



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

**Ošetrovatelská péče o nemocnou
s dg. Diverticulitis coli sigmoidei**

*Nursing Care of the Patient with Diverticulitis of the
Sigmoid Colon*

případová studie

bakalářská práce

Praha, březen 2008

Iva Bozenhardová
bakalářský studijní program: Ošetrovatelství
studijní obor: Zdravotní vědy

Autor práce: Iva Bozenhardová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3. LF KU v Praze

Odborný konzultant: MUDr. Bohumil Vach

Pracoviště odborného konzultanta: Chirurgická klinika FNKV

Datum a rok obhajoby: . 4. 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 20.března 2008

Iva Bozenhardová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní PhDr. Marii Zvoníčkové a panu MUDr. Bohumilu Vachovi, za odborné vedení, cenné rady a podněty při zpracování mé bakalářské práce. Svůj dík, bych chtěla i v neposlední řadě vyjádřit lékařům a sestřám na chirurgickém oddělení FTNsP, kteří přispěli ke zpracování praktické části.

OBSAH

1. ÚVOD	7
2. TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1 Tlusté střevo	9
2.1.1 Tlusté střevo - obecně	9
2.1.2 Anatomie tlustého střeva	10
2.1.3 Fyziologie tlustého střeva	11
2.1.4 Vyšetření tlustého střeva – diagnostika onemocnění.....	12
2.1.5 Patofyziologie tlustého střeva	13
2.1.5.1 Vrozené anomálie tlustého střeva	13
2.1.5.2 Poranění tlustého střeva	13
2.1.5.3 Záněty tlustého střeva	14
2.1.5.4 Nádory tlustého střeva – tračníku	16
2.2 Divertikulární choroby tlustého střeva	19
2.2.1 Divertikulóza	19
2.2.2 Diverculitis	20
3. PRAKTICKÁ ČÁST.....	25
3.1 Úvod	26
3.2 Osobní údaje pacientky	26
3.3 Anamnéza pacientky	26
3.4 Stav nemocné při přijetí	27
3.5 Vyšetření pacientky	27
3.5.1 Fyzikální vyšetření pacientky	27
3.5.2 Fyziologické funkce	27
3.5.3 Laboratorní vyšetření	28
3.5.4 Diagnostické zobrazovací metody	28
3.6 Stanovení diagnózy.....	28
3.7 Příjem pacientky na JIP	29
3.8 Předoperační příprava	30
3.9 Operace	32
3.10 Pooperační péče	32
3.10.1 Zajištění pacientky po operaci	32
3.10.2 Pooperační terapie.....	33

3.11 Ošetrovatelská část.....	34
3.11.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	34
3.11.2 Model ošetrovatelské péče.....	36
3.11.3 Ošetrovatelská anamnéza	36
3.12 Ošetrovatelské diagnózy.....	39
3.12.1 Bolest z důvodu operačního výkonu.....	39
3.12.2 Riziko pooperačních komplikací.....	42
3.12.3 Strach z podstatné změny zdravotního stavu (vyvedení stomie).....	45
3.12.4 Porucha integrity kůže z důvodů vyvedení kolostomie	47
3.12.5 Porucha přijetí vzhledu vlastního těla.....	48
3.12.6 Deficit znalostí – nedostatek informací o svém onemocnění	50
3.13 Edukace pacientky.....	51
3.13.1 Předoperační příprava.....	51
3.13.2 Pooperační péče.....	52
3.13.3 Instruktaž.....	53
3.13.4 Komplikace stomií.....	53
3.13.5 Posthospitalizační péče o stomiky.....	55
4. ZÁVĚR.....	56
5. SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY.....	58
6. PŘÍLOHY	
6.1 Seznam užitých zkratk	
6.2 Přehled užití farmakologie	
6.3 Obrazové přílohy	

1. ÚVOD

Svou bakalářskou práci jsem zpracovala ve Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou v Praze, na chirurgické klinice 1. LF UK.

Ve své bakalářské práci se snažím o přiblížení ošetrovatelské problematiky u pacientky s diagnózou diverculitis coli sigmoidei, která na podkladě poruchy pasáže ze zánětlivých změn byla indikována k operačnímu řešení – operace dle Hartmanna (Harmannova resekce), při které ji byla na dočasnou dobu vyvedena kolostomie.

V teoretické části se zabývám anatomíí, fyziologií, patofyziologií příslušné postižené oblasti, klinickým obrazem onemocnění, základními vyšetřovacími metodami vedoucími k diagnóze a následně terapii onemocnění.

V ošetrovatelské části své práce používám metodu ošetrovatelského procesu, který vychází z modelu „funkčního zdraví“ M.Gordonové. Analýzou informací ze zdravotnické dokumentace, informací získaných od nemocné, jejích příbuzných, informací od ostatních členů zdravotnického týmu a vlastního pozorování jsem stanovila problémy, resp. ošetrovatelské diagnózy.

Práci uzavírá přehled použité literatury a přílohy.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Tlusté střevo

2.1.1 Tlusté střevo - obecně

Tlusté střevo je součástí trávicího systému (ústrojí, soustavy), který umožňuje příjem potravy, její strávení a vstřebání látek z ní uvolněných. Člověk přijímá potravu, aby z ní získal živiny pro tvorbu tkání v období růstu a k doplňování jejich přirozeného opotřebení v dospělosti, energii pro činnost živé hmoty v organismu a některé další látky pro organismus nezbytné.

Trávicí trakt (zažívací, gastrointestinální systém) zabezpečuje:

- příjem a mechanické rozmělnění potravy,
- chemické zpracování potravy rozložením na jednoduché látky – živiny,
- vstřebávání těchto látek do vnitřního prostředí organismu,
- odstranění nestravitelných, odpadových a nadbytečných látek

Trávicí systém tvoří soustava trubicových orgánů a do nich ústící žlázy.

Složení trávicí trubice : - **dutina ústní (cavum oris)**

- **hltan (pharynx)**

- **jícen (oesophagus)**

- **žaludek (ventriculus, gaster)**

- **tenké střevo (intestinum tenue) – 3 části:**

dvanáctník (duodenum)

lačník (jejunum)

kyčelník (ileum)

- **tlusté střevo - tračník (intestinum crassum)- skládá se z:**

slepé střevo (caecum) + červovitý výběžek (appendix)

tračník (colon): vzestupný tračník (colon ascendens)

jaterní ohbí (flexura hepatica))

příčný tračník (colon transversum)

slezinné ohbí (flexura lienalis)

sestupný tračník (colon descendens)

esovitá klička (colon sigmoideum)

konečník (rectum)

- řitní otvor (anus)

2.1.2 Anatomie tlustého střeva

Tlusté střevo (colon, intestinum crassum) je uloženo prakticky po celém břiše obvodu dutiny břišní, měří asi 1,5 m a má průsvit 5-8 cm. Navazuje na konec ilea a končí análním otvorem.

Slepé střevo (caecum) je nejobjemnější oddíl tlustého střeva, na vnitřní ploše do něj ústí střevo tenké (které je od něj odděleno Bauhinskou chlopní) a od jeho dolního okraje odstupuje červovitý přívěšek (appendix vermiformis).

