřovatelské diagnózy, Definice a klasifikace 2015–2017.

Dne 24. 1. 2019, tj. 2. hospitalizační den a 0. pooperační den, kdy byl již pacient po zákroku, bylo nalezeno 7 ošetřovatelských diagnóz. Diagnózy byly následně seřazeny dle priorit. Z toho byly vybrány 3 diagnózy, které byly rozpracovány, a byl navržen individuální plán ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelské diagnózy ze dne 24. 1. 2019:

Zaměřené na problém

Akutní bolest (00132)

Narušená integrita kůže (00046)

Nedostatečné znalosti (00126)

Rizikové (potenciální)

Riziko pádu (00155)

Riziko zácpy (00015)

Riziko infekce (00004)

Riziko krvácení (00206)

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 1

Akutní bolest (00132)

Doména: 12. komfort

Třída: 1. tělesný komfort

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

Určující znaky:

- Výraz bolesti v obličeji (při pohybu)
- Vyhledávání antalgické polohy
- Vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizované škály bolesti (numerická škála bolesti)

Související faktory:

- Fyzikální původci zranění (operace – operační rána)

Priorita: Střední

Cíl:

Krátkodobý: Pacient po zahájení analgetické terapie udává zmírnění bolesti (na numerické škále bolesti ze 6/10 na 3/10) – do 1 dne.

Očekávané výsledky:

- Pacient chápe příčiny vzniku bolesti – do ½ hodiny.

- Pacient je schopen o své bolesti a jejích projevech hovořit – po celou dobu hospitalizace.
- Pacient ovládá metody vedoucí ke snížení bolesti – do 1 hodiny.
- Pacient umí použít numerickou škálu bolesti k hodnocení intenzity bolesti – do 2 hodin.
- Pacient zná a využívá relaxační techniky – po celou dobu hospitalizace.
- Pacient udává zmírnění bolesti ze 6/10 na 3/10 – do 30 minut od podání analgetik.
- Pacient je bez akutní bolesti – při propuštění z oddělení.

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

1. Zjistí příčiny pacientovi bolesti a informuj o ní pacienta – ihned, sestra.
2. Vysvětlí pacientovi, jak používat numerickou škálu hodnocení bolesti – ihned, sestra.
3. Edukuj pacienta o možnostech snížení bolesti (využití úlevové polohy, využití relaxačních technik, podání analgetik dle ordinace lékaře) – ihned, sestra.
4. Prováděj spolu s pacientem hodnocení bolesti na numerické škále bolesti – průběžně po dobu hospitalizace, sestra.
5. Podávej analgetika dle ordinace lékaře – po dobu hospitalizace, sestra.
6. Posuď, zda analgetika a úlevová poloha vedly ke snížení bolesti pacienta – do hodiny, sestra.
7. Sleduj verbální i neverbální projevy bolesti pacienta – průběžně po dobu hospitalizace, sestra.
8. Pečuj o pohodlí pacienta – denně, sestra.
9. Pečlivě vše zapisuj do dokumentace – průběžně po dobu hospitalizace, sestra.

Realizace:

24. 1. 2019 – 0. pooperační den

13:35 – pacient je převezen z dospávacího pokoje zpět na pokoj standardní. Je při vědomí, orientován.

13:45 – pacient je vyšetřován sestrou a udává bolest v místě operační rány. Je edukován o příčině jeho bolesti, o tom, jak využívat numerickou škálu k hodnocení bolesti, využití úlevové polohy, či relaxačních technik. Také je edukován o možnostech podání analgetik dle ordinace lékaře. Na numerické škále hodnotí sílu bolesti 6/10.

14:00 – pacientovi byla podána analgetika dle ordinace lékaře (MORPHIN 1 % 10 mg i. m.).

14:30 – pacient udává zmírnění bolesti a hodnotí ji na numerické škále 3/10. Pacient je informován, aby případné změny oznámil službu konající sestře.

15:00 – pacient sleduje televizi a telefonuje manželce.

15:30 – pacientovi je provedena kontrola operační rány. Svou bolest hodnotí 2/10.

16:15 – pacient si čte knihu a odpočívá.

17:15 – pacient pospává a nejeví známky bolesti.

