

Ošetřovatelský proces u pacienta s ileozním stavem

- Ileus patří mezi náhlé příhody břišní. Jedná se o střevní neprůchodnost na základě mechanické nebo funkční obstrukce střeva, na podkladě vrozených nebo získaných patologických změn, které vedou k zástavě pasáže střevního obsahu a k následnému rozvoji metabolického rozvratu. Ileus může být úplný nebo neúplný. Klinicky se projevuje bolestí břicha, zvracením, zástavou plynů a stolice. Protože střevní neprůchodnost častěji postihuje starší nemocné a zasahuje poměrně rychle a významně do regulace vnitřního prostředí, vyznačuje se vysokou letalitou, není-li urgentně řešena.
- Z 80 % případů je ileus lokalizován na tenkém střevě a jeho nejčastějšími příčinami jsou srůsty a hernie. Ve 20 % se vyskytuje na tlustém střevě a je nejčastěji způsoben nádorem v levé části tračníku.
- Podle etiopatogeneze dělíme ileus na neurogenní, mechanický a cévní.
- Neurogenní ileus může být spastický, paralytický nebo smíšený. Mechanický ileus dělíme na obstrukční (intraluminální, intramurální a extramurální), volvulus (prostý nebo komplikovaný strangulací) a strangulaci (uskřinutí pruhu, v otvorech nebo invaginace) a cévní ileus, který může být způsoben trombózou žil mezenteria nebo embolií mezenterických tepen.

- **Neurogenní ileus (funkční)**
- **Etiologie**
- Příčinou je neurogenní nebo toxická porucha motility střeva ve smyslu snížené nebo zvýšené motility.
-
- **Paralytický ileus**
- Paralytický ileus (adynamický) vzniká jako funkční porucha na úrovni nervových pletení ve střevní stěně. Postižená část střeva ztrácí hybnost a tonus. Nejčastější příčinou je operační trauma, zánět pobřišnice, strangulační a cévní ileus, reflexní poruchy při poranění míchy a mozku, koliky renální a žlučnickové, toxické poškození při otravách olovem, pneumonie, ochablost při celkových infekcích.

- **Klinický obraz**

- Nemocný si stěžuje na pocit nadmutí a mírnou tlaková bolest z distenze břišní stěny, zvracení nemusí být výrazné a bývá pozdním příznakem. Paralytický ileus nemá kolikovitě bolesti. Přítomná je zástava odchodu plynů a stolice. Zpočátku je celkový stav pacienta uspokojivý a postupně se zhoršuje. Pokud není přítomná peritonitida, chybí svalové stažení. Poslechově nalézáme obraz „mrtvého ticha“. Nález per rectum je normální.

-

- **Terapie**

- Léčba je konzervativní, zavádíme nazogastrickou sondu k zrušení distenze a k odsávání přebytečné tekutiny, podáváme výživu parenterálně a provádíme důslednou úpravu vnitřního prostředí. Z léků je ordinován neostigmin (k tonizaci střevní stěny), prokinetika. Je zaváděna rektální rourka a může být podáno malé slané kapací klyzma.

- **Spastický ileus**

- **Etiologie**

- Spastický ileus je vzácný, vzniká křečovitým stahem svaloviny střeva. Je pozorován u nemocných trpících onemocněním nervové soustavy, endokrinního systému, reflexně u renálních a žlučnickových kolik a při poranění míchy. Spastický ileus byl častěji pozorován u lidí s mentální retardací.

-

- **Klinický obraz**

- U nemocného lze pozorovat příznaky mechanického, obstrukčního ileu včetně kolikovitých bolestí v celém břiše, zvracení a zástavu odchodu plynů a stolice. Protože stav většinou netrvá dlouho, nedojde ani k vzedmutí břicha. Na rozdíl od mechanického ileu je dobrý celkový stav nemocného.

-

- **Terapie**

- Vzhledem k tomu, že předoperační diagnóza je téměř nemožná, je provedena revize. Indikována je epidurální blokáda s lokálním anestetikem.

-

- **Smíšený ileus**

- Smíšený ileus může nastat při existujícím lokalizovaném zánětlivém procesu (např. břišní absces), kdy dochází ke slepení střevních kliček mezi sebou, ty se stávají nehybnými, paretickými. Střevo nad tímto postižením se chová jako při mechanickém ileu. Subjektivně udává nemocný pravidelné bolesti břicha, zvracení, poruchu pasáže. Objektivně jsou známky sepse. Léčba spočívá v drenáži abscesu.