Pokračováním slepého střeva je tračník (colon), který vystupuje v pravé polovině dutiny břišní směrem k játrům, jako tračník vzestupný (colon ascendens), pod játry se ohýbá (flexura hepatica) a směřuje horizontálně jako tračník příčný (colon transversum) pod slezinou, znovu se obrací (flexura lienalis) a sestupuje po levé straně dutiny břišní jako tračník sestupný (colon descendens) před vstupem do malé pánve se esovitě zatačí esovitá klička (colon sigmoideum) a ve vyhloubení křížové kosti přechází do konečné části tlustého střeva i celé trávicí trubice, konečnicku (rectum), který vyúsťuje na povrch tělním otvorem řitním (anus).

Caecum, colon ascendens, flexura hepatická a orální část transversa tvoří pravou polovinu colon. Aborální část transversa, slezinné ohbí, colon descendens, sigmoideum a rectosigmoideum tvoří levé colon.

Vzestupný a sestupný tračník jsou fixovány k retroperitoneu, příčný tračník a sigmoideum jsou v břišní dutině fixovány a vyživovány přes mezokolon. (viz. 6.3 Obrazová příloha, příloha č.1)

Stavba stěny tlustého střeva

Stěna tlustého střeva má čtyři vrstvy: sliznici, submukózu, svalovou vrstvu a serózu. V retroperitoneálních úsecích chybí jedna ze čtyř vrstev stěny – seróza.

Cévní zásobení

Cévní zásobení je zajištěno několika tepnami – pravou polovinu tračnicku až po slezinné ohbí zásobuje arteria colica dextra a arteria colica media (větve arteria mesenterica superior), aborálně od slezinného ohbí je tračník zásoben krví z arteria colica

sinistra z arteria mesenterica inferior. Úsek tračnicku mezi a. colica media a a. colica sinistra zásobuje tepenná spojka – anastomosis magna (Halleri, Riolani). Konečník je z kraniální strany zásobován tepennou krví z a.rectalis superior, z kaudální strany haemorrhoidálními tepnami. (viz. 6.3 Obrazová příloha, příloha č.1)

Lymfatický systém

Lymfatický systém střeva tvoří lymfatické uzliny a lymfatické cévy. Lymfatické cévy provázejí průběh tepen a žil a vytvářejí plexy, do kterých jsou vřazeny lymfatické uzliny. Podle lokalizace se uzliny dělí do skupin, z nich nejbližší jsou v blízkosti střeva a nejdálší při ústí velkých cév (na tenkém střevě tři etáže uzlin, na tlustém čtyři). Na tračnicku jsou nejbližší střevu epikolické uzliny. (viz. 6.3 Obrazová příloha, příloha č. 2)

Při chirurgické léčbě je znalost cévního zásobení střeva nezbytná pro operativu (zachování vyživujících cév, využití cév jako orientace při odstranění mízních uzlin zejména při operacích pro nádor) a také z hlediska diagnostiky a léčby chorob vyvolaných poškozením cévního zásobení střeva (např. ischemická kolitida, embolie a trombózy).

2.1.3 Fyziologie tlustého střeva

V tlustém střevě probíhá poslední fáze trávení obsahu, který se přesunován ze střeva tenkého. Primárními funkcemi tlustého střeva je resorbce (zahušťování vstřebáváním vody, tekutý obsah se mění ve formovanou stolici), motilita (promísení obsahu a posun aborálním směrem), sekrece (sekrece hlenu, který usnadní průchod formované stolice distálními úseky střeva) a intraluminární trávení (viz dále).

Důležitou funkcí tlustého střeva je posun obsahu kyvadlovými a peristaltickými pohyby. Ocitne-li se střevní obsah v konečníku, vzniká pocit nutkání na stolici z nervového ústředí v bedrokřížovém úseku míchy .

V proximální části colon dochází k absorpci vody a elektrolytů více, než je tomu v colon descendens a v rectu. Rovněž motilita a intraluminární trávení jsou v různých částech střeva rozdílné. Ztráta funkce tlustého střeva ať již chorobou nebo díky chirurgickému zásahu, zvyšuje denní ztráty tekutin a elektrolytů, zvláště NaCl.

Každý den se do caeca dostává 1000-2000 ml obsahu tvořeného v 90% vodou. Tento obsah je zahuštěn do té míry, že stolicí odchází pouze 100-200 ml vody.

Tlusté střevo plodu je sterilní, avšak záhy po narození dochází k bakteriálnímu osídlení (bakteriální flóra). Bakteriální střevní flóra se podílí na syntéze biotinu, kys.listové

a vitamínu K, na metabolizování žlučových solí na žlučové kyseliny a také na hydrolýze močoviny na amoniak. Více než 95% normální střevní flóry je tvořeno anaeroby. V čerstvé stolici můžeme nejčastěji nalézt *Bacteroides fragilis*, *Lactobacillus bifidus*, klostridia a různé druhy koků. Aerobní flóru tvoří hlavně koliformní bakterie (*Escheria coli*, *Klebsiella*, *Proteus* a *Enterobakter*) a enterokoky (*Streptokokus faecalis*).

Tlusté střevo, konečník a řitní otvor nejsou k životu nezbytně nutné (například oproti tenkému střevu) a lze je v různém rozsahu odstranit.

2.1.4 Vyšetření tlustého střeva – diagnostika onemocnění

Diagnostický postup má směřovat od základních vyšetření ke speciálním, od jednoduchých ke složitým, od neinvazivních k invazivním.

Základem vyšetření je anamnéza (zaměřená k údajům o trávení a vyprazdňování) a vyšetření fyzikální (povšechné vyšetření, vyšetření břicha a vyšetření per rectum). Při celkovém vyšetření pátráme po známkách hubnutí, poruchách výživy a pasáže GIT (průjmy, zácpy), poruchách hydratace, na břiše hmatných rezistencí, per rectum po hmatných tumorech, po stavu análního svěrače, na konci tohoto vyšetření na rukavici po zbytcích stolice a případných příměsích. Jedná-li se o vyšetření akutní, snažíme se prokázat známky lokalizovaného nebo difuzního peritoneálního dráždění, známky obstrukce, při krvácení potvrzení přítomnosti krve aj. anamnéza a fyzikální vyšetření vždy předchází dalším vyšetřením – metody zobrazovací, endoskopické a laboratorní.

Zobrazovací metody:

Nativní RTG snímek ve stoje – umožňuje při onemocnění střeva posoudit distribuci plynu ve střevě a odhalit, a především – potvrdit přítomnost hladinek ve střevě při střevní neprůchodnosti, event. přítomnost vzduchu ve volné dutině břišní při perforaci.

Rentgenologicky sledovaná pasáž tenkým střevem s podáním kontrastní látky ústy, a enteroklýza, tzn. aplikace kontrastní látky do dvanáctníku zavedenou sondou. Na toto vyšetření je nutná příprava střeva.

Irrigografie = RTG vyšetření tlustého střeva. Podání kontrastní látky retrográdně konečníkem do předem vyprázdněného tračníku, doplněné posléze insuflací vzduchu.

2.1.5 Patofyziologie tlustého střeva

2.1.5.1 Vrozené anomálie tlustého střeva

Diagnostikují a léčí se již v dětství.