18:15 – pacient pomocí signalizačního zařízení přivolává sestru, jelikož potřebuje doprovodit na toaletu. Sílu bolesti hodnotí 3/10. Těší se na večerní program v televizi.

19:00 – pacient je předán noční sloužící sestře. Bolest je i nadále pravidelně hodnocena a zaznamenávána do dokumentace.

25. 1. 2019 – 1. pooperační den

6:45 – pacient je vzhůru, ranní hygienu zvládl vykonat sám bez dopomoci sestry. Udává bolest 2/10 na numerické škále bolesti.

9:00 – pacientovi byla provedena kontrola a převaz operační rány. Bolest hodnotí 2/10.

12:30 – pacient je po obědě a odpočívá. Bolest hodnotí 1/10. Udává, že se cítí dobře a chtěl by jít domů.

15:00 – pacient se věnuje své manželce, která ho přišla navštívit.

18:30 – byla provedena kontrola rány. Večerní hygienu pacient vykonal bez dopomoci sestry. Bolest hodnotí 1/10.

19:00 – pacient je opět předán noční sloužící sestře. Která nadále pravidelně hodnotí a zapisuje hodnoty bolesti do dokumentace.

26. 1. 2019 – 2. pooperační den

Pacient je ráno po probuzení aktivní a plný energie. Hlásí sloužící sestře, že hygienu vykonal bez dopomoci. Těší se na lékařskou vizitu, protože by rád šel domů. Po snídani byl pacientovi proveden převaz a kontrola operační rány. Jelikož pacient je zcela bez bolesti a pooperačních komplikací, je mu lékařem sděleno, že dnes bude propuštěn do domácí péče.

Hodnocení:

Pacient byl edukován o příčinách jeho bolesti a možnosti jejího zmírnění. Bylo mu vysvětleno, jak svou bolest hodnotit na numerické škále bolesti. Sdělovaným informacím porozuměl a aktivně spolupracoval. Pravidelně byl sledován sestrou a dotazován na sílu jeho bolesti. Bolest se nám podařilo zmírnit na numerické škále bolesti z 6/10 na 3/10 do jedné hodiny. Krátkodobý cíl byl tedy splněn. Tentýž den večer pacient udával bolest 3/10, která přes noc klesla na hodnotu 2/10. Ráno v 2. pooperační den byl pacient bez bolesti a následně lékařem propuštěn do domácí péče. Léčbu bolesti tedy lze považovat za úspěšnou.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 2

Riziko zácpy (00015)

Doména: 3. vylučování a výměna

Třída: 2. funkce gastrointestinálního systému

Definice: Náchylnost ke snížení normální frekvence defekace doprovázené obtížným nebo nekompletním odchodem stolice, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory:

- Funkční: nedostatečné vyprazdňování (soukromí, poloha pro vyprazdňování, načasování), nedostatečná fyzická aktivita.
- Mechanické: hemoroidy, operační rána.
- Fyziologické: změna ve stravovacích návycích, bolest.
- Psychogenní: emoční narušení.

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý cíl: U pacienta dojde k bezproblémovému vyprázdnění stolice – do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacient ví, že má denně přijímat alespoň 2 litry tekutin – po dobu hospitalizace.

- Pacient je edukován o možné bolesti při vyprazdňování stolice po operaci hemoroidů – ihned.
- Pacient je edukován o tom, že v případě potíží si může od lékaře vyžádat laxativa – do 2 hodin.
- Pacient provádí nácvik defekačního reflexu – po dobu hospitalizace.

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

1. Zajisti pacientovi soukromí a příjemné prostředí při vyprazdňování – denně po dobu hospitalizace, sestra.
2. Pečuj o pacientovu dostatečnou hydrataci – denně po dobu hospitalizace, sestra.
3. Edukuj pacienta o zásadách správného vyprazdňování po operaci hemoroidů – ihned, sestra.
4. Podávej pacientovi laxativa dle ordinace lékaře – průběžně po dobu hospitalizace, sestra.
5. Pomáhej pacientovi s nácvikem defekačního reflexu – průběžně po dobu hospitalizace, sestra.
6. Pečlivě vše zapisuj do dokumentace – průběžně po dobu hospitalizace, sestra

Realizace:

24. 1. 2019 – 0. pooperační den

13:35 – pacient byl převezen z dospávacího pokoje zpět na standardní pokoj. Byly mu vysvětleny základní aspekty týkající se vyprazdňování stolice po operaci hemoroidů. Také byl edukován o důležitosti dodržování pitného režimu. A o možnosti vyžádání si laxativ od lékaře.