- **Mechanický ileus**

- Klinické příznaky jsou závislé na lokalizaci resp. výši postižení. Vysoký uzávěr v oblasti pyloru, duodena a horního jejunu vyvolává pocit dyskomfortu, tlak v nadbříchku, zvracení žaludečních šťáv, rentgenologický průkaz poruchy pasáže vodné kontrastní látky. Při uzávěru tenkého střeva se objevují pravidelné křečovitě bolesti břicha, poslechově provázené spastickou peristaltickou vlnou. Je přítomné též vzedmutím střední části nebo podbříchku, zvracení, miserere, zástava plynů a stolice. Symptomy nemusí být pozorovány od počátku příhody. Při uzávěru tlustého střeva dominují pravidelné křečovitě bolesti břicha, poslechově provázené spastickou vlnou, vzedmutí celého břicha, nauzea, později zvracení. Na nativním RTG snímku břicha prokazujeme hladinky na tlustém nebo tenkém střevě.
- Příčinou obstrukčního ileu je překážka. Intraluminálně překážku nejčastěji tvoří žlučové kameny, cizí těleso, nestrávená potrava, skybala (obturace zatvrdlou stolicí), invaginace nebo shluk cizopasníků. Intramurální překážku mohou tvořit spazmy a edémy kolem vředů pyloru a duodena nebo jizvy po vředech, zánětlivé stenózy u idiopatických zánětů (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida), polyp, nádor a vrozené vady. Extramurální překážkou může být velký nádor vyrůstající z jiného orgánu nebo dutiny břišní, pooperační srůsty, uskrtnutí střeva v kýlní brance, endometrióza, intraabdominální absces, poruchy rotace střeva.

- zniklá překážka brání normální pasáži střevního obsahu, reflexně řízené autonomními nervy, vyvolá ve střevní stěně zesílenou peristaltiku v úseku nad překážkou, dochází ke spazmům. Ty jsou pocítovány jako křečovitá bolest. Usilovná peristaltika a časové intervaly mezi spazmy mají různý charakter v závislosti na výšce překážky. Dochází k městnání střevního obsahu (tekutý obsah a plyn) nad bloádou, střevo ochabuje, až jeho činnost ustává úplně a distenduje. Postupně se může rozvíjet ischemie střevní stěny, stěna se stává prostupnou pro bakteriální jedy, rozpadové produkty střevního obsahu a bakterie. Dochází ke ztrátám tekutin a rozvratu vnitřního prostředí.
- Pravidelně přítomným symptomem u nemocných je kolikovitá bolest z usilovné peristaltiky nad překážkou vyvolaná stahem hladké svaloviny střevní stěny. S únavou svaloviny a v souvislosti s progresí změn ve stěně střeva ustává peristaltika. Kolikovitá bolest přechází v trvalou. Zvracení je zpočátku reflexní, později dochází k hromadění obsahu nad překážkou. Podle charakteru zvratků lze někdy soudit i na výši uložení překážky. Zvratky mohou být kyselé, to značí žaludeční obsah, nebo hořké z duodena. Může se objevit i miserere (zvracení páchnoucího až fekulentně páchnoucího obsahu z distálního ilea nebo tlustého střeva, fekulence je způsobená přemnoženou bakteriální flórou v stagnujícím obsahu střeva, je prognosticky špatným znamením). Zástava odchodu plynů a stolice bývá u nízkých ileů již od počátku příhody, u vysokých ileů může být odchod plynů a stolice po určitou dobu neporušen. Celkový stav nemocného u prostého obstrukčního ileu nebývá zpočátku výrazněji narušen. Nemocný je neklidný, hledá úlevovou polohu a mne si břicho při bolestivé kolice. U strangulací se objevuje na začátku onemocnění šoková bolest reflexního původu. Při fyzikálním vyšetření pohledem lze zjistit vzedmutí břicha, někdy lokalizované na určitý úsek (u vysokého ileu chybí, u nízkého ileu tenkého střeva je vzedmutí ve středu břicha, při ileu tlustého střeva je vzedmutí po stranách břicha). Je zvýšená střevní peristaltika, pohmatem zjistíme zvýšené napětí břišní stěny. Per rectum bývá nález normální, u nízko lokalizované překážky bývá prázdná ampula. Léčba obstrukčního ileu je vždy chirurgická.