1. **Atrézie a stenóza tračníku** se vyskytují zřídka, častější je zúžení lumen tračníku při atréziích tenkého střeva.
2. **Malrotace střeva** – stavy vyplývající z poruchy různých fází rotace střeva během nitroděložního vývoje
3. **Hirschprungova choroba** – je porucha vyplývající z absence ganglií, jejímž výsledkem je trvalý spasmus aganglionárního úseku tračníku a recta. Choroba postihuje děti počínaje novorozenci. Léčba je chirurgická, spočívá v resekci postiženého úseku.
4. **Ideopatické megacolon** se považuje za nepravé megacolon, nejspíše na vrozeném podkladě, způsobené nezralostí gangliových buněk střevních plexů.(2)

2.1.5.2 Poranění tlustého střeva

Poranění tlustého střeva je poměrně vzácné ve srovnání s poraněním tenkého střeva. Je to dáno značnou pružností tračníku, uložením v hloubce dutiny břišní i menší délkou tlustého střeva.

Příčiny:

- a) úrazové poranění břicha
- b) iatrogenní poranění (při kolonoskopii, irrigoskopii, apod.)

Dělení poranění:

- a) otevřená (bodná, střelná poranění)
- b) zavřená (stlačení břicha při kterém dochází k perforaci střeva, poškození cévního zásobení)

Příznaky:

- peritonitida

- na prostém RTG snímku (ve stoje nebo laterogramu) - pneumoperitoneum
- zástava střevní pasáže
- příznaky sepse

Terapie:

Při podezření na poranění tlustého střeva je nutné chirurgické řešení, které spočívá v laparotomii, revizi dutiny břišní, event. revizi retroperitoneálního prostoru. Zjištěnou perforaci lze vyjímečně ošetřit pouhým stehem, ve většině případů je třeba připojit dočasnou protektivní kolostomii nad perforací event. ileostomii.

Nezbytnou součástí ošetření poranění tlustého střeva je přeočkování proti tetanu, neboť původce tetanu (*Clostridium tetani*) může být přítomen v tlustém střevě.

2.1.5.3 Záněty tlustého střeva

Ze zánětlivých onemocnění tlustého střeva jsou předmětem chirurgického léčení nejčastěji diverticulitis, colitis ulcerosa (proktokolitis) a enteritis regionalis (Crohnova choroba)

DIVERCULITIS (viz. 2.2.2 Diverticulitis)

COLITIS ULCEROSA (PROKTOKOLITIS)

Onemocnění postihuje celé tlusté střevo. Zpravidla začíná v konečníku, odkud se šíří orálním směrem, ale nikdy nepřechází na tenké střevo. Postižena je především sliznice, zpočátku je zduřelá, hyperemická, křehká, později vznikají erose, ulcerace, zánětlivé polypy i stenózy.

Výskyt:

Choroba se vyskytuje převážně u mladších osob, průběh je periodický s atakami opakujícími se v intervalech několika měsíců až let.

Etiologie:

Etiologie je nejasná, značný vliv se zdají mít faktory psychické, konstitucionální založení a poruchy imunologické.

Klinické příznaky:

Průjmy s hlenem a krví, tenesmy (nutkání na stolici), bolesti v levé polovině břicha, v těžších případech horečky, anemie, kachexie.

Diagnostika:

Digitální vyšetření per rectum, rektoskopie, kolonoskopie, irrigografie.

Terapie:

- a) konzervativní – u lehčích forem dieta, sulfonamidy, kortikoidy, vitamíny
- b) chirurgická – asi u 20 % pacientů při pokročilých organických změnách či komplikacích (perforace, krvácení, maligní zvrát).

Operace:

1. Totální kolektomie (proktokolektomie) s trvalou ileostomií (odstranění střeva a konečníku v celém rozsahu s trvalým vyústěním tenkého střeva ve stěně břišní).
2. Subtotální kolektomie s ponecháním konečníku a ileorektální anastomózou.

ENTERITIS REGIONALIS (CROHNOVA CHOROBA)

Jde o úsekové postižení střeva granulomatózním procesem se současným postižením příslušného úseku mezenteria.

Crohnova nemoc se může vyskytovat v kterékoliv části zažívacího traktu, na tlustém i tenkém střevě, žaludku i jícnu. Má sklon k tvorbě píštělí, abscesů.

Etiologie:

Etiologie je nejasná, uvažuje se infekci, poruchách imunity.

Klinické příznaky:

Typické jsou průjmy, krvácení, jindy příznaky stenózy, ileózní stavy, bolesti břicha, vzhledem k časté lokalizaci v oblasti ileocaekálního přechodu bývají pacienti často operováni pro domnělou apendicitidu. U pokročilých stádií kachexie, anemie, sepse.

Diagnostika:

Endoskopie, irrigoskopie

Terapie:

1. Konzervativní terapie – dieta, vitamíny, sulfonamidy (salazopyrin), kortikoidy, imunosupresiva
2. Chirurgická terapie je indikována asi u 2/3 pacientů pro krvácení, perforace, ileus, píštěl, sepsi.

Operace:

- a) Vyřazovací – anastomózy, ileostomie, zpravidla jen dočasně u akutních stavů.
- b) Resekční výkony v rozsahu postižení střeva.

Značným problémem je poměrně vysoké procento recidiv (30%). Proto je třeba nemocné dlouhodobě sledovat a léčit zajišťovací terapií.

2.1.5.4 Nádory tlustého střeva - tračníku

Nádory tračníku jsou benigní a maligní.

A. Benigní nádory

Nejčastější jsou **adenomy**, dále **leiomyomy**, **haemangiomy**, **lipomy**, **neurofibromy**. Adenomy se jeví mikroskopicky jako polypy, vyskytují se buď jednotlivě nebo jsou mnohočetné (polyposa). Asi ve 25 % dochází k maligní přeměně adenomu v karcinom.

Klinické příznaky:

Krvácení, časté stolice.

Diagnostika:

Vyšetření per rectum, rectoskopie, irrigoskopie, kolonoskopie

Terapie:

Excize polypu různými přístupovými cestami dle lokalizace. Nezbytné je histologické vyšetření a dispensarizace pacienta. U familiární polypózy, což je dědičné onemocnění, při němž je postižen difuzně tračník i konečník, se provádí totální kolektomie s ileostomií, u mladých lidí a při malém postižení konečníku je hodnější ileorectální anastomóza. Zbytečný odklad operace může být nebezpečný, neboť poměrně brzy dochází k malignímu zvratu.

B. Maligní nádory

Převážně karcinom, sarkom velmi vzácně. Rakovina tračníku tvoří asi 10 % všech orgánových rakovin a její výskyt v posledních letech narůstá v souvislosti s civilizačními vlivy.

Klinické příznaky:

Jsou závislé na lokalizaci nádoru.

a) Rakovina pravé poloviny tračníku.

Jelikož v této části tlustého střeva je stolice řídká a lumen střeva je široké, karcinomy v této lokalizaci zůstávají dlouho bez příznaků, projevují se zpravidla až při rozsáhlém nálezů anémií, kachexií, hmatným tumorem v břiše.

b) Rakovina levé poloviny tračníku

Lumen střevní je zde užší, stolice tužší, proto se již poměrně malé nádory brzy klinicky projevují poruchami pasáže, střídáním zácpy a průjmu, krvácením.

Diagnostika:

Vyšetření per rectum, pohmat břicha, rektoskopie, irrigografie, kolonoskopie, CT, PET, tumorové markery.

Terapie:***Chirurgická terapie***

Náročnost operací na tlustém střevě spočívá především v nebezpečí infekce střevním obsahem. Nezbytná je dokonalá předoperační příprava celková a místní.

Operace radikální – odstranění úseku střeva s nádorem a regionálními uzlinami.

Provádí se následujícími výkony.