14:30 – pacientovi byly sestrou aktivně nabízeny tekutiny.

16:15 – pacient aktivně spolupracuje a snaží se pravidelně přijímat tekutiny.

18:15 – pacient vyjadřuje obavy z vyprázdnění stolice. Je tedy sestrou doprovázen na toaletu, kde mu je zajištěno soukromí a příjemné prostředí.

18:30 – pacient sestře sděluje, že k vyprázdnění stolice zatím nedošlo. Sestra pacienta uklidňuje a sděluje mu, že požádá lékaře, aby pacientovi předepsal laxativa. Na dotaz sestry, kolik tekutin za odpoledne přijmul, pacient udává, že 1 l.

19:00 – pacient je předán noční sloužící sestře. Ta pokračuje v realizaci nastavených intervencí.

25. 1. 2019 – 1. pooperační den

7:00 – pacient sloužící sestře sděluje, že k vyprázdnění stolice zatím nedošlo.

7:30 – pacientovi je podána Lactulosa, dle ordinace lékaře. Je mu vysvětlen důvod podání a pacient je sestrou vybízen k dostatečnému příjmu tekutin.

10:00 – pacient je sestrou pobízen k nácvičku defekačního reflexu. Je mu zajištěno soukromí a klidné prostředí.

13:00 – sestra pacientovi připomíná, aby nezapomněl přijímat dostatečné množství tekutin. Dotazuje se pacienta, zda již došlo k vyprázdnění stolice. Pacient odpovídá, že zatím ne.

18:15 – pacient sestře sděluje, že se mu povedlo úspěšně a jen s mírnou bolestí vyprázdnit. Sestra pacienta edukuje o tom, že i nadále je nutno dodržovat preventivní opatření, předcházející riziku zácpy.

26. 1. 2019 – 2. pooperační den

Pacient se i nadále snaží nacvičovat defekační reflex a přijmout dostatečné množství tekutin. Lékařem mu bylo sděleno, že bude dnes propuštěn do domácí péče. Sestra proto pacienta edukovala, že nastavená doporučení ohledně správného vyprazdňování stolice a předcházení zácpy musí dodržovat i po propuštění.

Hodnocení:

Pacient byl seznámen s informacemi ohledně vyprázdnění stolice po operaci hemoroidů. Edukován o důležitosti nácvičku defekačního reflexu a také o možnosti využití laxativ dle ordinace lékaře. Po počátečních obavách pacienta došlo k jeho zklidnění a po celou dobu hospitalizace aktivně spolupracoval, snažil se přijímat dostatečné množství tekutin a nacvičovat defekační reflex. Večer v 2. pooperační den se pacient bez obtíží vyprázdnil. Krátkodobý cíl byl tedy splněn. Před propuštěním do domácí péče, sestra pacienta edukovala o nutnosti dodržování nastaveného režimu a doporučení i po propuštění.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 3

Riziko pádů (0155)

Doména: 11. bezpečnost/ochrana

Třída: 2. tělesné poškození

Definice: Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory:

- Farmaka (anestezie)
- Pooperační zotavení

Priorita: střední

Cíl:

Krátkodobý cíl: Pacient po dobu hospitalizace neupadne a nezraní se.

Očekávané výsledky:

- Pacient nebude sám vstávat z lůžka bez doprovodu sestry – po celý 0. pooperační den.
- Pacient respektuje nastavená bezpečnostní opatření předcházející pádu (vhodná obuv, 1 zvednutá postranice u lůžka, signalizační zařízení v dosahu) – do 15 minut.

