

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S NÁHLOU
PŘÍHODOU BŘIŠNÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE MÉSZÁROSOVÁ, DiS.

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S NÁHLOU
PŘÍHODOU BŘIŠNÍ**

Bakalářská práce

LUCIE MÉSZÁROSOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Bocková, Ph.D.

Praha 2019



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

MÉSZÁROSOVÁ Lucie
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

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

Ošetrovatelský proces u pacienta s náhlou příhodou bříšní

Nursing Process for Patients with Sudden Abdominal Disorder

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Soňa Bocková, Ph.D.

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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Lucie Mészárosová, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Soni Bockové, Ph.D. za její cenné rady, připomínky, trpělivost a ochotu při vedení bakalářské práce. Mé poděkování náleží i primáři mezioborové jednotky intenzivní péče pro chirurgické obory MUDr. Igorovi Satinskému, Ph.D. za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při odborných konzultacích, které mi pomohly tuto práci zkompletovat. Poděkování náleží rovněž PhDr. Karin Delongové za její ochotu, vstřícnost a vytvoření kvalitních podmínek pro realizaci výstupu bakalářské práce a Mgr. Světle Sýkorové za její odborné rady a doporučení při zpracování cizojazyčného překladu abstraktu.

ABSTRAKT

MÉSZÁROSOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelský proces u pacienta s náhlou příhodou břišní*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Soňa Bocková, Ph.D. Praha. 2019. 91 s.

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče u pacienta s náhlou příhodou břišní. Je koncipována na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části bakalářské práce je vymezen pojem náhlá příhoda břišní, dále jsou klasifikovány jejich jednotlivé formy, hlavní symptomy, diagnostické a terapeutické metody. Teoretická část bakalářské práce je zpracována na základě rešeršních zdrojů. V praktické části bakalářské práce je prezentován komplexní rozbor a popis konkrétního případu pacientky s náhlou příhodou břišní prostřednictvím kazuistiky, jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy, intervence, cíle a doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Akutní břišní bolest. Ileus. Náhlá příhoda břišní. Ošetrovatelské diagnózy u pacienta s náhlou příhodou břišní. Role sestry v péči o pacienta s náhlou příhodou břišní.

ABSTRACT

MÉSZÁROSOVÁ, Lucie. *Nursing process for Patients with Sudden Abdominal Disorder*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Soňa Bocková, Ph.D. Prague. 2019. 91 pages.

The bachelor thesis deals with nursing care in a patient with a sudden abdominal disorder. It is divided into the theoretical and practical parts. In the theoretical part of the bachelor thesis the term of sudden abdominal accident is defined, its individual forms, main symptoms, diagnostic and therapeutic methods. The theoretical part of the bachelor thesis is based on research sources. In the practical part of the bachelor thesis is presented a comprehensive analysis and description of a case of a patient with a sudden abdominal disorder through the case report, nursing diagnoses, interventions, goals and recommendations for practice are determined.

Keywords

Acute abdominal pain. Ileus. Sudden abdominal disorder. Nursing diagnoses in a patient with sudden abdominal disorder. Role of a nurse in the care of patient with sudden abdominal disorder.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	26
1 NÁHLÁ PŘÍHODA BŘIŠNÍ.....	28
1.1 NEÚRAZOVÉ NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ	28
1.1.1 APPENDICITIS ACUTA.....	28
1.1.2 CHOLECYSTITIS ACUTA	30
1.1.3 PANCREATITIS ACUTA	31
1.1.4 ILEÓZNÍ STAVY	33
1.1.5 KRVÁCENÍ DO GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU	34
1.2 ÚRAZOVÉ NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ	35
1.2.1 PERITONITIS ACUTA	35
1.2.2 ÚRAZOVÉ HEMOPERITONEUM	36
1.2.3 SMÍŠENÁ FORMA	37
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S NÁHLOU PŘÍHODOU BŘIŠNÍ	38
1.3 POSOUZENÍ PŘI PŘIJETÍ.....	38
1.4 ANAMNÉZA.....	40
1.5 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	44
1.6 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE MODELU FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ MARJORY GORDON.....	47
1.7 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	51
1.7.1 VYŠETŘOVACÍ METODY ORDINOVANÉ LÉKAŘEM	51
1.7.2 VYŠETŘENÍ KRVE.....	51
1.7.3 RADIODIAGNOSTICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY	54
1.7.4 FUNKČNÍ VYŠETŘENÍ	55
1.7.5 KONZILIÁRNÍ VYŠETŘENÍ	55

1.8	KONZERVATIVNÍ LÉČBA.....	55
1.9	MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA	55
1.10	CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	56
1.11	SITUAČNÍ ANALÝZA.....	57
1.12	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY, CÍLE, PLÁN PÉČE, REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	58
1.13	ZÁVĚR KAZUISTIKY – ZHODNOCENÍ.....	82
3	DISKUZE	85
	ZÁVĚR	87
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	89
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALT	Alaninaminotransferáza
ALP	Alkalická fosfatáza
AMS	Alfa-amyláza
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ASA	American Society of Anesthesiologists
AST	Aspartátaminotransferáza
ATB	Antibiotika
bilat.	Bilaterálně
BMI	Body Mass Index
BV	Biochemické vyšetření
cca	Přibližně
cm	Centimetr
cps	Capsule, Kapsle
CRP	C-reaktivní protein
CT	Computerová tomografie
COS	Centrální operační sály
ČR	Česká republika
Dg.	Diagnóza
DM	Diabetes mellitus
EBR	Erytrocyty bez buffy coatu resuspendované
EKG	Elektrokardiografie

ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
fl	Fentolitr
FR	Fyziologický roztok
GGT	Gama-glutamyltransferáza
GIT	Gastrointestinální trakt
GCS	Glasgow Coma Scale
g/l	Gramy na litr
g/ml	Gramy na mililitr
G20	Periferní žilní kanyla středního průsvitu
hod.	Hodina/y
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
chron.	Chronická/ý
ICHS	Ischémická choroba srdeční
i. m.	Intramuskulárně/í
INH	Inhalačně/í
inj.	Injekce/injekční
IU/ml	Mezinárodních jednotek na mililitr
i. v.	Intravenózně/í
j	Jednotka
kg	Kilogram
KO	Krevní obraz
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
l	Litr

LPS..... Lipáza

l.sin. Levý, vlevo

max. Maximálně/í

mg..... Miligram

mg/l..... Miligramů na litr

ml..... Mililitr

mm..... Milimetr

mmol/l..... Milimolů na litr

NANDA..... North American for Nursing Diagnoses Association

NE..... Neděle

NIV..... Neinvazivní plicní ventilace

O₂..... Kyslík/ový

PÁ..... Pátek

pg..... Pikogram

PLV..... Pulveres, prášek

PO..... Pondělí

p. o. Příspěvková organizace

P..... Pulmonale

PQ..... Interval mezi začátkem a konce depolarizace síní

QRS..... Depolarizace komor

Rh..... Rhesus faktor

RTG..... Rentgen

RZP..... Rychlá zdravotnická pomoc

s. c. Subkutánně/í

sec. Sekunda/y

SO.....,..... Sobota

ST..... Úsek mezi koncem komplexu QRS a začátkem T vlny

St. p. Stav po

ŠŽ..... Štítná žláza

tbl..... Tableta/y

T vlna..... Repolarizace komorového myokardu na EKG

TEN..... Tromboembolická nemoc

tzv. Takzvaně/ý

UPV..... Umělá plicní ventilace

USG..... Ultrasonografie

VAS..... Vizuální analogová stupnice

VF..... Vitální funkce

V 1–6..... Hrudní svody 1–6

WC..... Toaleta

(NEJEDLÁ, M., 2015), (SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010a), (SOVOVÁ, E. a kol., 2014)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abdominalgie – bolesti břicha

Abdomino-costální dýchání – hrudně-břišní dýchání, smíšený typ dýchání

Absces – ohraničené zánětlivé ložisko

Absence – chybění

Aerosol – směs kapalných částic v plynu

Afebrilie – normální tělesná teplota

Aktivovaný parciální tromboplastinový čas – test sloužící k posouzení faktorů vnitřního koagulačního systému (systém srážení krve)

Alaninaminotransferéza – enzym, vyskytující se především v játrech, který se účastní na zpracování bílkovin a aminokyselin

Alfa-amyláza – trávicí enzym produkovaný slinnými žlázami a slinivkou břišní

Algie - bolesti

Alkalická fosfatáza – enzym vyskytující se ve všech typech tkání, především v jaterních buňkách

Ampula recti – horní část konečníku

Anamnéza – soubor informací

Analgetika – léky proti bolesti

Analgetizace – zmírňování bolesti prostřednictvím podávání analgetik

Analgézie – zmírňování bolesti

Anastomóza – uměle vytvořená spojka mezi dvěma dutými orgány

Anémie – chudokrevnost

Anestézie – umělé usnutí pacienta, či znecitlivění části těla

Anesteziolog – odborný lékař v anesteziologii

Anesteziologicko-resuscitační oddělení – lůžkové oddělení, kde je poskytována péče pacientům, kteří jsou ohroženi selháním dvou a více orgánů

Aneurysma – tepenná výduť

Anikterický – bez žlutého zbarvení kůže a sklér

Antacida – léky snižující překyselení žaludeční šťávy

Antalgický – zmírňující bolest

Antebrachium - předloktí

Antiagregantia – léky zabráňující shlukování krevních destiček

Antidiabetica – léky využívané k léčbě diabetu mellitu (úplavice cukrové, cukrovky)

Antiemetika – léky k prevenci zvracení

Antihypertenziva – léky snižující krevní tlak

Antitrombin III. – složka lidské krevní plazmy

Antiulceróza – léky neutralizující účinky kyseliny chlorovodíkové, využívané k léčbě vředové nemoci žaludku a dvanáctníku

Apatický – lhostejný

Appendectomie – chirurgické odstranění appendixu (červovitý přívěsek slepého střeva)

Arteria mesenterica – tepna zásobující oblast tenkého a část tlustého střeva

Asepsy – opatření minimalizující rizika kontaminace sterilního prostředí mikroby

Aspartátaminotransferéza – enzym vyskytující se především v játrech a svalech

Aspekce – pohled

Aterosklerotické změny – změny způsobené aterosklerózou, tj. kornatění tepen

Auskultace – poslech

Axiální stomie – dvouhlavňové vyústění orgánu na povrch těla

Betablokátory – typ léků ze skupiny antihypertenziv, snižují krevní tlak

Bilaterálně – oboustranně

Bilirubin – odpadní produkt vznikající filtrací krve v játrech ze zaniklých erytrocytů

Bolusová aplikace – nitrožilní injekční aplikace

Bradykardie – snížená tepová frekvence – pod 60/min.

Bradykardický – se zpomalenou tepovou frekvencí – pod 60/min.

Bronchodilatační – rozšiřující průdušky

Bronchodilatantia – léky rozšiřující průdušky

C – reaktivní protein – zánětlivý faktor

Cyanotický – s namodralým zbarvením kůže a sliznic v důsledku nedostatečného okysličení krve

Cyanóza – namodralé zbarvení kůže a sliznic v důsledku nedostatečného okysličení krve

D-dimery – ukazatel pro vyloučení hluboké žilní trombózy

Decelerace – prudké zpomalení

Defekace – vyprazdňování stolice

Dehydratace – nedostatek vody v organismu

Dekompenzované cor pulmonalae – příznaky pravostranné srdeční poruchy funkce a funkce metabolismu jako celku

Derivace – odvádění

Derotace – náprava chybné rotace

Diabetes mellitus – úplavice cukrová, cukrovka

Diferenciální – dílčí

Diuretický účinek – močopudný účinek

Diuretika – léky zvyšující vylučování vody z organismu

Diuréza – množství moči za časovou jednotku

Dispenzarizace – sledování

Distenze – roztažení

Distribuce – šíření

Dysbalance – nerovnováha

Dyskomfort – nepohodlí

Dyslipidemie – porucha metabolismu tuků

Dyspeptické obtíže – zažívací obtíže

Dyspnoe – dušnost, subjektivní pocit nedostatku vzduchu

Edukace – poučení

Edukovat – poučit

Elevace – zvýšení

Embolektomie – odstranění embolu

Embolus – vmetek, pevný útvar nesen krevním řečištěm

Eméza – zvracení

End to end – spojením dvou konců

Enterorrhagie – příměs čerstvé krve ve stolici

Epigastrium – nadbříšek

Erythrocyty – červené krvinky

Etiologie – příčina

Exfumator/ka – bývalý kuřák/kuřačka

Exitus letalis – smrt, úmrtí

Expirační dyspnoe – výdechová dušnost

Extubace – odstranění intubační rourky

Farmaka – léky

Febrilie – horečka

Fibrinogen – koagulační faktor ovlivňující srážení krve

Fibróza – zmnožení vaziva

Fowlerova poloha – v sedě, či polosedě

Gama-glutamyltransferáza – enzym zabezpečující transport některých aminokyselin

Gastroduodenum – oblast žaludku a dvanáctníku

Gastrointestinální systém – trávicí systém

Glykémie – hladina cukru v krvi

Gravidita – těhotenství

Hemateméza – zvracení krve

Hematokrit – poměr mezi tekutou a pevnou složkou krve

Hemoglobin – červené krevní barvivo

Hemokoagulace – srážení krve

Hemoragie – krvácení

Hernia – kýla

Histologické vyšetření – mikroskopický rozbor tkání

Hypolipidaemica – léky snižující koncentraci lipidů

Hyposaturace – snížená saturace – okysličení

Hypotenze – nízký krevní tlak – pod 100/60 torr

Hyperglykemický – vyplývající z vysoké hladiny glykémie

Hypercholesterolémie – vysoká koncentrace cholesterolu v krvi

Hypertenze – vysoký krevní tlak – nad 140/90 torr

Hypnotika – léky navozující spánek

Hypogastrium – podbříšek

Hypoglykemický – vyplývající z nízké hladiny glykémie

Hypotyreóza – patologicky snížená funkce štítné žlázy

Hypovolemie – snížený objem cirkulující krve

Hypovolemický šok – šok z nedostatečného množství cirkulující krve

Cholangitida – zánět žlučových cest

Ikterus – nažloutlé zbarvení kůže, sliznic a sklér

Ileum – kyčelník, část tenkého střeva

Ileus – střevní neprůchodnost

Infúze – nitrožilní podání většího množství tekutiny – nad 500 ml

Incipiální subileózní stav – možný stav částečné střevní neprůchodnosti

Infiltrativní – prostupující

Inoperabilní – neoperovatelný

Inspirační chrůpky – bublavé zvuky při nádechu

Inspirium – nádech

Intermitentně – přerušovaně

Intersticiium, Intersticiální – vmezeřená tkáň, postihující vmezeřenou tkáň

Intolerance – netolerance

Intraluminální obstrukce – překážka uvnitř lumen

Intramuskulární – aplikovaný do svalu

Intramurální obstrukce – překážka uvnitř stěny orgánu

Intravenózní – aplikovaný do žíly

Intubace – zajištění dýchacích cest zavedením rourky do průdušnice

Ischémie, Ischemizace – nedostatečné okysličení tkáně, vyvolání ischémie

Izokorické – zornice o stejné velikosti

Kalium – draslík

Kalkulózní – s přítomností kamenů

Kapilární krev – krev z vlásečnic

Kardiopulmonální dekompenzace – porucha funkce srdce a plic

Kardiovaskulární – týkající se srdce a cév

Kardioverze – metoda využívaná k léčbě arytmií pomocí léčebné dávky elektřiny

Kariézní – s kazy

Kognitivní faktory – faktory mající poznávací význam

Kolikvace – zkapalnění

Komprese – stlačení

Konjugovaný bilirubin – vázaný odpadní produkt červeného krevního barviva hemu

Konkrement – kámen

Kontinuální – nepřetržitý

Kontralaterální – na opačné straně

Konzervativní léčba – léčba nezahrnující chirurgické metody

Konzistence – forma

Korekce – úprava

Kožní integrita – celistvost kůže

Kožní turgor – napětí kůže

Kreatinin – ukazatel funkce ledvin

Laterobazální – oblast levé komory srdeční

Laparotomie – chirurgické otevření dutiny břišní

Laxativa – léky proti zácpě

Laváž – výplach

Leukocytóza – zvýšená hodnoty leukocytů – bílých krvinek

Leukocyty – bílé krvinky

Lucidní – bdělý

Lumen – průsvit

Mediastinum – střední část hrudníku

Medikament – lék

Meléna – černá dehtovitá stolice

Mezogastrium – oblast středu břicha

Miserere – zvracení střevního obsahu

Mobilita – hybnost

Mortalita – úmrtnost

Natrium – sodík

Nauzea – nevolnost

Neinvazivní plicní ventilace – umělá plicní ventilace bez invazivního zajištění dýchacích cest

Nekrotizace, Nekrotický – odumírání buněk a tkání, z odumřelých buněk a tkání

Nekróza – odumření buněk a tkání

Nontraumatický – nezpůsoben úrazem

Nonverbální – mimoslovní

Normoblasty – nezralé buňky červené krevní řady

Normostenický habitus – vzhled optimální výživy

Normotermie – normální tělesná teplota

Nutriční stav – stav výživy

Oftalmologický – oční

Oxygenátor – přístroj využívaný k léčbě aplikací kyslíku

Oxygenoterapie – léčba aplikací kyslíku

Palpace – pohmat

Panlobulární emfyzém – rozedma plic postihující tělo celého plicního lalůčku

Parenterální – podávaný mimo zažívací trakt

Perforace – protržení

Periferie – okrajová část těla

Peripankreatická tkáň – tkáň v okolí slinivky břišní

Peristaltika – pozvolný rytmický pohyb některých dutých orgánů

Peritoneální dráždění – příznaky zánětu pobřišnice

Peritoneální dutina – břišní dutina

Peritoneum – pobřišnice

Periumbilikální oblast – oblast pupku

Per os – ústy, přes ústa

Per rectum – přes konečník

Pneumonie – zánět plicní tkáně

Pneumoperitoneum – přítomnost vzduchu v peritoneální dutině

Polyglobulie – zmnožení červených krvinek v krvi

Polymorbidita – přítomnost více nemocí v též čase

Premedikace – příprava na anestézii pomocí léků

Profylaxe – ochranné opatření

Prokinetika – léky ovlivňující střevní motilitu – hybnost

Protektivní UPV – minimalizující poškození plic

Protrombinový čas – koagulační vyšetření krve (krevní srážlivosti)

Pseudocysta – dutý útvar měkké tkáně bez výstelky

Pulmonální – plicní

Pulsní oxymetr – zařízení k měření okysličení krve neinvazivní metodou

Realimentace – obnovení výživy

Redukce – snížení

Rehydratace – léčebný postup za účelem náhrady ztrát tekutin z organismu

Relaps – znovuvzplanutí

Renální insuficience – nedostatečná funkce ledvin

Resekát – odstraněná část orgánu

Resekce – odstranění části orgánu

Respirace, respirační – dýchání, dýchací

Respirační insuficience – dechová nedostatečnost

Retroperitoneální prostor – štěrbina mezi nástěnnou pobřišnicí a zadní stěnou břišní

Revize – opakované prohlédnutí

Rezistence – odolnost

Ruptúra – trhlina

Saturace – nasycení

Sekrece – opad

Spasmolytika – léky snižující spasmus vnitřních dutých orgánů zažívacího systému a systému vylučovacího

Stagnace – zadržetí tekutiny

Strangulace – zaškrcení

Subfebrilie – zvýšená tělesná teplota

Subjektivní – vnímaný pacientem

Substituce – dodání

Sutura – sešití

Symptom – příznak

Synchronní kardioverze – zákrok využívaný k léčbě arytmií elektrickým výbojem

Systolicko-diastolická dysfunkce – porucha funkce srdce při systole (stažení) a diastole (uvolnění před další systolou)

Tachykardie – zrychlená srdeční frekvence – nad 90/min.

Tachypnoe – zrychlená dechová frekvence – nad 20/min.

Terapie – léčba

Terapie statinem – léčba aplikací léků snižující hladinu plazmatického cholesterolu

Tromboflebitis – zánět povrchových žil

Trombinový čas – koagulační vyšetření krve (krevní srážlivosti)

Trombocyty – krevní destičky

Trombus, Trombektomie – krevní sraženina, odstranění krevní sraženiny

Urea – močovina

Variabilní – různorodý

Vazopresor – léky zvyšující krevní tlak stažením cév

Venózní krev – žilní krev

Verbální – slovní

Vertigo – závrať

Vertikalizace – uvedení do svislé polohy

Vertovat – změnit, obrátit

Vitální indikace – sloužící k záchraně života

(NEJEDLÁ, 2015), (VLČEK a kol., 2010), (VONDRÁČEK a kol., 2011),
(ZEMAN a kol., 2011)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Farmakologická anamnéza	42
Tabulka 2 Fyzikální vyšetření pohmatem.....	44
Tabulka 3 Fyzikální vyšetření poslechem	45
Tabulka 4 Fyzikální vyšetření poklepem.....	45
Tabulka 5 Fyzikální vyšetření pohledem.....	46
Tabulka 6 Glykemický profil.....	51
Tabulka 7 Krevní obraz	52
Tabulka 8 Vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru	52
Tabulka 9 Biochemické vyšetření krve	53
Tabulka 10 Hemokoagulační screening.....	54
Tabulka 11 Medikamentózní léčba.....	56

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče u pacientů s náhlými příhodami břišními. Tyto akutní stavy v chirurgii zahrnují skupiny onemocnění, které mohou pacienta bezprostředně ohrozit na životě, zejména v situacích, kdy nejsou včas diagnostikovány, proto je nezbytné, aby i nelékařský zdravotnický personál včetně všeobecných sester byl schopen se profesionálně spolupodílet na léčebné a ošetrovatelské péči u těchto pacientů.

Náhlé příhody břišní představují i v dnešní době stále aktuální téma, se kterým se můžeme setkat u jedinců v kterémkoli věku, bez ohledu na jejich pohlaví. Záměrem bakalářské práce je poukázat na fakt, že včasná a profesionálně poskytnutá péče nejen lékařská, ale komplexní péče poskytovaná i nelékařskými zdravotnickými pracovníky, včetně všeobecných sester, může pomoci k záchraně života u pacientů s náhlými příhodami břišními. Tato bakalářská práce může sloužit jako zdroj informací všeobecným sestřám, studentům oboru Všeobecná sestra, či oboru Praktická sestra.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – z části teoretické a z části praktické.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Prezentovat dohledané publikované poznatky o náhlých příhodách břišních, jejich hlavních symptomech, diagnostických a terapeutických metodách.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Představit kazuistiku pacientky s náhlou příhodou břišní.

Cíl 2: Popsat ošetrovatelskou péči u pacientky s náhlou příhodou břišní pomocí modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon a ošetrovatelských diagnóz stanovených dle klasifikačního systému NANDA International taxonomie II.

Vstupní literatura

HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU (eds.). *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání. 1. české vydání. Přeložila Pavla Kudlová. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5412-3.

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

VODIČKA, J. a kol. *Speciální chirurgie*. 2. doplněné vydání. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.

Popis rešeršní strategie

Vyhledání odborných publikací, které byly následně využity pro zpracování bakalářské práce na téma „Ošetrovatelský proces u pacienta s náhlou příhodou břišní“ proběhlo pomocí dvou metod. První metoda vyhledávání byla zaměřena na rešerše Moravskoslezské vědecké knihovny v Ostravě. Rešerše byla zpracována ze zdrojů starých maximálně deseti let za účelem zachování aktuálnosti informací, tj. za vyhledávací období 2008–současnost. Rešerše byla zpracována pomocí klíčových slov, přičemž bylo dohledáno 30 dokumentů – 22 článků v českém jazyce a 8 článků v jazyce anglickém.

Druhou vyhledávací metodou byla zvolena on-line databáze Medvik, kde vyhledávání podkladů pro zpracování bakalářské práce probíhalo rovněž pomocí klíčových slov: akutní břicho, appendicitis, cholecystitis, hemoperitoneum, ileus, náhlá příhoda břišní, pancreatitis, peritonitis.