- 1) při postižení pravé poloviny tračníku pravostranná hemicolectomie
- 2) při výskytu nádoru v levé polovině tračníku levostranná hemicolectomie
- 3) za zvláštních okolností pouze resekce kratších úseků (sigma, transversum)
- 4) při výskytu rakoviny na více místech subtotální nebo totální kolektomie

Operace paliativní jsou prováděny u nádorů neoperabilních buď pro místní poměry nebo při generalizaci (mnohočetné meta v játrech).

Patří k nim: a) anastomózy

b) krátké lokální resekce

c) kolostomie

Kolostomie je vyústění tlustého střeva břišní stěnou. Je zakládána nejen u inoperabilních nádorů, ale i při ileózních stavech, při poranění colorecta, u píštělí, k zajištění anastomóz, při radikálním odstranění konečníku.

Druhy kolostomií:

- 1) Nástěnná, která derivuje střevní obsah jen z části
- 2) Axiální (osová) – vyústění přívodné i odvodné kličky samostatně ve stěně břišní
- 3) Terminální – při amputaci konečníku nebo Hartmannově resekci, kdy se zbylá část esovitě kličky vyvede stěnou břišní. (viz. 6.3 Obrazová příloha, příloha č. 4)

Terapie zářením (aktinoterapie)

U rakoviny tračníku se užívá jako doplňující terapie při tumorech recta. Provádí se buď předoperačně nebo pooperačně. Dává se přednost předoperační aktinoterapii před pooperační, neboť při pooperační dochází k částečnému porušení tenkých kliček.

Chemoterapie

Chemoterapie se používá jako doplňující léčba po radikálních operacích.

Prognóza rakoviny tračníku je vcelku příznivá pouze po radikálních operacích, 5 – leté přežití činí 40-60 %.

2.2 Divertikulární choroba tlustého střeva

Divertikuly (střevní výchlípky) jsou častější v tlustém střevě než v jiných částech gastrointestinálního traktu. Colonické divertikly jsou získané a klasifikujeme je jako pravé a nepravé divertikly. Nepravými divertikly jsou nazývány takové divertikly, které se skládají pouze ze sliznice a submukózy, která herniovala skrze svalovou vrstvu. Pravé divertikly, obsahují všechny vrstvy střevní stěny, jsou v colon vzácností. Colonické divertikly jsou pulsání, neboť jsou vytvářeny intraluminárním tlakem. Asi v 95% se divertikly vyskytují na sigmatu.

Kulturní faktory a zvláště dieta hrají v etiologii důležitou úlohu. Hlavní ovlivňující složkou diety je přítomnost vlákniny v požité stravě. Patogeneze divertikulární choroby vyžaduje defekt ve střevní stěně a zvýšený tlak uvnitř střeva – kdy maximum je v sigmatu (vznikají v místě přechodu cév stěnou střevní).(12)

2.2.1 Divertikulóza

Divertikulóza je přítomnost mnoha nepravých divertiklů.

Klinické nálezy:

Symptomy a příznaky:

Divertikulóza pravděpodobně zůstává asymptomatickou v 80% případů a bývá nalezena náhodně při irigoskopii nebo endoskopii. Symptomatologie, která se přičítá divertikulóze je prakticky vyjádření komplikací – krvácení a zánětu. Symptomy (občasné bolesti, obstipace, průjem) u pacientů s nekomplikovanou divertikulózou jsou způsobeny poruchou střevní motility a divertikulóza je pouze přidruženým jevem. Fyzikálním vyšetřením lze zjistit plnost v levém dolním břišním kvadrantu, kde může být levé colon někdy palpovatelné jako tuhá trubice. U těchto pacientů s bolestmi, ale bez zánětu, není ani teplota, či leukocytóza. (12)

Rentgenologické vyšetření:

Irigografie kromě divertiklů může znázornit segmentární spazmy a svalové zesílení stěny střevní v podobě zubovité deformace a zúžení střevního lumina.

Diferenciální diagnostika:

Příznaky bývají podobné při postižení dolního konce tlustého střeva pro tumor. Dále nutno rozlišit od levostranné cystopyelitidy, levostranné adnexitidy u žen, vertebrogenních příčin, někdy i od postižení kaudy pankreatu. Důležité je tedy pečlivé odebrání anamnézy.

Komplikace:

Masivní krvácení. Divertikulitida viz níže.

Terapie:

- A. Konzervativní léčba
- B. Chirurgická léčba

Prognóza:

Patogeneze divertikulózy není přesně známa. Asi u 10-20% dlouhodobě sledovaných pacientů se rozvine divertikulitida nebo krvácení. Asi 75% komplikací divertikulární choroby se vyvine u nemocných, kteří před tím nikdy neměli žádné střevní obtíže. (12)

2.2.2 Diverticulitis

Příčinou vzniku divertikulitidy je stagnace střevního obsahu, která vede k infekci a zánětu divertiklu (výchlipky). Divertikly jsou lokalizovány nejčastěji na sestupném tračníku a esovité kličce, jejich výskyt stoupá s věkem, hlavně po 50. roce. Většinou se jedná o tzv. divertikly nepravé, jejichž stěnu tvoří pouze sliznice a seróza, chybí svalovina, což znemožňuje aktivní vypuzení stolice z divertiklu.

Zpočátku bývá postižen zánětem pouze jeden divertikl, obvykle esovité kličky. Infekce postihující malý divertikl nemusí způsobit žádnou symptomatologii, ale jestliže se infekce rozšíří střevní stěnou do peridivertikulární, stává se tato afekce klinicky manifestní. Peridivertikulitida znamená, že se divertikl zanítil nebo perforoval, ale tento proces se vyvíjí spíše postupně.

Makroperforace vyústí v bakteriální kontaminaci a tím i těžkou infekci, která přechází v absces nebo peritonitidu, event. flegmónu retroperitonea při perforaci divertiklu do mezokolonu. Absces může být obklopen okolními tkáněmi, může se zvětšovat a šířit,

může se rezorbovat pomocí antibiotické léčby nebo spontánně drénovat do střevního lumina, či do okolních orgánů za současné tvorby píštělí. Vyžaduje chirurgickou drenáž, neboť může perforovat do volné dutiny břišní a způsobit difúzní perulentní peritonitidu, neboť se stal chronickým. Jiným mechanismem vzniku peritonitidy je prasknutí divertiklu do volné dutiny břišní s následnou kontaminací stolicí, výsledná sterkorální peritonitida má vysokou mortalitu až 20%.

Podstatné pro diagnózu:

- akutní břišní bolest
- ztužení a hmatná rezistence v levém dolním břišním kvadrantu
- teplota a leukocytóza
- charakteristické rentgenologické znaky

Klinické nálezy:

Symptomy a příznaky:

Akutní ataka vyvolá lokalizovanou břišní bolest, která je středního či těžkého stupně, je trvalá nebo křečovitá a připomíná akutní apendicitidu s tím rozdílem, že je lokalizovaná do levého dolního břišního kvadrantu. Někdy postihuje celý podbříšek. Konstipace nebo zvýšená frekvence defekace (může být obojí u téhož pacienta) jsou časté, odchod větrů může od bolesti ulevit. Nauzea a zvracení závisí na lokalizaci a tíži zánětu. Charakteristický fyzikální nález je tvořen subfebrilií, střevní břišní distenzí, citlivostí v dolním břišním kvadrantu. Okultní nebo méně často větší krvácení je možno prokázat ve stolici, není však podmínkou. Leukocytóza bývá nízká až střední. Klinický obraz popsany výše je typický, ale akutní divertikulitida se může projevovat i jinými symptomy. Volná perforace divertiklu způsobí difúzní peritonitidu spíše než lokalizovaný zánět. Akutní ataka divertikulitidy může probíhat nepozorovaně až do doby rozvinutí komplikace, což je obvykle důvod, proč pacient vyhledá pomoc. V některých případech bolest ani zánětlivé známky nejsou dostatečně vyjádřeny a převládne příznak hmatné rezistence se střevní obstrukcí, takže se nabízí daleko více diagnóza karcinomu levého tračníku.

