

4 Ošetrovatelský proces u pacienta s apendicitidou

Appendicitis acuta

- Apendicitidu řadíme mezi zánětlivé náhlé příhody břišní (NPB) ohraničené na orgán. Jde o zánět červovitého přívěsku slepého střeva, v rozvinutých zemích je nejčastější náhlou příhodou břišní. V četnosti výskytu ji následuje zánět žlučníku, renální kolika, uskrínutá kýla, střevní neprůchodnost, akutní pankreatitis a proděravění žaludečního vředu. Vyskytuje se ve všech věkových skupinách a postihuje 7-10 % populace. Jedná se o závažné onemocnění, o čemž svědčí 2-3 % letalita na apendicitidu komplikovanou perforací.
-
- **Etiologie**
- Etiologie není zcela jasná, faktory, které se podílejí na jejím vzniku, jsou zejména obstrukce apendixu (lymfatickou hyperplázií stěny, fibrózními pruhy, koprolity, škrkavkami) a infekce (přestup zánětlivého procesu z okolí, ale také v anamnéze proběhlá angina, infekce horních cest dýchacích).

- **Klinický obraz**

- Akutní apendicitida začíná z plného zdraví, často se projevuje bolestí břicha trvalého rázu s nejčastější lokalizací v podbříšku, s častým začátkem v nadbříšku a kolem pupku. Pacient má nechutenství, nauzeu a zvrací. Popisuje pocity nadýmání, může dojít k zástavě odchodu plynů a stolice. Průjem bývá výjimečně, spíš u malých dětí. Ohraničená bolestivost po několika hodinách vzniká nejčastěji v McBurneyově bodu (rozhraní zevní a střední třetiny spojnice pupku a spina iliaca anterior superior). Postupně se v krátkém časovém období objeví známky dráždění pobříšnice (reflexní svalové stažení – *défense musculaire*, pozitivní Pleniésovo znamení – bolestivý poklep břicha, Rovsingovo znamení – bolest v apendikální krajině po tlaku a případně i po náhlém rychlém oddálení ruky v levém podbříšku a Blumbergovo znamení – bolest v místě palpace po rychlém oddálení palpující ruky). Při pohledu na břicho je obvykle podbříšek nebo celá polovina břicha nehybná bez dýchacích vln. Při vyšetření per rectum nacházíme bolestivost v Douglasově prostoru vpravo. Lokálně je hyperestezie kůže. V krevním obraze nalézáme leukocytózu (kolem 10.000/ml).
- Z objektivních příznaků je příznačné, že nemocný leží obvykle klidně, má zpočátku málo urychlený tep (84–96/min), který se postupem choroby ze sliznice střeva na pobříšnici urychluje, což je nejcennějším diagnostickým znamením. Teplota je normální nebo lehce zvýšená (37,2–38 °C). Významný rozdíl nacházíme mezi hodnotami teploty naměřenými v konečníku a v podpaží. Je-li rozdíl větší než 0,5 °C, soudíme na zánětlivé břišní onemocnění (Lennanderův příznak).
- Bolest se zhoršuje při pohybu, kašli, chůzi. Při fyzikálním vyšetření u klasického průběhu apendicitidy pozorujeme u pacienta antalgickou chůzi, kdy se brání pohybu.

- **Appendicitis retrocoecalis**
- Appendicitis retrocoecalis mívá odlišnou symptomatologii, patří mezi nejzákladnější obrazy akutní apendicitidy. V popředí obtíží může být bolest v nadbřišku, dyspepsie a minimální nález v pravém podbřišku. Nemusí být výrazná bolestivost ani známky dráždění pobřišnice. Leží-li appendix blízko močovodu, mohou obtíže připomínat renální koliku. Bolestivost může být výraznější v bederní krajině. Nemocný se brání aktivní chůzi a zaujímá polohu vleže s pokrčenou pravou dolní končetinou v koleni i kyčli.
-
- **Appendicitis laterocoecalis**
- Appendicitis laterocoecalis může mít symptomatologii podobnou klasické apendicitidě s maximem bolestivosti laterálně od McBurneyova bodu. Vyšetření per rectum ale může být negativní.
-
- **Appendicitis pelvalis**
- Vede k diagnostickým omylům. Místní bolestivost při pohmatu je obvykle nad symfýzou a u ženy svádí k diagnóze adnexitidy. Jindy se projeví průjemem s hlenem nebo dysurií.
-

- **Appendicitis subhepatalis**

- Appendicitis subhepatalis je častá u žen v těhotenství, kdy je apendix vytlačen zvětšenou dělohou směrem k játrům. Symptomatologií připomíná příznaky žlučové koliky s pohmatovou bolestivostí zevně od okraje přímého břišního svalu v podjatelní krajině. Špatně se diagnostikuje a je často operována až po perforaci.