1 NÁHLÁ PŘÍHODA BŘIŠNÍ

Náhlé příhody břišní jsou závažné stavy postihující kteroukoli oblast dutiny břišní. Onemocnění obvykle nastupuje náhle z plného zdraví a není-li včas identifikováno, může vyústit v život ohrožující komplikace. Důležitou roli v léčbě těchto život ohrožujících stavů představuje včasná diagnostika a následná zejména chirurgická léčba. Náhlé příhody břišní dělíme do dvou základních skupin na neúrazové a úrazové náhlé příhody břišní. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010a), (VODIČKA a kol., 2014)

1.1 NEÚRAZOVÉ NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ

Neúrazové zánětlivé náhlé příhody břišní mohou být dále rozděleny na ohraničené zánětlivé procesy postihující orgány dutiny břišní (appendicitis acuta, cholecystitis acuta, pancreatitis acuta), zánětlivé procesy prostupující do okolních tkání a struktur (peritonitis acuta circumscripta), či zánětlivé procesy propagující se do volných prostor dutiny břišní (peritonitis acuta). K neúrazovým náhlým příhodám břišním jsou rovněž řazeny náhlé příhody břišní zapříčiněné ileózními stavy, či hemoragií do gastrointestinálního traktu. (VODIČKA a kol., 2014)

1.1.1 APPENDICITIS ACUTA

Akutní appendicitida je nejčastější zánětlivou náhlou příhodou břišní, při které dochází k zánětlivému poškození oblasti červovitého přívěsku slepého střeva. Etiologie onemocnění není doposud zcela objasněna, přesto se mnozí autoři publikací shodují, že na vzniku akutní appendicitidy se pravděpodobně podílí především obstrukce lumen střeva, která může být zapříčiněna zbytněním střevní sliznice, vlivem parazitů, přítomností kousků stolice aj. Onemocnění má obvykle rychlý průběh, proto není-li včas diagnostikováno, může vyústit v závažné komplikace vyplývající zejména z perforace appendixu a následného rozvoje peritonitidy. (SLEZÁKOVÁ, J. a kol., 2010b), (VODIČKA a kol., 2014)

Akutní bolest břicha nastupuje náhle, z počátku je lokalizována v periumbilikální oblasti, později se šíří do oblasti pravého hypogastria. Typickým symptomem appendicitidy jsou abdominalgie v McBurneyově bodě, tj. spojnice pupku

a horního zevního trnu kosti kyčelní. V průběhu palpačního vyšetření lékařem je hodnocena pozitivita Blumbergova znamení, tj. abdominalgie při uvolnění stěny břišní, pozitivita Pleniésova znamení, tj. abdominalgie lokalizované v místě zánětu vyvolané palpací, pozitivita Rovsingova znamení, tj. kontralaterální abdominalgie při uvolnění stěny břišní. V oblasti gastrointestinálního komfortu pacienti často trpí zástavou odchodu plynů a stolice, nauzeou, či emézou. Tělesná teplota bývá zvýšená v důsledku obranné reakce organismu na přítomnost zánětlivého procesu. Průběh akutní appendicitidy může být však variabilní, proto není výjimkou přítomnost atypických symptomů, např. abdominalgie lokalizované v kterékoli oblasti dutiny břišní, febrilie, průjem, dysurické obtíže, či absence nauzey a emézy. (CARTWRIGHT, S. L a kol., 2008), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010a)

Pro stanovení diagnózy je nezbytný důkladný sběr anamnestických údajů pacienta. Fyzikální vyšetření je prováděno aspekci, auskultací, palpací, perkusí, včetně vyšetření per rectum. U žen s podezřením na akutní appendicitidu je vždy indikováno gynekologické vyšetření k vyloučení potenciální příčiny abdominalgií v tomto systému. V laboratorním nálezu vyšetření krve se typicky vyskytují zvýšené zánětlivé parametry – leukocytóza a zvýšená hladina CRP. Vyšetření moči a močového sedimentu je indikováno za účelem vyloučení příčin obtíží v oblasti vylučovacího systému. Při kontrole fyziologických funkcí může být zjištěna hyper/hypotenze, tachykardie, či subfebrilie (není podmínkou). K definitivnímu upřesnění diagnózy nejčastěji slouží ultrasonografické vyšetření, eventuálně CT vyšetření břicha při nejasném nálezu na USG. (HRDLIČKA a kol., 2017)

Nejčastějšími komplikacemi akutní appendicitidy jsou perforace appendixu vedoucí k rozvoji peritonitidy, periappendikulární infiltrát, tj. rezistence v oblasti pravého hypogastria, periappendikulární absces, který vzniká v případě kolikvace infiltrátu. (LUKÁŠ, K. a kol., 2018)

Terapie akutní appendicitidy může být konzervativní a chirurgická – operační. Konzervativní léčba zahrnuje klidový režim, omezení příjmu stravy per os, podávání širokospektrých antibiotik intravenózně, či přikládání obkladů na podbříšek. V dnešní době se od konzervativní léčby ustupuje a je preferováno chirurgické odstranění červovitého přívěsku. Operace spočívá v revizi dutiny břišní a následné appendectomii, tj. odstranění appendixu. Do dutiny břišní lze přistupovat konvenčně laparotomií (řezem),

či miniinvazivně endoskopicky tzv. laparoskopii. Léčba periapendikulárního infiltrátu je konzervativní, v případě periapendikulárního abscesu je nezbytná chirurgická intervence, tj. drenáž abscesu pod USG, či CT kontrolou. (LUKÁŠ a kol., 2018)

1.1.2 CHOLECYSTITIS ACUTA

Akutní cholecystitida je zánětlivou náhlou příhodou břišní, při které dochází k zánětlivému poškození žlučníku. Na základě etiologie onemocnění rozlišujeme mezi kalkulózní a akalkulózní akutní cholecystitidou. Příčinou kalkulózní akutní cholecystitidy je konkrement působící obstrukci vývodu ze žlučníku – ductu cysticu. Samovolný pohyb konkrementu působí tzv. biliární koliku, při níž kolikovitě abdominalgie lokalizované v pravém podžebří za několik hodin vymizí. V případě, kdy se konkrement samovolně nepohybuje, dochází k distenzi žlučníku a rozvoji akutní cholecystitidy. S akutní akalkulózní cholecystitidou se setkáváme nejčastěji u pacientů trpícími primárně onemocněními jiných orgánů, která jsou provázena poruchami výživy. (MAREK, J. a kol., 2010), (RUTAR, P., 2015)

Charakteristickým symptomem akutní cholecystitidy je bolest lokalizovaná v pravém podžebří, která může propagovat do oblasti zad mezi lopatky a do oblasti pravého ramene. Na rozdíl od biliární koliky algie po několika hodinách neustupují, získávají trvalejší charakter, zhoršují se při pohybu, či usilovné respiraci. Objevují se dyspeptické obtíže jako je nauzea a eméza. V případě kalkulózní akutní cholecystitidy, kdy je konkrement zaklíněn v oblasti tzv. krčku žlučníku, může být průvodním symptomem obstrukční ikterus v důsledku porušeného transportu konjugovaného bilirubinu do střev. (MAREK, J. a kol., 2010)

Ke stanovení diagnózy může pomoci podrobný sběr anamnestických dat pacienta. Fyzikální vyšetření je zaměřeno především na palpační nález, pozitivitu tzv. Murhyho znamení, tj. algie při inspiriu v průběhu hluboké palpce pod pravým žeberním obloukem. V laboratorním nálezu krve zaznamenáváme zvýšené hodnoty zánětlivých parametrů – leukocytózu a zvýšenou hladinu CRP. V biochemickém vyšetření krve mohou být zvýšeny hodnoty jaterních enzymů ALT, AST, GGT, ALP a zvýšená hodnota bilirubinu v případě kalkulózní cholecystitidy. Zásadní diagnostickou metodou je ultrasonografické vyšetření, při němž lze zjistit přítomnost konkrementů ve žlučníku, zesílení stěny žlučníku nad 4 mm, či prosáknutí tekutiny v okolí žlučníku svědčící pro akutní cholecystitidu. (SCHEIN, M. a kol., 2011), (VOKURKA, M. a kol., 2015)

Komplikacemi akutní cholecystitidy jsou především akutní bakteriální cholangitida vyplývající ze stagnace žluče v důsledku obstrukce žlučových cest konkrementem, perforace žlučníku vlivem objemnějšího konkrementu s následným rozvojem biliární peritonitidy v případě perforace do volné dutiny břišní, či rozvojem abscesu v případě perforace do ohraničeného prostoru. (HŮLEK, P. a kol, 2018), (ŠVÁB, J. a kol., 2008)

Terapie akutní cholecystitidy může být konzervativní a chirurgická – operační. Konzervativní léčba zahrnuje klidový režim, omezení příjmu stravy per os, podávání antibiotik ovlivňujících gramnegativní flóru. K výraznému zlepšení zdravotního stavu pacienta obvykle dochází v průběhu 48 hodin, k celkové úpravě stavu poté během následných 10 dní. Po ukončení hospitalizace pacienta je nezbytná edukace pacienta nutričním terapeutem, či všeobecnou sestrou o dietě č. 4 – s omezením tuků, kterou pacient dlouhodobě dodržuje i v domácím prostředí. Operační řešení spočívá v revizi dutiny břišní a následné cholecystectomii, tj. odstranění žlučníku. Do dutiny břišní lze přistupovat konvenčně laparotomií (řezem), či miniinvazivně endoskopicky laparoskopii. K operačnímu řešení je přistupováno u pacientů s cholecystolitiázou (přítomností konkrementů ve žlučníku), zejména za účelem minimalizace rizika relapsu potíží. Operační léčba bývá nejčastěji indikována do 72 hodin od vzniku obtíží, případně může být o několik týdnů odložena. (HŮLEK, P. a kol, 2018)

1.1.3 PANCREATITIS ACUTA

Akutní pankreatitida je zánětlivou náhlou příhodou břišní, při které dochází k poškození slinivky břišní zánětlivým procesem v důsledku samonatrávení orgánu vlastními enzymy. Akutní pankreatitida je tzv. multifaktoriální onemocnění, na jehož vzniku se může podílet řada rizikových faktorů, např. traumata pankreatu, metabolické poruchy (dyslipidemie), obstrukce vývodu žlučníku konkrementem, nadměrná konzumace alkoholu, či tučných jídel aj. Rozlišujeme mezi lehkou a těžkou formou akutní pankreatitidy. Lehkou formu akutní pankreatitidy je edématózní akutní pankreatitida, při níž dochází ke vzniku edému v oblasti intersticia. Při těžké formě akutní pankreatitidy dochází k nekrotizaci pankreatické a peripankreatické tkáně. (AFGHANI, E. et al., 2015), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010a)

K nejčastějším symptomům akutní pankreatitidy řadíme abdominalgie lokalizované v oblasti epigastria trvalého rázu, které se mohou propagovat do zádové oblasti. Stav je provázen dyspeptickými obtížemi, především nauzeou a emézou nepůsobícími úlevu. Kůže pacienta bývá často bledá a opocená. Typické jsou rovněž poruchy střevní pasáže, prknovité stažení břicha, či aktivní vyhledávání úlevové polohy. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010a), (ZADÁK, Z., 2008)

Diagnostika akutní pankreatitidy se opírá o anamnestické údaje pacienta, fyzikální vyšetření, zejména palpaci, perkusi a auskultaci. Z radiodiagnostických vyšetřovacích metod mají své uplatnění především ultrasonografické vyšetření a výpočetní tomografie (CT). V laboratorním nálezu biochemického vyšetření krve mohou být zvýšeny hodnoty enzymů ALT, AST, ALP, GGT, AMS, dále LPS, či zvýšené hodnoty glykémie. Hodnoty zánětlivých parametrů, tj. hodnota CRP a leukocytů jsou elevovány. Stav je provázen změnami fyziologických funkcí, zejména tachykardií a hypotenzí. K diagnostice lze využít endoskopického vyšetření, tzv. endoskopické retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP). (AFGHANI, E. et al., 2015), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010a)

Akutní pankreatitida představuje závažné onemocnění, které může vyústit v řadu život ohrožujících komplikací, např. vznik pseudocysty, abscesu, rozvoj renální insuficience, či respirační insuficience. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010a)

Léčba akutní pankreatitidy může být konzervativní, či chirurgická, která je indikována u pacientů s rozvinutými komplikacemi, např. nekrotickým postižením pankreatické tkáně. Konzervativní terapie zahrnuje klidový režim, omezení příjmu stravy per os, tj. dieta nic per os, podávání antibiotik intravenózně, infuzní terapii. V průběhu hospitalizace po zlepšení laboratorního nálezu a celkového stavu pacienta, dochází k postupné realimentaci z diety nic per os na dietu 0S – čaj, dále na pankreatickou dietu, která může trvat až 10 dní, dále dietu 4S – s přísným omezením tuků, na závěr na dietu č. 4, kterou pacient dále dodržuje v domácím prostředí. Chirurgická léčba akutní pankreatitidy bývá indikována pouze v ojedinělých případech z důvodu rizika vysoké mortality v průběhu operačního výkonu. (GREENBERG, J. A. et al, 2016), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010a)

1.1.4 ILEÓZNÍ STAVY

Ileus, tj. střevní neprůchodnost patří mezi jedny z nejzávažnějších forem náhlých příhod břišních, při nichž dochází k poruchám střevní peristaltiky. Dle vyvolávajících příčin rozlišujeme mezi ileem mechanickým, neurogenním a cévním. Příčinou mechanického ileu může být obstrukce lumen střeva, např. nádorem. Tzv. volvulus vzniká v situaci, kdy dochází k otočení střeva kolem své vlastní osy. Ke strangulaci dochází tehdy, jsou-li střevo i závěsný aparát sevřeny zevnějšku, např. uskřínutím hernie. Invaginace znamená vsunutí části střeva do lumen úseku sousedního střeva. Neurogenní, tzv. funkční ileus je dělen na paralytický, který nastává např. po prodělaných nitrobřišních operačních výkonech, či spastický, který je provázen zúžením průsvitu střeva stažením střevní svaloviny při neurologických onemocněních, např. poranění míchy. Vyvolávající příčinou cévního ileu je obstrukce artérie mezenterici embolem, či trombem vedoucí k ischemizaci střeva a následnému rozvoji peritonitidy. (SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2012), (VILZ, T. O. et al., 2017)

K symptomům mechanického ileu patří především kolikovitě abdominalgie, dyspeptické obtíže, tj. nauzea, eméza, miserere, poruchy střevní peristaltiky, tj. zástava odchodu plynů a stolice, vzednutí břicha. Neurogenní paralytický ileus se může projevit vzednutím břicha, abdominalgiemi, k eméze dochází později až po několika hodinách, typické je tzv. mrtvé ticho. Naopak v případě neurogenního spastického ileu jsou typické známky usilovné peristaltiky, nauzea, eméza, či prudké kolikovitě abdominalgie. Cévní ileus je provázen prudkými abdominalgiemi, které cca po 2 hodinách ustupují, objevuje se nauzea, eméza, známky rozvoje šokového stavu, či zástava střevní pasáže. (SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2012), (VILZ, T. O. et al., 2017)

Diagnostika ileózních stavů se opírá o důkladný sběr anamnestických dat pacienta, fyzikální vyšetření palpací, perkusí, auskultací, aspekcí, včetně vyšetření per rectum. Při měření fyziologických funkcí bývá zjištěna tachykardie a hypotenze. Provádí se komplexní biochemické vyšetření krve, vyšetření krevního obrazu, krevní skupiny a Rh faktoru, vyšetření hemokoagulačního screeningu krve. Z radiodiagnostických metod má své uplatnění především rentgenové vyšetření (RTG), kde na prostém snímku břicha ve stoje jsou viditelné tzv. hladinky, či CT vyšetření břicha. (SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2012), (VILZ, T. O. et al., 2017)

Terapie mechanického ileu je vždy chirurgická, přičemž rozsah výkonu závisí na vyvolávající příčině. V případě intraluminální obstrukce se provádí tzv. enterotomie, tj. protěti střeva a následné odstranění přepážky. Jedná-li se o intramurální obstrukci přistupuje chirurg k vytvoření axiální stomie, odstranění přepážky v tomto případě probíhá tzv. v druhé době. Inoperabilní obstrukce jsou vždy řešeny tzv. terminální stomií. V případě volvulu je nezbytná derotace střeva, zajištění jeho správné fixace, eventuelně resekce již postiženého střevního úseku. Inavginace je chirurgicky řešena vytlačáním tzv. invaginátu, odstraněním vyvolávající příčiny, eventuelně resekcí nekrotické části střeva. Strangulace vyvolaná srůsty v dutině břišní je léčena jejich chirurgickým protětím, eventuelně resekcí. Při neurogenním ileu je nezbytná léčba vyvolávající příčiny. Pacientovi bývá zavedena nasogastrická sonda, je zahájena infuzní terapie při dietě nic per os. Při paralytickém ileu mohou být podávána prokinetika, naopak při spastickém ileózním stavu spasmolytika. Cévní ileus může být chirurgicky řešen embolektomií, trombektomií, či resekcí postiženého střevního úseku. (SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2012), (VILZ, T. O. et al., 2017)

1.1.5 KRVÁCENÍ DO GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU

Krvácení do gastrointestinálního traktu představuje průtok krve v peritoneální dutině, či retroperitoneálním prostoru v důsledku poruchy integrity cév nebo orgánů dutiny břišní. (PENKA, M. a kol., 2014)

Příčiny krvácení do gastrointestinálního traktu mohou být nontraumatické, či traumatické. K nontraumatickému krvácení může dojít např. vlivem nádorového onemocnění, v důsledku mimoděložní gravidity, ruptury aneurysmatu aj. (PENKA, M. a kol., 2014), (WALKER, T. G. et al., 2012)

K obecným symptomům krvácení v dutině břišní patří bledost kůže, studený pot, tachykardie, hypotenze, vertiga, abdominalgie, nauzea, hemateméza, meléna, enterorrhagie, či rozvoj hypovolemického šoku při krevních ztrátách větších než 20 % objemu cirkulující krve. (PENKA, M. a kol., 2014)

Z diagnostických metod se uplatňují anamnestické údaje pacienta, fyzikální vyšetření, měření fyziologických funkcí, laboratorní vyšetření krve na krevní obraz, který může signalizovat anémii, biochemické vyšetření krve, na kterém může být viditelná především iontová dysbalance, vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru,

hemokoagulační vyšetření krve. Z radiodiagnostických vyšetřovacích metod jsou využívány ultrasonografická vyšetření, výpočetní tomografie (CT), či rentgenová vyšetření (RTG). Mohou být uplatněny i endoskopické vyšetřovací metody, zejména v případech krvácení lokalizovaných v horní části gastrointestinálního traktu. (PENKA, M. a kol., 2014)

Terapie se vždy odvíjí od vyvolávající příčiny. Ve všech případech je však nezbytné doplnění množství cirkulující krve, je zahájena intenzivní infuzní terapie a dle nálezu v krevní obraze může být indikována aplikace transfuzních přípravků. Z farmak je nejčastěji využíváno léků ze skupiny hemostyptik, např. Dicynone, které napomáhají zástavě krvácení. Dle indikace lékaře může být krvácení stavěno endoskopicky, či v průběhu chirurgického výkonu, kdy do dutiny břišní je přistupováno tzv. laparotomií. (PENKA, M. a kol., 2014), (WALKER, T. G. et al., 2012)

1.2 ÚRAZOVÉ NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ

Náhlé příhody břišní zapříčiněné vlivem traumatu zahrnují akutní perforační peritonitidu, úrazové hemoperitoneum a smíšenou formu traumatické náhlé příhody břišní. (SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010a)

1.2.1 PERITONITIS ACUTA

Akutní peritonitida, tj. akutní zánět pobříšnice vzniká vlivem mikroorganismů, či chemických látek. Chemická akutní peritonitida může být zapříčiněna např. působením žluči, pankreatických šťáv, žaludečního obsahu aj., naopak původci mikrobiální akutní peritonitidy jsou nejčastěji bakterie, např. *Escherichia coli*. Primární peritonitida vzniká vlivem bakterií bez prokazatelnosti spojení s jiným onemocněním nitrobřišních orgánů. Sekundární peritonitida vzniká v případech perforace orgánů dutiny břišní, či při penetrujících poraněních nitrobřišní dutiny. Dle rozsahu zánětlivého postižení rozlišujeme mezi difúzní peritonitidou, tj. *peritonitis diffusa*, kdy je zánět rozptýlen v oblasti celého peritonea, a ohraničenou peritonitidou, tj. *peritonitis circumscripta*, kdy se jedná o ohraničený zánětlivý proces v určité oblasti peritonea. (KOULAOUZIDIS, A., 2009), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010a)

Symptomy akutní peritonitidy mohou být variabilní. Nejčastějšími symptomy jsou prudké abdominalgie lokalizované v kterékoli oblasti dutiny břišní, nauzea, eméza, poruchy střevní pasáže, subfebrilie, známky rozvoje šokového stavu, tj. bledost,

opocená kůže, tachykardie, hypotenze, poruchy vědomí. (FERRI, F. F., 2019), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010a)

V diagnostice akutní peritonitidy nachází své uplatnění anamnestická data pacienta, fyzikální vyšetření, především auskultací, perkusí, palpací, laboratorní vyšetření krve a radiodiagnostické vyšetřovací metody. V laboratorním nálezu biochemického vyšetření krve je ve většině případů viditelný iontový rozvrat, či elevace zánětlivého parametru CRP. V krevním obraze se typicky vyskytuje leukocytóza. K definitivnímu stanovení diagnózy obvykle slouží ultrasonografické vyšetření břicha, výpočetní tomografie (CT), či magnetická rezonance (MRI). (FERRI, F. F., 2019), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010a)

Nefarmakologická terapie akutní peritonitidy zahrnuje především klidový režim, infuzní terapii k úpravě hypovolémie, minimalizující riziko rozvoje dehydratace, podávání transfuzních přípravků k úpravě anémie z krevních ztrát, či oxygenoterapii. Farmakologická léčba zahrnuje zejména nitrožilní aplikaci antibiotik se širokospektrými účinky a podávání analgetik za účelem minimalizace bolestí. Cílem chirurgické léčby je odstranění vyvolávající příčiny a minimalizace následných možných komplikací. Pacienti bývají nejčastěji indikováni k laparotomické revizi dutiny břišní, jejíž součástí je výplach dutiny břišní a zavedení drénu do oblasti peritonea za účelem možnosti laváže peritoneální dutiny v pooperačním období. (FERRI, F. F., 2019)

1.2.2 ÚRAZOVÉ HEMOPERITONEUM

Úrazové hemoperitoneum představuje závažný stav, při kterém dochází k přítomnosti volné krve v abdominální dutině vlivem traumatu. Abdominální poranění mohou být otevřená, či uzavřená. (SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010a)

Příčinou uzavřených abdominálních poranění jsou nejčastěji decelerační poranění vzniklá v důsledku pádu z větších výšek, vlivem kompresí abdominální dutiny a orgánů v ní uložených, vlivem prudkých nárazů, či tupého úderu. Otevřená abdominální poranění vznikají působením střelných, bodných, řezných, či tržných ran. Obecně lze říci, že jednou z nejčastějších příčin abdominálních poranění jsou poranění vzniklá v důsledku autohavárií. (SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010a)

K nejčastějším symptomům patří abdominalgie lokalizované v kterékoli oblasti dutiny břišní, krvácení při otevřených poranění dutiny břišní, tachykardie, hypotenze,

bledost kůže, rozvoj hypovolemického šoku. (LUKÁŠ, K. a kol., 2014), (SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010a)

Diagnostika se opírá o anamnestická data pacienta, měření fyziologických funkcí, vyšetření krevního obrazu, biochemické vyšetření krve, vyšetření krevního screeningu, vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru. Nepostradatelnou roli v diagnostice mají rovněž radiodiagnostické vyšetřovací metody, především rentgenová vyšetření, ultrasonografická vyšetření a výpočetní tomografie. (LUKÁŠ, K. a kol., 2014), (SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010a)

Terapie vždy závisí na lokalizaci a rozsahu krvácení, může být konzervativní, či chirurgická. Konzervativní terapie zahrnuje přísný klid na lůžku, kontrolu fyziologických funkcí, infuzní terapii, aplikaci transfuzních přípravků, opakované kontroly stavu pacienta pomocí radiodiagnostických vyšetřovacích metod. Chirurgická léčba obvykle zahrnuje operační revizi dutiny břišní, při níž je identifikován a zastaven zdroj krvácení. (SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010a)

1.2.3 SMÍŠENÁ FORMA

Smíšená forma představuje kombinaci perforační peritonitidy a traumatického hemoperitonea. (SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010a)

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S NÁHLOU PŘÍHODOU BŘÍŠNÍ

Praktická část bakalářské práce obsahuje kazuistiku pacientky, která byla přijata na standardní chirurgické lůžkové oddělení Nemocnice s poliklinikou Havířov, p. o. dne 2. 11. 2018. Individuální ošetrovatelská péče o tuto pacientku byla na uvedeném pracovišti realizována od 2. 11. 2018 3:05 hod. do 2. 11. 2018 14:20 hod., následně byla nadále poskytována na oddělení anesteziologicko-resuscitačním od 2. 11. 2018 14:20 hod. do 5. 11. 2018 11:35 hod. Na základě rozboru zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, sběru anamnestických dat, fyzikálního vyšetření a pozorování byl zhodnocen zdravotní stav pacientky. K posouzení aktuálního stavu potřeb pacientky byl využit model funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle klasifikačního systému NANDA International taxonomie II. – HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5412-3. Ošetrovatelské intervence u aktuálních a potenciálních ošetrovatelských diagnóz seřazených dle priorit byly stanoveny s využitím klasifikace NIC – HOWARD, K. B. et al. *Nursing Intervation classification (NIC)*. 7th edition. United States of America: Elsevier, 2018. ISBN 978-0-323-49770-1., dále za využití intervencí ošetrovatelských intervencí NIC obsažených v publikaci – ACKLEY, B. J. et al. *Nursing Diagnoses Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 11th edition. United States of America: Elsevier, 2016. ISBN 978-0-323-32224-9. *V průběhu realizace ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu byla časová data a identifikační údaje pacientky pozměněny s ohledem na dodržení díkce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.* (NĚMCOVÁ a kol., 2018, s. 67)

1.3 POSOUZENÍ PŘI PŘIJETÍ

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: XY

Datum narození: XXXX

Rodné číslo: 51...