Rentgenologická vyšetření:

Prostý snímek břicha může ukázat volný vzduch v případech, kdy divertikl perforoval do volné dutiny břišní. Je-li zánět lokalizován, lze na snímku vidět ileus, částečnou střevní obstrukci, obstrukci tenkého střeva nebo infiltraci v levém dolním kvadrantu.

CT stále více nahrazuje irigografii ve funkci iniciálního vyšetření. Může se provádět již v počátcích onemocnění a obvykle je podpořeno intravenózním a perorálním podáním kontrastní látky. V případě divertikulitidy je vidět postižení perikolického tuku, stejně tak jako komplikace, jimiž jsou absces nebo píštěle. Někdy tento nálezn musí odřejmit následná kolonoskopie a irigografie.

Irigografie baryem je kontraindikována během akutní ataky divertikulitidy z obavy úniku barya do peritoneální dutiny. Vyšetření lze provést s odstupem.

Speciální vyšetření:

Rectoskopie nebývá velkým diagnostickým přínosem. Může být viditelný erytém, edém a spazmy. Někdy lze pozorovat hnisavý výtok.

Kolonoskopie se nemají během akutní ataky užívat, ale jsou velmi prospěšné při vyšetření striktur a ostatních abnormalit v pozdějším období.

Diferenciální diagnostika:

Volnou perforaci divertikulů s generalizovanou peritonitidou je velmi těžké diferenciovat od ostatních příčin perforace. Akutní divertikulitida s lokalizovanou perforací může simulovat apendicitidu, perforovaný karcinom tlustého střeva, strangulaci, Crohnovu chorobu apod. určitou pomoc v diferenciaci těchto onemocnění poskytuje anamnestický údaj střevní symptomatologie v minulosti, hmatná infiltrace a pomocná vyšetření. Ačkoli irigografie a koloskopie mohou v těchto případech udělat jasno, mnohdy lze stanovit diagnózu až po chirurgickém získání preparátu, který vyšetří patolog. Přetrvávající krvácení nemá být přičítáno divertikulární chorobě, dokud nebyl zcela bezpečně vyloučen karcinom.

Komplikace:

Klinické spektrum divertikulitidy zahrnuje i komplikace jakými jsou volná perforace a absces, tvorba píštělí a částečná obstrukce. Obstrukce tlustého střeva obvykle ustupuje pomalu a bývá inkompletní. Obstrukce tenkého střeva může být způsobena přichycením kličky tenkého střeva k zánětem změněnému sigmatu.

Terapie:

Konzervativní terapie

Léčba akutní diverkultidy obvykle vyžaduje hospitalizaci. Terapie závisí na závažnosti ataky a obecně platí: nic per os, zavedení nazogastrické sondy, podání infuzí a antibiotik event. chemoterapeutikum. Po odeznění akutního stavu se postupně obnovuje perorální příjem a doporučí se vysokozbytková strava, např. otruby, ovšem nejsou-li přítomny známky striktury. Irigografie je obvykle indikována nejdříve po týdnu od začátku akutní ataky. Kolonoskopie je povinná v případě krvácení nebo jestliže irigografie prokazuje možnost nádoru. U kolonoskopií v akutní fázi hrozí riziko poranění zánětlivě změněného střeva.

Chirurgická terapie

Urgentní operace pro diverkultidu sigmoidea je indikována v případech postupujícího zánětu, abscesu nebo peritonitidy. Na nezbytnost operace ukazuje též bolest břicha, hmatná rezistence, teplota nebo leukocytóza, které nejeví známky zlepšení při konzervativní léčbě ani po dvou dnech.

V případech dobře ohraničeného abscesu může být provedena perkutánní extraperitoneální drenáž. Tato technika je velmi výhodná, neboť dovoluje vyvarovat se urgentních operací a pacienta operovat za klidových podmínek na připraveném střevě. U většiny těchto pacientů je konečným výkonem střevní resekce.

Typ operace závisí na rozsahu střevního zánětu, typu peritonitidy a celkovém stavu nemocného.

a) Primární resekce s anastomózou

Resekce nemocného střeva a provedení primární anastomózy mají velkou výhodu ve vyřešení celého problému jednou operací. Není možné bezpečně anastomósovat střevo tehdy, je-li tlusté střevo edematózní, nebo je-li přítomna závažná infekce v chirurgickém poli, neboť zde existuje vysoké riziko dehiscence anastomózy.

b) Primární resekce bez anastomózy (dvoudobá operace)

Nemocné střevo se odstraní, proximální část tlustého střeva se vyvede jako dočasná terminální kolostomie (viz Obrazová příloha, příloha č. 3) a distální část se slepě uzavře (tzv. Hartmannova operace) Střevní kontinuita se obnoví v druhé

operační době po ústupu známek zánětu. (viz. 6.3 Obrazová příloha, příloha č.4)
Zvyšující se obliba perkutálních drenáží abscesů snižuje nutnost provádění vícedobých operací.

c) Třídobá operace

Třídobá operace spočívá v provedení transversostomie v první operační době a drenáž parakolického abscesu, v druhé době resekce levé kolon, ve třetí době pak uzavření kolostomie. Dnes se tento způsob užívá jen zřídka.

Prognóza:

Asi 25 % nemocných hospitalizovaných s akutní diverkultidou vyžaduje chirurgickou léčbu. Z posledních zpráv vyplývá, že operační letalita je asi 5 % v porovnání s 25 % ještě před několika lety. Částečně má na toto zlepšení vliv rozšířeného používání primární resekce po předchozí perkutální drenáži abscesu. Diverkultida recidivuje asi u třetiny konzervativně léčených nemocných. Většina těchto relapsů se vyvine v prvních pěti letech. Není jisté, zda recidivám diverkultidy lze zabránit zvýšeným příjmem vláknité stravy, přestože tento postup se všeobecně doporučuje. Indikacemi pro elektivní střevní resekci jsou opakující se diverkultidy, perzistující diverkultida (bolest, hmatná plnost, infiltrát, dysurie), stenózy, věk pod padesát let a nemožnost vyloučit karcinom. Letalita elektivní levostranné kolektomie je 2- 4 %. Recidiva diverkultidy po resekci je velmi neobvyklá. (12)

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila pacientku s diagnózou diverculitis coli sigmoidei, která v důsledku poruchy pasáže byla hospitalizována ve Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou v Praze, na oddělení JIP na chirurgické klinice. Na tomto oddělení pracuji již devátým rokem jako zdravotní sestra.

Všechny uvedené údaje jsem získala z chorobopisu a dokumentace pacientky. Pacientka souhlasila s užitím její dokumentace pro tyto účely.

3.2 Osobní údaje pacientky:

Iniciály: E.N.