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

1. Edukuj pacienta o riziku pádu souvisejícím s jeho pooperačním stavem – ihned, sestra.
2. Edukuj pacienta o tom, že dnes může z lůžka vstávat pouze za doprovodu sestry, nebo ošetřovatelky – ihned, sestra.
3. Vysvětli pacientovi, kde najde signalizační zařízení k přivolání sestry a dbej na to, aby zařízení bylo v jeho dosahu – do 15 minut, sestra.
4. Nezapomeň pacientovi aktivně nabízet doprovod na toaletu – každou hodinu, sestra.
5. Kontroluj, zda pacient dodržuje daná bezpečnostní opatření – á 30 minut, sestra.
6. Pečlivě vše zapisuj do dokumentace – průběžně po dobu hospitalizace, sestra.

Realizace:

13:35 – pacient byl převezen z dospávacího pokoje zpět na standardní pokoj. Byl edukován o riziku pádu souvisejícím s jeho pooperačním stavem. A také o tom, že dnes může vstávat z lůžka jen za doprovodu ošetřovatelského personálu. Sestra mu vysvětlila, kde najde signalizační zařízení a jak zařízení funguje.

14:00 – pacientovi je nabídnut doprovod na toaletu. Sděluje, že nepocítuje potřebu vyprázdnění.

14:30 – pacient sleduje televizi. Z lůžka nevstává.

15:00 – pacient přivolává sestru pomocí signalizačního zařízení a nechává se doprovodit na toaletu. Udává, že se cítí slabý, ale vertigo nepocítuje.

16:00 – pacientovi je nabízen doprovod na toaletu, ale s díky odmítá. Potřebu nepocítuje.

17:15 – pacient v klidu pospává.

18:15 – pacient za doprovodu sestry vstává, aby vykonal večerní hygienu.

25. 1. 2019 – 1. pooperační den

6:45 – pacient již může vstávat z lůžka bez doprovodu sestry. Ranní hygienu zvládá sám bez dopomoci.

9:00 – pacient sestře udává, že se cítí velmi dobře bez jakýkoliv známek slabosti, či vertiga. Přesto dodržuje nastavená opatření předcházející pádu.

15:00 – pacient je aktivní a soběstačný. Zvládá provádět běžné aktivity bez dopomoci sestry. V případě potřeby zavolání sestry, využívá signalizačního zařízení.

26. 1. 2019 – 2. pooperační den

Pacient dodržuje nastavená bezpečnostní opatření. Na dotaz, jak se cítí, udává, že velmi dobře a už se těší domů.

Hodnocení:

Pacient od první chvíle pochopil a respektoval nastavená opatření předcházející možnému pádu. Aktivně spolupracoval a z lůžka vstával pouze za doprovodu sestry. Jelikož po celou dobu hospitalizace pacient neupadl, krátkodobý cíl byl splněn.

CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacient, s diagnostikovanými hemoroidy III. stupně, byl plánovaně přijat na oddělení Chirurgie B 23. 1. 2019 pro plánovaný operační zákrok odstranění hemoroidů Longovou metodou. Operace byla naplánována na 24. 1. 2019. Při příjmu byl pacient při vědomí, klidný a plně orientován.

Stanovení ošetrovatelských diagnóz proběhlo během 0. pooperačního dne, konkrétněji po provedeném operačním zákroku, kdy byl pacient převezen z dospávacího pokoje zpět na pokoj standardní. Rozhovorem s pacientem, využitím lékařské a ošetrovatelské dokumentace, či měřících a hodnotících technik byly nalezeny ošetrovatelské problémy. Následně dle NANDA I Taxonomie II bylo stanoveno 7 ošetrovatelských diagnóz. Pro potřeby bakalářské práce byly podrobně rozpracovány 3 ošetrovatelské diagnózy. Rozpracována byla akutní bolest (00132), riziko zácpy (00015) a riziko pádů (00155). U akutní bolesti jsme dbali na pravidelné hodnocení bolesti a podávání analgetik dle ordinace lékaře. Pacient využíval relaxačních technik a úlevové polohy. Z počáteční udávané bolesti na numerické škále bolesti 6/10 se nám do jedné hodiny podařilo bolest zmírnit na hodnotu 3/10. Druhý pooperační den ráno pacient udával bolest 2/10, později večer bolest klesla na hodnotu 1/10. A třetí pooperační den bolest vymizela úplně. Riziko zácpy jsme u pacienta snížili pravidelným nácvikem defekačního reflexu, dostatečným pitným režimem pacienta a dbáním na příjemné prostředí při vyprazdňování. I přes počáteční obavy se pacient 2. pooperační den úspěšně vyprázdnil. Riziku pádu jsme u pacienta předcházeli včasnou edukací o pooperačním režimu a bezpečnostních opatřeních. Pacient byl sestrou 0. pooperační den doprovázen pokaždé, když potřeboval vstávat z lůžka. Následující den už pacient mohl vstávat bez doprovodu sestry. Což zvládal bez problémů. K pádu tedy po dobu hospitalizace nedošlo.