Věk: 67 let

Pohlaví: ženské

Bydliště: X

Národnost: česká

Státní příslušnost: ČR

Stav: svobodná

Vzdělání: středoškolské vzdělání s výučním listem

Zaměstnání: 14 let třídička na šachtě, nyní invalidní důchod

Datum přijetí: 2. 11. 2018

Čas přijetí: 3:05 hodin

Typ přijetí: akutní dobrovolný

Účel příjmu: terapeutický

Pacientka byla seznámena s vnitřním řádem a právy pacientů: ano

Informovaný souhlas k léčbě: pacientka podepsala

Důvod přijetí uváděný pacientkou: bolesti břicha, žaludeční obtíže

Medicínská diagnóza v době přijetí: R104 Neurčená břišní bolest

Medicínské diagnózy vedlejší:

J 841 Jiné intersticiální plicní nemoci s fibrózou

J 449 Chronická obstruktivní plicní nemoc NS

I 259 ICHS chronická

E 039 Hypotyreóza NS

E 108 DM závislý na inzulinu s neurčenými

komplikacemi

Vitální funkce při přijetí 2. 11. 2018

Krevní tlak (TK): 180/70 torr – hypertenze

Dechová frekvence (D): 26/min. – tachypnoe

Tepová frekvence/Puls (TF/P): 100/min. – tachykardie

Tělesná teplota (TT): 36,8 °C – normotermie/afebrilie

GCS: 15

Orientace: orientována místem, časem, osobou

Krevní skupina: 0 + (Rh pozitivní)

Řeč/Jazyk: český jazyk

Pohyblivost: bez omezení

Výška: 159 cm

Hmotnost: 65 kg

BMI: 25,70

Saturace O₂ pulsním oxymetrem: 82 %

Nynější onemocnění

Pacientka přivezena na chirurgickou ambulanci pro abdominalgie v oblasti pupku a křeče v oblasti hypogastria trvající od 1:00 hod dne 2.11.2018. Před přivoláním RZP 2x zvracela, byla i na stolici – řídkší, bez příměsí, hnědé barvy. Dle RTG břicha ve stoje popsána drobná hladinka v oblasti pravého i levého mesogastria, bez pneumoperitonea, nevyprázdňený tračník. Aplikace 10 mg Degan i. m a 5ml Metamizol i. m – jen mírná úleva, proto dále aplikace 1 ampule Buscopan i. m. – nadále bez úlevy, algie přetrvávají, opakovaná eméza žaludečního obsahu. V laboratorních výsledcích odběrů venózní krve – KO: bez významností, BV: glykémie 13,5 mmol/l, urea 13,8 mmol/l, kreatinin 142 µmol/l, CRP 13,57 mg/l. Pro abdominalgie při suspektní akutní gastritidě a diferenciální diagnóze incipiální subileózní stav doporučeno přijetí na standardní lůžkové chirurgické oddělení.

Informační zdroje: pacientka, lékař, zdravotnická dokumentace.

1.4 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza (RA)

Matka: hypertenze, úmrtí v 68 letech

Otec: pacientka nezná otcův zdravotní stav

Sourozenci: 0

Osobní anamnéza (OA)

Překonaná a chronická onemocnění: CHOPN II. st., ICHS chron., hypotyreóza na substituci, vředová choroba gastroduodena, DM II. typu na inzulínu, hypercholesterolémie na terapii statinem, intersticiální plicní fibróza, panlobulární emfyzém

Hospitalizace a operace: St. p. podvazu vaječnicků, sekundární polyglobulie (opakované venepunkce), St. p. appendektomii

Úrazy: 0

Transfúze: 0

Očkování: běžná dětská povinná očkování

Sociální anamnéza (SA)

Rodinné poměry: svobodná

Bytové poměry: žije sama v bytě v centru města

Vztahy, role a interakce v rodině: bez problémů

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: bez problémů

Volnočasové aktivity: ráda tráví čas s přáteli

Záliby: četba

Farmakologická anamnéza (FA)

Přehled jednotlivých léků užívaných pacientkou, jejich forem, síly, dávkování a indikační skupiny jsou uvedeny v tabulce 1.

Tabulka 1 Farmakologická anamnéza

Název léku	Léková forma	Síla	Dávkování	Skupina
Furon	tbl	40 mg	1 – 1 – 0	Diuretika
Bisoprolol	tbl	5 mg	1 – 0 – 0	Antihypertenziva → betablokátory
Sortis	tbl	40 mg	0 – 0 – 1	Hypolipidaemica
Euthyrox	tbl	75 µg	1 – 0 – 0 (SO, NE)	Hormony štítné žlázy
Euthyrox	tbl	100 µg	1 – 0 – 0 (PO–PÁ)	Hormony štítné žlázy
Nolpaza	tbl	40 mg	1 – 0 – 0	Antiulceróza → antacida
Euphyllin	cps	200 mg	1 – 0 – 1	Bronchodilatantia
Godasal	tbl	100 mg	0 – 1 – 0	Antiagregantia
Humulin R	inj (s. c.)	100 IU/ml	18j – 10j – 8j	Antidiabetica
Humulin N	inj (s. c.)	100 IU/ml	0 – 0 – 0 – 14j	Antidiabetica
Seebri Breezhaler	INH PLV CPS	44 µg	1 vdech ráno	Bronchodilatantia
Ventolin inhal. N	aerosol	100 µg	1–2 vdechy při potížích, max. 4x denně	Bronchodilatantia

Zdroj: Tabulka byla zpracována autorkou práce na základě informací zprostředkovaných pacientkou.

Pracovní anamnéza (PA)

Vzdělání: středoškolské s výučním listem

Zaměstnání: 14 let třídička na šachtě, nyní invalidní důchod

Alergologická anamnéza (AA)

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: neguje

Gynekologická anamnéza (GA)

Gynekologické operace: St.p. podvazu vaječnicků

Samovyšetření prsou: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: neví

Porody: 0

Potraty: 0

První menstruace: ve 14 letech

Menopauza: od 45 let

Abúzus

Kouření: exfumatorka

Alkohol: příležitostně

Káva: max. 3x denně

Drogy: neguje

Jiné: neguje

Spirituální anamnéza

Členka náboženské společnosti Svědků Jehovových.

Informační zdroje: pacientka, zdravotnická dokumentace.

1.5 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Ve spolupráci diplomované všeobecné sestry s lékařem bylo pacientce provedeno fyzikální vyšetření pohmatem, poslechem, pohledem, poklepem, včetně vyšetření per rectum.

Fyzikální vyšetření pohmatem – palpáce

Údaje zjištěné v průběhu fyzikálního vyšetření pohmatem jsou uvedeny v tabulce 2.

Tabulka 2 Fyzikální vyšetření pohmatem

Hlava a krk	Bez patologického nálezu
Hrudník a prsa	Palpační citlivost v oblasti pravého podžebří
Břicho	Břicho měkké, prohmatné volně, hypogastria bez patologického nálezu, palpační citlivost v oblasti epigastria – bez hmatné rezistence, bez známek peritoneálního dráždění
Pohybové ústrojí, cévy	Hmatné otoky dolních končetin bilaterálně, pulzace hmatné do periferie, lýtka volná

Zdroj: Tabulka byla zpracována autorkou práce na základě objektivního pozorování a dat získaných ze zdravotnické dokumentace, 2018.

Fyzikální vyšetření poslechem – auskultace

Údaje zjištěné v průběhu fyzikálního vyšetření poslechem jsou uvedeny v tabulce 3.

Tabulka 3 Fyzikální vyšetření poslechem

Srdce	Akce srdeční pravidelná, přiměřená tepová frekvence
Plíce	Dýchání sklípkové, vlevo laterobazálně inspirační chrůpky
Břicho	Peristaltika oslabena

Zdroj: Tabulka byla zpracována autorkou práce na základě dat získaných ze zdravotnické dokumentace, 2018.

Fyzikální vyšetření poklepem – perkuse

Údaje zjištěné v průběhu fyzikálního vyšetření poklepem jsou uvedeny v tabulce 4.

Tabulka 4 Fyzikální vyšetření poklepem

Hlava	Bez patologického nálezu
Hrudník	Poklep plný, jasný bez patologického nálezu
Reflexy	V normě, bez patologického nálezu

Zdroj: Tabulka byla zpracována autorkou práce na základě objektivního pozorování a dat získaných ze zdravotnické dokumentace, 2018.

Fyzikální vyšetření pohledem – inspekce

Údaje zjištěné v průběhu fyzikálního vyšetření pohledem jsou uvedeny v tabulce 5.

Tabulka 5 Fyzikální vyšetření pohledem

Celkový vzhled pacientky	Normostenický habitus
Výraz tváře	Nervozita, zornice izokorické
Kůže	Snížený kožní turgor, bledé zbarvení, opocení, anikterická, viditelné otoky dolních končetin bilaterálně
Vlasy	Čisté, upravené
Ochlupení	Ano
Nehty	Čisté, krátké, upravené
Stav vědomí	Při vědomí, dle GCS 15
Dýchání	Námahová dyspnoe, nepravidelná respirace, pohyby hrudníku souměrné, zapojení pomocných dýchacích svalů
Chůze, abnormální pohyby	Schopna chůze bez kompenzačních pomůcek
Poloha, postoj	Aktivně vyhledává úlevovou polohu, tzv. „do klubička“

Zdroj: Tabulka byla zpracována autorkou práce na základě objektivního pozorování a dat získaných ze zdravotnické dokumentace, 2018.

Fyzikální vyšetření přes konečník – per rectum

V dosahu bez patologického nálezu, ampula recti prázdná, malé množství hnědé stolice na rukavici.

Informační zdroje: pacientka, lékař, zdravotnická dokumentace.

1.6 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE MODELU FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ MARJORY GORDON

V podkapitole jsou blíže popsány informace zprostředkované pacientkou v průběhu sběru informací za použití modelu funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon, na základě kterých byly identifikovány ošetrovatelské problémy.

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Pacientka uvádí intenzivní zhoršení zdravotního stavu během posledních několika hodin, doposud se cítila dobře. V domácím prostředí využívala intermitentně přenosného oxygenátoru z důvodu klidové dyspnoe při diagnóze CHOPN. Aktuálně pociťuje abdominalgie v oblasti pupku, křeče v oblasti hypogastria, cítí nauzeu. Pacientka je odhodlána se aktivně podílet na postupech směřujících k řešení výše jmenovaných problémů, které jí působí dyskomfort.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: expirační dyspnoe, akutní bolest, nauzea

VÝŽIVA A METABOLISMUS

Nutriční stav u pacientky je uspokojivý s ohledem na BMI 25,70 při výšce 159 cm a hmotnosti 65 kg. V domácím prostředí preferuje dietu č. 9 – diabetickou, stravuje se pravidelně 6x denně, příjem tekutin se pohybuje okolo 1 500ml/24 hod. V období předcházejícím hospitalizaci váhový úbytek nezaznamenala. Aktuálně popisuje dyspeptické obtíže, které limitují příjem tekutin a stravy perorálně, cítí nauzeu, v domácím prostředí i v době vyšetření na chirurgické ambulanci opakovaně eméza žaludečního obsahu cca po 100 ml. Kůže a sliznice jsou bledé, opocené, kožní turgor snížen, bez poruchy kožní integrity. Chrup má zachovalý bez kariézního vzhledu.

Použitá měřicí technika: BMI – 25,70 (nadváha)

Ošetrovatelský problém: eméza, dehydratace, riziko nestabilní glykémie

VYLUČOVÁNÍ

Vyprazdňování stolice probíhalo pravidelně 1x za 24 hod., laxativa neužívá. Poslední stolice odpovídala typu VII. dle Bristolské škály typů stolice – vodnaté

konzistence, bez zápachu a příměsí. Nyní bylo pacientce doporučeno využití klozetového křesla v případě defekace za účelem zhodnocení charakteru stolice ošetrovatelským personálem – souhlasí. Mikce bez obtíží, využívá WC za doprovodu ošetrovatelského personálu. Moč je čirá, bez patologických příměsí.

Použitá měřicí technika: Bristolská škála typů stolice

Ošetrovatelský problém: porucha vyprazdňování stolice

AKTIVITA, CVIČENÍ

Pacientka je mobilní, doprovod ošetrovatelského personálu při vertikalizaci mimo lůžko zajištěn z důvodu aktuálního rizika pádu pro slabost. Dle Barthelova testu základních všedních činností je pacientka lehce závislá na pomoci ošetrovatelského personálu při úkonech sebezpeče – 75 bodů. Abdominalgie aktuálně částečně limitují rozsah pohybu, aktivně vyhledává úlevovou polohu, tzv. „do klubíčka“. V domácím prostředí se s ohledem na vyšší věk a polymorbiditu vyhýbala aktivitám s vysokou mírou fyzické zátěže, naopak preferovala chůzi (procházky s přáteli). Aktuálně volný čas během hospitalizace tráví sledováním televizoru.

Použitá měřicí technika: Barthelův test základních všedních činností

Ošetrovatelský problém: slabost, riziko pádů

SPÁNEK, ODPOČINEK

V průměru spí 6 hodin denně, po probuzení se cítí odpočatá, i navzdory skutečnosti, že spánek vnímá přerušovaný z důvodu respiračních obtíží při diagnóze CHOPN. Aktuálně se budí intermitentně cca 1 hod. z důvodu abdominalgií. Užívání hypnotik neguje. Odpočinek v domácím prostředí tráví četbou, aktuálně sledováním televizoru.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: nespavost

VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Sluchové bariéry neevidovány, obtíže se sluchem nepocítuje. Pacientka je dispenzarizována v oftalmologické ambulanci pro vadu zraku, užívá dioptrické brýle

na čtení. S přibývajícím věkem pociťuje problémy s dlouhodobou pamětí, obtíže s krátkodobou pamětí doposud neregistrovala. Nyní vnímá akutní algie pulsujícího charakteru v oblasti pravého podžebří a oblasti epigastria, které hodnotí dle VAS 4–5. Bolest kompenzuje vyhledáváním úlevové polohy a užíváním analgetik podávaných všeobecnou sestrou dle ordinace ošetřujícího lékaře pouze s mírným efektem. Po aplikaci analgetik hodnotí algie dle VAS 2–3. Při sběru informací je pacientka lucidní, spolupracující, orientována místem, časem, osobou.

Použitá měřicí technika: VAS – VAS 4–5 tj. bolest střední intenzity.

Ošetřovatelský problém: porucha smyslového vnímání – vada zraku, riziko infekce

SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA

Pacientka vnímá sama sebe jako extroverta, jedince pozitivně emočně laděného. Se svým dosavadním způsobem života je celkově spokojená. Aktuálně popisuje obavy z možné sociální izolace od přátel a blízkých členů náboženské společnosti Svědků Jehovových. Při komunikaci hovoří srozumitelně, navazuje aktivně oční kontakt, je ochotna sdílet informace.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: strach

PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Pacientka bydlí sama v bytě v centru města, kde jí dochází vypomáhat členové náboženské společnosti Svědků Jehovových, kteří pro pacientku představují oporu, na kterou se může kdykoli obrátit, potřebuje-li s čímkoli pomoci. Osamělá se za běžných okolností necítí.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: neidentifikován

SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Komunikaci na dané téma pacientka není nakloněna, pouze konstatuje, že v této oblasti problém neregistruje.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: neidentifikován

STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Zátěžové situace zvládá v závislosti na charakteru dané situace, snaží se zachovat klidná za všech okolností. Alkohol konzumuje pouze příležitostně, užívání drog neguje, exfumatorka. Problémy se snaží řešit vždy samostatně, případnou pomoc nalézá u členů náboženské společnosti Svědků Jehovových.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: neidentifikován

VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

Pacientka je členkou náboženské společnosti Svědků Jehovových. Zastává přesvědčení, že Jehova je Bohem a stvořitelem celého světa, a že Ježíš Kristus je Božím synem. V posmrtný život nevěří. Z náboženských důvodů pacientka odmítá během hospitalizace aplikaci krevní transfúze, přikládá dokument pro lékařskou péči s úředně ověřeným podpisem „Žádnou krev – závazný pokyn pro lékaře“. Prání pacientky bylo lékařem zaznamenáno za přítomnosti svědka (všeobecná sestra) v informovaném souhlase s hospitalizací v oddíle „Dříve vyslovená přání“. Pacientka byla lékařem edukována o možných zdravotních rizicích v případě odmítnutí podání krevní transfúze za přítomnosti svědka (všeobecná sestra), nadále aplikaci krevní transfúze odmítá, i v případě bezprostředního ohrožení života, podepisuje tzv. Negativní revers s podáním krevní transfúze.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: neidentifikován

JINÉ

Veškeré potřebné informace byly obsaženy v předešlých oblastech.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: neidentifikován

1.7 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

V kapitole jsou podrobně popsány lékařem indikované vyšetřovací metody, včetně jejich výsledků, které se staly klíčovými pro definitivní stanovení diagnózy, následného léčebného a ošetrovatelského plánu péče.

1.7.1 VYŠETŘOVACÍ METODY ORDINOVANÉ LÉKAŘEM

Vyšetření krve – krevní obraz, biochemické vyšetření, hemokoagulační screening, vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru, glykemický profil

Radiodiagnostické vyšetření – RTG srdce a plic, RTG břicha ve stoje, kontrastní CT vyšetření břicha (i. v. aplikace kontrastní látky)

Funkční vyšetření – EKG

Konziliární vyšetření – interní předoperační vyšetření, anesteziologické předoperační vyšetření

1.7.2 VYŠETŘENÍ KRVE

Glykemický profil

Výsledky naměřených hodnot glykémie při přijetí, v 6:00 hod. a 11:00 hod. jsou zaznamenány v tabulce 6. Abnormální hodnoty jsou znázorněny červeně.

Tabulka 6 Glykemický profil

Čas	3:05	6:00	11:00
Hodnota	13,5 mmol/l	11,7 mmol/l	10,3 mmol/l

Zdroj: Tabulka byla zpracována autorkou práce na základě dat získaných ze zdravotnické dokumentace, 2018.

Krevní obraz

Výsledky vyšetření krevního obrazu jsou znázorněny v tabulce 7. Abnormální hodnoty jsou znázorněny červeně.

Tabulka 7 Krevní obraz

Položka	Hodnota	Referenční meze
Leukocyty (WBC)	8,3 x 10 ⁹ /l	4–10 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty (RBC)	7,15 x 10 ¹² /l	3,8–5,2 x 10 ¹² /l
Trombocyty (PLT)	180 x 10 ⁹ /l	150–400 x 10 ⁹ /l
Hemoglobin (HGB)	160 g/l	120–160 g/l
Hematokrit (HCT)	0,53 l/l	0,35–0,47 l/l
Střední objem erytrocytů (MCV)	74,3 fl	82–98 fl
Hemoglobin v erytrocytech (MCH)	22,4 pg	28–34 pg
Koncentrace hemoglobinu v erytrocytech (MCHC)	0,30 g/ml	0,32–0,36 g/ml
Šíře distribuce erytrocytů (RDW-CV)	23,1 %	10,0–15,2 %
Normoblasty analyzátor (NRBC)	0 %	0/100 WBC

Zdroj: Tabulka byla zpracována autorkou práce na základě dat získaných ze zdravotnické dokumentace, 2018.

Imunohematologické a izoserologické vyšetření

Výsledky vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru jsou znázorněny v tabulce 8.

Tabulka 8 Vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru

Položka	Výsledek
Krevní skupina	0
Rh faktor	Rh pozitivní

Zdroj: Tabulka byla zpracována autorkou práce na základě dat získaných ze zdravotnické dokumentace, 2018.

Biochemické vyšetření krve

Výsledky biochemického vyšetření krve jsou znázorněny v tabulce 9. Abnormální hodnoty jsou znázorněny červeně.

Tabulka 9 Biochemické vyšetření krve

Položka	Hodnota	Referenční meze
Natrium (Na)	138 mmol/l	137–145 mmol/l
Kalium (K)	4,9 mmol/l	3,8–5,2 mmol/l
Chloridy (Cl)	100 mmol/l	95–110 mmol/l
Glykémie (GLU)	13,5 mmol/l	3,3–5,6 mmol/l
Urea	13,8 mmol/l	3–8 mmol/l
Kreatinin (Krea)	142 μ mol/l	44–80 μ mol/l
C – reaktivní protein (CRP)	13,57 mg/l	do 10 mg/l
Bilirubin (Bil)	14 μ mol/l	do 25 μ mol/l
Alaninaminotransferéza (ALT)	0,24 μ kat/l	do 0,7 μ kat/l
Aspartátaminotransferéza (AST)	0,23 μ kat/l	do 0,7 μ kat/l
Gama-glutamyltransferéza (GGT)	1,53 μ kat/l	do 0,8 μ kat/l
Alkalická fosfatáza (ALP)	2,38 μ kat/l	0,7–2,2 μ kat/l
Alfa-amyláza (AMS)	0,74 μ kat/l	do 1,5 μ kat/l

Zdroj: Tabulka byla zpracována autorkou práce na základě dat získaných ze zdravotnické dokumentace, 2018.

Hemokoagulační vyšetření (screening) krve

Výsledky hemokoagulačního vyšetření krve jsou znázorněny v tabulce 10. Abnormální hodnoty jsou znázorněny červeně.

Tabulka 10 Hemokoagulační screening

Položka	Hodnota	Referenční meze
Protrombinový čas (INR)	1,12 1/1	0,8–1,2 1/1
Aktivovaný parciální tromboplastinový čas (APTT)	29,0 sec.	26,4–37,5 sec.
APTT poměr (APTT-R)	1,0	0,8–1,2
Antitrombin III. (AT III.)	72 %	80–120 %
Trombinový čas (TT)	16,7 sec.	19–21 sec.
Fibrinogen	5,08 g/l	1,8–4,2 g/l
D-dimery	2,17 µg/l	<200 µg/l

Zdroj: Tabulka byla zpracována autorkou práce na základě dat získaných ze zdravotnické dokumentace, 2018.

1.7.3 RADIODIAGNOSTICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY

RTG srdce a plic

Bránice volná, plicní křídla s hrubší kresbou v dolních polích. Infiltrativní, či ložiskové změny neidentifikovány. Plicní hily normální velikosti. Srdeční stín normální velikosti, tvar přiměřený. Mediastinum nerozšířeno.

RTG břicha ve stoje

Na prostém snímku břicha ve stoje je viditelná klička o průměru 23 mm v oblasti mesogastria vpravo s drobnou hladinkou, jinak plynová náplň střevních kliček je přiměřená, bez hladin.

CT vyšetření břicha

Poškození částí tenkých kliček – diferenciální diagnóza plastické změny se zaškrcením, eventuelně možnost cévní etiologie při aterosklerotických změnách tepen. Viditelné reaktivní změny v okolí, včetně výpotku v břišní dutině.

