

5 Ošetřovatelský proces u pacienta s herniemi

- **Obecná charakteristika**

- Kýla (hernia), ať vnitřní nebo zevní je velmi častým onemocněním léčeným na chirurgických odděleních. Vznik kýly je ovlivněn věkem, pohlavím, stylem života a mnoha dalšími faktory. Nejčastěji léčenou je tříselná kýla (až 80 %). Další nejčastěji se objevující kýlou je kýla pupeční, stehenní a kýla v jizvě. Ostatní typy zevních kýl a kýly vnitřní jsou poměrně vzácné a špatně zjistitelné, proto se často projeví až některou komplikací, která může vést až k náhlé příhodě břišní. Tříselné kýly se častěji vyskytují u mužů, na rozdíl od kýl pupečních, které častěji postihují ženy.
- Kýla (hernie) je abnormální vyhlípení pobřišnice, do kterého se přechodně nebo trvale vysunuje část břišního obsahu. Pobřišnice se může vychlipovat otvorem nebo kanálem v kterékoli části břišní stěny, pánevního dna nebo bránice. Prostup orgánů porušenou stěnou břišní bez peritoneálního krytu (vaku) se nazývá výhřez (prolaps-nepravá kýla).
- Kýly jsou tvořeny krycí vrstvou, kýlním vakem, kýlním obsahem a kýlní brankou. Krycí vrstvy nesouvisejí se vznikem kýly, ale pouze kýlu kryjí. Nejčastěji to je kůže a podkožní vazivo. Kýlní neboli peritoneální vak je tvořen pobřišnicí, obvykle šedobílé barvy. Na kýlním vaku rozlišujeme dno (fundus), který se vyklenuje nejvíce. Tělo kýlního vaku (corpus) tvoří největší část kýly a navazuje na krček kýlního vaku, jenž je umístěn v kýlní brance. Kýlní vak nejčastěji obsahuje některý nitrobřišní orgán s několika mililitry serózní tekutiny, tedy kýlní obsah. Kýlním obsahem může být každý nitrobřišní orgán. Nejčastěji jím je takzvaná velká předstěra (omentum - omentokéla), klička tenkého nebo tlustého střeva – entrokéla. Pokud kýlní vak nemá žádný obsah, označuje se jako kýla prázdná. Kýlní branka je místo, kudy prostupuje kýlní vak. Je tvořena buď zvětšeným, ale normálně se vyskytujícím otvorem (např. tříselný kanál) nebo zeslabenou stěnou. Okraj kýlní branky může být pružný (elastický) nebo tuhý. Kýlní branka je místem, rozhodujícím o typu kýly i o jejím dalším osudu.

-

- **Rozdělení kýl**

- Kýl je možné dělit podle mnoha hledisek a charakteristik.

-

- **Podle původu:**

- - vrozené kýly (herniae congenitae) jsou kýly, se kterými se jedinec narodí, nebo vzniknou bezprostředně po narození, příčinou je vývojová porucha (otevřené spojení mezi pobřišnicí a skrotem, defekt ve svalstvu bránice, neuzavřený vazivový prstenec kolem pupku),

- - získané kýly (herniae acquisitae) vznikají během života, nepřiměřenou zátěží, při oslabené stěně dutiny břišní.

-

- **Podle polohy:**

- - zevní kýly, kýlní vak proniká otvorem ve stěně břišní do podkoží a kýla je zevně patrná,

- - vnitřní kýly, vyklenují se do chobotů nástěnného peritonea, nejsou zevně patrné, projeví se při uskřínutí,

- - brániční kýly, pronikají bránicí mimo dutinu břišní, ale nejsou zevně patrné.

-

- **Podle stranového uložení:**

- - jednostranné kýly (unilaterální), kýla je uložena na pravé nebo levé straně,

- - oboustranné kýly (bilaterální), uložené na obou stranách.