Všechny krátkodobé cíle byly úspěšně splněny. Dlouhodobé cíle nebylo možné naplánovat a zrealizovat z důvodu krátkodobé hospitalizace pacienta.

Během posledního dne hospitalizace (4. den), byl pacient vyšetřen lékařem, který provedl kontrolu operační rány. Neshledal žádné komplikace, které by bránily jeho propuštění do domácí péče. Před propuštěním byl pacient sestrou řádně poučen

o pooperační péči, kterou je nutno dodržovat i po propuštění z nemocnice. Posléze v odpoledních hodinách byl pacient propuštěn.

Po celou dobu hospitalizace byly pacientovi pravidelně měřeny fyziologické funkce dle ordinace lékaře. Všechny naměřené hodnoty byly v normě.

Pacient po celou dobu hospitalizace dodržoval nastavená opatření a aktivně spolupracoval s personálem nemocnice. Dle jeho slov byl s celkovým pobytem v nemocnici spokojen a péči hodnotil jako velmi dobrou.

Kontrola operační rány a bolesti byla naplánována na 5. 2. 2019 v proktologické ambulanci.

Realizace ošetrovatelské péče probíhala 24.–27. 1. 2019 mnou či jinými všeobecnými sestrami. Hodnocení bylo provedeno poslední den hospitalizace 27. 1. 2019.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě našich poznatků z praxe a získaných zkušeností z péče o pacienta s hemoroidálním onemocněním nyní zmiňujeme pár doporučení, která jsou určena jak pro zdravotnický personál, pacienty, tak i pro ostatní čtenáře.

Doporučení pro zdravotnický personál:

- Vnímat a pečovat o pacienta jako o bio-psycho-sociální bytost.
- Důležitý je empatický a trpělivý přístup k pacientovi.
- Dbát na důslednou a srozumitelnou edukaci pacienta.
- Poskytnout pacientovi dostatek informací o hemoroidálním onemocnění.
- Motivovat pacienta ke spolupráci se zdravotnickým personálem.
- Při péči dbát na intimitu pacienta.
- Nezlehčovat jeho problémy.
- Dbát na to, že se jedná o intimní onemocnění a řada pacientů o něm nebude chtít hned mluvit.
- Sledovat pacientovi verbální i neverbální projevy.
- Aktivně pacientovi zajistit soukromí a příjemné prostředí při vyprazdňování.
- Poskytnout pacientovi psychickou podporu.

Doporučení pro pacienta:

- Dodržovat léčebný režim.
- Provádět častou hygienu konečníku, zejména po každé stolici.
- Nosit volné a bavlněné spodní prádlo.

- Vypít 2–3 litry tekutin denně – čistá voda, ovocné čaje apod.
- Vynechat pálivé, nebo nadýmavé jídlo.
- Přijímat dostatek vlákniny.
- Užívat doporučené přípravky na změkčení stolice.
- Nepodceňovat první příznaky onemocnění a nebát se se svými problémy svěřit lékaři.
- Neoddalovat doporučenou léčbu.
- Nebát se zeptat na jakékoliv informace, nebo nejasnosti.
- Věnovat se více pohybové aktivitě.
- Spolupracovat v léčbě se zdravotnickým personálem.
- Pravidelně docházet na kontroly do proktologické ambulance.

ZÁVĚR

V bakalářské práci je popsána problematika hemoroidálního onemocnění, které v dnešní době patří mezi velmi rozšířená onemocnění. Ačkoliv mu stále není věnována velká pozornost a jeho příznaky jsou pacienti často zlehčovány. Snažili jsme se tedy zvýšit povědomost a informovanost o tomto častém onemocnění. Velkou roli ve správné a včasné diagnostice hraje mimo jiné i stud pacienta se s jeho problémy na lékaře obrátit a včas začít své problémy řešit. Je důležité, aby s pacientem bylo jednáno empaticky a byly mu podány všechny informace o možnostech léčby.