1.7.4 FUNKČNÍ VYŠETŘENÍ

EKG

Sinusový rytmus, P pulmonale, PQ 0,18 sec., osa svislá, QRS 0,12 sec., descendentně deprese ST s negativní T vlnou V 1–6.

1.7.5 KONZILIÁRNÍ VYŠETŘENÍ

Interní předoperační vyšetření

Výsledné doporučení – operace z vitální indikace pro ileózní stav. Z interního hlediska vedení operace s ohledem na CHOPN, respirační insuficienci, dekompenzované cor pulmonalae a lehkou systolicko-diastolickou dysfunkcí levé komory srdeční.

Anesteziologické vyšetření

Výsledné doporučení – pacientka indikována k neodkladnému operačnímu výkonu, ASA 3E. V rámci předoperační přípravy aplikace 100 mg Hydrocortison ve 100 ml FR i. v., zavedení NGS k derivaci, prevence TEN, korekce glykémie. Premedikace 15 mg Dipidolor s. c. již podána v rámci analgésie. Před odjezdem na operační sál aplikace 1 vdechu Ventolin spraye inhalačně.

1.8 KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Dieta: NPO (nic per os)

Výživa: parenterální

Pohybový režim: 2 – pacientka částečně soběstačná

Rehabilitace: neindikována lékařem

1.9 MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

Přehled lékařem ordinovaných medikamentózních prostředků je znázorněn v tabulce 11.

Tabulka 11 Medikamentózní léčba

Název a síla léku	Forma/cesta podání	Dávkování	Léková skupina
100 ml FR + 5 ml Novalgin	Intravenózně	Při VAS > 4 max. á 8 hod. Čas podání: 3:25, 11:30	Analgetizační infúze
100 ml FR + 6,24 mg Torecan	Intravenózně	Čas podání: 3:25	Infúze s obsahem antiemetik
20 ml FR + 10 mg Degan	Intravenózně	Čas podání: 6:00, 12:00	Antiemetika
Glukóza 10% + 14j. Actrapid	Intravenózně	Čas podání: 3:40–7:00 7:00–12:00 12:00–17:00	Infúze s obsahem krátkodobě působícího inzulínu
Azepo 2 g	Intravenózně	Po výzvě z COS	Antibiotika
Dipidolor 15 mg	Subkutánně	Při VAS > 6 Čas podání: 10:00	Analgetikum – anodynum
Oxygenoterapie	Inhalačně	Kontinuálně 3–6 l/min. Zahájení: 3:20 hod.	Kyslíková terapie
Ventolin N	Inhalačně	1 vdech po výzvě z COS	Bronchodilatantia

Zdroj: Tabulka byla zpracována autorkou práce na základě dat získaných ze zdravotnické dokumentace pacientky, 2018.

1.10 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Dne 2. 11. 2018 pacientka indikována k operační revizi dutiny břišní v celkové anestézii z důvodu postižení tenké kličky zaškrcením, či ischemií dle dostupného výsledku CT vyšetření břicha. Operační výkon po předoperační přípravě zahájen střední laparotomií. Nález v dutině břišní odpovídá ischemickému poškození části ilea na podkladě strangulace střeva. Provedena resekce cca 80 cm střeva s anastomózou end to end asi 40 cm od Bauhinské chlopně. Během operačního výkonu výskyt hyposaturace O₂ – 63 %, oběhová nestabilita vyžadující vazopresorickou podporu noradrenalinem. Výkon zakončen laváží dutiny břišní, zaveden trubicový drén do Douglasova prostoru. Provedena sutura laparotomie a podkoží, kůže svorkována. Resekát odeslán

k histologickému vyšetření. Po operačním výkonu pacientka přeložena na anesteziologicko-resuscitační oddělení k protektivní UPV.

Informační zdroje: pacientka, lékař, zdravotnická dokumentace.

1.11 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka XY ve věku 67 let přijatá 2. 11. 2018 ve 03:05 hod. ráno na standardní lůžkové chirurgické oddělení cestou chirurgické ambulance pro **bolesti** břicha nejasné etiologie provázené dyspeptickými obtížemi (**nauzea, eméza**) a **poruchou vyprazdňování stolice** (řídká konzistence). Na chirurgické ambulanci vzaty odběry venózní krve k biochemickému vyšetření a vyšetření krevního obrazu, rovněž indikován RTG břicha ve stoje, RTG srdce a plic. Během návštěvy chirurgické ambulance pacientka je nadále nauzeózní, opakovaně zvrací žaludeční obsah cca po 100ml. Aplikace antiemetik, analgetik a spasmolytik intramuskulárně působí pouze mírnou úlevu, proto je pacientka přijata k dovyšetření na lůžkovou část chirurgického oddělení.

Pacientce při přijetí změřeny VF – pacientka afebrilní s hypertenzí, tachypnoe a tachykardií. Při přijetí dle indikace lékaře zahájena kontinuálně oxygenoterapie přes kyslíkové brýle 3–6 l/min. z důvodu **expirační dušnosti** a hyposaturace O₂ při dg. CHOPN – 82 %. Odebrány vzorky venózní krve k biochemickému vyšetření, vyšetření krevního obrazu, hemokoagulačního screeningu, krevní skupiny a Rh faktoru, současně zajištěn periferní žilní katetr G20 v oblasti antebrachia l.sin. Lékařem ve spolupráci s všeobecnou sestrou odebrána anamnéza, následně provedeno fyzikální vyšetření pacientky na lůžku z důvodu **rizika pádu** pro **slabost** při současném stavu **dehydratace**. Lékařem indikována dieta nic per os, infuzní terapie, analgésie intravenózní cestou dle VAS, aplikace medikamentů dle ordinace lékaře, kontrola hladiny glykémie v 6:00 hod z důvodu **rizika nestabilní glykémie** při vedlejší dg. DM, kontrola invazivních vstupů 2x denně z důvodu **rizika vzniku infekce**. Všeobecnou sestrou odebrána ošetrovatelská anamnéza, utříděny informace pomocí modelu funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon, identifikovány ošetrovatelské problémy, stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle klasifikačního systému NANDA International taxonomie II., cíle ošetrovatelské péče, vytvořen plán intervencí, který byl následně realizován.

Při ranní vizitě pacientka uvádí, že abdominalgie a dyspeptické obtíže přetrvávaly i v průběhu noci – **narušovaly spánek**. Lékařem indikováno pokračovat v zavedené terapii, doplnění CT vyšetření břicha s aplikací kontrastní látky i. v, na základě kterého zjištěn obstrukční a strangulační ileus tenké kličky. Pacientka lékařem informována o výsledku CT vyšetření, doporučeno včasné operační řešení – souhlasí. Souhlas pacientky s operačním výkonem stvrzen podpisem informovaného souhlasu s operačním výkonem. Lékařem pacientce doporučeno připravit 2x 300 ml EBR k operačnímu výkonu z důvodu rizika krevních ztrát, toto doporučení však pacientka odmítá z důvodu náboženského přesvědčení. Své rozhodnutí stvrzuje přiložením dokumentu pro lékařskou péči s úředně ověřeným podpisem: „Žádnou krev – závazný pokyn pro lékaře“. Přání pacientky rovněž zaznamenáno v informovaném souhlase s hospitalizací, včetně negativního reversu – odmítnutí krevní transfúze. Lékařem indikováno EKG vyšetření cestou interní ambulance, interní a anesteziologické předoperační vyšetření. Všeobecnou sestrou zahájena bezprostřední předoperační příprava – psychická (informovanost pacientky, redukce **strachu**) a fyzická (zavedení nasogastrické sondy dle doporučení anesteziologa a ordinace ošetřujícího lékaře, přípravu operačního pole, sepnutí vlasů, odstranění šperků, odložení dioptrických brýlí – **vada zraku**, odložení osobního prádla, provedení bandáží DKK bilat., přípravě permanentního močového katétru k zavedení na centrálních operačních sálech). Po výzvě z operačního sálu profylakticky aplikace ATB i. v. dle ordinace lékaře, premedikace Dipidolor 15 mg s. c. a Ventolin inhaler N 1 vdech, následně transport na operační sál.

1.12 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY, CÍLE, PLÁN PÉČE, REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

00032 NEEFEKTIVNÍ VZOREC DÝCHÁNÍ

Doména: 4. Aktivita/odpočinek

Třída: 4. Kardiovaskulární/pulmonální reakce

Určující znaky: tachypnoe, dyspnoe

Související faktory: únava, bolest

Cíl krátkodobý: Minimalizace rizika respiračních komplikací v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení.

Cíl dlouhodobý: Obnova efektivní respirace.

Priorita: vysoká

Očekávaný výsledek:

Pacientka nemá projevy cyanózy.

Pacientka nepocítuje dušnost.

Plán intervencí:

1. Sleduj frekvenci, rytmus a hloubku dýchání – všeobecná sestra.
2. Sleduj typ dýchání – všeobecná sestra.
3. Sleduj saturaci O₂ – všeobecná sestra.
4. Podávej oxygenoterapii dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
5. Sleduj dušnost a situace, kdy dojde ke zlepšení/zhoršení stavu – všeobecná sestra.
6. Sleduj stav kůže – všeobecná sestra, ošetřovatel.
7. Aplikuj farmaka s bronchodilatačními účinky, monitoruj jejich efekt – všeobecná sestra dle ordinace lékaře.
8. Pečuj o ovzduší – všeobecná sestra, ošetřovatel.
9. Pečuj o psychiku pacientky – všeobecná sestra, ošetřovatel, rodinní příslušníci.

Realizace intervencí:

2. 11. 2018

- 3:05 – pacientka přijata na chirurgické oddělení k dovyšetření pro abdominalgie.
- 3:10 – posouzení respirace všeobecnou sestrou – abdominocostální, nepravidelná, zrychlená – 26 dechů/min.

- 3:12 – všeobecnou sestrou změřena saturace O₂ pulsním oxymetrem – hyposaturace O₂ 82 %.
- 3:15 – všeobecná sestra informuje lékaře o hyposaturaci pacientky.
- 3:20 – dle ordinace ošetřujícího lékaře zahájena všeobecnou sestrou kontinuálně oxygenoterapie přes kyslíkové brýle 3–6 l/min.
- 3:35 – na základě hodnot naměřených všeobecnou sestrou pomocí pulsního oxymetru vzestup saturace O₂ z 82 % na 90 %.
- 4:00 – pacientka usíná.
- 6:30 – pacientka v lůžku zaujímá polohu v sedě s pokrčenými dolními končetinami, která jí s ohledem na abdominalgie působí podporu v oblasti respirace, rovněž analgézii.
- 6:50 – provedena kontrola stavu kůže – opocená, bledá, bez známek cyanózy, všeobecná sestra asistuje pacientce při hygienické péči v koupelně.
- 9:00 – podpora psychického stavu pacientky umožněním návštěvy blízkých mimo období návštěvních hodin, či pravidelnou komunikací (všeobecná sestra, ošetřovatel).
- Kontrola stavu kůže prováděna 3x denně všeobecnou sestrou.
- Hodnoty VF naměřených všeobecnou sestrou dle ordinace lékaře 3x denně zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci.
- Čerstvý vzduch na pokoji pacientky zajištěn pravidelným větráním místnosti.
- Farmaka s bronchodilatačními účinky v předoperačním období vysazeny, Ventolin inhaler N 1 vdech aplikován bezprostředně před návozem na operační sál.

Hodnocení

Krátkodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn. Během hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení byla minimalizována rizika respiračních komplikací.

Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče nesplněn z důvodu neodkladného operačního výkonu a následného překlady pacientky na ARO. V době překlady pacientky dlouhodobý cíl přetrvává, ošetrovatelské intervence 1–9 pokračují.

00239 RIZIKO ZHORŠENÉ KARDIOVASKULÁRNÍ FUNKCE

Doména: Aktivita/odpočinek

Třída: 4. Kardiovaskulární/pulmonální reakce

Rizikové faktory: věk nad 65 let, diabetes mellitus, dyslipidemie, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění v anamnéze

Krátkodobý cíl: Minimalizace srdeční zátěže v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení.

Dlouhodobý cíl: VF pacientky jsou stabilizovány.

Priorita: vysoká

Očekávaný výsledek:

U pacientky se neprojeví kardiovaskulární komplikace.

Plán intervencí:

1. Sleduj VF dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
2. Sleduj stav vědomí – všeobecná sestra.
3. Sleduj stav kůže – všeobecná sestra, ošetrovatel.
4. Sleduj psychický stav pacientky – všeobecná sestra, ošetrovatel.
5. Podávej oxygenoterapii, je-li to nezbytné dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Realizace intervencí:

2. 11. 2018

- 3:05 – pacientka je v době přijetí afebrilní s hypertenzí, tachypnoe, tachykardií – lékař informován všeobecnou sestrou. Stav vědomí zhodnocen všeobecnou sestrou dle GCS – 15.

- 3:08 – zhodnocení stavu kůže všeobecnou sestrou v době přijetí pacientky – kůže bledá, opocená, anikterická, bez známek cyanózy, kožní turgor snížen.
- 3:10 – posouzení respirace všeobecnou sestrou – abdominocostální, nepravidelná, zrychlená – 26 dechů/min.
- 3:12 – všeobecnou sestrou změřena saturace O₂ pulsním oxymetrem – hyposaturace O₂ 82 %.
- 3:15 – všeobecná sestra informuje lékaře o hyposaturaci pacientky.
- 3:20 – dle ordinace ošetřujícího lékaře zahájena všeobecnou sestrou kontinuálně oxygenoterapie přes kyslíkové brýle 3–6 l/min.
- 3:35 – na základě hodnot naměřených všeobecnou sestrou pomocí pulsního oxymetru vzestup saturace O₂ z 82 % na 90 %.
- 8:00 – identifikace oblíbené aktivity pacientky – četba, trávení času s ostatními členy náboženské společnosti Svědky Jehovovými. Ošetřovatelem nabídnuty pacientce knihy z nemocniční knihovny – odmítá, preferuje sledování TV.
- 9:00 – podpora psychického stavu pacientky umožněním návštěvy blízkých mimo období návštěvních hodin, či pravidelnou komunikací (všeobecná sestra, ošetřovatel).
- 9:30 – pacientka informována lékařem ve spolupráci s všeobecnou sestrou o zdravotním stavu.
- Kontroly VF všeobecnou sestrou 3x denně dle ordinace lékaře, hodnoty zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci.
- Kontroly celkového stavu pacientky minimálně co 2 hodiny všeobecnou sestrou.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl ošetrovatelské péče byl částečně splněn. V průběhu hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení bylo redukováno psychické napětí v předoperačním období, dle dostupných naměřených výsledků došlo ke zlepšení saturace O₂. V době překlada na operační sál byla pacientka lucidní, orientovaná místem, časem a osobou.

Nestabilita VF však přetrvávala. Krátkodobý cíl nadále pokračuje na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče nesplněn z důvodu neodkladného operačního výkonu a následného překlady pacientky na oddělení ARO. V době překlady pacientky dlouhodobý cíl přetrvává, ošetrovatelské intervence 1–5 pokračují.

00132 AKUTNÍ BOLEST

Doména: 12. Komfort

Třída: 1. Tělesný komfort

Určující znaky: změny ve fyziologických funkcích, vlastní hlášení pacientkou o bolesti, hlášení o intenzitě bolesti pomocí vizuální analogové škály bolesti, ochranné chování

Související faktory: biologický původ zranění – postižení části střeva ischémií

Cíl krátkodobý: Zmírnění algii do 30 minut od jejich počátku.

Cíl dlouhodobý: Vymizení algii.

Priorita: střední

Očekávaný výsledek:

Pacientka se naučí metodám zmírňující bolest.

Pacientka klidně spí.

Pacientka uvádí, že je bolest zmírněna.

Plán intervencí:

1. Zhodnot' bolest – charakter, lokalizace, intenzita, časový průběh, ovlivnitelnost, změny bolesti během dne – všeobecná sestra.
2. Sleduj nonverbální projevy bolesti – všeobecná sestra, ošetrovatel.
3. Zhodnot' vliv bolesti na kvalitu života – všeobecná sestra.
4. Minimalizuj/odstraň faktory zhoršující bolest – všeobecná sestra.

5. Edukuj pacientku o nefarmakologických metodách analgézie – všeobecná sestra.
6. Podávej analgetika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Realizace intervencí:

2. 11. 2018

- 3:05 – pacientka popisuje všeobecné sestře pulsující algie v oblasti epigastria a pravého podžebří, které hodnotí dle VAS 4–5. Algie mají dle pacientky intermitentní průběh, intenzita algí se zvyšuje při vertikalizaci.
- 3:06 – všeobecnou sestrou identifikovány nonverbální projevy algí – výraz tváře, pacientka aktivně vyhledává antalgickou polohu, tzv. „do klubička“.
- 3:15 – lékař informován všeobecnou sestrou o charakteru a intenzitě algí.
- 3:25 – podání analgetizace (5 ml Novalgin ve 100 ml FR i. v.) všeobecnou sestrou dle ordinace lékaře.
- 3:36 – přehodnocení algí dle VAS po aplikaci analgetik i. v. – dle VAS 2–3 (všeobecná sestra).
- 4:00 – pacientka usíná.
- 6:30 – pacientka v lůžku zaujímá polohu v sedě s pokrčenými dolními končetinami, která jí s ohledem na abdominalgie působí podporu v oblasti respirace, rovněž analgézii.
- 6:31 – pacientka uvádí, že algie ovlivňují kvalitu spánku, avšak po podání analgetik všeobecnou sestrou dle ordinace lékaře pocítila mírné zlepšení kvality spánku.
- 7:30 – pacientce doporučeny všeobecnou sestrou nefarmakologické metody analgézie – rozptýlení např. sledování TV, antalgická poloha, dechová cvičení.
- Kontrola VF všeobecnou sestrou 3x denně dle ordinace lékaře – hypertenze, tachykardie, tachypnoe, afebrilie, hyposaturace O₂ – lékař informován, hodnoty zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci.

- Hodnocení bolesti dle VAS 3x denně všeobecnou sestrou zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci.
- Průběžně monitorován celkový stav pacientky, verbální a nonverbální projevy algí.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn. Algie byly prostřednictvím analgézie ordinované ošetřujícím lékařem zmírněny. Před podáním analgetik i. v. všeobecnou sestrou dle ordinace lékaře pacientka hodnotila intenzitu algí dle VAS 4–5, po jejich podání 2–3.

Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče nesplněn z důvodu neodkladného operačního výkonu indikovaného ošetřujícím lékařem za účelem odstranění příčiny algí. V době překlady pacientky na anesteziologicko-resuscitační oddělení dlouhodobý cíl přetrvává, ošetrovatelské intervence 1, 2, 3, 4, 6 pokračují.

00179 RIZIKO NESTABILNÍ GLYKEMIE

Doména: 2. Výživa

Třída: 4. Metabolismus

Rizikové faktory: zhoršený zdravotní stav, nedostatečný příjem potravy

Krátkodobý cíl: Pacientka během hospitalizace na chirurgickém oddělení nevykazuje symptomy hyper/hypoglykemického kómatu.

Dlouhodobý cíl: Hodnota glykémie u pacientky nebude vyšší než 10 mmol/l, či nižší 4 mmol/l.

Priorita: střední

Očekávaný výsledek:

Hodnoty pacientčiny glykémie jsou ve fyziologickém rozmezí.

Plán intervencí:

1. Monitoruj hladinu glykémie dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

2. Monitoruj příznaky hypo/hyperglykémie – všeobecná sestra, ošetřovatel.
3. Monitoruj TK a TF dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
4. Podávej inzulín dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Realizace intervencí:

2. 11. 2018

- 3:05 – lékařem ordinován malý glykemický profil – kontrola hodnoty glykémie všeobecnou sestrou v době přijetí, v 6:00 hod. a 11:00 hod. Aktuální hodnoty hlášeny všeobecnou sestrou lékaři, zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci.
- 3:40 – z důvodu diety NPO pacientce podáván všeobecnou sestrou krátkodobě působící inzulín v infúzi 10% Glukózy i. v. dle aktuálních hodnot glykémie po konzultaci s lékařem.
- 4:00 – pacientka usíná.
- 6:00 – všeobecnou sestrou odběr kapilární krve z bříška prstu ke zjištění hladiny glykémie dle ordinace lékaře.
- 6:30 – konzultace všeobecné sestry a lékaře o aktuální hodnotě glykémie za 6:00 hod.
- 7:00 – všeobecnou sestrou podáván krátkodobě působící inzulín v infúzi 10% Glukózy i. v.
- 11:00 – všeobecnou sestrou odběr kapilární krve z bříška prstu ke zjištění hladiny glykémie dle ordinace lékaře.
- 11:30 – konzultace všeobecné sestry a lékaře o aktuální hodnotě glykémie za 6:00 hod.
- 12:00 – všeobecnou sestrou podáván krátkodobě působící inzulín v infúzi 10% Glukózy i. v.
- Dostupné výsledky průběžně zaznamenávány ve zdravotnické dokumentaci.

- Kontrola celkového stavu pacientky min. co 2 hod. – bez známek hyper/hypoglykémie, subjektivně potíže nepocítuje.
- Kontrola VF všeobecnou sestrou 3x denně dle ordinace lékaře – hypertenze, tachykardie, tachypnoe, afebrilie, hyposaturace O₂ – lékař informován, hodnoty zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn, pacientka nejevila známky hyper/hypoglykemického kómatu.

Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče nesplněn z důvodu neodkladného operačního výkonu a následného překlady pacientky na ARO. V době překlady pacientky dlouhodobý cíl přetrvává, ošetrovatelské intervence 1–4 pokračují.

00027 SNÍŽENÝ OBJEM TEKUTIN (Dehydratace)

Doména: 2. Výživa

Třída: 5. Hydratace

Určující znaky: změna kožního turgoru, slabost, zvýšený hematokrit

Související faktory: aktivní pokles objemu tělesných tekutin

Krátkodobý cíl: U pacientky se v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení zlepšil kožní turgor.

Dlouhodobý cíl: Zajištění vyrovnané bilance tekutin.

Priorita: střední

Očekávaný výsledek:

Pacientka nejeví známky dehydratace.

Plán intervencí:

1. Zhodnot' nutriční stav pacientky – všeobecná sestra.
2. Sleduj příznaky dehydratace – všeobecná sestra, ošetrovatel.

3. Sleduj laboratorní výsledky – všeobecná sestra, lékař.
4. Sleduj stav kůže – všeobecná sestra, ošetřovatel.
5. Podávej infuzní terapii dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
6. Podporuj pacientku v příjmu tekutin – všeobecná sestra, ošetřovatel.
7. Minimalizuj příjem tekutin s diuretickými účinky – všeobecná sestra, ošetřovatel.
8. Sleduj denní příjem a výdej tekutin.

Realizace intervencí:

2. 11. 2018

- 3:08 – zhodnocení stavu kůže všeobecnou sestrou v době přijetí pacientky – kůže bledá, opocená, anikterická, bez známek cyanózy, kožní turgor snížen.
- 3:09 – zhodnocení nutričního stavu pacientky všeobecnou sestrou pomocí BMI. Nutriční stav je uspokojivý s ohledem na BMI 25,70 při výšce 159 cm a hmotnosti 65 kg.
- 3:30 – všeobecné sestře telefonicky hlášeny laboratorní asistentkou kritické hodnoty urey, kreatininu a hematokritu.
- 3:31 – zaznamenání kritických hodnot urey, kreatininu a hematokritu všeobecnou sestrou do zdravotnické dokumentace pacientky.
- 3:32 – všeobecná sestra informuje lékaře o hlášených kritických hodnotách laboratorních výsledků.
- 3:40 – zahájení infuzní terapie všeobecnou sestrou dle ordinace lékaře.
- Pacientka nepodporována všeobecnou sestrou, či ošetřovatelem k příjmu tekutin p. o. z důvodu diety nic per os indikované lékařem, bez nutnosti omezit příjem tekutin a nápojů s diuretickými účinky.

- Sledování příjmu a výdeje tekutin lékařem neindikováno z důvodu bezprostřední předoperační přípravy, permanentní močový katétr k zavedení na centrálních operačních sálech, poté sledovat bilanci tekutin v pooperačním období.
- Kontrola stavu kůže prováděna 3x denně všeobecnou sestrou.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn. V průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení došlo ke zlepšení napětí kožního turgoru.

Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče nesplněn z důvodu neodkladného operačního výkonu a následného překlady pacientky na ARO. V době překlady pacientky dlouhodobý cíl přetrvává, ošetrovatelské intervence 1–8 pokračují.

00148 STRACH

Doména: 9. Zvládnutí/tolerance zátěže

Třída: 2. Reakce na zvládnutí zátěže

Určující znaky: pacientka pociťuje strach, bledost, zvýšený TK

Související faktory: neznámé prostředí

Krátkodobý cíl: Redukce strachu v předoperačním období.

Dlouhodobý cíl: Minimalizace strachu v průběhu hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávaný výsledek:

Vymizení strachu.

Plán intervencí:

1. Identifikuj zdroj strachu ve spolupráci s pacientkou – všeobecná sestra.
2. Monitoruj VF dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
3. Podporuj pacientku verbálně i nonverbálně – všeobecná sestra.

Realizace intervencí:

2. 11. 2018

- 8:00 – identifikace oblíbené aktivity pacientky všeobecnou sestrou – četba, trávení času s ostatními členy náboženské společnosti Svědky Jehovovými. Ošetřovatelem nabídnuty pacientce knihy z nemocniční knihovny – odmítá, preferuje sledování TV.
- 9:00 – podpora psychického stavu pacientky umožněním návštěvy blízkých mimo období návštěvních hodin, či pravidelnou komunikací (všeobecná sestra, ošetřovatel). Do ošetřovatelského procesu zapojena přítelkyně pacientky, která významně napomohla redukci strachu pacientky v předoperačním období.
- 10:15 – na základě komunikace všeobecné sestry s pacientkou identifikován zdroj strachu – strach z operačního výkonu. Ve spolupráci s ošetřujícím lékařem realizován rozhovor s pacientkou, vysvětlen význam operačního výkonu, jeho průběh, možná rizika, pooperační péče.
- Kontrola VF dle ordinace lékaře 3x denně – pacientka afebrilní s hypertenzí, tachypnoe, tachykardií – lékař informován, bez intervence. Všeobecnou sestrou proveden záznam VF do zdravotnické dokumentace 3x denně.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl ošetřovatelské péče byl splněn. V předoperačním období byl redukován strach prostřednictvím dostatečné komunikace ze strany členů zdravotnického týmu, se současným zapojením přítelkyně pacientky do ošetřovatelského procesu.

Dlouhodobý cíl ošetřovatelské péče byl splněn pouze částečně z důvodu neodkladného operačního výkonu a následného překlady pacientky na oddělení anesteziologicko-resuscitační. V době překlady pacientky dlouhodobý cíl přetrvává, ošetřovatelské intervence 2–3 pokračují.

00134 NAUZEJA

Doména: 12. Komfort

Třída: 1. Tělesný komfort

Určující znaky: nauzeja, odpor k jídlu

Související faktory: podráždění žaludku

Krátkodobý cíl: Redukce nauzey v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení.

Dlouhodobý cíl: Pacientka přijímá potravu bez vedlejších projevů.

Priorita: střední

Očekávaný výsledek:

Pacientka netrpí nauzeou.

Plán intervencí:

1. Proveď komplexní posouzení nevolnosti, včetně frekvence, trvání, závažnosti – všeobecná sestra.
2. Identifikuj faktory, které mohou způsobovat nauzeu – všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem.
3. Sleduj neverbální projevy nauzey – všeobecná sestra, ošetřovatel.
4. Poskytni emoční podporu – všeobecná sestra, ošetřovatel.
5. Monitoruj příjem stravy – všeobecná sestra, ošetřovatel.
6. Zajisti dostatečný odpočinek a spánek – všeobecná sestra, ošetřovatel.
7. Podávej antiemetika k prevenci nauzey dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Realizace intervencí:

2. 11. 2018

- 3:10 – pacientka po přijetí na oddělení informuje všeobecnou sestru, že nauzeja trvá od 1:00 hod. ráno, doma i v prostředí chirurgické ambulance opakovaně

zvracela žaludeční obsah žluto-zelené barvy cca po 100 ml. Aktuálně po aplikaci antiemetik na chirurgické ambulanci uvádí pouze mírnou úlevu. Pacientka je v době přijetí bledá a celkově slabá.

- 3:15 – lékař informován všeobecnou sestrou o přetrvávající nauce.
- 3:25 – podání antiemetik i. v. všeobecnou sestrou dle ordinace lékaře.
- 4:00 – pacientka usíná.
- 9:20 – lékař informuje všeobecnou sestru o zdroji nauzey – obstrukční a strangulační ileus tenké kličky.
- 9:30 – pacientka informována lékařem ve spolupráci s všeobecnou sestrou o zdroji nauzey.
- Monitoring příjmu stravy všeobecnou sestrou nezahájen z důvodu diety NPO indikované ošetřujícím lékařem
- Před transportem na COS zavedena NGS k derivaci dle doporučení anesteziologa a ordinace lékaře – derivace žaludečního obsahu.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn. Během hospitalizace na chirurgickém oddělení byla nauzea redukována prostřednictvím antiemetik i. v. podávaných všeobecnou sestrou dle ordinace ošetřujícího lékaře.

Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče nesplněn z důvodu neodkladného operačního výkonu zahrnujícího dietu NPO a následného překlady pacientky na oddělení anesteziologicko-resuscitační. V době překlady pacientky dlouhodobý cíl přetrvává, ošetrovatelské intervence 1, 3, 4, 5, 6, 7 pokračují.

00095 NESPAVOST

Doména: 4. Aktivita/odpočinek

Třída: 1. Spánek/odpočinek

Určující znaky: zhoršený zdravotní stav, potíže se spaním

Související faktory: tělesný dyskomfort

Krátkodobý cíl: Zlepšení kvality spánku v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení.

Dlouhodobý cíl: Zlepšení kvality spánku v průběhu hospitalizace v nemocničním zařízení.

Priorita: střední

Očekávaný výsledek:

Pacientka netrpí nespavostí.

Plán intervencí:

1. Zjistí spánkové zvyklosti pacientky – celkovou délku spánku, zkušenosti pacientky se spánkem – všeobecná sestra.
2. Minimalizuj faktory narušující spánek pacientky – všeobecná sestra, ošetřovatel.
3. Monitoruj důsledky poruchy spánku – všeobecná sestra.

Realizace intervencí:

2. 11. 2018

- 3:05 - pacientka přijata na chirurgické oddělení k dovyšetření pro abdominalgie narušující spánek od 1:00 hod. Po přijetí pacientky na standardní chirurgické lůžkové oddělení pacientka uložena do lůžka na samostatný pokoj, místnost vyvětrána, zajištěn klid s ohledem na provozní možnosti pracoviště.
- 3:25 - podání analgetizace (5 ml Novalgin ve 100 ml FR i. v.) všeobecnou sestrou dle ordinace lékaře.
- 4:00 – pacientka usíná, efekt analgetizace zaznamenán všeobecnou sestrou ve zdravotnické dokumentaci.
- 6:31 – pacientka uvádí, že algie ovlivňují kvalitu spánku, avšak po podání analgetik všeobecnou sestrou dle ordinace lékaře pocítila mírné zlepšení kvality spánku. V domácím prostředí byla zvyklá spát v průměru cca 6 hodin.

Objektivně je pacientka při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou, avšak celková slabost přetrvává.

- 6:50 – všeobecná sestra asistuje pacientce při hygienické péči v koupelně z důvodu rizika pádu pro slabost.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn pouze částečně. V rámci provozních možností oddělení zajištěny podmínky pro kvalitní spánek, avšak spánek nedosahoval optimální délky nezbytné pro správnou funkci organismu.

Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn pouze částečně v průběhu hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení z důvodu neodkladného operačního výkonu a následného překlady pacientky na oddělení anesteziologicko-resuscitační. V době překlady pacientky dlouhodobý cíl přetrvává, ošetrovatelské intervence 2–3 pokračují.

00004 RIZIKO INFEKCE

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 1. Infekce

Rizikové faktory: invazivní postupy, změněná peristaltika

Krátkodobý cíl: Minimalizace rizika infekce v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení.

Dlouhodobý cíl: Minimalizace rizika infekce v průběhu hospitalizace pacientky v nemocničním zařízení.

Priorita: střední

Očekávaný výsledek:

Pacientka nejeví známky infekce.

Plán intervencí:

1. Sleduj místní a celkové známky infekce – všeobecná sestra.

2. Dodržuj zásady asepse – všeobecná sestra.
3. Edukuj pacientku o možných projevech infekce – všeobecná sestra.
4. Podporuj mobilitu pacientky dle potřeby – všeobecná sestra, ošetřovatel.
5. Podporuj spánek – všeobecná sestra, ošetřovatel.
6. Podporuj příjem tekutin pacientky – všeobecná sestra, ošetřovatel.
7. Sleduj okolí invazivních vstupů – všeobecná sestra.
8. Zajisti vhodnou péči o kůži – všeobecná sestra, ošetřovatel.

Realizace intervencí:

2. 11. 2018

- 3:15 - v dostupných laboratorních výsledcích mírná elevace CRP – 13,57 mg/l – lékař informován všeobecnou sestrou, bez intervence.
- 3:25 – zajištění PŽK G20 všeobecnou sestrou do oblasti antebrachia l. sin., zavedení 1. den, dle Maddonovy škály tíže tromboflebitis 0 (bez známek infekce). PŽK zajištěna za aseptických podmínek. Pacientka edukována všeobecnou sestrou o rizicích vzniku infekce v souvislosti se zajištěním PŽK – bolestivost, otok, zarudnutí, bolestivý pruh v průběhu žíly, hnisavá sekrece – pacientka rozumí, stvrzuje podpisem v edukačním záznamu.
- 3:40 – z důvodu diety NPO indikované lékařem zajištěna infúzní terapie i. v. podávaná všeobecnou sestrou dle ordinace lékaře.
- 4:00 – pacientka usíná.
- 6:50 – podpora pacientky v mobilitě – hygienická péče pacientky v koupelně za doprovodu všeobecné sestry.
- Pacientka nepodporována všeobecnou sestrou v příjmu tekutin p. o. z důvodu diety NPO indikované lékařem. Všeobecnou sestrou doporučeno vyplachovat dutinu ústní vodou.
- Kontrola stavu kůže prováděna 3x denně všeobecnou sestrou.

- Kontrola funkčnosti, délky zavedení, okolí PŽK hodnoceno 2x denně všeobecnou sestrou, zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci.
- Dle ordinace lékaře podání ATB i. v. v rámci profylaxe před transportem pacientky na COS.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn, během hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení byla rizika vzniku infekce minimalizována.

Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn pouze částečně v průběhu hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení z důvodu neodkladného operačního výkonu a následného překlady pacientky na oddělení anesteziologicko-resuscitační. V době překlady pacientky dlouhodobý cíl přetrvává, ošetrovatelské intervence 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 pokračují.

00155 RIZIKO PÁDŮ

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Rizikové faktory: věk nad 65 let, akutní onemocnění, poškození zraku, nespavost

Krátkodobý cíl: Minimalizace rizika pádů v průběhu hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení.

Dlouhodobý cíl: Minimalizace rizika pádů v průběhu hospitalizace pacientky v nemocničním zařízení.

Priorita: střední

Očekávaný výsledek:

U pacientky nedojde v průběhu hospitalizace k pádu.

Plán intervencí:

1. Zhodnot' pohybový režim pacientky – všeobecná sestra.

2. Identifikuj kognitivní a fyzické faktory, které mohou zapříčinit pád pacientky – všeobecná sestra.
3. Zajisti bezpečné prostředí v okolí pacientky – všeobecná sestra, ošetřovatel.

Realizace intervencí:

2. 11. 2018

- 3:05 – na pokoji pacientky zajištěny ošetřovatelským personálem podmínky nezbytné pro dostatečnou prevenci pádů – dostatek osvětlení, suchá podlaha. Při sběru anamnestických dat identifikovány všeobecnou sestrou faktory zvyšující riziko pádů – vyšší věk, vada zraku.
- 3:07 – posouzení pohybového režimu pacientky všeobecnou sestrou – pohybový režim 2 – částečně soběstačná.
- 3:45 – pacientka edukována všeobecnou sestrou o způsobech přivolání ošetřovatelského personálu prostřednictvím signalizačního zařízení – v dosahu. Pacientka porozumění edukaci stvrzuje podpisem v edukačním záznamu.
- 4:00 – pacientka usíná, zajištění lůžka pacientky všeobecnou sestrou – postranice v pozici z důvodu rizika pádu pacientky pro slabost.
- 8:30 – po telefonickém kontaktu přítelkyně pacientky, která je pacientkou uvedena v informovaném souhlase s hospitalizací, zajištěna uzavřená obuv s pevnou podrážkou.
- Pacientka doprovázena ošetřovatelským personálem na WC dle potřeby, na jednotlivá vyšetření indikovaná lékařem transportována ošetřovatelským personálem na pojízdném vozíku.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl ošetřovatelské péče byl splněn, během hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení byla rizika pádů minimalizována.

Dlouhodobý cíl ošetřovatelské péče byl splněn pouze částečně v průběhu hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení z důvodu neodkladného operačního výkonu a následného překlady pacientky na oddělení anesteziologicko-resuscitační.

V době překlady pacientky dlouhodobý cíl přetrvává, ošetrovatelské intervence 1–3 pokračují.

00196 DYSFUNKČNÍ GASTROINTESTINÁLNÍ MOTILITA

Doména: 3. Vylučování a výměna

Třída: 2. Funkce gastrointestinálního systému

Určující znaky: křeče v břiše, abdominalgie, eméza, nauzea, potíže s odchodem stolice

Související faktory: intolerance jídla

Krátkodobý cíl: Pacientka zná příčinu onemocnění.

Dlouhodobý cíl: Pacientka se pravidelně vyprazdňuje.

Priorita: střední

Očekávaný výsledek:

Pacientka netrpí poruchou funkce gastrointestinálního systému.

Plán intervencí:

2. 11. 2018

1. Identifikuj zdroj gastrointestinálního dyskomfortu – všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem.
2. Posud' charakter vyprazdňování stolice pacientky – denní dobu, množství stolice, frekvenci vyprazdňování, konzistenci, přítomnost příměsí např. krev – všeobecná sestra.
3. Zhodnot' stravovací režim pacientky – dietu, denní příjem tekutin – všeobecná sestra.
4. Podporuj pacientku ve fyzické aktivitě – změnou polohy v lůžku, chůzi – všeobecná sestra, ošetrovatel.
5. Doporuč pacientce denní příjem tekutin 1–2 litry (6 až 8 sklenic denně) – všeobecná sestra, ošetrovatel.

6. Podávej léky dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Realizace intervencí:

2. 11. 2018

- 3:25 – podání antiemetik i. v. všeobecnou sestrou dle ordinace lékaře.
- 4:00 – pacientka usíná, aplikace antiemetik s úlevou.
- 6:50 – podpora pacientky v mobilitě – hygienická péče pacientky v koupelně za doprovodu všeobecné sestry.
- 9:20 – lékař informuje všeobecnou sestru o gastrointestinálního dyskomfortu – obstrukční a strangulační ileus tenké kličky.
- 9:30 – pacientka informována lékařem ve spolupráci s všeobecnou sestrou o zdroji gastrointestinálního dyskomfortu.
- 9:45 – v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení pacientka bez defekace, plyny odchází v minimálním množství – lékař informován, bez intervence. V průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení pacientka trpí nauzeou a emézou – opakovaně eméza žaludečního obsahu cca po 100 ml, proto dle doporučení anesteziologa a následné konzultaci s lékařem zavedena NGS k derivaci – funkční, derivuje žaludeční obsah žluto-zelené barvy.
- 10:00 – všeobecnou sestrou zhodnocen příjem stravy a tekutin p. o. : 0 (dieta NPO indikovaná lékařem)
- Dle ordinace lékaře podávány časovaně antiemetika i. v. všeobecnou sestrou s mírným efektem.
- Pacientka tázána 3x denně všeobecnou sestrou, zda odchází stolice – proveden záznam ve zdravotnické dokumentaci.
- Pacientce všeobecnou sestrou nedoporučen příjem tekutin 1–2 litry/24 hod. z důvodu diety NPO indikované lékařem.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn, pacientka byla lékařem ve spolupráci s všeobecnou sestrou informována o příčině onemocnění.

Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče nesplněn z důvodu neodkladného operačního výkonu nezbytného pro eliminaci příčiny gastrointestinálního dyskomfortu. V době překlady pacientky na anesteziologicko-resuscitační oddělení dlouhodobý cíl přetrvává, ošetrovatelské intervence 2–6 pokračují.

00094 RIZIKO INTOLERANCE AKTIVITY

Doména: 4. Aktivita/odpočinek

Třída: 4. Kardiovaskulární/pulmonální reakce

Rizikové faktory: problémy s respirací, oběhové problémy

Krátkodobý cíl: Zajištění přiměřené aktivizace pacientky s ohledem na zdravotní stav v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení.

Dlouhodobý cíl: Zajištění přiměřené aktivizace pacientky s ohledem na zdravotní stav v průběhu hospitalizace v nemocničním zařízení.

Priorita: střední

Očekávaný výsledek:

Pacientka netrpí intolerancí aktivity.

Plán intervencí:

1. Posud' pohybový režim pacientky – všeobecná sestra.
2. Zajisti bezpečné prostředí – všeobecná sestra, ošetrovatel.
3. Asistuj při pravidelné fyzické aktivitě – všeobecná sestra, ošetrovatel.
4. Podej pacientce informace, jak vykonávat danou aktivitu – všeobecná sestra.
5. Zjistí pacientčinu oblíbenou aktivitu – všeobecná sestra.
6. Spolupracuj s ostatními členy týmu – všeobecná sestra, ošetrovatel.

7. Pečuj o psychický stav pacientky – všeobecná sestra, ošetřovatel.

Realizace intervencí:

2. 11. 2018

- 3:07 – posouzení pohybového režimu pacientky všeobecnou sestrou – pohybový režim 2 – částečně soběstačná.
- 4:00 – zajištění lůžka pacientky ošetřovatelem – postranice v pozici z důvodu rizika pádu pacientky pro slabost.
- 6:50 – všeobecná sestra asistuje pacientce při hygienické péči v koupelně.
- 7:30 – pacientka edukována všeobecnou sestrou o metodách dechové gymnastiky, o vhodnosti polohování v lůžku. Pacientce byla doporučena Fowlerova poloha pro redukci respiračních obtíží.
- 8:00 – identifikace oblíbené aktivity pacientky všeobecnou sestrou – četba, trávení času s ostatními členy náboženské společnosti Svědky Jehovovými. Ošetřovatelem nabídnuty pacientce knihy z nemocniční knihovny – odmítá, aktuálně preferuje sledování TV.
- 9:00 – podpora psychického stavu pacientky umožněním návštěvy blízkých mimo období návštěvních hodin, či pravidelnou komunikací (všeobecná sestra, ošetřovatel). Do ošetřovatelského procesu zapojena přítelkyně pacientky, která významně napomohla redukci obav pacientky z operačního výkonu v předoperačním období.
- Při úkonech sebepéče zajištěn dohled nelékařského zdravotnického personálu (všeobecná sestra, ošetřovatel) z důvodu rizika pádu pro slabost.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl ošetřovatelské péče byl splněn, v průběhu hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení byla zajištěna přiměřená aktivizace pacientky s ohledem na zdravotní stav.

Dlouhodobý cíl ošetřovatelské péče byl splněn pouze částečně v průběhu hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení z důvodu neodkladného operačního

výkonu. V době překlada pacientky na anesteziologicko-resuscitační oddělení dlouhodobý cíl přetrvává, ošetrovatelské intervence 1, 2, 3, 4, 6, 7 pokračují.

1.13 ZÁVĚR KAZUISTIKY – ZHODNOCENÍ

Polymorbidní pacientka ve věku 67 let byla přijata na chirurgické oddělení cestou chirurgické ambulance pro abdominalgie nejasné etiologie. Hospitalizace pacientky na tomto oddělení nepřesáhla období 11 hodin. Dle dostupných výsledků vyšetření indikovaných ošetřujícím lékařem po přijetí pacientky na chirurgické oddělení byl pacientce diagnostikován obstrukční a strangulační ileus postihující oblast tenké kličky.

Pacientka byla lékařem ve spolupráci s všeobecnou sestrou informována o zdravotním stavu. Pacientka souhlasila s navrženým způsobem chirurgické léčby výše uvedeného stavu. V průběhu léčebného procesu pacientka vyjádřila nesouhlas s podáním krevní transfúze s ohledem na své náboženské vyznání. Pacientčin nesouhlas s aplikací krevní transfúze v průběhu léčebného procesu byl respektován, postup byl směřován dle platných norem.

Pacientka byla ošetřujícím lékařem indikována k neodkladnému operačnímu výkonu. Po důkladné bezprostřední předoperační přípravě byla pacientka z chirurgického oddělení transportována na operační sál, kde podstoupila operační revizi dutiny břišní, v jejíž průběhu došlo k resekcii cca 80ti cm nekrotického tenkého střeva. Po ukončení operačního výkonu byla pacientka přeložena na oddělení anesteziologicko-resuscitační k protektivní UPV.

V průběhu hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení bylo identifikováno 13 ošetrovatelských problémů – akutní bolest, nauzea, expirační dyspnoe, eméza, dehydratace, porušené vyprazdňování stolice, slabost, nespavost, porucha smyslového vnímání – vada zraku, strach, riziko nestabilní glykémie, riziko pádů, riziko infekce. Na základě stanovených ošetrovatelských problémů a informací zprostředkovaných pacientkou byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle klasifikačního systému NANDA International taxonomie II. Ošetrovatelské diagnózy byly řazeny dle priorit. U každé z ošetrovatelských diagnóz byly stanoveny krátkodobé cíle, dlouhodobé cíle a očekávané výsledky. Prostřednictvím realizace naplánovaných intervencí dle Nursing Interventions Classification bylo usilováno o uspokojení potřeb pacientky.

Z dostupných hodnocení vyplývá, že i navzdory krátkému časovému úseku, v jehož průběhu byla pacientka hospitalizována na standardním chirurgickém lůžkovém oddělení došlo k částečnému, či úplnému splnění krátkodobých cílů. Krátkodobých cílů bylo dosaženo ve značné míře prostřednictvím závislých intervencí realizovaných v kooperaci s lékaři a jejich ordinacemi. V průběhu hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení byla minimalizována rizika respiračních a kardiovaskulárních komplikací, komplikací DM, rizika pádů, rizika infekce, či rizika intolerance aktivity. Dyspeptické obtíže byly částečně medikamentózně zmírněny, rehydratace spočívala v parenterální aplikaci infúzních prostředků. Prostřednictvím analgésie bylo dosaženo částečné redukce algí, čímž bylo současně dosaženo zlepšení v oblasti kvality spánku. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče v rámci předoperačního období byla péče o psychický stav pacientky. Pacientka pochopila příčinu svého onemocnění, avšak trpěla strachem z nadcházejícího operačního výkonu, který se nám prostřednictvím komunikace a zapojení přítelkyně pacientky do ošetrovatelského procesu podařilo redukovat. Dlouhodobých cílů s ohledem na pacientčinu časově krátkou hospitalizaci na chirurgickém oddělení dosaženo nebylo. Dlouhodobé cíle v době překlady pacientky na anesteziologicko-resuscitační oddělení přetrvávaly, ošetrovatelské intervence pokračovaly. Ošetrovatelská péče na chirurgickém oddělení v předoperačním období byla zhodnocena jako částečně účinná.

Autorka práce se o stav pacientky zajímala i v době pacientčina překlady na oddělení anesteziologicko-resuscitační. Dle dostupných informací získaných ze zdravotnické dokumentace bylo zjištěno, že po překlady pacientky došlo k postupné stabilizaci krevního oběhu, analgésie probíhala kontinuální aplikací Dipidoloru i. v.

Dne 3. 11. 2018 došlo k extubaci pacientky. Pacientka byla intermitentně prostřednictvím masky napojena na neinvazivní plicní ventilaci. V tomto období se saturace O₂ pohybovala mezi 75–88 % s občasnými záchvaty dyspnoe a tachykardií dosahující TF 150–160/min, proto byl lékařem do terapie nasazen betablokátor.