-

- **Appendicitis mesocoeliacalis**

- Apendix je v tomto případě uložen mezi kličkami tenkého střeva a směřuje ke střední čáře. Zánět často probíhá pod obrazem střevní neprůchodnosti s palpační bolestivostí pod pupkem. Špatně se diagnostikuje, bývá často operován až po perforaci.

-

- **Levostranná apendicitida**

- Levostrannou apendicitidu pozorujeme u situs viscerum inversus (zrcadlové postavení vnitřních orgánů - srdce vpravo...) nebo malrotaci střev při volném céku.

-

- **Apendicitida u dětí**

- Apendicitida je velmi častou NPB v dětství, ale je vzácná do dvou let. Provází ji zvracení a průjemy, které vedou snadno k dehydrataci. Nápadné bývá vzednutí břicha, neklid a křik dítěte s vysokými horečkami, se zrychlením tepu. Dítě jen těžko lokalizuje bolest a různě udává i místo bolesti. Stejně těžko je určitelné napětí břišní stěny a nález per rectum. U kojenců výrazným příznakem bývá přitahování pravé dolní končetiny k bříšku. Protože záněty apendixu v dětském věku rychle postupují, mají tendenci k proděravění a k rozvoji difúzní peritonitidy, je nutné i při pouhém podezření na zánět apendixu u dítěte provést operaci. Přesto jsou děti operovány stále pozdě s nedobrymi výsledky při nálezů perforační sterkorální peritonitidy (udává se až 50% letalita).

- **Apendicitida stařecká**

- Je méně častá. Na jedné straně je snížena obranyschopnost organismu, snížené vnímání bolesti, problémy s pasáží a na druhé straně tendence k tvorbě ohraničeného zánětu. Proto je často nalezen periapendikulární infiltrát nebo absces. Stařecká apendicitis se svými projevy bývá naprosto odlišná od klasického obrazu apendicitidy tím, že se může projevit jen jedinou známkou, lokalizovanou bolestivostí v pravém podbříšku. Ostatní celkové a místní příznaky nemusí být vůbec vyjádřeny. Někdy spíše převládají ileózní příznaky. Laboratorní hodnoty bílých krvinek a CRP též bývají normální nebo jen minimálně zvýšeny.

-

- **Apendicitida těhotenská**

- Vyskytuje se vzácně, nejčastěji kolem 3. měsíce gravidity. Ohrožuje na životě plod i matku. Zánět probíhá v překrveném terénu, hormonálně změněném. V posledních třech měsících může být appendix vytlačen až do místa uložení žlučníku. Svalové stažení zpravidla chybí. Vzhledem k velkému nebezpečí pro matku a plod je na místě operační řešení.

- **Diagnostika:**

- - anamnéza,
- - fyzikální vyšetření,
- - tělesná teplota,
- - laboratorní vyšetření: krev (FW, počet leukocytů, CRP), moč (chemicky a sediment),
- - sono břicha,
- - gynekologické vyšetření u žen.
-

- **Diferenciální diagnóza**

- Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit apendicitidu od perforovaného vředu žaludku a duodena (prudký začátek jako bodnutím nožem), akutní gastroenteritidy (dietní chyba, povleklý jazyk, nestrávené zbytky potravy ve zvracích, vysoké teploty), pravostranné renální koliky a ureterolithiázy, zánětu žlučníku (dietní chyba, žlučnicková anamnéza, vyzařování bolesti doprava pod žeberním obloukem, pozitivní McMurphyho znamení, subikterus), adnexitidy a ovulační krize u ženy (uprostřed cyklu), mezenterální lymfadenitidy, zánět Meckelova divertiklu, Crohnova nemoc, ruptura při mimoděložním těhotenství (příznaky šoku z krvácení, změněný charakter poslední menstruace atd.).