Rok narození: 1946

Národnost: česká

Trvalé bydliště: Praha

Rodinný stav: vdaná, má již dospělého syna

Povolání: důchodkyně, dříve pracovala jako personální referentka

3.3 Anamnéza pacientky:

OA: Předchozí anamnéza pacientky není nijak významná, nikdy vážně nestonala. Celý život byla značně obézní, bez snahy o redukci váhy.

V roce 1955 podstoupila operaci apendixu pro zánět.

V roce 2001 vyšetřena na interním oddělení pro obstipace, kde bylo provedeno kolonoskopické vyšetření se zjištěním divertikulární choroby. U nás na chirurgickém oddělení hospitalizována pro identické obtíže ve smyslu poruchy pasáže na podkladě diverticulitidy v květnu 2007. Během hospitalizace pacientka léčena konzervativně, chirurgické řešení nebylo nutné. Střevní pasáž se obnovila, pacientce se výrazně ulevilo.

RA: Matka zemřela v 65 letech na rakovinu, otec byl zdrav.

AA: Pacientka alergická na penicilin (dále jen PNC).

FA: Pacientka užívá Acylpyrin 1/2 tablety (dále jen tbl.) ráno, Lipostat tbl.1 x denně.

3.4 Stav nemocné při přijetí

Dvašedesátiletá pacientka E.N. dne 3.1.2008 v pozdě odpoledních hodinách přichází na chirurgickou ambulanci Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou pro zhoršení obtíží s pocity nedokonalého vyprázdnění, nechutenství, počínající bolestí břicha. Odtud byla pacientka vzhledem k předešlé anamnéze odeslána na II.interní kliniku FTNsP. Byla jí nabídnuta hospitalizace s kompletním dovyšetřením zažívacího traktu a observací. Pacientka tuto možnost odmítla a po podepsání negativního reverzu odchází zpět domů. Během večera se její stav prudce zhoršil, začala trpět progredujícími křečovými bolestmi břicha a opakovaně zvracela. Vzhledem k nelepšícímu se stavu opět navštívila chirurgickou ambulanci. Zde na základě vyšetření, které jasně prokázalo poruchu pasáže – status subileosus, byla 3.1.2008 v 22:35 hospitalizována.

3.5 Vyšetření pacientky

3.5.1 Fyzikální vyšetření pacientky

Pacientka při příjmu spolupracovala, byla orientovaná, částečně alterovaná pro bolest, bez známek anémie či icteru. Rozvíjely se známky dehydratace z neustálého zvracení, s projevy sníženého turgoru kůže a stěžovala si na pocity slabosti. Břicho měla mírně nad niveau, meteoristické, poklep bubínkový, palpačně měkké, citlivé, peristaltika snížená, podbřišky měla mírně bolestivé – více vlevo, v levém podbřišku měla hmatnou neurčitou rezistenci. Vyšetření per rectum bylo bez hmatné rezistence v dosahu prstu, bez známek bolestivosti, ampula bez obsahu. Vyšetření ostatních částí těla bylo bez nálezů.

3.5.2 Fyziologické funkce

TT 37,3 °C

TK 85/50 mm Hg

P 120/min

3.5.3 Laboratorní vyšetření

Pacientce byla odebrána krev na statimová vyšetření: biochemii, krevní obraz, koagulační vyšetření, krevní skupinu + Rh faktor.

Z laboratorních nálezů u pacientky byla zjištěna zvýšená hladina leukocytů ($16,5 \times 10^9/l$), hladina hemoglobinu u horní hranice (155g/l) a hematokrit (0,48) značící na známky hemokoncentrace v důsledku zvýšených ztrát tekutin z organismu. Mírně zvýšené ALT (0,61 ukat/l), snížená hladina K^+ (3,0 mmol/l). Ostatní hodnoty byly bez patologického nálezu.

3.5.4 Diagnostické zobrazovací metody:

Pro správné určení diagnózy pacientky byly využity tyto metody:

- Ultrasonografie (SONO):

Nelze brát jako diagnostickou metodu. Břicho je nepřehledné pro meteorismus.

- Rentgenologické vyšetření (RTG) :

Proveden nativní snímek břicha a subfrénií ve stoje. Nález odpovídá subileóznímu stavu s překážkou nejspíše v oblasti sigmoidei.

Rtg snímek byl opakován v průběhu noci, kdy došlo k progresi nálezu. V epigastriu a mezogastriu jsou patrné dlouhé hladinky. Je přítomna chudá pneumatóza tračnicku se sníženým střevním obsahem v kolon ascendens a descendens. Vyšetřující lékař učinil závěr, že se jedná o subileózní stav. S pravděpodobnou překážkou v oblasti colon sigmoideum.

3.6 Stanovení diagnózy

Na základě provedených vyšetření a s ohledem na anamnézu pacientky byla stanovena diagnóza subileózního stavu, který je s největší pravděpodobností způsoben stenózou sigmatu na podkladě zánětlivých změn při diverculitis coli sigmoidei. Pro tuto diagnózu byla pacientka v minulosti již hospitalizována. V této oblasti nelze vyloučit ani přítomnost maligního tumoru vzhledem k hmatné rezistenci.

3.7 Příjem nemocné na JIP

Souhrn terapeutických opatření při příjmu

Zajištění a monitorace základních životních funkcí

Pacientka byla přijata na JIP chirurgické kliniky pro zhoršující se známky dehydratace s kardiopulmonální dekompenzací.

Po uložení na lůžko byla pacientka ihned napojena na pětisvodové EKG, na paži jí byla připevněna manžeta na měření tlaku, na prst horní končetiny nasazen pulsní oxymetr ke snímání zásobování tkání kyslíkem.

U pacientky přetrvává tachykardie (120-125/min), hypotenze (90/55 mm Hg), saturace tkání kyslíkem je snižena (87-88%). U pacientky se objevují počínající známky somnolentního stavu z důvodu těžké dehydratace.

Okamžitě jí byl podán kyslík kyslíkovými brýlemi s průtokem 5l/min, s následnou normalizací SpO₂.

Z důvodu rehydratace pacientky bylo potřeba zajistit dvě žilní linky na pravé horní končetině. Byla aplikována infuze krystaloidů rychlostí 500ml/hod dle ordinace ošetřujícího lékaře.

Ostatní opatření

Vzhledem k opakovanému zvracení byla pacientce zavedena nasogastrická sonda, a permanentní močový katetr ke sledování množství moči a jejího charakteru.

Po zajištění pacientky byly splněny veškeré další ordinace lékaře.

Terapie a ordinace

- 1) Dieta: nic per os
- 2) NGS na spád – kontrola charakteru a množství žaludečního obsahu
- 3) Monitorování P, TK, dechu, SpO₂, TT
- 4) Infuzní terapie :
 - G 10% 1000 ml + inzulín dle glykémie,
 - HAES 6% 500 ml,
 - FR1/1 500 ml, H 1/1 500 ml – další infuze dle TK a bilance tekutin a stavu pacientky

- 5) Ionty :
60 ml KCl kontinuálně do ranních náběrů
- 6) Léky:
Cerucal 3 x 1 amp. i.v.,
Syntostigmin 1 amp. i.m.,
Celaskon 3 x 1 amp.i.v.,
Kanavit 3 x 1amp.i.v.
- 7) Priesnitzův obklad na břicho
- 8) Podání kapénkového klyzmatu
- 9) Bilance tekutin á 3 hod, hodinová diuréza
- 10) Natočit záznam EKG

Během noci došlo ke kardiopulmonální kompenzaci a částečné rehydrataci.