V průběhu hospitalizace pacientka prodělala náhlou komorovou tachykardií s TF 200/min., s výraznější dušností, saturací O₂ 70 %. Urgentně byla pacientce provedena kardioverze 120 J synchronně, bylo aplikováno 150 mg Cordarone i. v., následně se TF pacientky vertovala na 102–110/min. Pacientka poté na neinvazivní plicní ventilaci maskou, bez neinvazivní plicní ventilace saturace O₂ 68 %.

Dne 5. 11. 2018 je pacientka nadále na NIV, apatická, saturace O₂ 80 %, místy se sklony k hypertenzi, na plicích náznak městnavého nálezu. Opakovaně pokus o bolusovou podporu diurézy, čímž se stav mírně zlepšuje, ale během hospitalizace dochází ke kardiopulmonální dekompenzaci při pneumonii a základní diagnóze, proto rozhodnuto pro opětovnou intubaci pacientky a napojení na UPV.

Po napojení na UPV vzestup saturace O₂ na 84 %, avšak pokles TK na 64/35 torr. Zahájena vazopresorická podpora oběhu ve vysokých dávkách Noradrenalinu i. v., avšak pacientka bradykardická – TF 40/min, proto aplikován 2x Atropin 0,5 mg i. v. – bez odezvy, následně dochází k zástavě akce srdeční. Přes veškerou intenzivní terapii KPR v průběhu 60 min. je lékařem konstatován exitus letalis.

3 DISKUZE

Není jednoduché porovnávat bakalářskou práci na zvolené téma s publikacemi jiných autorů, poněvadž problematika náhlých příhod břišních představuje stále rozsáhlé téma, přičemž mnozí autoři se zaměřují především na určité specifické formy těchto závažných stavů. Většina autorů publikací, které byly využity pro zpracování bakalářské práce se však shodují, že náhlé příhody břišní představují akutní stavy v chirurgii, jejichž průběh může být variabilní, a zároveň diagnostika těchto onemocnění nemusí být i skrze dostupné vyšetřovací metody vždy jednoznačná. Faktem však zůstává, že především včasná diagnostika je základním pilířem pro kauzální terapii, která může vést k záchraně života pacienta.

Na základě informací získaných z dostupných zdrojů bylo zjištěno, že faktorem, který může neefektivně působit na psychiku pacientů s náhlou příhodou břišní je především strach. Eva Zacharová a Jitka Šimíčková-Čížková v odborné publikaci uvádí: *Vědomí, že někomu záleží na jeho uzdravení, že na něj s láskou čeká, že ho potřebuje, pomůže nemocnému překonat těžkou apatii a lhostejnost k léčbě. Z tohoto pohledu je vhodné věnovat pozornost návštěvám u hospitalizovaného nemocného.* (ZACHAROVÁ, E. a J. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011, s. 167)

Tvrzení spoluautorek potvrzují rovněž poznatky získané v průběhu ošetrovatelského procesu zpracovaného v rámci bakalářské práce. V předoperačním období pacientka trpěla obavami z nadcházejícího operačního výkonu, na jejichž redukci mělo významný vliv umožnění návštěvy pacientky přítelkyní a její zapojení do ošetrovatelského procesu. S tvrzením spoluautorek se v bakalářské závěrečné práci ztotožňuje i Jana Jandová, absolventka 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy z roku 2009, která v práci uvádí, že pacientce s náhlou příhodou břišní v předoperačním období pomáhal s překonáním strachu zejména manžel pacientky.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

1. Doporučení pro pacienty s bolestmi břicha

V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ:

- Nepodceňovat i zdánlivě nepatrnou bolest břicha.

- Nesnažit se stanovit si lékařskou diagnózu na základě informací zprostředkovaných z internetu, upřednostnit vyhledání odborné pomoci, které mimo jiné mnohdy zabere kratší čas než vyhledání informací z relevantních internetových zdrojů.
- Návštěvu lékaře neoddalovat, včasná diagnostika příčiny obtíží představuje mnohdy klíčovou roli v jejich následné léčbě.
- Před návštěvou lékaře minimalizovat užití léků tlumících bolest, tzv. analgetik, které ačkoli zmírní bolest, mohou naopak znesnadnit diagnostiku onemocnění.
- Omezit příjem stravy před vyhledáním odborného vyšetření (některá vyšetření nelze provádět po konzumaci stravy).

V NEMOCNIČNÍM PROSTŘEDÍ:

- Dodržovat doporučená opatření, např. klid na lůžku.
- Snažit se spolupracovat se zdravotnickými pracovníky.

2. Doporučení pro rodinné příslušníky

- Aktivně se snažit zapojit do ošetrovatelského procesu.
- Podílet se na psychické podpoře pacienta.

3. Doporučení pro chirurgické sestry

- Prohlubovat úroveň vědomostí týkajících se dané problematiky.
- Prohlubovat úroveň vzdělání v postgraduálním, či specializačním vzdělání v oboru chirurgie.
- Respektovat pacienta jako bio-psycho-socio-spirituální bytost s individuálními potřebami.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo vysvětlit a blíže popsat jednotlivé formy náhlých příhod břišních, rozlišit jejich jednotlivé formy, charakterizovat diagnostické a terapeutické metody. V praktické části bakalářské práce byla prezentována kazuistika pacientky s náhlou příhodou břišní. Na začátku bakalářské práce jsou podrobně vysvětleny odborné termíny, které se v textu práce vyskytují tak, aby i student nižšího ročníku oboru Všeobecná sestra byl schopen plnohodnotně porozumět textu bakalářské práce.

Zásadní kapitolu bakalářské práce představuje ošetrovatelský proces, který byl realizován u pacientky s náhlou příhodou břišní, která byla hospitalizována na lůžkové části chirurgického oddělení. U pacientky byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle klasifikačního systému NANDA International taxonomie II. U jednotlivých ošetrovatelských diagnóz byly stanoveny cíle, na základě kterých byly naplánovány ošetrovatelské intervence, které byly v průběhu ošetrovatelského procesu realizovány. Vyhodnocení ošetrovatelské péče probíhalo v době překladau pacientky na centrální operační sály. V závěru praktické části bakalářské práce jsou prezentována doporučení pro praxi, která jsou určena pacientům, rodinným příslušníkům a všeobecným sestřám působícím na chirurgických pracovištích.

Dílčím záměrem bakalářské práce bylo poukázat na fakt, že včasná profesionálně poskytnutá péče může pomoci k záchraně života u pacienta s náhlou příhodou břišní. V případě pacientky, u níž byl ošetrovatelský proces realizován však i včasný medicínský zásah nevedl k obnově plného zdraví v důsledku úmrtí pacientky na srdeční selhání v pooperačním období. Na základě informací získaných od pracovníků anesteziologicko-resuscitačního oddělení, kde byla pacientka hospitalizována v pooperačním období, tento včasný medicínský zásah umožnil pacientce poslední kontakt s dalšími blízkými členy náboženské společnosti Svědků Jehovových, kteří se nemohli v předoperačním období za pacientkou dostavit.

Bakalářská práce může sloužit jako studijní materiál pro všeobecné sestry na chirurgických pracovištích, či pro studenty zdravotnických škol. Bakalářská práce se stala předlohou k vytvoření výukového materiálu pro studenty zdravotnických oborů, který je dostupný na CD, které je přílohou bakalářské práce, či dostupný k náhledu

v přílohách C–R. Výukový materiál byl dne 13.3.2019 prezentován na Střední zdravotnické škole AGEL s.r.o. v Českém Těšíně, viz. příloha S. Souhlas střední zdravotnické školy s prezentací výukového materiálu je součástí přílohy T. Hodnocení přínosu výukového materiálu pedagogickým pracovníkem střední zdravotnické školy je součástí přílohy U. Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ACKLEY, B. J. et al. *Nursing Diagnoses Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 11th edition. United States of America: Elsevier, 2016. ISBN 978-0-323-32224-9.

AFGHANI, E. et al. Acute Pancreatitis – Progress and Challenges. *Pancreas* [online]. 2015, **44**(8), 1195-1210 [cit. 2019-01-16]. ISSN 0885-3177. Dostupné z: <http://jcp.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jcp.2002.002923>

CARTWRIGHT, S. L. a M. P. KNUDSON. Přístup k dospělému pacientovi s akutní bolestí břicha. *Medicína po promoci*. 2008, **9**(5), 38–44. ISSN 1212-9445.

FERRI, F. F. *Ferri's Clinical Advisor*. 1st. edition. United States of America: Elsevier, 2019. ISBN 978-0-323-53042-2.

GREENBERG, J. A. et al. Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis. *Canadian Journal of Surgery* [online]. 2016, **59**(2), 128–140 [cit. 2019-01-17]. Dostupné z: <http://canjsurg.ca/vol59-issue2/59-2-128/>

HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU (eds.). *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání. 1. české vydání. Přeložila Pavla Kudlová. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOWARD, K. B. et al. *Nursing Intervention classification (NIC)*. 7th edition. United States of America: Elsevier, 2018. ISBN 978-0-323-49770-1.

HRDLIČKA, R. a kol. Náhlé příhody břišní a proč na ně nezapomínat. *Vox pediatry*. 2017, **17**(2), 20–21. ISSN 1213-2241.

HŮLEK, P. a kol. *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-2939-8.

JANDOVÁ, J. *Ošetrovatelská kazuistika u pacienta s náhlou příhodou břišní*. Praha, 2009. Bakalářská závěrečná práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce: Helena Chloubová.

KOULAOUZIDIS, A. et al. Spontaneous bacterial peritonitis. *World Journal of Gastroenterology* [online]. 2009, **15**(9) [cit. 2019-01-19]. ISSN 1007-9327. Dostupné z: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v15/i9/1042.htm>

LUKÁŠ, K. a kol. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.

LUKÁŠ, K. a kol. *Nemoci střev*. 1. vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-1334-2.

MAREK, J. a kol. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2639-7.

NEJEDLÁ, M. *Klinická propedeutika: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4402-5.

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

PENKA, M. a kol. *Krvácení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-0689-4.

PRETORIUS, E. S. et J. A. SOLOMON. *Radiology Secrets Plus*. 3th edition. Canada: Elseiver, 2010. ISBN 978-0-323-06794-2.

RUTAR, P. Úskalí diagnostiky akutní kalkulózní cholecystitidy. *Interní medicína pro praxi*. 2015, **17**(1), 39–41. ISSN 1212-7299.

SCHEIN, M. a kol. *Urgentní břišní chirurgie*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2357-0

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II. – pediatrie, chirurgie*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3602-0.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010a. ISBN 978-80-247-3130-8.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v pediarii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010b. ISBN 978-80-247-3286-2.

SOVOVÁ, E. a kol. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4823-8.

ŠVÁB, J. a kol. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2604-5.

VILZ, T. O. et al. Ileus in Adults. *Deutsches Aerzteblatt Online* [online]. 2017 [cit. 2019-01-19]. ISSN 1866-0452. Dostupné z: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2017.0508>

VLČEK, J a kol. *Klinická farmacie I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3169-8.

VODIČKA, J. a kol. *Speciální chirurgie*. 2. doplněné vydání. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.

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

VONDRÁČEK, L. a kol. *Základy praktické terminologie pro sestry: Příručka pro výuku a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3697-6.

WALKER, T. G. et al. Angiographic evaluation and management of acute gastrointestinal hemorrhage. *World Journal of Gastroenterology* [online]. 2012, **18**(11) [cit. 2019-01-19]. ISSN 1007-9327. Dostupné z: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v18/i11/1191.htm>

ZACHAROVÁ, E. a J. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2844-5.

ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propedeutika: třetí, přepracované a doplněné vydání*. 3. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.

PŘÍLOHY

Příloha A – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	I
Příloha B – Rešeršní protokol	II
Příloha C – Příloha bakalářské práce – výukový materiál I.	III
Příloha D – Příloha bakalářské práce – výukový materiál II.	IV
Příloha E – Příloha bakalářské práce – výukový materiál III.	V
Příloha F – Příloha bakalářské práce – výukový materiál IV.	VI
Příloha G – Příloha bakalářské práce – výukový materiál V.	VII
Příloha H – Příloha bakalářské práce – výukový materiál VI.	VIII
Příloha I – Příloha bakalářské práce – výukový materiál VII.	IX
Příloha J – Příloha bakalářské práce – výukový materiál VIII.	X
Příloha K – Příloha bakalářské práce – výukový materiál IX.	XI
Příloha L – Příloha bakalářské práce – výukový materiál X.	XII
Příloha M – Příloha bakalářské práce – výukový materiál XI.	XIII
Příloha N – Příloha bakalářské práce – výukový materiál XII.	XIV
Příloha O – Příloha bakalářské práce – výukový materiál XIII.	XV
Příloha P – Příloha bakalářské práce – výukový materiál XIV.	XVI
Příloha Q – Příloha bakalářské práce – výukový materiál XV.	XVII
Příloha R – Příloha bakalářské práce – výukový materiál XVI.	XVIII
Příloha S – Prezentace výukového materiálu na SZŠ	XIX
Příloha T – Souhlas s realizací výstupu bakalářské práce na SZŠ	XX
Příloha U – Hodnocení přínosu výukového materiálu	XXI


ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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


V Praze dne

.....

Lucie Mészárosová, DiS.



**Moravskoslezská
vědecká knihovna
v Ostravě**



Číslo rešerše: 8532
Název rešerše: Náhlá příhoda břišní
Jazykové omezení: čeština, angličtina
Časové omezení: 2008–současnost
Klíčová slova: akutní břicho, appendicitis, hemoperitoneum, cholecystitis, ileus, náhlá příhoda břišní, pankreatitis, peritonitis

Zpracovala: Bc. Seberová Radmila

Záznamy jsou řazeny v pořadí monografie, články (z tisku, z časopisů) - abecedně dle autorů.
U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní výpůjční služby v naší knihovně).
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

www.svkos.cz



Příloha C – Příloha bakalářské práce – výukový materiál I.

Příloha bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, s.p.a.
Dělnická 7, 150 00 Praha 5

Ošetřovatelský proces u pacienta s náhlou příhodou bříšní

Výukový materiál pro studenty zdravotnických oborů

Stupeň vzdělání: bakalář
Název studijního oboru: Všeobecná sestra
Autor: Lucie Mládková, DiS
Výukový materiál: Mgr. Soňa Bělová, Ph.D.

Cíl výukového materiálu

- Vysvětlit a rozlišit formy NPB.
- Charakterizovat nejčastější symptomy NPB.
- Charakterizovat diagnostické metody.
- Charakterizovat léčebné metody.
- Prezentovat ošetřovatelský proces u pacientky s náhlou příhodou bříšní.

POJEM: Náhlá příhoda bříšní

- = závažný stav postihující kteroukoli oblast dutiny bříšní.
- Náhlý začátek, rychlý průběh ⇒ život ohrožující komplikace.
- Důležitá je především včasná diagnostika.



APPENDICITIS ACUTA

- Příznaky:
- Bolest lokalizovaná v McBurneyově bodě.
- Pozitivní Blumbergovo znamení.
- Pozitivní Rovsingovo znamení.
- Pozitivní Plemiševovo znamení.
- Zátava odchodu plynů a stolice.
- Nausea, eméza
- **POZOR!** ⇒ Variabilní průběh/atypické příznaky

APPENDICITIS ACUTA

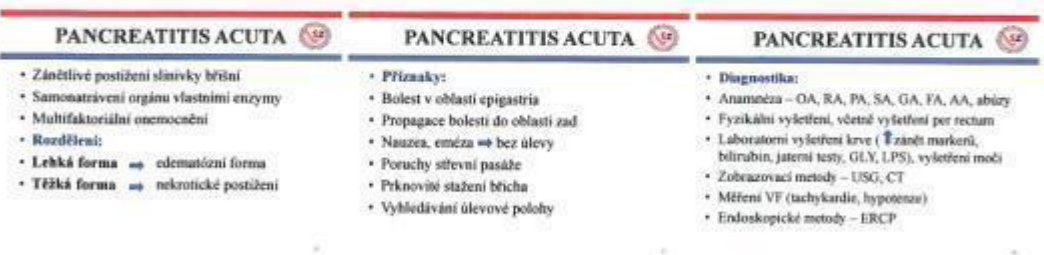
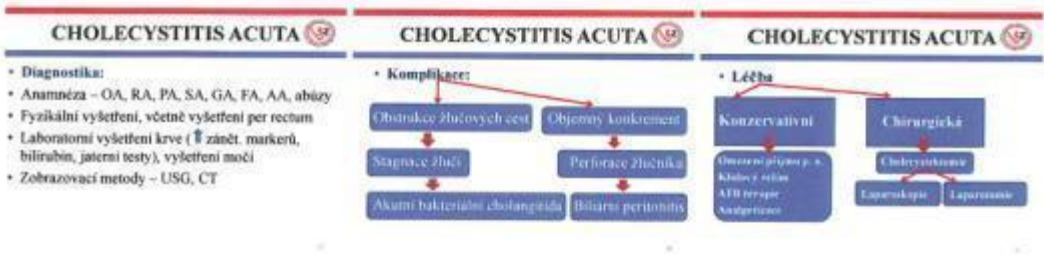
- Diagnostika:
- Anamnéza – OA, RA, PA, SA, GA, EA, AA, abúzy
- Fyzikální vyšetření, včetně vyšetření per rectum
- Laboratorní vyšetření krve (↑ zánětlivé markerů), vyšetření moči
- Zobrazovací metody – USG
- U žen vždy gynekologické vyšetření

APPENDICITIS ACUTA

- Komplikace:
- Perforace apendixu ⇒ rozvoj peritonitidy
- Periapendikulární infiltrát
- Periapendikulární absces

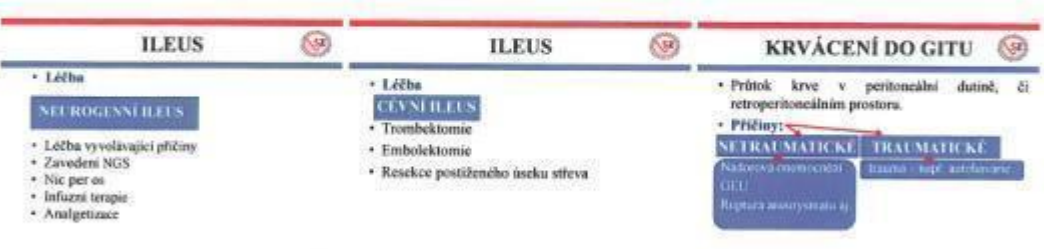
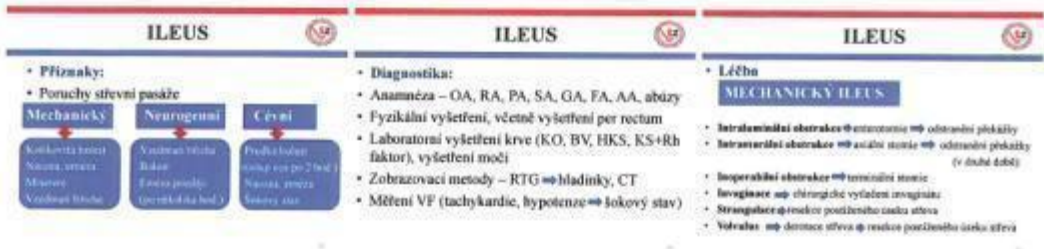
Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha D – Příloha bakalářské práce – výukový materiál II.



Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha E – Příloha bakalářské práce – výukový materiál III.



Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha F – Příloha bakalářské práce – výukový materiál IV.


KRVÁCENÍ DO GITU		KRVÁCENÍ DO GITU		KRVÁCENÍ DO GITU	
<ul style="list-style-type: none"> • Příznaky: Bledost kůže Studený pot Tachykardie Hypotenze Vertigo 	<ul style="list-style-type: none"> Nauzea Eméza, hemateméza Melena, enterorhagie Hypovolemický šok Bolest 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostika: Anamnéza – OA, RA, PA, SA, GA, FA, AA, abizy Fyzikální vyšetření, včetně vyšetření per rectum Laboratorní vyšetření krve (KO, BV, HKS, KS+Rh faktor), vyšetření moči Zobrazovací metody – USG, CT, RTG Měření VF (tachykardie, hypotenze ⇒ šokový stav) Endoskopické metody – např. GFS 	<ul style="list-style-type: none"> • Léčba Konzervativní Chirurgická Endoskopie Die vyvolávající přížiny Intenzivní infuzní terapie Aplikace transfuzních přípravků Farmaka – hemostypika, např. Dicynone 		

ÚRAZOVÉ NPB	AKUTNÍ PERFORAČNÍ PERITONITIS	AKUTNÍ PERFORAČNÍ PERITONITIS
	<ul style="list-style-type: none"> • akutní zánět pobřišnice • Příčiny: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Perforace orgánů DB</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Penetrující poranění</div> </div>	<ul style="list-style-type: none"> • Rozdělení: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Peritonitis diffusa ↓ Povolená cirkulace peritonea</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Peritonitis circumscripta ↓ Ohraničená zóna</div> </div>

AKUTNÍ PERFORAČNÍ PERITONITIS	AKUTNÍ PERFORAČNÍ PERITONITIS	AKUTNÍ PERFORAČNÍ PERITONITIS
<ul style="list-style-type: none"> • Příznaky: Břichní bolest Bledost Subfebrilie Studený pot Šokový stav <p>Variabilní symptomatologie!</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostika: Anamnéza – OA, RA, BA, SA, GA, FA, AA, abizy Fyzikální vyšetření, včetně vyšetření per rectum Laboratorní vyšetření krve (KO, BV, HKS, KS+Rh faktor) Zobrazovací metody – USG, CT, MRI Měření VF (tachykardie, hypotenze ⇒ šokový stav) 	<ul style="list-style-type: none"> • Léčba: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> KONZERVATIVNÍ Křídový solný infuzní terapie Transfúze přípravky AB Oxygénotherapie Analgetika </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> CHIRURGICKÁ Očistění střev Myringotomie kardiální Resekce perforované dutiny Laváž peritoneální dutiny Drénáž peritoneální dutiny </div> </div>

Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha G – Příloha bakalářské práce – výukový materiál V.

<h3>ÚRAZOVÉ HEMOPERITONEUM</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Přítomnost volné krve v abdominální dutině vlivem abdominálního traumatu. <pre> graph TD A[ÚRAZOVÉ HEMOPERITONEUM] --> B[Otevřená poranění] A --> C[Uzavřená poranění] B --> B1[Síťovina poranění] B --> B2[Bolest poranění] B --> B3[Řezné rany] B --> B4[Tržné rany] C --> C1[Prudký naraž] C --> C2[Tupý úder] </pre>	<h3>ÚRAZOVÉ HEMOPERITONEUM</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Příznaky: • Bolest • Tachykardie • Hypotenze • Bledost • Rozvoj hypovolemického šoku 	<h3>ÚRAZOVÉ HEMOPERITONEUM</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostika: • Anamnéza – OA, RA, PA, SA, GA, FA, AA, abúry • Fyzikální vyšetření, včetně vyšetření per rectum • Laboratorní vyšetření krve (KO, BV, HKS, KS+Rh faktor) • Zobrazovací metody – USG, CT, RTG • Měření VF (tachykardie, hypotenze → šokový stav)
<h3>ÚRAZOVÉ HEMOPERITONEUM</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Léčba <pre> graph TD A[ÚRAZOVÉ HEMOPERITONEUM] --> B[KONZERVATIVNÍ] A --> C[CHIRURGICKÁ] B --> B1[Klíčový režim] B --> B2[Kontroly VF] B --> B3[Infúzní terapie] B --> B4[Transfúzní terapie] B --> B5[Analgetika] C --> C1[Revize dutiny břišní] C --> C2[Zástava krvácení] </pre>	<h3>SMÍŠENÁ FORMA</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Kombinace perforační peritonitidy a traumatického hemoperitonea. 	<h3>OŠETŘOVATELSKÝ PROCES</h3> <h4>Kazuistika pacientky s NPB</h4> 
<p><i>V průběhu realizace ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu byla časová data a identifikační údaje pacientky pozastaveny s ohledem na dozorční úkoly platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů (NĚMCOVÁ a kol., 2018, s. 67)</i></p> <p>Ilustrativní fotografie, které jsou součástí výukové prezentace byly pořízeny autorkou bakalářské práce.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka standardního lůžkového chirurgického oddělení Nemocnice s poliklinikou Haviřov, p. o. • Hospitalizace od 2.11.2018 3:05 hod. do 2.11.2018 14:20 hod. • Následná hospitalizace; oddělení ARO do 5.11.2018 11:35 hod. 	<h3>POSOUZENÍ PŘI PŘJETÍ</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Jméno a příjmení: XY • Datum narození: XXXX • Rodné číslo: 51... • Pohlaví: ženské • Národnost: česká • Státní příslušnost: ČR • Stav: svobodná • Věk: 67 let • Bydliště: X




Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha H – Příloha bakalářské práce – výukový materiál VI.