V teoretické části bakalářské práce jsou shrnuty základní poznatky o onemocnění rekta a konečníku se zaměřením na hemoroidální onemocnění. Zmíněny jsou mimo jiné projevy, příčiny, diagnostika, možnosti léčby a možné komplikace.

Praktická část je zaměřena na pacienta, který podstoupil operaci hemoroidů Longovou metodou. Ošetrovatelský proces byl podrobně rozpracován a dle třinácti domén NANDA I Taxonomie II byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy. Ty byly posléze rozděleny na aktuální a potencionální. Pro potřeby bakalářské práce byly podrobně rozpracovány tři. U nichž byl stanoven ošetrovatelský cíl, intervence a následně byla provedena realizace s konečným hodnocením. Závěrem praktické části je doporučení pro praxi jak pro zdravotnický personál, tak pro pacienta.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ADAMOVIÁ, Z. a kol., 2015. Anální fisura. *Časopis lékařů českých*. **154**(1), 11-13. ISSN 0008-7335. [cit. 20. 12. 2018]. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/archiv-cisel>
- ANDĚL, P., L. BOCKOVÁ a M. ŠKROVINA., 2017. *Trápí vás hemoroidy?* Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-312-8.
- ANDĚL, P., M. ŠKROVINA a V. DUCHÁČ., 2012. *Základy praktické proktologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-892-6.
- CETLOVÁ, L., L. DRAHOŠOVÁ a I. TOČÍKOVÁ, 2012. *Hodnotící a měřící škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN 978-80-87035-45-0.
- ČERNÝ, S., J. KRÁL a Z. ŠEBESTA, 2011. 750 spokojených pacientů? 10 let zkušeností a výsledků Longovy metody operace hemoroidů a análních prolapsů. *Rozhledy v chirurgii*. **90**(7): 414-418. ISSN 0035-9351. [cit. 19. 12. 2018]. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/archiv-cisel>
- DYLEVSKÝ, I., 2000. *Somatologie*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Olomouc: Epava. ISBN 80-86297-05-5.
- HERDMAN, H. a S. KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Z angl. orig. přel. Pavla Kudlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- HERMAN, J. a kol., 2011. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3335-7.
- HORÁK, L., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3595-5.
- JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

LERCH, M. a kol., 2015. Pruritus ani. *Rozhledy v chirurgii*. **94**(7): 269-275. ISSN 0035-9351. [cit. 18. 12. 2018]. Dostupné také z:

<https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/archiv-cisel>

LIŠKA, V. a kol., 2010. Moderní algoritmy diagnostiky a léčby anorektálních píštělí na klinickém pracovišti – kazuistiky. *Rozhledy v chirurgii*. **89**(3): 208-214. ISSN 0035-9351. [cit. 18. 12. 2018]. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/archiv-cisel>

NAŇKA, O. a M. ELIŠKOVÁ., 2015. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-206-0.

NEJEDLÁ, M., 2010. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. ISBN 978-80-7333-078-1.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 5. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-88249-02-3.

PEATE, I., 2009. Caring for the person with haemorrhoids. *British Journal of Health Assistants*. **3**(7): 329-332. ISSN 1753-1586. [cit. 17. 12. 2018].

SCHUMPELICK, V., 2013. *Chirurgie – stručný atlas operací a výkonů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4531-2.

SLEZÁKOVÁ, L., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.

SLEZÁKOVÁ, L., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I – Interna*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3601-3.