-

- **Podle vpravitelnosti:**

- - reponibilní kýly, volné jsou kýly, které lze reponovat, kýlní obsah je možno lehkým tlakem repozicí (taxí) vtlačit zpět do dutiny břišní, je zde však riziko repositio falsa – kdy obsah kýlní je nesprávně nešetrně vytržen z podkoží a zasunut pod svalovou stěnu břišní, stává se nehmátným, ale event.uskřínutí trvá,

- - nereponibilní kýly, následkem srůstů mezi kýlním obsahem a vakem je nelze reponovat, mohou se častěji uskřínout.

-

- **Podle stupně vývoje:**

- - kompletní kýly jsou zcela rozvinuté, kýlní vak prostupuje zcela kýlní branku,

- - u nekompletních kýl kýlní vak branku neprostupuje nebo jen z části.

- **Podle typu:**

- - Tříselná kýla (hernia inguinalis) přímá a nepřímá s častějším výskytem u mužů.
- - Stehenní kýla (hernia femoralis) je častější u žen. Kýla je uložena pod tříselným vazem, vnitřně od stehenní tepny.
- - Pupeční kýla (hernia umbilicalis) je častější u žen a starších osob. Nejčastěji je lokalizována v pupku a má velké riziko uskřínutí.
- - Kýla v jizvě (hernia in cicatrice): vznikají již po operaci, nejčastěji nesprávnou péčí o jizvu nebo chybnou operační technikou.
- - Hiátové kýly vznikají přesunutím gastroezofageálního spojení nebo části žaludku jícnovým hiátem do mediastina. Skluzná hiátová hernie se vyskytuje u starších lidí a nemusí činit obtíže. Ty nastávají v případě gastroezofageálního refluxu. Léčí se konzervativně. Dalším typem jsou paraezofageální a smíšená hiátová hernie. Jsou časté a přítomen u nich bývá gastroezofageální reflux. Mají vytvořen typický kýlní vak, kardie zůstává pod bránicí a do mediastina se dislokuje podél jícnu žaludeční fundus, tračník v závažných případech i celý žaludek. Řeší se chirurgicky – repozice do dutiny břišní, resekce kýlního vaku, zúžení hiátového otvoru a fixace žaludku ke stěně břišní (gastropexie).
- - Mezi další kýly dle místa uložení patří kýly lumbální, brániční, hráze, ischiadické, kýly bílé čáry, hýžděové, obturatorní, paraduodenální (Waldayerova, Treitzova) a další.

- **Podle symptomatologie:**

- - Asymptomatická kýla.
- - Symptomatická kýla – (pocit tíhy, bolesti, poruchy pasáže, plynatost, dyspepsie).
- - Uskřinutá kýla (hernia incarcerata) představuje závažný stav pod obrazem náhlé příhody břišní. Při uskřinutí střeva se objevují známky střevní neprůchodnosti (mechanického ileu). Uskřinutí může být komplikováno i strangulací (uskřinutí mezenteria a tím cév zásobujících střevo). Existují zvláštní typy uskřinutí – nástěnné uskřinutí střeva u Richterovy a Littréovy kýly, kdy dochází k uskřinutí jen části obvodu střeva při částečném zachování průchodnosti a s lokálními příznaky. Dalším typem je retrográdní W uskřinutí - - kýlní obsah tvoří dvě blízké kličky tenkého střeva a úsek mezi nimi je ve volné dutině břišní, právě na tomto segmentu dojde ke strangulaci, což se projeví mechanickým ileem, po perforaci peritonitidou.

- **Diagnostika**

- Při diagnostice zjišťujeme anamnézu, provádíme fyzikální vyšetření pohledem i pohmatem (hmatná rezistence, vyšetřujeme prstem u stojícího nemocného, u mužů přes kůži skrota). Doplnujeme ultrazvukovým vyšetřením či prosvícením (u skrotálních kýl k vyloučení hydrokély).