<p>Vzdělání: střední odborné vzdělání s výučním listem</p> <p>Zaměstnání: 14 let třídička na lachtě, nyní invalidní důchod</p> <p>Datum přijetí: 2. 11. 2018</p> <p>Čas přijetí: 3:05 hodin</p> <p>Typ přijetí: akutní dobrovolný</p> <p>Účel přijmu: terapeutický</p>	<p>Pacientka byla seznámena s vnitřním řádem a právy pacientů: ano</p> <p>Informovaný souhlas k léčbě: pacientka podepsala</p> <p>Důvod přijetí uváděný pacientkou: bolesti břicha, záložní obtíže</p>	<p>Medicinská diagnóza v době přijetí:</p> <ul style="list-style-type: none">R104 Neurčená břšní bolest <p>Medicinské diagnózy vedlejší:</p> <ul style="list-style-type: none">J 841 Jiné intersticiální plicní nemoci s fibrózouJ 449 Chronická obstruktivní plicní nemoc NSI 259 ICHS chronickáE 039 Hypotyreóza NSE 108 DM závislý na inzulinu s neurčenými komplikacemi
<p>VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ</p> <ul style="list-style-type: none">Krevní tlak (TK): 180/70 torr – hypertenzeDechová frekvence (D): 26/min – tachypnoeTeplota frekvence/Puls (TF/P): 160/min – tachykardieTělná teplota (TT): 36,8 °C – normotermie/afebrilieGCS: 15	<p>Ilustrace: Pomůcky k měření VF</p>  <p>Ilustrace zobrazuje zdravotnické pomůcky pro měření vitálních funkcí, včetně monitoru s elektrodami a kabely.</p>	<ul style="list-style-type: none">Orientace: orientována místem, časem, osobouKrevní skupina: 0 + (Rh pozitivní)Řeč/Jazyk: český jazykPohyblivost: bez omezeníVýška: 159 cmHmotnost: 65 kgBMI: 25,70Saturace O₂ pulsním oxymetrem: 82 %
<p>Ilustrace: Pulsní oxymetr</p>  <p>Ilustrace zobrazuje pulsní oxymetr a jeho použití na ruce pacienta.</p>	<p>Ilustrace: Výpočet BMI – pomůcka</p>  <p>Ilustrace zobrazuje dvě pomůcky pro výpočet BMI, které obsahují vzorce a tabulky pro určení BMI.</p>	<p>NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ</p> <ul style="list-style-type: none">Pacientka přivezena na chirurgickou ambulanci pro abdominální bolesti v oblasti pupku a křeče v oblasti hypogastria trvající od 1:00 hod dne 2. 11. 2018. Před přivoláním RZP 2x zvracela, byla i na stolici – řídká, bez příměsí, hnědé barvy.

Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha I – Příloha bakalářské práce – výukový materiál VII.

<p>Ilustrace: Pomůcky k odběru venózní krve</p> <ul style="list-style-type: none">• Dle RTG břicha ve stejné poloze drobná hladinka v oblasti pravého i levého mesogastria, bez pneumoperitonia, nevypádnutý tračník.• Aplikace antiseptik, analgetik, spasmolytik bez úlevy.• Laboratorní údaje: KO: bez významnosti, BV: glykémie 13,5 mmol/l, urea 13,8 mmol/l, kreatinin 142 μmol/l, CRP 13,57 mg/l.	<p>Ilustrace: Pomůcky k odběru venózní krve</p> 	<p>Ilustrace: Centrální žilní katétr</p> 
<p>Ilustrace: Periferní žilní katétr</p> 	<p>ANAMNÉZA</p> <p>Rodinná anamnéza (RA)</p> <ul style="list-style-type: none">• Matka: hypertenze, úmrtí v 68 letech• Otec: pacientka nezná otcův zdravotní stav• Sourozenci: 0 <p>• Pro abdominální algie při suspektu akutní gastritidy a diferenciální diagnóze incipientní subileózní stav doporučeno přijetí na standardní lůžkové chirurgické oddělení.</p>	
<p>Osobní anamnéza (OA)</p> <ul style="list-style-type: none">• Překonaná a chronická onemocnění:• CHOPN II. st., ICHS chron., hypotyreóza na substituci, vředová choroba gastroduodena, DM II. typu na inzulinu, hypercholesterolemie na terapii statinem, intersticiální plicní fibróza, parabolární emfyzém• Hospitalizace a operace: St. p. podvazu vaječníků, sekundární polyglobule (opakovaná venepunkce), St. p. appendektomií• Úrazy: 0• Transfúze: 0• Očkování: během dětská povinná očkování	<p>Sociální anamnéza (SA)</p> <ul style="list-style-type: none">• Rodinné poměry: svobodná• Bytové poměry: žije sama v bytě v centru města• Vztahy, role a interakce v rodině: bez problémů• Vztahy, role a interakce mimo rodinu: bez problémů• Volnočasové aktivity: ráda tráví čas s přáteli• Záliby: čtení	<p>Farmakologická anamnéza (FA)</p> <ul style="list-style-type: none">• Furon 40mg tbl 1-1-0, Bisoprolol 5mg tbl 1-0-0, Sortis 40mg tbl 0-0-1, Euthyrox 75 ug 1-0-0 (SO-NE), Euthyrox 100 ug 1-0-0 (PO-PA), Nolpaza 40mg 1-0-0, Euphyllin 200mg cps 1-0-1, Godasal 100mg tbl 0-1-0, Humulin R inj 18-10-8j., Humulin N inj 0-0-0-14j., Seebri Breezhaler inhal 1 vdech ráno, Ventolin inhal. N 1-2 vdechy při obtížích

Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha J – Příloha bakalářské práce – výukový materiál VIII.

<p>Pracovní anamnéza (PA)</p> <ul style="list-style-type: none">• Vzdělání: středotočkové s vyučným listem• Zaměstnání: 14 let třídička na šachtě, nyní invalidní důchod <p>Alergologická anamnéza (AA)</p> <ul style="list-style-type: none">• Léky: 0• Potraviny: 0• Chemické látky: 0• Jiné: neguje	<p>Gynekologická anamnéza (GA)</p> <ul style="list-style-type: none">• Gynekologické operace: St.p. podvazná vaječníků• Samovyšetření prsou: neprovádí• Poslední gynekologická prohlídka: noví• Porody: 0• Porazy: 0• První menstruace: ve 14 letech• Menopauza: od 45 let	<p>Abúzus</p> <ul style="list-style-type: none">• Kouření: exfumatorka• Alkohol: příležitostně• Káva: max. 3x denně• Drogy: neguje• Jiné: neguje <p>Spirituální anamnéza</p> <ul style="list-style-type: none">• Členka náboženské společnosti Svědků Jehovových
<p>FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ - PALPACE</p>	<p>FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ - AUSKULTACE</p>	<p>FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ - PERKUSE</p>
<ul style="list-style-type: none">• Hlava a krk: bez patologického nálezu• Hrudník a prsa: citlivost v oblasti podlébří l. dx.• Břicho: měkké, citlivost v oblasti epigastria, bez hmatné rezistence, bez známek peritoneálního dráždění• Pohybové ústrojí a cévy: Hmatné otoky dolních končetin bilaterálně	<ul style="list-style-type: none">• Srdce: Akce srdeční pravidelná, přiměřená tepová frekvence• Plic: Dýchání skřípkové, vlevo laterobazálně inspirační chrípky• Břicho: Peristaltika oslabena	<ul style="list-style-type: none">• Hlava: Bez patologického nálezu• Hrudník: Poklep plyný, jasý bez patologického nálezu• Reflexy: V normě, bez patologického nálezu
<p>FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ - ASPEKCE</p>	<p>FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ - PER RECTUM</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Celkový vzhled: Normostenický habitus• Výraz tváře: Nervozita, zornice izokorické• Kůže: Snížený kožní turgor, bledé zbarvení, opocení, anikterická, viditelné otoky dolních končetin bilaterálně• Vlasy: Čisté, upravené• Ochlupení: Ano• Nehty: Čisté, krátké, upravené	<ul style="list-style-type: none">• Stav vědomí: Při vědomí, dle GCS 15• Dýchání: Námahová dyspnoe, nepravidelná respirace, polyby hrudníku souměrné, zapojení pomocných dýchacích svalů• Chůze, abnormální pohyby: Schopna chůze bez kompenzačních pomůcek• Poloha, postoj: Aktivně vyhledává úlevovou polohu, tzv. „do klubíčka“	<ul style="list-style-type: none">• V dosahu bez patologického nálezu, ampala recti prázdná, malé množství hnědé stolice na rukavici

Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha K – Příloha bakalářské práce – výukový materiál IX.

APLIKACE MODELU FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ MARJORY GORDON		
<p>VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ</p> <ul style="list-style-type: none"> Intenzivní zhoršení zdravotního stavu Domácí prostředí – využíván přenosný oxygenátor Aktuálně bolesti břicha, nauzea Pacientka spolupracuje Použitá měřicí technika: 0 Ošetřovatelský problém: expirační dyspnoe, akutní bolest, nauzea 	<p>VÝŽIVA A METABOLISMUS</p> <ul style="list-style-type: none"> BMI 25,70 při výšce 159 cm a hmotnosti 65 kg Pacientka preferuje dietu č. 9 – diabetickou, stravuje se pravidelně 6x denně, příjem tekutin se pohybuje okolo 1 500ml/24 hod. Aktuálně dyspeptické obtíže, nauzea, eméza, příjem p. o. Kůže a sliznice jsou bledé, opočené, kožní turgor snížen, chrup zachovalý Použitá měřicí technika: BMI – 25,70 (nadváha) Ošetřovatelský problém: eméza, dehydratace, riziko nestabilní glykémie 	<p>VYLUČOVÁNÍ</p> <ul style="list-style-type: none"> Poslední stolice vodnatá, bez zápachu a příměsí Máke: bez obtíží Pacientka využívá klozetové křeslo Použitá měřicí technika: Bristolská škála typů stolice Ošetřovatelský problém: porucha vyprazdňování stolice
<p>AKTIVITA, CVIČENÍ</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacientka plně mobilní Lehká závislost na pomoci ošetřovatelského personálu Zaujímá polohu „do klubíčka“ Volnočasové aktivity: procházky, aktuálně sledování TV Použitá měřicí technika: Barthelův test základních vědních činností Ošetřovatelský problém: slabost, riziko pádů 	<p>SPÁNEK, ODPOČINEK</p> <ul style="list-style-type: none"> Průměrný spánek 6 hod., odpočatá po probuzení Aktuálně – přerušovaný spánek (respirační obtíže) Hypnolitika: 0 Odpočinek: četba, sledování televizoru Použitá měřicí technika: 0 Ošetřovatelský problém: nespavost 	<p>VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ</p> <ul style="list-style-type: none"> Sluch: bez vady Zrak: dioptrické brýle na čtení Paměť: potíže s dlouhodobou pamětí Bolesti břicha dle VAS 4-5, po analgetizaci VAS 2-3. Orientována, spolupracující Použitá měřicí technika: VAS Ošetřovatelský problém: porucha smyslového vnímání – vada zraku, riziko infekce
<p>SEBEPOJETÍ, SEBEČUŤA</p> <ul style="list-style-type: none"> Extrovert Spokojenost s dosavadním způsobem života Aktuálně obavy z možné sociální izolace Aktivně komunikující Použitá měřicí technika: 0 Ošetřovatelský problém: strach 	<p>PLÁNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY</p> <ul style="list-style-type: none"> Bydlí sama v bytě Členka náboženské společnosti Svědků Jehovových Osamělá se necíti Použitá měřicí technika: 0 Ošetřovatelský problém: neidentifikován 	<p>SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST</p> <ul style="list-style-type: none"> Potíže neguje. Použitá měřicí technika: 0 Ošetřovatelský problém: neidentifikován

Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha L – Příloha bakalářské práce – výukový materiál X.

STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

- Snaží se vždy jednat v klidu
- Alkohol: příležitostně
- Drogy: 0
- Exfumatce
- Pomoc nalézá u přátel
- Použitá měřicí technika: 0
- Ošetřovatelský problém: neidentifikován

VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

- Členka náboženské společnosti Svědků Jehovových
- Odmítá aplikaci transfuzních přípravků
- Podepsán tzv. Negativní revers s podáním krevní transfúze

JINÉ

- Veškeré potřebné informace byly obsaženy v předcích oblastech
- Použitá měřicí technika: 0
- Ošetřovatelský problém: neidentifikován

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

VYŠETŘENÍ KRVE

GLYKEMICKÝ PROFIL

Čas	18h	08h	11h
Krevní cukr	11,1 mmol/l	11,1 mmol/l	11,1 mmol/l

Zdroj: Všechny údaje jsou v souladu s přílohou bakalářské práce a jsou zobrazeny v souladu s jejími podmínkami.

KREVŇÍ OBRAZ

Parametr	Referenční	Referenční
Krevní obraz (KOB)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Leukocyty (LEU)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Neutrofilové (NEU)	11,1 (10 ⁹ /l)	1,0-6,0 (10 ⁹ /l)
Lymfocyty (LYM)	11,1 (10 ⁹ /l)	1,0-4,0 (10 ⁹ /l)
Monocyty (MO)	11,1 (10 ⁹ /l)	0,2-0,8 (10 ⁹ /l)
Eozinofily (EO)	11,1 (10 ⁹ /l)	0,0-0,5 (10 ⁹ /l)
Trombocyty (TR)	11,1 (10 ⁹ /l)	150-400 (10 ⁹ /l)
Retikuly (RET)	11,1 (10 ⁹ /l)	0,0-0,5 (10 ⁹ /l)
Procento retikulocytů (RET-C)	11,1 (10 ⁹ /l)	0,0-0,5 (10 ⁹ /l)
Procento retikulocytů (RET-C)	11,1 (10 ⁹ /l)	0,0-0,5 (10 ⁹ /l)
Procento retikulocytů (RET-C)	11,1 (10 ⁹ /l)	0,0-0,5 (10 ⁹ /l)

Zdroj: Všechny údaje jsou v souladu s přílohou bakalářské práce a jsou zobrazeny v souladu s jejími podmínkami.

BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ

Parametr	Referenční	Referenční
Biochemické vyšetření (BCH)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Biochemické vyšetření (BCH)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Biochemické vyšetření (BCH)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Biochemické vyšetření (BCH)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Biochemické vyšetření (BCH)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Biochemické vyšetření (BCH)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Biochemické vyšetření (BCH)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Biochemické vyšetření (BCH)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Biochemické vyšetření (BCH)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Biochemické vyšetření (BCH)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)

VYŠETŘENÍ KREVŇÍ SKUPINY A Rh FAKTORU

Parametr	Výsledek
Krevní skupina	0
Rh faktor	Rh pozitivní

Zdroj: Všechny údaje jsou v souladu s přílohou bakalářské práce a jsou zobrazeny v souladu s jejími podmínkami.

HEMOKOAGULAČNÍ SCREENING

Parametr	Referenční	Referenční
Hemokoagulační screening (HKS)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Hemokoagulační screening (HKS)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Hemokoagulační screening (HKS)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Hemokoagulační screening (HKS)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Hemokoagulační screening (HKS)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Hemokoagulační screening (HKS)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Hemokoagulační screening (HKS)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Hemokoagulační screening (HKS)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Hemokoagulační screening (HKS)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)
Hemokoagulační screening (HKS)	11,1 (10 ⁹ /l)	4,0-10,0 (10 ⁹ /l)

Zdroj: Všechny údaje jsou v souladu s přílohou bakalářské práce a jsou zobrazeny v souladu s jejími podmínkami.

Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha M – Příloha bakalářské práce – výukový materiál XI.

RADIODIAGNOSTIKA

- RTG srdce a plic: Bez patologického nálezu.
- RTG břicha ve stoje: viditelná klička o průměru 23 mm v oblasti mesogastria vpravo s drobnou blůdinkou
- CT břicha: Poškození části tenkých klišek – diferenciální diagnóza plastické změny se zákrvením, eventuelně možnost cévní etiologie při aterosklerotických změnách tepen. Viditelné reaktivní změny v okolí, včetně výpotku v břišní dutině.

FUNKČNÍ VYŠETŘENÍ

EKG

- Sinusový rytmus, descendentně deprese ST s negativní T vlnou V 1-6

Ilustrace: Elektrokardiograf



KONZILIÁRNÍ VYŠETŘENÍ

Interní předoperační vyšetření

- Operace z vitální indikace pro ileózní stav

Anesteziologické vyšetření

- ASA 3E, aplikace 100 mg Hydrocortison ve 100 ml FR i. v., zavedení NGS k derivaci, prevence TEN, korekce glykémie, premedikace 15 mg Dipidolor s. c. Před odjezdem na operační sál aplikace 1 vdechu Ventolin spraye inhalačně.

Ilustrace: NGS



KONZERVATIVNÍ LÉČBA

- Dieta: NPO (nic per os)
- Výživa: parenterální
- Pohybový režim: 2 – pacientka částečně soběstačná
- Rehabilitace: neindikována lékalem

MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

Příčina vzhledu	Podávání	Medikace	Účinná látka
USG břicha 3x17 mg	intravenózně	Hydrocortison 100 mg Dipidolor 15 mg	hydrocortison dipidolor
USG břicha 10 mg	intravenózně	Carvedilol 3,12 mg	carvedilol
USG břicha 10 mg	intravenózně	Carvedilol 3,12 mg	carvedilol
USG břicha 10 mg	intravenózně	Carvedilol 3,12 mg	carvedilol
USG břicha 10 mg	intravenózně	Carvedilol 3,12 mg	carvedilol

CHIRURGICKÁ LÉČBA

Datum: 2. 11. 2018

- **Operační výkon:** revize dutiny břišní
- **Operační přístup:** střední laparotomie
- **Nález:** ischemické poškození části ilea na podkladě strangulace střeva – resekce 80 cm střeva
- **Drény:** trubicový drén do Douglasova prostoru
- **Příklad pacientky:** oddělení ARO (oběhová nestabilita)

SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka XY ve věku 67 let přijata 2. 11. 2018 ve 03:05 hod. těsně na standardizované lůžkové chirurgické oddělení centru chirurgické ambulace pro bolest břicha neznámé etiologie provázené dyspepsickými obtížemi (naauza, anáza) a poruchou vyprazdňování stolice (tuhá konzistence). Na chirurgické ambulanci vzaly odběry venózní krve k biochemickému vyšetření a vyšetření krevního obrazu, rovněž indikován RTG břicha ve stoje, RTG srdce a plic. Během návštěvy chirurgické ambulance pacientka je nadále narušena, opakovaně zvrací žaludelní obsah ova po 100ml. Aplikace antiemetik, analgetik a spasmolytik intravenózně působí pouze málo účinně, proto je pacientka přijata k dálejšímu vyšetření na lůžkovou část chirurgického oddělení.

Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

<p>Pacientce při plnění změněný VF – pacientka obtížně z hypotonií, tachypnoe a tachykardií. Při příjezdu do intenzivní léčby zajištěna kontinuální oxygénoterapie přes kyvadlové brýle 3-6 l/min, z důvodu aspirace dýchacího aparátu a hypotonií, při dle CHOPN – 82 %.</p> <p>Odebrány vzorky vzorky krve k biochemickému vyšetření, vyšetření krveho tlaku, hematologického srovnání, krevní skupiny a Rh faktoru, současně započalo peritoniální zření katetr G20 v oblasti anterolaterálního Lisu. Lékařem ve spolupráci s všeobecnou sestrou odebrána anamnéza, následně provedeno funkční vyšetření pacientky na lůžku z důvodu rizika pádu pro slabost při současném stavu dehydratace.</p>	<p>Lékařem indikována dieta nic per os, infúzní terapie, analgetika intravenózní cestou dle VAS, aplikace medikamentů dle ordinace lékaře, kontrola hladiny glykémie v 6.00 hod z důvodu rizika nestabilní glykémie při vedlejším dg DM, kontrola intravenózní vitální zn. dle rizika vzniku infekce.</p> <p>Všeobecnou sestrou odebrána odeřtovatelská anamnéza, sestřičným informace pomocí modelu funkčních vzorců zdraví dle Maryjoy Gordon, identifikovány ošetřovatelské problémy, stanoveny ošetřovatelské diagnózy dle klasifikačního systému NANDA International taxonomy II., cíle ošetřovatelské péče, vytvořen plán intervencí, který byl následně realizován.</p>	<p>Při netai vztah pacientka uvádí, že akcidentálně a dyspeptická obtěž přetrvaly i v průběhu tely – navrátovely spíše. Lékařem indikováno pokračovat v zanedávané terapii, doplnění CT vyšetření břicha s aplikací kontrastní látky i. c. na základě krevního a funkčního a strukturního šetra srdece. Pacientka lékařem informována o výsledku CT vyšetření, doporučeno včasné operativní řešení – současná. Současná pacientka i operativním výkonem svisem podpora infúzního sánílnou a operativním výkonem. Lékařem pacientce doporučeno pñipravit 2x 300 ml EBK k operativnímu výkonu z důvodu rizika krvavých smč, toto doporučeno vlnk pacientka odvíjí z důvodu náboženského přesvědčování.</p>
<p>Sou vzhledem k výrazné přibývající dokumentaci pro lékařskou péči a sledení zdravotního postupu: „Jaluzie lity – držák polky pro lékaře“ Písní pacientky rovněž zanesením v odvětví-anamnéza současná s hospitalizací, vlnk negativního tonu – odčinná krevní analýza. Lékařem indikováno SGO vyšetření srdece snto analýzou, snto s gastrologickým pñipravní vyšetřením.</p> <p>Všeobecnou sestrou zajištěna bezpečnostní předoperační příprava – psychická jakostivnost pacientky: odčinná strach) a fyzická (základní anamnéza, snto dle doporučeni anamnézy a odebrání anamnézy lékaře, pñipravá operativní péče, snto vlastní odčinná léčení, sdělení doporučeni vyř – vada srdece, odčinná osobně pádu, preventivní bontní DKA plán, pñipravá povolení osobně krtm) k zovlní na současných sntových sntech. Po vříví z operativní snta pñipravky aplikace ATB i. v. dle ordinace lékaře, preventivní snta (Dipalové st mg x 2, aplikováno v rñm) analýzou, aplikace Ventolin sntou N 1 mlx2, krtiční transport na operativní snt.</p>	<p>OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY, CÍLE, PLÁN PÉČE, REALIZACE A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE</p>	<p>OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY</p> <ul style="list-style-type: none"> • 00032 NEEFKTVNÍ VZOREC DÝCHÁNÍ • 00239 RIZIKO ZHORŠENÉ KARDIOVASKULÁRNÍ FUNKCE • 00132 AKUTNÍ BOLEST • 00179 RIZIKO NESTABILNÍ GLUKEMIE • 00027 INŽEJENŮ OHEM TEKUTIN (Dehydratace) • 00148 STRACH • 00134 NALZEA • 00095 NESPÁVČIVOST • 00004 RIZIKO INFECTE • 00155 RIZIKO PADŮ • 00094 RIZIKO INTOLERANCE AKTIVITY
<p>PŘÍKLAD AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: 00032 NEEFKTVNÍ VZOREC DÝCHÁNÍ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolestivost: d. břívíva-odpočívání • Třída: d. Kardiovaskulární/pneumologické znaky • Uvěšující znaky: tachypnoe, dyspnoe • Souvisléjší faktory: srdece, ledviny • CB kritické znaky: Minimalizace rizika nepostředných komplikací v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení. • CB dlouhodobé: Obnova efektivní respirační • Příležitost: vřívání • Očekávaný výsledek: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientka nemá projevy cyanózy. • Pacientka nepociťuje dušnost. 	<p>Plán intervencí</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sleduj frekvenci, rytma a hloubku dýchání – vlnková snta. • Sleduj typ dýchání – vlnková snta. • Sleduj saturaci O₂ – vlnková snta. • Podlévej oxygénoterapii dle ordinace lékaře – vlnková snta. • Sleduj dutnost a sntace, kdy dojde ke zlepšení/zhoršení sntu – vlnková snta. • Sleduj snto krtě – vlnková snta, ošetřovatelská • Aplikuj farmata s bronchodilatačnými účinky, monotax pých účků – vlnková snta dle ordinace lékaře. • Pých o otřadí – vlnková snta, ošetřovatelská • Pých o psychika pacientky – vlnková snta, ošetřovatelská, rodinná pñipravka 	<p>Ilustrace: Centrální rozvod kyslíku</p> 

Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha O – Příloha bakalářské práce – výukový materiál XIII.