ŠLAUF, P., F. ANTOŠ a J. Marx., 2014. Akutní periproktální abscesy. *Rozhledy v chirurgii*. **93**(4): 226-231. ISSN 0035-9351. [cit. 18. 12. 2018]. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/archiv-cisel>

VEPŘEKOVÁ, G., Š. SUCHÁNEK a M. ZAVORAL., 2012. Kolorektální karcinom. *Rozhledy v chirurgii*. **91**(1): 44-47. ISSN 0035-9351. [cit. 18. 12. 2018]. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/archiv-cisel>

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

ZÍMOVÁ, J., H. BAČUVČÍKOVÁ a P. ZÍMOVÁ., 2015. Sinus pilonidalis sacrococcygealis. *Praktický lékař*. **95**(2): 73-76. ISSN 0032-6739. [cit. 1. 12. 2018].
Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/archiv-cisel>

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A – Klasifikace tíže tromboflebitis.....	I
PŘÍLOHA B – Barthelové test základních všedních činností	II
PŘÍLOHA C – Numerická škála bolesti.....	III
PŘÍLOHA D – Index tělesné hmotnosti	IV
PŘÍLOHA E – Rešeršní protokol	V
PŘÍLOHA F – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	VI

Klasifikace tíže tromboflebitis (podle Maddona)

Stupeň	Reakce
0	Není bolest ani reakce v okolí
I	Pouze bolest, ne reakce v okolí
II	Bolest a zarudnutí
III	Bolest, zarudnutí, otok a nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Zdroj: (CETLOVÁ, DRAHOŠOVÁ, TOČÍKOVÁ, 2012, s. 31)

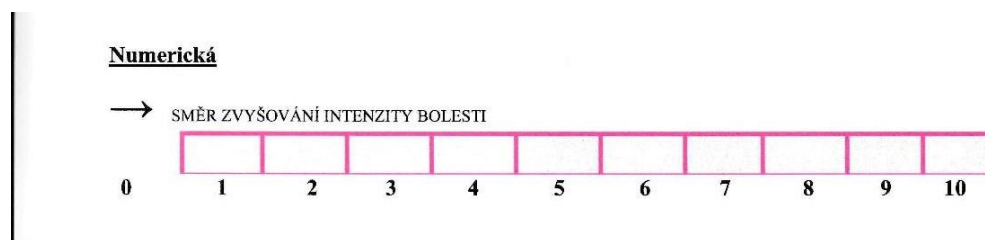
PŘÍLOHA B – Barthelové test základních všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí vozíku 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:
 0–40 bodů: výsoce závislý
 45–60 bodů: závislost středního stupně
 65–95 bodů: lehká závislost
 100 bodů: nezávislý

Zdroj: (SLEZÁKOVÁ a kol., 2012, s. 204)

PŘÍLOHA C – Numerická škála bolesti



Zdroj: (CETLOVÁ, DRAHOŠOVÁ, TOČÍKOVÁ, 2012, s. 40)

PŘÍLOHA D – Index tělesné hmotnosti

INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)

$$\text{BMI} = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška}^2 \text{ (m)}$$

BMI	Kategorie (podle WHO IOTF)	Zdravotní rizika
< 18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 - 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 - 29,9	Nadváha	< 26,9 lehce zvýšená > 27,0 zvýšená
30,0 - 34,9	Obezita – I. stupeň	Středně vysoká
35,0 - 39,9	Obezita – II. stupeň	Vysoká
> 40,0	Obezita – III. stupeň	Velmi vysoká

Zdroj: (CETLOVÁ, DRAHOŠOVÁ, TOČÍKOVÁ, 2012, s. 28)

PŘÍLOHA E – Rešeršní protokol

Jméno: Kristýna Hypešová

Název práce: Ošetrovatelská péče u pacienta po operaci hemoroidů Longovou metodou

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina, slovenština

Časové vymezení:

2008-2018

Druhy dokumentů: články, knihy, kvalifikační práce

Počet záznamů: 51

Použité prameny:

Katalogy knihoven systému Medvik

Bibliographia medica Čechoslovaca

Theses – registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Internet

MEDLINE

CINAHL

Klíčová slova: hemoroidy – hemorrhoids, kolorektální chirurgie – colorectal surgery, Longova metoda – Long method, minimálně invazivní chirurgické výkony – minimally invasive surgical procedures, ošetrovatelský proces – nursing process, rektum – rectum

Datum: 10. 12. 2018

Vypracoval:

Mgr. Klára Koldová, OISS NLK

koldova@nlk.cz

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta po operaci hemoroidů Longovou metodou v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 a se souhlasem pacienta a zdravotnického zařízení.

V Praze dne 19. 3. 2019

.....

Kristýna Hypešová