TK 105/60 mm Hg

P 100/min

SpO₂ 97%

TT 37,4°C

Pokus o obnovení pasáže však úspěšný nebyl. Vznikly velké ztráty tekutin (ztráty z NGS, stahování tekutin do tzv. „třetího prostoru“, pocení). Vzhledem k přetrvávající střevní neprůchodnosti byla předpokládána urgentní operační revize a proto lékař indikoval pacientku k akutní kolonoskopii k objasnění příčiny neprůchodnosti.

V ranních hodinách byla provedena urgentní kolonoskopie. Po premedikaci pacientky (Dolsin 50 mg, Seduxen 1 ampule a Buscopan 1 ampule i.v) byl zaveden přístroj pouze do 30 cm, dále nešlo vyšetření pro bolestivost dokončit. Na sliznici nebyl nikde vidět tumor, pouze několik klidných, ojediněle zanícených divertiklů. Jasná překážka nebyla nalezena.

3.8 Předoperační příprava

Vzhledem k tomu, že byla pacientka hospitalizována před operací na našem oddělení, mohu, alespoň rámcově, přiblížit předoperační přípravu pacientky.

Celková předoperační příprava zahrnuje:

a) poučení před operací a psychickou přípravu

Lékař informoval pacientku o nutnosti operace. Seznámil ji s důvody, které ho k tomuto rozhodnutí přinutily. Vysvětlil pacientce jak operace bude probíhat a připravil pacientku na možné pooperační následky (vyvedení stomie). Další předoperační příprava a psychická podpora závisí na sestře, která se o daného pacienta stará. Ošetřující sestra může znovu objasnit některé další dotazy, zmírnit obavy z výkonu, vysvětlit nutná předoperační vyšetření. Největší obavy a často směřované otázky pacientky se týkaly umělého vývodu střeva. Pro pacientku to znamenalo neznámý a nepředstavitelný stav. Po vysvětlení a ujištění o zvládnutí tohoto stavu pacientka podepsala „Souhlas s operací“.

b) všeobecnou přípravu před operací:

- laboratorní vyšetření : hematologické, biochemické a serologické vyšetření krve, zajištění kompatibilní krevní transfuze při potřebě na sál, chemické vyšetření moči
- komplexní interní vyšetření s aktuálním EKG
- základní fyziologické funkce (TK, puls, saturace kyslíkem, teplota)
- anesteziologická příprava k narkóze s ordinací vhodné premedikace
- oholení operačního pole
- očistná koupel s důkladnou hygienou pupeční jizvy
- vyjmutí a uložení zubní protézy
- poučení pacientky o nutnosti nepřijímat nic per os až do operace, ani tekutiny (prevence aspirace při úvodu do narkózy)
- TEP (tromboembolická prevence) – bandáže dolních končetin + podání antikoagulancií (např.Heparin, Clexane)

c) speciální přípravu k operaci:

- součástí této přípravy by mělo být zavedení PMK, NGS a periferního nebo centrálního žilního katetru - vše však již bylo zavedeno při příjmu pacientky
- vzhledem k akutnosti operace střevo nebylo připraveno očistným klyzmatem
- vyšetření ideálního místa a jeho označení pro založení případné stomie.

3.9 Operace

Vzhledem k diagnóze a s přihlédnutím ke všem výsledkům provedených vyšetření byla pacientka indikována k operační revizi břicha. Vzhledem ke stavu, věku a obezitě pacientky bylo počítáno se středně velkým operačním rizikem.

Během operace byla nalezena zánětlivá reakce v oblasti sigmatu s patrným zúžením průsvitu střeva na podkladě opakovaných zánětlivých změn divertiklů. Provedena resekce zánětlivě změněné části sigmatu s dočasným vyvedením terminální sigmoideostomie tzv. Hartmannova operace (viz. 6.3 Obrazová příloha, příloha č.4). Dále provedena laváž a drenáž dutiny břišní, zavedeny tři drény – tygony. Jeden byl umístěn do Douglasova prostoru, druhý do levého paracolia. Tenký tygon zaveden do podkoží v oblasti operační rány z důvodu obezity pacientky.

Operační průběh zvládla pacientka bez komplikací.

3.10 Pooperační péče

3.10.1 Zajištění pacientky po operaci

Ze sálu jsem si pacientku přebrala od anesteziologické sestry. Po obdržení informací od anesteziologa a anesteziologické sestry o stavu pacientky během narkózy byla pacientka převezena na JIP. Zajímají nás především informace o krevních ztrátách, podání krevních derivátů, množství infuzí které byly podány během operace, výdej tekutin (moč, drény, NGS) a podání důležitých léků během operace (např. antiarytmika, antihypertenziva aj.).

U této pacientky byl průběh operace klidný, krevní ztráty minimální.

Po příjezdu na JIP pacientka monitorována, nasazena kyslíková maska vzhledem k nižší saturaci. Oběhově pacientka kompenzována.

TK 115/65 mm Hg

P 98/min

SpO₂ 86%

Pooperační fáze začíná probuzením nemocné z anestézie, která zhoršuje schopnost pacienta reagovat na vnější stimuly. V této fázi se všechny funkce organismu vrátily k výchozí situaci. Bylo důležité pacientce účelně pomáhat.

V pooperační fázi byla má ošetrovatelská péče zaměřena na:

- zotavení nemocné z anestezie
- sledování kardiovaskulárního stavu pacientky
- sledování dýchání a saturace tkání kyslíkem
- sledování teploty těla nemocné bezprostředně po operaci
- sledování bilance tekutin
- sledování psychického stavu pacientky
- poskytnutí pohodlí a bezpečí
- povzbuzování k pohybu
- předcházení komplikacím
- sledování operační rány, drénů, stomie, kanyl
- sledování bolesti

3.10.2 Pooperační terapie

- 1) NGS na spád, čaj po lžičkách po úplném probuzení
- 2) Morfin 20mg v 20ml FR v kontinuálním dávkovači rychlostí 2 ml/hod
- 3) Novalgin 1 amp. i.m. při bolesti
- 4) Celaskon 3 x 1 amp. i.v.
- 5) Kanavit 3x 1 amp. i .v.
- 6) Erevit 2 x 1 amp.i.m.
- 7) Quamatel 2 x 1 amp. i.v.
- 8) Cerucal 3 x 1 amp. i.v.
- 9) ATB - Klion 0,5 g 100 ml á 8 hodin – 1.den
- 10) Heparin 5000 j.s.c. á 8 hodin
- 11) Infuze:
Clinomel N 4 1000 ml/24 hod + Multibionta 1 amp.
H 1/1 500 ml
FR 1/1 500 ml
R 1/1 500 ml

FR 1/1 500 ml

12) Ionty:

KCl 7,45% - množství dle hladiny K⁺

13) Sledování TK,P,SpO₂, TT

14) Bilance tekutin á 3 hodiny

15) Odběr kompletní laboratoře v 17:00

Dle ordinací lékaře byla podávána analgetika v pravidelných intervalech, v prvních dnech opiáty, později analgetika neopiátového typu. Byla zahájena kompletní parenterální výživa (Clinomel N4 – směs glukózy, aminokyselin, lipidů a elektrolytů) s podáním krystaloidů, kdy množství se řídilo bilancí tekutin. Dle laboratorních vyšetření a jejich disbalancí byly doplněny ionty. Po operaci bylo doporučeno pacientce nasadit antibiotika (Klion). Byla aplikována v pravidelných intervalech po dobu osmi dnů. Dále byly aplikovány vitamíny (Celaskon, Kanavit, Erevit) a antikoagulancia, jako prevence tromboembolické nemoci.