<p>Realizace intervencí</p> <p>2. 11. 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.05 – pacientka přijata na chirurgické oddělení k dovyšetření pro dlouhodobou 3.13 – posuzování respirační vlivnosti sestry – sledováním, naprovedání, zrychlení – 20 dechů/min 3.12 – všeobecná sestra změnila saturaci O₂ polním oxymetrem – hypotenzní O₂ 82 % 3.11 – všeobecná sestra informuje lékaře o hypotenzní pacientce 3.20 – dle ordinace ošetřitelce lékařka zahájila všeobecnou sestru kardiální oxymetrií přes klystírny brýle 3-4 litry 3.15 – na oddělení hodnotí samostatných všeobecnou sestru pomocí polního oxymetru včas saturaci O₂ z 82 % na 90 % 4.00 – pacientka usnula 	<ul style="list-style-type: none"> 4.30 – pacientka v blíže zrající poloze v sedě a palčovací účinky kontrolovány, kůže je vzhledem na tlakovou páneň podpora v oblasti stehna, rovněž analgii 4.50 – provedla kontrolu stavu kůže – opsoni, léků, bez měření citlivosti, všeobecná sestra nastala pacientce při hospitalizaci péči v komplexní režim období následných hodin, k pravidelné komunikaci (všeobecná sestra, ošetřovatel) Kontrola stavu kůže prováděna 1x denně všeobecnou sestrou Hodnoty VF samostatných všeobecnou sestru dle ordinace lékařky 1x denně zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci Čtení vadků na polní pacientce zaplata prováděly včetně měření Paralela z bronchiální kámků a pleuropneum oběhů vyjaco, Vencha ubáhl N. J. vzhled splněna bezpečně před nástupem na operaci sít 	<p>Hodnocení</p> <ul style="list-style-type: none"> Krátkodobý cíl ošetrovatelské péče byl splněn. Během hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení byla minimalizována rizika respiračních komplikací. Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče nesplněn z důvodu neodkladného operačního výkonu a následného přelaku pacientky na ARO. V době přelaku pacientky dlouhodobý cíl přetvářá, ošetrovatelské intervence 1-9 pokračují.
<p>PŘÍKLAD POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:00219 RIZIKO ZHORŠENÉ KARDIOVASKULÁRNÍ FUNKCE</p> <ul style="list-style-type: none"> Důvodem: ztlumených plic Žádá z. Kardiologické oddělení realizace Rizikové faktory: věk nad 65 let, diabetes mellitus, dyslipidémie, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění v anamnéze Krátkodobý cíl: Minimalizace rizika zátěže v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení. Dlouhodobý cíl: VF pacientky jsou stabilizovány Převládá vysoká Očekávaný výsledek: U pacientky se neprojeví kardiovaskulární komplikace 	<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sleduj VF dle ordinace lékaře – všeobecná sestra. Sleduj stav vědomí – všeobecná sestra. Sleduj stav kůže – všeobecná sestra, ošetrovatel. Sleduj psychický stav pacientky – všeobecná sestra, ošetrovatel. Podávej oxigenoterapii, je-li to nezbytné dle ordinace lékaře – všeobecná sestra. 	<p>Realizace intervencí:</p> <p>2. 11. 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.05 – pacientka je v době příjmu afektivní a hysterická, tachycar, tachykardi – lékař informoval všeobecnou sestru. Stav vzhledem všeobecnou sestru dle GCS – 13. 3.08 – zhodnotení stavu kůže všeobecnou sestru v době příjmu pacientky – kůže bledá, opsoni, suchá, bez známek cyanózy, kůže turgor snížen 3.10 – posuzování respirační vlivnosti sestry – sledováním, naprovedání, zrychlení – 20 dechů/min 3.12 – všeobecná sestra změnila saturaci O₂ polním oxymetrem – hypotenzní O₂ 82 % 3.15 – všeobecná sestra informuje lékaře o hypotenzní pacientce
<ul style="list-style-type: none"> 3.20 – dle ordinace ošetřitelce lékařka zahájila všeobecnou sestru kardiální oxymetrií přes klystírny brýle 3-4 litry 3.25 – na oddělení hodnotí samostatných všeobecnou sestru pomocí polního oxymetru včas saturaci O₂ z 82 % na 90 % 4.00 – identifikace ošetřitelce pacientky – žena, střední věk a ruce, čistá kůže, stabilizovaná. Žádá lékařku. Ošetrovatelce následně pacientce kůže a samostatně kůže – ošetril, polním oxymetrem VF. 9.00 – podpora psychického stavu pacientky samostatně v blízkých režim období následných hodin, k pravidelné komunikaci (všeobecná sestra, ošetrovatel) 9.30 – pacientka informována lékařem ve spolupráci s všeobecnou sestrou a ošetrovatelkou Kontrola VF všeobecnou sestru 1x denně dle ordinace lékařky, hodnoty zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci Kontrola teploty sestru pacientky min. ca 2 hod. všeobecnou sestrou. 	<p>Hodnocení:</p> <ul style="list-style-type: none"> Krátkodobý cíl ošetrovatelské péče byl částečně splněn. V průběhu hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení bylo redukováno psychologické napětí v předoperačním období, dle dostupných samostatných výsledků dále ke zlepšení saturace O₂. V době přelaku na operační sál byla pacientka kůže, orientovaná místem, časem a osobou. Nemohla VF však přetvářena. Krátkodobý cíl sadě pokračuje na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče nesplněn z důvodu neodkladného operačního výkonu a následného přelaku pacientky na oddělení ARO. V době přelaku pacientky dlouhodobý cíl přetvářá, ošetrovatelské intervence 1-3 pokračují. 	<p>ZÁVĚR KAZUISTIKY ZHODNOCENÍ</p>

Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha P – Příloha bakalářské práce – výukový materiál XIV.

<p>Polytomní pacientka ve věku 67 let byla přijata na chirurgické oddělení cestou chirurgické ambulance pro abdominálně negativní etiologie. Hospitalizace pacientky na tomto oddělení nepředcházela období II hodin. Dle dostupných výsledků vyšetření indikovaných ošetřujícím lékařem po přijetí pacientky na chirurgické oddělení byl pacientce diagnostikován obstrukční a strangulační ileus postihující oblast tenké kůže.</p>	<p>Pacientka byla lékařem ve spolupráci s všeobecnou sestrou informována o zdravotním stavu. Pacientka souhlasila s navrženým způsobem chirurgické léčby výše uvedeného stavu. V průběhu léčebného procesu pacientka vyjádřila nesouhlas s podáním krevní transfúze s ohledem na své náboženské vyznání. Pacientčin nesouhlas s aplikací krevní transfúze v průběhu léčebného procesu byl respektován, postup byl směřován dle platných norem.</p>	<p>Pacientka byla ošetřujícím lékařem indikována k neodkladnému operačnímu výkonu. Po důkladné bezprostřední předoperační přípravě byla pacientka z chirurgického oddělení transportována na operační sál, kde podstoupila operační revizi dutiny břišní, v jejíž průběhu došlo k resekci cca 80ti cm nekrotického tenkého střeva. Po ukončení operačního výkonu byla pacientka přeložena na oddělení anesteziologicko-resuscitační a protěktivní UPV.</p>
<p>V průběhu hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení bylo identifikováno 11 ošetrovatelských problémů – akutní bolest, narušená respirační dyspnoe, emuze, dehydratace, porušená výživnostní situace, slabost, neupravenost poruchy umělého vnitřního vada zraku, strach, riziko nestability glykémie, riziko pádu, riziko infekce. Na základě stanovených ošetrovatelských problémů a informací zprostředkovaných pacientkou byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle klasifikačního systému NANDA International taxonomie II. Ošetrovatelské diagnózy byly řazeny dle priority. U každé z ošetrovatelských diagnóz byly stanoveny krátkodobé cíle, dlouhodobé cíle a očekávané výsledky. Prostřednictvím realizace naplňovacích intervencí dle Nursing Intervention Classification bylo uspokojeno potřeb pacientky.</p>	<p>Z dostupných hodnocení vyplývá, že i navzdory krátkému časovému úseku, v režim průběhu byla pacientka hospitalizována na standardním chirurgickém lůžkovém oddělení dle kriterií, že úplnou úplnou krátkodobých cílů. Krátkodobých cílů bylo dosaženo ve značné míře prostřednictvím závažných intervencí realizovaných v kooperaci s lékaři a jejich rodinnými. V průběhu hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení byla monitorována rizika respiračních a kardiovaskulárních komplikací, komplikací DM, rizika pádu, rizika infekce, či rizika imobility. Dyspnoe, obtíže byly léčené medikamentózně a neinvazivně, rehydratace spočívala v parenterální aplikaci rehydratických roztoků. Prostřednictvím analýzy bylo dosaženo časové redukce cílů, čímž bylo současně dosaženo zlepšení v oblasti kvality péče. Nadřazená součástí ošetrovatelské péče v rámci předoperačního období byla práce psychologické s pacientkou.</p>	<p>Pacientka pochopila příčinu svého onemocnění, avšak trpěla strachem z nadcházejícího operačního výkonu, který se nám prostřednictvím komunikace a zapojení příbřežné pacientky do ošetrovatelského procesu podařilo redukovat. Dlouhodobých cílů s ohledem na pacientčinu časové krátkou hospitalizaci na chirurgickém oddělení dosaženo nebylo. Dlouhodobé cíle v době překlada pacientky na anesteziologicko-resuscitační oddělení přetrvávaly, ošetrovatelské intervence pokračovaly. Ošetrovatelská péče na chirurgickém oddělení v předoperačním období byla zhodnocena jako částečně účinná.</p>
<p>Autorka práce se o stav pacientky zajímala i v době pacientčina překlada na oddělení anesteziologicko-resuscitační. Dle dostupných informací získaných ze zdravotnické dokumentace bylo zjištěno, že po překlada pacientky došlo k postupné stabilizaci krevního oběhu, analýze proběhla kontinuální aplikace Digoxin i v.</p>	<p>Dne 3. 11. 2018 došlo k extubaci pacientky. Pacientka byla intermitentně prostřednictvím masky napojena na neinvazivní plicní ventilaci. V tomto období se saturace O₂ pohybovala mezi 75–88 % s občasnými záchvaty dyspnoe a tachykardií dosahující TF 150–160/min, proto byl lékařem do terapie nasazen beta-blokátor.</p>	<p>V průběhu hospitalizace pacientka prodělala náhlou komorovou tachykardií s TF 200/min, s výraznější dušností, saturací O₂ 70 %. Urgentně byla pacientce provedena kardioverze 120 J synchronně, bylo aplikováno 150 mg Cordaronu i. v., následně se TF pacientky vrtovala na 102–110/min. Pacientka poté na neinvazivní plicní ventilaci maskou, bez neinvazivní plicní ventilace saturace O₂ 68 %.</p>

Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha Q – Příloha bakalářské práce – výukový materiál XV.

16

Dne 5. 11. 2018 je pacientka nadále na NIV, apatičká, saturace O₂ 80 %, mistry se sklony k hypertenzi, na plicích náznaky městnavého nálezu. Opakované pokusy o bolusovou podporu diurézy, čímž se stav mírně zlepšuje, ale během hospitalizace dochází ke kardiopulmonální dekompenzaci při pneumonii a základní diagnóze, proto rozhodnuto pro opětovnou intubaci pacientky a napojení na UPV.

17

Po napojení na UPV vzestup saturace O₂ na 84 %, avšak pokles TK na 64/35 torr. Zahájena vazopresorická podpora oběhu ve vysokých dávkách Noradrenalinu i. v., avšak pacientka bradykardická – TF 40/min, proto aplikován 2x Atropin 0,5 mg i. v. – bez odezvy, následně dochází k závažné akce seděcí. Ples veškerou intenzivní terapií KPR v průběhu 60 min je lékařem konstatován exitus letalis.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro poskytlé a kolonaci lékaře

V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

- Negativně veškeré informace pacientce blízké
- Monitorovat saturaci kyslíku dle příslušné instrukce
- Zjistit, zda pacientka užívá léky, které mohou způsobit rozklad krve, zejména vlivem antibiotik a nesteroidních protizánětlivých látek
- Informovat lékaře o celkové zdravotní situaci pacientky
- Informovat lékaře o všech zdravotních stížnostech
- Tříh denní kontrola zdravotního stavu pacientky
- Informovat lékaře o všech zdravotních stížnostech
- Informovat lékaře o všech zdravotních stížnostech

V NEMOCNICNÍM PROSTŘEDÍ

- Informovat lékaře o všech zdravotních stížnostech
- Informovat lékaře o všech zdravotních stížnostech

18

Doporučení pro rodinné příslušníky

- Aktivně se snažit zapojit do ošetrovatelského procesu.
- Podílet se na psychologické podpoře pacienta.

Doporučení pro chirurgické sestry

- Průběžově sledovat zdravotní týkajících se dané problematiky
- Průběžově sledovat zdravotní v postgraduálním, či specializačním vzdělávání v oboru chirurgie.
- Respektovat pacienta jako bio-psycho-socio-spirituální bytost s individuálními potřebami.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

• AA – anamnestická anamnéza	• FA – farmakologická anamnéza	• NGN – neurogenická nerada	• RZP – rychlá zdravotnická pomoc
• AEC – anamnestická anamnéza	• FE – fyziologické monitorování	• NIV – neinvazivní plícní ventilace	• SA – sociální anamnéza
• AF – anamnéza	• GA – genitologické anamnézy	• NPB – náhlá příhoda břicha	• TEN – transthorická nervová
• AF – anamnéza	• OCS – Glasgow Coma Scale	• OA – oční anamnéza	• TV – televize
• CIEF – zdravotní anamnéza	• GHI – genitologické anamnézy	• O ₂ – kyslík	• UPV – umělá plícní ventilace
• CT – vyšetření mozku	• GL – glykémie	• PA – pracovní anamnéza	• USG – ultrasonografie
• CRP – C-reaktivní protein	• GCS – Glasgow Coma Scale	• P – per os, přes ústa	• VAS – vizuální analogová stupnice
• DB – dotazník	• IO – intrakraniální tlak	• RA – rodinná anamnéza	• VT – viditelná funkce
• DR – dýchací systém	• KPR – kardiopulmonální resuscitace	• j. s. – per os, přes ústa	
• EKG – elektrocardiogram	• KS – krevní skupina	• KA – rodinná anamnéza	
• EEG – elektroencefalogram	• LPS – léky v zájmu	• RTG – rentgen	
• FPG – funkční prognóza chirurgické intervence	• MHI – magnetická rezonance		

OSURDA, M. 2013, BILSKÁHOVÁ, I. a kol. 2006a, OSURDA, M. a kol. 2004

19

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ACKLEY, B. J. et al. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 11th edition. United States of America: Elsevier, 2010. ISBN 978-0-323-12224-9.

ARCHANGI, E. et al. *Acute Pancreatitis - Progress and Challenges*. Pancreas (online). 2015, 44(9), 1195-1210 [cit. 2019-01-16]. ISSN 0885-3177. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1007/s12086-015-0257-2>

CARTWRIGHT, S. L. a M. P. K. H. J. O. S. J. *Průběžová diagnostická a léčebná péče pacientů s akutní ledvinou. Aktuální pohledy pro praxi*. 2008, 9(5), 38-44. ISSN 1212-5043

FERRI, F. F. *Ferris v Clinical Advances*. 1st. edition. United States of America: Elsevier, 2019. ISBN 978-0-323-53062-2.

GREENBERG, J. S. et al. *Clinical practice guidelines: management of acute pancreatitis*. *Clinical Journal of Gastroenterology*, 2016, 9(2), 138-140 [cit. 2019-01-17]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1007/s12086-016-0257-2>

HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU (eds.) *Chirurgické diagnostické důvěry a doporučení 2015-2017*. 10. vydání. Česká vydání. Praha: Pavel Kofrovec, 2016. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOWARD, K. B. et al. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. 7th edition. United States of America: Elsevier, 2018. ISBN 978-0-323-89770-1.

HRDLIČKA, R. a kol. *Náhlé příhody břicha a proč na ně nezapomenout*. In: *Průběžová diagnostická a léčebná péče pacientů s akutní ledvinou. Aktuální pohledy pro praxi*. 2008, 9(5), 38-44. ISSN 1212-5043.

HULEK, P. a kol. *Hepatology*. 3. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-2939-8.

JANDOVÁ, J. *Chirurgické diagnostické důvěry a doporučení s náhlou příhodou břicha*. Praha, 2009. Bakalářská závěrečná práce Univerzity Karlovy v Praze. 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Helena Chlábová.

KERLAOUZIDE, A. et al. *Splanchnic arterial perfusion*. *World Journal of Gastroenterology* (online). 2009, 15(9), 1191-1195. ISSN 1007-9327. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v15.i9.1191>

LIJEK, K. a kol. *Chirurgické důvěry a doporučení aktuální diagnostická a léčebná péče pacientů*. 2014. ISBN 978-80-247-2939-8.

LIJEK, K. a kol. *Nemocniční péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1314-2.

MARK, J. a kol. *Farmacologické osvětlení nemocí a příznaků a doporučení v domácí péči*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-2035-7.

MESZAROVSKÁ, L. *Chirurgické důvěry a doporučení v náhlé příhodě břicha*. Vydání lékařsko-technické. V Praze: Střední zdravotnická škola (StZ) Vědecká práce Mgr. Štěpánka Bočeková, P. D. Praha, 2019. 90 s.

NEURDA, M. *Klinická praxe pro všechny zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4462-5.

Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha R – Příloha bakalářské práce – výukový materiál XVI.

NĚMCOVÁ, J. a kol. *Řemeslo k přípravě jídla v zdravotnictví. Jídlo a zdravotní péče v nemocnici a hotelové praxi: kurz pro posluchače zdravotnických škol. 1. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická a p. a. s., 2018. ISBN 978-80-8024940-3.*

PENKA, M. a kol. *Křivice. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-0889-4.*

PRESTON, E. S. et J. A. SOLOMON. *Radiology Review Plan 3th edition. Canada: Elsevier, 2010. ISBN 978-0-323-04794-2.*

RUTAR, P. *Ústní diagnostika akutní kolikální cholelitiázy. Jasný medicínský postup. 2015. 87(1), 10-41. ISSN 1212-7299.*

SCHEN, M. a kol. *Diagnostika břichní chirurgie. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2357-0.*

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Chřívostnátlivá pro střevní zácpouznací diety. II. vydání, chirurgie. 2. doplněné vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3602-4.*

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Chřívostnátlivá v chirurgii. II. vydání. Praha: Grada, 2015a. ISBN 978-80-247-3133-8.*

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Chřívostnátlivá v profaxii. 1. vydání. Praha: Grada, 2010b. ISBN 978-80-247-3288-2.*

SOPKOVA, E. a kol. *Kardiologie pro obor zdravotníctví. 2. doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-90-247-4823-8.*

ŠVAB, J. a kol. *Chirurgie 1981ého roka. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2604-5.*

VILZ, T. O. et al. *Dess in Adults. Deutsches Ärzteblatt (online). 2017 [cit. 2019-01-19]. ISSN 1866-6452. Dostupné z: <https://www.aerzteblatt.de/03/1271/arsn09/2017/05/08>*

VLČEK, J. a kol. *Atletická krmácce I. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3169-8.*

VODČKA, J. a kol. *Speciální chirurgie. 2. doplněné vydání. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.*

VDKUBKA, M. a kol. *Říky ústavní ústavní. 80. vydání. Praha: Mladot, 2015. ISBN 978-80-314-034-1.*

VOMDRÁČEK, I. a kol. *Základy profaxie gastrologie pro ústní. Příručka pro ústní a praxi. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3607-6.*

WALKER, T. G. et al. *Antropologic evaluation and management of acute gastrointestinal hemorrhage. World Journal of Gastroenterology (online). 2015, 18(11), 1401-1407. ISSN 1037-6127. Dostupné z: [http://www.wjgnet.com/18\(11/1401/1401/1401.htm](http://www.wjgnet.com/18(11/1401/1401/1401.htm)*

ZACHAROVÁ, E. a I. ŠIMČEKOVÁ-ČUDKOVÁ. *Základy prologologie pro zdravotnické školy. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4662-1.*

ZADÁK, Z. *Střeva v nemocni praxi. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2844-1.*

ZEMAN, M. a kol. *Chřívostnátlivá prologologie. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3770-4.*

Zdroj: Příloha bakalářské práce, 2019.

Příloha S – Presentace výukového materiálu na SZŠ



Zdroj: Fotografie jsou vlastnictvím autorky práce, Český Těšín, 2019.

Příloha T – Souhlas s realizací výstupu bakalářské práce na SZŠ

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

Duškova 7, 150 00 Praha 5



SOUHLAS S REALIZACÍ VÝSTUPU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studenta: Lucie Mészárosová, DiS.

Studijní obor: Všeobecná sestra

Téma bakalářské práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s náhlou příhodou břišní

Studijní skupina: 3CVS

Název pracoviště, kde bude realizován výstup bakalářské práce: Střední zdravotnická škola AGEL s.r.o.

Jméno vedoucího bakalářské práce: Mgr. Soňa Bocková, Ph.D.

Předmět realizace výstupu bakalářské práce: Prezentace vytvořeného výukového materiálu, který je přílohou bakalářské práce studentům oboru Praktická sestra za účelem ověření využitelnosti vytvořeného výukového materiálu v praxi. Realizace výstupu bakalářské práce nebude spojena s finančním zatížením pracoviště.

V Českém Těšíně dne 13.3.2019

Handwritten signature of Lucie Mészárosová in blue ink, written over a dotted line.

Lucie Mészárosová, DiS.

Souhlas s realizací výstupu bakalářské práce na pracovišti Střední zdravotnické školy AGEL, s.r.o. udělen 13.3.2019.

V Českém Těšíně dne 13.3.2019

Handwritten signature of Karin Delongová in blue ink, written over a dotted line.

PhDr. Karin Delongová

zástupkyně ředitele školy

AGEL Střední zdravotnická škola s.r.o.
ul. Antešoviců 107/55
711 00 Ostrava – Koblov
pobočka Český Těšín
Slovenská 1, 737 01 Český Těšín

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

Duškova 7, 150 00 Praha 5



**HODNOCENÍ VÝSTUPU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE PEDAGOGICKÝM
PRACOVNÍKEM MÍSTA REALIZACE VÝSTUPU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

Jméno a příjmení studenta: Lucie Mészárosová, DiS.

Studijní obor: Všeobecná sestra

Téma bakalářské práce: Ošetřovatelský proces u pacienta s náhlou příhodou břišní

Studijní skupina: 3CVS

Název pracoviště realizace výstupu bakalářské práce: Střední zdravotnická škola
AGEL s.r.o.

Jméno vedoucího bakalářské práce: Mgr. Soňa Bocková, Ph.D.

Potvrzuji, že dne 13.3.2019 byl studentkou Lucií Mészárosovou, DiS. prezentován na pracovišti Střední zdravotnické školy AGEL, s.r.o. vytvořený výukový materiál, který je přílohou výše jmenované bakalářské práce studentům oboru Praktická sestra.

Stručné zhodnocení výukového materiálu (kvalita, správnost, využitelnost v praxi aj.):

*Výukový materiál byl zpracován kvalitně jako didaktický
soubor s názvem „Životní děj pacienta s náhlou příhodou břišní“
a obsahuje všechny potřebné informace pro studium.
Na rozdíl od ostatních materiálů se jedná o výukový materiál
zpracovaný do podoby učebnice.*

Stručné zhodnocení výstupu studentky:

*Výstup studentky hodnotím pozitivně.
Během prezentace vysvětlila všechny otázky, orientovala se
v dané problematice, hodnotila její práci, měla morální
a etické aspekty a byla schopna na všechny otázky odpovědět.*

V Českém Těšíně dne 13.3.2019

PhDr. Karin Delongová

zástupkyně ředitele školy
AGEL Střední zdravotnická škola s.r.o.
ul. Antošovičká 107/55
711 00 Ostrava – Koblův
pobočka Český Těšín
Slovenská 1, 737 01 Český Těšín