- Volvulus vzniká rotací některé části trávicí trubice kolem osy, většinou příčné, jdoucí od vrcholu otáčení ke kořenu mezenteria. Je častější v úsecích, kde je delší mezenterium. Střevní kličku často na vrcholu přidržuje srůst. Při rotacích větších než 180 stupňů kolem příčné osy jsou postiženy cévy a nervy v mezenteriu, proto dochází rychle k patologickoanatomickým změnám ve stěně trávicí trubice až k její nekróze. Příčinou volvulu střeva bývá vrozně dlouhé mezenterium nebo mezokolon, dlouhá esovitá klička s úzkou bází mezokolonu, vrozené nebo pozánětlivé pruhy, srůsty, naplnění části trávicí trubice velkým množstvím obsahu a prudký pohyb. Léčbou je neodkladná operace.
- U strangulace (uskřinutí) dochází kromě uzavěru střevního průsvitu i k stlačení cév v mezenteriu nebo ve stěně střevní. Příčinou ileu je uskřinutí pruhem (Meckelův divertikl, cíp velkého omenta, vejcovod, apendix, srůsty) nebo v otvoru (zevní a vnitřní kýly). Stav a průběh je dán poruchou z překážky na střevu nebo oběhovou poruchou ve stěně střeva. Strangulace se může týkat jen části střevní stěny. Při stlačení mezenteria dochází k hemoragické infarzaci střeva nebo části jeho stěny s rychlým nástupem nekrózy, perforace a vznikem difúzního zánětu pobřišnice. Intenzita příznaků nemocných je dána rozsahem a umístěním strangulace. Krutá a náhle vzniklá bolest spolu se zvracením vede rychle k šokovému stavu. Nemocný je neklidný, bledý, potí se, má tachykardii, někdy i pokles tlaku. Objevuje se dráždění pobřišnice a při vyšetření per rectum může být přítomna krev. Léčbou je neodkladná operace.

- Při invaginaci dochází k vsunutí jedné části střeva do lumen části sousední. Proto bývá řazena k obstrukčním intraluminálním ileům. Většinou se orální část vsune do části aborální, vzácněji je to obráceně. Aby k tomuto stavu mohlo dojít, je podmínkou přítomnost delšího mezenteria. Část střeva, která se vsouvá, se nazývá invaginát. Jako příčina invaginace u dětí se uvádí zbytnělá lymfatická tkáň ve stěně střevní, která je urychlenou peristaltikou při průjemových onemocněních unášena s jemnou tenkou střevní stěnou na jemném mezenteriu střeva a vtažena do následné části střeva. Objevuje se nejčastěji v prvním roce života. U dospělých bývá příčinou slizniční polyp. Nemocný má křečovitě bolesti, je neklidný, zvrací, má poruchu vyprazdňování střeva, ve stolici je krev.
- Léčbou je neodkladná operace.
-

- **Cévní ileus**

- **Etiologie**

- Etiologicky vzniká cévní ileus embolií nebo trombózou mezenterických cév. Dochází k poruše nebo úplné zástavě zásobení střevní stěny kyslíkem. Vzniklá ischemie vyvolává krutou bolest a vede k poruše funkce střeva. Objevují se barevné změny střevní stěny, edém, prosáknutí až nekróza s následným difúzním zánětem pobřišnice.

-

- **Klinický obraz**

- Klinický obraz odpovídá druhu a lokalizaci cévního uzávěru. Příznaky embolie i trombózy jsou velmi podobné, u trombóz je průběh pozvolnější. Konstantním a nejčastějším příznakem cévního ileu je obvykle prudká, šokující, náhlá bolest v břiše, těžko lokalizovatelná, špatně ovlivnitelná opioidními analgetiky. Rychle nastupuje paréza trávicího ústrojí, v břiše je poslechové ticho. Vzniká zprvu nevelké, později nápadné vzedmutí břicha. Objevuje se zvracení, někdy i s příměsí krve. Mohou se objevit průjmovité stolice s příměsí krve, což je známkou již pokročilého onemocnění. Nastupuje toxický stav s počínajícím šokem. Pokles krevního tlaku, tachykardie, bledost. Základem úspěšné léčby je pomyšlet na onemocnění a včas provést mezenterickou angiografii.

- **Terapie**

- Léčba je vždy chirurgická, vyžaduje resekci nevitálního střeva. Dutina břišní se uzavírá jen provizorně a je plánován „second look“, neboť ischemie střeva může pokračovat.

-

- **Ošetrovatelské diagnózy:**

- - akutní bolest - 00132
- - snížený objem tekutin v organismu - 00027
- - nedostatečné znalosti - 00126
- - nauzea - 00134
- - riziko neefektivní gastrointestinální perfuze - 00202
- - narušená integrita tkáně - 00044
- - nespavost - 00095
- - riziko infekce - 00004
- - zácpa - 00011