- **Komplikace apendicitidy**

- Mezi komplikace apendicitidy patří lokalizovaná peritonitida – periappendicitis, periappendikulární infiltrát, absces, perforace do volné dutiny břišní a pyleflebitis.
- Periappendicitida vzniká v důsledku mikroperforace nebo přestupu infekce z appendixu do jeho bezprostředního okolí. Nutné je chirurgické řešení.
- Periappendikulární infiltrát se vytváří u onemocnění, které trvá několik dní. Zánět přechází na okolí a vytváří zánětlivý konglomerát s omentem, střevem a ostatními okolními strukturami. Při pohmatu zjišťujeme bolestivou rezistenci v pravém podbříšku, zvýšenou teplotu a urychlení tepu. Léčba infiltrátu je většinou konzervativní (důvodem je prevence rozsevu místní infekce po celé peritoneální dutině). Přikládáme ledové vaky na podbříšek, nemocný je v klidu na lůžku a má přísnou tekutou stravu. Podáváme účinná širokospektrá antibiotika (např. ze skupiny aminopenicilinů) pod pravidelnou kontrolou chirurga. Po odeznění zánětu nemocného operujeme v klidu za 6-8 týdnů po zhojení infiltrátu. Někteří chirurgové doporučují i v tomto případě okamžitou appendektomii.
- Periappendikální absces je zánět, který přestoupil přes stěnu červu s nebo bez perforace a vytvořil ohraničený hnisavý absces. Uložen je nejčastěji v pravé jámě kyčelní. V břiše je hmatný bolestivý nádor měkké konsistence, ohraničený proti okolí, bez známek peritonitidy. Tep je zrychlený, teplota je zvýšená a mění svou křivku z konstantní na septický průběh. Nemocného sledujeme v klidu na lůžku se studenými obklady, přísnou dietou, pod dohledem podáváme širokospektrá antibiotika. Při progresi nálezů hrozí perforace abscesu do volné dutiny břišní s následnou hnisavou difúzní peritonitidou. Je nutné neodkladně operovat. Jsou zavedeny drény pro výplach a instalaci antibiotik. Appendix se odstraňuje zpravidla až v druhé době.

- Perforace gangrenózního apendixu a difúzní zánět pobřišnice jsou nejzávažnější komplikace, jejíž jedinou prevencí je včasná apendektomie u včas rozpoznaného onemocnění. K perforaci dochází vzácně do 12 hodin, nejčastěji 48-72 hodin od počátku onemocnění. Perforace vyžaduje okamžitou urgentní operaci s drenáží břicha. Protože se jedná o sterkorální peritonitidu, letalita dosahuje až 50 %. Stav může zanechat srůsty, které se stávají příčinou infertility, poruchy pasáže, ileózního stavu.
- Vzácnou komplikací je pyleflebitis (pyotromboflebitida venózního portálního řečiště), projevující se vysokou horečkou, třesavkou a subikterem. Může vést k tvorbě jaterních abscesů. Okamžité nasazení širokospektré antibiotické terapie je nezbytné.
-

- **Terapie**

- Chirurgické řešení je indikováno v časně akutní fázi a u periapendikulárního abscesu. Časné stadium zánětu bez známek progresu a šíření do okolí, periapendikulární infiltrát a celkový závažný stav nemocného, který nedovolí operaci, mohou být výjimkou. Nemocný je hospitalizován, pečlivě sledován chirurgem, má klid na lůžku, perorálně přijímá jen čaj nebo nic, má zaveden žilní katétr k parenterálnímu podávání výživy. Jsou mu aplikovány studené obklady na podbříšek. (Někteří lékaři doporučují zapařovací obklady). Nejsou podávána antibiotika ani silná analgetika (opiáty), neboť by mohlo dojít k zastření stavu. Je sledován počet leukocytů v krvi a může být prováděno ultrazvukové vyšetření.
- Chirurgické řešení - apendektomie může být provedena klasickou nebo laparoskopickou technikou. Laparoskopie se používá postup při diferenciálně diagnostických rozpacích. V případě, že je nález laparoskopicky operabilní, je operace dokončena tímto způsobem.

- Ošetřovatelské diagnózy:
- - [akutní bolest - 00132](#)
- - nedostatečné znalosti – 00126
- - [hypertermie - 00007](#)
- - [nauzea - 00134](#)
- - [narušená integrita tkáně - 00044](#)
- - [nespavost - 00095](#)
- - [průjem - 00013](#)
- - [riziko sníženého objemu tekutin v organismu - 00028](#)
- - [riziko infekce - 00004](#)
- - [riziko perioperačního poškození - 00087](#)
- - [strach - 00148](#)
- - [únava - 00093](#)
- - [úzkost - 00146](#)