-

- **Léčba**

- Při léčbě jsou prováděny klasické operační výkony či laparoskopické techniky. Při klasickém operačním výkonu je provedena preparace kýlního vaku, resekce vaku u nepřímých kýl, u přímých repozice vaku do dutiny břišní s následným uzávěrem kýlní branky. Zásadní význam má pevná rekonstrukce hlubokých vrstev stěny břišní.
- Laparoskopické techniky – jsou založeny na vypreparování kýlní branky a uzávěru vstupu do ní pomocí syntetické sítky. Mezi komplikace operačního výkonu patří skrotální hematom a otok, neuralgie a parestézie při poranění nervů, epididymitis. Ve 2-3 % případů dochází k recidivě kýly.
-
- **Edukace nezbytná při propuštění:**
 - - edukace o rekonvalescenci a postupném návratu do pracovního zařazení,
 - - edukace o možnosti recidivy,
 - - edukace o eliminaci nepřiměřené zátěže.

- **říselná kýla (hernia inguinalis)**

- Tříselné kýly jsou častým onemocněním jak v dětském věku, tak i v dospělém. U dospělých pacientů je mnoho faktorů, které vznik kýly podmiňují. Kýly tříselné jsou častější u mužů. Tříselná kýla je patologické vyklenutí defektem břišní stěny do tříselného kanálu, často v důsledku nesouladu mezi nitrobřišním tlakem a odolností slabé stěny břišní v tříselné oblasti. Tříselný kanál je oslabené místo břišní stěny, má podobu štěrbiny délky 4–5 cm v dolní části břišní stěny, nad ligamentum inguinale v místech, kam již nedosahují snopce m. obliquus internus abdominis a m. transversus abdominis a stěna břišní je tvořena jen aponeurosou m. obliqui externi abdominis, transversální fascií a parietálním peritoneem. U muže prochází skrze canalis inguinalis funiculus spermaticus (v průběhu nitroděložního vývoje sestupují kanálem varlata do skrota), u ženy ligamentum teres uteri. Tříselný kanál začíná v hloubce v anulus inguinalis profundus, probíhá pak nad ligamentum inguinale Pouparti šikmo mediokaudálně a do podkoží se otevírá v anulus inguinalis superficialis. V tříselné oblasti se vyskytuje přímá a nepřímá tříselná kýla a stehenní kýla.

- **Dělení kýl v tříselné oblasti**

- Tříselná kýla nepřímá (hernia inguinalis indirecta, externa, lateralis)
- Je kýla prostupující laterální brankou. Kýlní branka je uložena nad tříselným vazem, postranně (laterálně) od epigastrických cév. Vak probíhá celým tříselným kanálem. Kýla může být vrozená, u mužů může prostoupit až do skrota (hernia scrotalis) a u ženy do velkých stydkých pysků (hernia labialis).
- Druhým typem kýly v třísle je tříselná kýla přímá (hernia inguinalis directa, interna, medialis). Kýlní branka je nad tříselným vazem, ale na rozdíl od kýly nepřímé vstupuje mediálně od epigastrických cév a míří přímo ven do zevního ústí tříselného kanálu. Zůstává dlouho lokalizována jen v třísle a je vždy získaná. Vyskytuje se často ve vyšším věku, nezasahuje až do šourku a nedochází k uskřinutí. Její vznik nemusí souviset jen s oslabenou stěnou břišní, ale i s poruchou močení z důvodu zbytnělé prostaty (hypertrofie prostaty) u mužů.
- Další kýlou v tříselné oblasti může být i kýla stehenní (hernia femoralis), která je uložena na rozdíl od předešlých dvou typů tříselných kýl pod tříselným vazem a na vnitřní straně stehenní tepny a žíly. Stehenní kýla se více tvoří u žen a spíše ve starším věku. Kýlní vak je zpravidla nevelký s úzkým krčkem a může být lehce zejména u obézních žen přehlédnuta. Působí nevýrazné obtíže, ale může se uskřinout.
- Ve vzácných případech se v tříselné oblasti mohou objevit další typy kýl, například Littréova kýla. Littréova kýla byla popsána již roku 1700. Kýlní vak je vyplněn Meckelovým divertiklem. Meckelův divertikl je vrozená anomálie tenkého střeva. Tento typ kýly je diagnostikován až při operaci.

- **Etiologie vzniku tříselných kýl**

- Příčin vzniku tříselných kýl a faktorů ovlivňujících vznik je velmi mnoho. Příčiny lze rozdělit na vrozené a získané.
- Vrozenými příčinami jsou anatomické defekty, vrozené anomálie nebo vrozené defekty břišní stěny. Dá se tedy říci, že vznikají nedokonalým nebo nedostatečným vývojem vrstev břišní stěny.
- Mezi získané příčiny řadíme především dlouhodobé zvýšení nitrobřišního tlaku, obezitu, změny v těhotenství, úraz nebo předchozí chirurgický výkon. K vzniku tříselné kýly také může dojít při chronickém kašlání či při chronicky zvětšených orgánech dutiny břišní. Nitrobřišní tlak stoupá především při obstrukci, chronickém kašli nebo hypertrofii prostaty, která je spojena s obtížným močením. Nitrobřišní tlak se může zvýšit i v důsledku nádoru nebo ascitu (volné tekutiny v dutině břišní). Při normálním klidovém dýchání je nitrobřišní tlak cca 40 torrů. Při změnách polohy tlak stoupá. Při změně polohy z lehu do sedu nebo ze sedu do stoje nitrobřišní tlak stoupá až na 70 torrů. Velmi vysokých hodnot dosahuje nitrobřišní tlak při kašlání, kdy dosahuje až 100 torrů.
- Příčina vzniku tříselné kýly úrazem bývá méně častá. Ke vzniku dochází po poškození vrstev břišní stěny. Vznik může být spojen i s nižším obsahem kolagenu v pojivových tkáních. Oslabení svalových a vazivových struktur při přerušení nervů stěny břišní nebo po cévní mozkové příhodě může také velmi ovlivnit vznik tříselné kýly.

- **Symptomy**

- Nemocní s tříselnou kýlou mohou mít řadu příznaků, a přesto většinou přijdou k lékaři až v pozdějším stádiu onemocnění. Zpravidla jen sám nemocný sleduje zvětšující se vyklenutí v třísle a nikomu se nesvěří. Stává se tak většinou u starších osob, které si říkají, že to není nic závažného. Nebo se naopak k lékaři bojí, mají strach, jakou diagnózu jim lékař sdělí. V časných stádiích, kdy se kýla tvoří, nejprve nemocný pociťuje při chůzi nebo po dlouhém stání bolest a pocity tahu v třísle. Později se kýla začne vyklenovat a vyklenutí začíná být v třísle zjevné, bolest se stupňuje. Zvětšuje se kýlní branka a do kýlního vaku se dostává více kýlního obsahu. Někdy vyklenutí není v třísle zřejmé a objevuje se jen při zvýšení nitrobřišního tlaku při kašli nebo tlačení na stolicí. Tříselnou kýlu doprovázejí další příznaky, mezi které patří nauzea, říhání, plynatost, zácpa až zástava odchodu stolice. Dále se také může objevit zvýšená teplota, únava, slabost a u mužů poruchy močení.

- **Diagnostika**

- Nemocný přichází k lékaři již se zjevným vyklenutím kýly v tříselné oblasti a dalšími příznaky. Anamnéza je velice důležitá pro stanovení diagnózy, i pro další postup a léčbu. Je třeba zjistit začátek obtíží a jejich charakter, prodělaná onemocnění a úrazy, alergie, léky, které nemocný užívá. Z rodinné anamnézy zaznamenáváme výskyt dědičných chorob v rodině a další závažná onemocnění. Pracovní anamnéza informuje a hodnotí vlivy zaměstnání na nemocného.
- Fyzikální vyšetření:
 - - Vyšetření pohledem - při vyšetření sledujeme celkový vzhled a stav nemocného, barvu kůže a sliznic, vědomí, dýchání a dušnost, kožní rány, ale i jizvy po předešlých operacích. Sledujeme i stav psychický, chování, způsob komunikace a reakce na celkovou situaci při vyšetření.
 - - Vyšetření poklepem.
 - - Vyšetření poslechem
 - - Vyšetření pohmatem - diagnostika tříselné kýly je většinou zřejmá již z anamnézy a prvotního rozhovoru. Nejčastěji vyšetřuje lékař nemocného palpačně ve stoje. Lékař jemným vyšetřením prsty posoudí velikost a tvar kýlního vaku, obsah kýlního vaku a v neposlední řadě i bolestivost. Při vyšetření je důležité vyšetřit obě tříselné krajiny. Pokud je tříselná oblast nebolestivá, může se lékař pokusit šetrně vpravit obsah kýlního vaku zpět do dutiny břišní. U mužů vyšetřuje lékař ještě obsah skrota, kde hmatá velikost a symetrii varlat i nadvarlat.
 - - Vyšetření per rectum.
- Pro přesnou diagnostiku a vyloučení jiného onemocnění, například nádoru, často lékař nemocného odesílá na další pomocná diagnostická vyšetření – laboratorní a zobrazovací jako je například sonografie, rentgen a v některých případech i CT.
-

- Zobrazovací metody
- - Rentgenové vyšetření (RTG), kdy se většinou provádí nativní snímek břicha. Pacient je rentgenován vleže, na boku nebo ve stoje. Toto vyšetření diagnostikuje především přítomnost plynu v dutině břišní nebo poruchy střevní pasáže.
- - Ultrazvukové vyšetření může vyloučit, nebo naopak potvrdit nálezy na rentgenových snímcích, zpřesní uložení kýly a její velikost. Používaná sonografie třísla vyšetřuje obsah šourku, semenný provazec, ale i celý tříselný kanál, kde může odhalit nádory semenného provazce, které se mohou při prvotním fyzikálním vyšetření jevit jako kýlní.
-

- **Léčba tříselné kýly**

- Většina tříselných kýl vyžaduje chirurgickou léčbu. Konzervativní postupy nejsou účinné a volíme je tam, kde je nález sporadický či operace nevhodná nebo nemožná vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu. Při konzervativní léčbě se používají tzv. kýlní pásy, které jsou vyrobeny z latexu nebo pružné bavlněné látky. Kýlní pás tlačí na kýlu a tím brání jejímu rozvinutí. Pásy jsou vyráběny dle velikostí, takže každý lékař by měl pacientovi pomoci s výběrem správného kýlního pásu. Samozřejmostí je poučení pacienta, jak má správně pás používat a jaké zásady by měl dodržovat. V případě, že je pacient léčen konzervativně, dochází ambulantně na pravidelné kontroly. Není vhodné užívání kýlních pásů před plánovaným chirurgickým výkonem, neboť útlakem tkání pod ním dochází k hypotrofii. Konzervativní léčení uskřínutých kýl je nebezpečné pro možnost poranění strangulované střevní kličky nebo pro možnost nepravé repozice mezi vrstvy břišní stěny.
- Lepším postupem při léčbě je chirurgické řešení. Při použití relativně nezatěžující spinální anestezie (výjimečně i lokální anestezie) a s rutinním zavedením implantátů do chirurgické praxe je opravdu jen nepatrná část nemocných s kýlou nevhodná pro chirurgické léčení. Kýly operujeme plánovaně nebo při komplikacích akutně.
- Princip operace spočívá ve vypreparování kýlního vaku, jeho otevření a ověření vitality orgánů v něm uložených. Nejeví-li tkáň známky ischemie, mohou být zasunuty do dutiny břišní, v opačném případě musí být resekovány. Pooperační morbidita, mortalita a počet recidiv kýl jsou při uskřínutí mnohonásobně vyšší než při plánovaných operacích.
-

- Chirurgická léčba
- Provádí se technika „tension-on“, což znamená sutura tkání pod napětím, nebo technika „tension-free“, tedy bez napětí tkání.
- Otevřené operační metody
 - - otevřené metody bez použití implantátu,
 - - otevřená metoda s použitím sítky - Lichtensteinova technika „open-mesh, tension-free,
 - - otevřená metoda s použitím zátky - v tomto případě je z cizorodého materiálu vytvořena zátka, která je zaváděna do oblasti kýlní branky a více či méně fixována stehy k okolí.

- Laparoskopické metody
- Operace tříselné kýly laparoskopickou metodou jsou v dnešní době velmi používané na mnoha chirurgických pracovištích. Operace se provádí speciálními endoskopickými nástroji. Používají se endoskopické kleště, háčky, nůžky, svorkovače a další speciální nástroje. Jako implantáty se používají polypropylenové sítě. Na rozdíl od klasické operace se síťka přikládá na kýlní branku zezadu. Síťka se fixuje stehy. Mezi výhody laparoskopické operace patří jen malá traumatizace fasciových tkání, velmi malý výskyt pooperačních komplikací a recidiv.

- aparoskopické operace tříselných kýl se rozdělují na čtyři typy, podle operačního přístupu:
- **Extraperitoneální přístup (TEP)**
- Při extraperitoneálním přístupu je implantát vkládán mimo peritoneální dutinu, přímo na místo defektu. Do tříselného kanálu se nevstupuje přes dutinu břišní. Při této laparoskopické metodě se operátor pohybuje nástroji ve velmi malém prostoru, proto může být technika ze začátku trochu nesnadná. Při této metodě není třeba zakládat pneumoperitoneum. Je možné operovat i v lokální anestézii. Metoda je poměrně složitá a nákladná.
-
- **Transabdominální přístup (TAPP)**
- K tříselné kýle se v tomto případě přistupuje laparoskopicky přes dutinu břišní. Reponuje se kýlní obsah a kýlní vak se resekuje. Vkládaný implantát, nejčastěji polypropylenová síťka o velikosti 15x15 cm se fixuje stehy nebo svorkami. Po vložení implantátu je nutné ošetřit a uzavřít defekt na pobřišnici. Provádí se postupným svorkováním nebo laparoskopickým šitím. Pobřišnice musí být ošetřena důkladně, jinak hrozí vznik ileózního stavu. Metoda TAPP je velmi užívaná a její výhodou je možné použití u všech tříselných kýl i jejich recidiv.

- **intraperitoneální přístup (IPOM)**
- Přístup je přes dutinu břišní, kdy se implantát vkládá přímo na pobřišnici v místě defektu. Tato technika je nejvíce používaná u recidiv tříselných kýl.
-
- **Laparoskopická rafie**
- Laparoskopická rafie je metoda, při které se provádí šití struktur. Tato metoda je nejčastěji indikována jen u menších tříselných kýl a mladších pacientů. Nevkládá se implantát, kýlní obsah se reponuje, kýlní vak se resekuje a provádí se šití struktur. Laparoskopická rafie se nejčastěji provádí transabdominálním nebo extraperitoneálním přístupem. Nevýhodou je častý výskyt recidiv.
-
- V praxi je nejvíce používaná metoda TAPP a TEP. Transabdominální přístup je univerzální metodou, kterou lze použít u všech tříselných kýl. Laparoskopické operace tříselných kýl umožňují včasnou mobilizaci pacienta a rychlý návrat do běžného života.
-
- **Literatura:**