Perorální příjem stravy v prvních pooperačních dnech byl omezen jen na čaj po doušcích. Třetí pooperační den dostala k obědu pacientka bujón.

Podle nových poznatků v oblasti medicíny je známo, že pro pacienty je nejlepší zahájit RHB co nejdříve po operaci. V operační den probíhala pouze dechová cvičení na lůžku a první pooperační den zvládla pacientka stoj u lůžka i chůzi kolem lůžka. Každým následujícím dnem byla RHB zátěž pacientce ztěžována úměrně k možnostem a stavu pacientky.

Šestý pooperační den byla pacientka přeložena na standardní septické oddělení.

3.11 Ošetrovatelská část

3.11.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je systematický přístup k ošetrování nemocných, který řeší jejich individuální problémy a je zaměřený na tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby jednotlivce, rodiny a komunity. Ošetrovatelský proces je charakterizován jednotlivými fázemi, kdy sestra pokud možno spolu s nemocným stanoví nejzávažnější

poruchy jeho potřeb, problémy ošetrovatelské péče, plánuje a realizuje jejich uspokojování a následně zhodnotí efekt. (8)

Fáze ošetrovatelského procesu:

1. **Zhodnocení nemocného.** Než se sestra rozhodne pro nejvhodnější způsob ošetrování, měla by být o nemocném dobře informována z hlediska akutního stavu. Dále i z hlediska jeho předchozího vývoje včetně sociální situace a charakteristiky jeho osobnosti ve vztahu k jeho zdraví i nemoci. Je nezbytné zhodnotit nemocného s cílem získat co nejvíce potřebných informací. V první fázi jsou zjišťovány především informace, které pomohou jednak okamžitě zahájit potřebnou ošetrovatelskou péči, jednak jsou zcela zásadní pro stanovení ošetrovatelských diagnóz. Zjišťují se identifikační údaje, současný zdravotní stav a vlastní anamnestické údaje z oblasti zdravotní, psychologické i sociální. K získávání informací se využívají všechny dostupné zdroje, především nemocný a jeho dokumentace, dále příbuzní, členové zdravotnického týmu a spolupacienti.
 2. **Ošetrovatelská diagnóza.** Cílem této fáze je najít to, co nemocného trápí, čím je ohrožen a stanovit významnost těchto problémů pro ošetrovatelskou péči z hlediska sestry i nemocného. Zde jsou vyříděny informace, verbalizují se současně i potenciální problémy nemocného, stanoví se pořadí jejich priorit pokud možno za účasti nemocného.
 3. **Plán ošetrovatelské péče.** Plánování ošetrovatelské péče se uskutečňuje stanovením krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče. Jsou navržena vhodná opatření pro jejich dosažení. V této fázi společně s nemocným a popřípadě jeho rodinou hledáme, jak přispěje ke své léčbě sám pacient, jak pomůže jeho rodina a co zajistí při ošetrování a léčbě zdravotnický personál.
 4. **Realizace plánu.** V průběhu této fáze plní každý z účastníků svou příslušnou roli a úkoly dané ošetrovatelským plánem, které vedou k zajištění prospěchu a relativní pohody nemocného. Současně se získávají další poznatky o nemocném.
 5. **Zhodnocení efektu poskytované péče.** Zde se ukáže, zda bylo dosaženo cíle, poskytne nám další informace o nemocném a pomůže nám v plánování další péče.
- (8)

3.11.2 Model ošetrovateľskej péče

Pro svou práci jsem si vybrala „ Model fungujícího zdraví “ M.Gordonové. Zdravotní stav klienta – pacienta může být funkční nebo dysfunkční a při použití tohoto modelu sestra získá komplexní informace k sestavení ošetrovateľské anamnézy a pak stanoví aktuální i potenciální ošetrovateľské diagnózy a může tak efektivně naplánovat i realizovat svoji práci.

Zdravotní stav člověka je vyjádřením bio-psych-sociální integrace /poruchy v jedné oblasti narušují rovnováhu zdraví celého organismu/.

K posouzení, zda-li je nutná adekvátní úroveň znalostí a dovedností sestry, zejména v oblasti klinické propedeutiky a psychologie a používání určitých standardních nástrojů.

Základní strukturou tohoto modelu tvoří celkem dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka.

Tento model jsem použila ve své práci při získávání informací o mé pacientce.

3.11.3 Ošetrovateľská anamnéza

Údaje, které jsem zaznamenala do ošetrovateľského dokumentace, jsem získala:

- 1) rozhovorem s pacientkou - během příjmu pacientky na naše oddělení a během prvních dvou dnů její hospitalizace
- 2) z lékařské dokumentace a operačního protokolu
- 3) z vlastního pozorování
- 4) další doplňující informace jsem obdržela od příbuzných pacientky

Výchozí diagnóza námi sledované pacientky - dvaadesátiletá pacientka E. N. s diagnózou diverculitis coli sigmoidei. Byla přijata na naše JIPové oddělení pro poruchu pasáže, celkově ve špatném fyzickém stavu. Následně se musela podrobit operační revizi, při níž jí byla na dočasnou dobu vyvedena kolostomie.

Přehled jednotlivých oblastí modelu dle M.Gordonové:

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Nynější hospitalizace je pro pacientku již druhá v relativně krátkém čase se stejnou diagnózou. V roce 2001 byla u pacientky diagnostikována divertikulární choroba. Později se u pacientky vyskytly opakované poruchy pasáže na podkladě divertikulitidy.

Při delším stání pacientka pociťuje bolesti dolních končetin. Nesportuje, ale ráda chodí na dlouhé procházky přírodou. Je v důchodovém věku. Celý život pracovala jako personální referentka, takže neměla mnoho pohybu.

S nutností operace se smířila vcelku dobře, čekala od ní hlavně úlevu od bolestí a problémů, které ji dlouhodobě sužovaly. Po operaci se nedostavilo očekávané výrazné zlepšení celkového stavu. Pacientka velmi špatně snáší vyvedení kolostomie, s jejíž možností byla před operací obeznámena. Trpěla pocity strachu, zda a jak všechno zvládne. Měla strach a obavu z toho, že už nebude moci žít jako dřív, vykonávat činnosti, které má ráda a které udržují její psychickou stabilitu. Pacientka byla úzkostná, nejevila zájem o rozhovor, proto bylo velmi obtížné jí pomoci, neboť špatně spolupracovala. Trpěla pocity méněcennosti před zdravotnickým personálem, před ostatními pacienty i před manželem.

Výživa a metabolismus

Pacientka byla obézní (160cm/95 kg), celý život bojovala s nadváhou. V posledních letech s vypětím sil se jí dařilo udržet váhu stejnou. Vzhledem k onemocnění jí byla doporučena strava se zvýšeným obsahem vlákniny. Pacientka tuto dietu dodržovala. Přes den byla zvyklá popíjet ovocný čaj a minerální vody asi 2 l. Dvakrát denně pila kávu. S přijímáním potravy problémy neměla. O vlastní chrup pečovala pravidelně, dvakrát do roka navštěvovala zubního lékaře. Zubní protézy zatím nemá.

Od přijetí na oddělení nepřijímala pacientka perorálně žádnou stravu ani tekutiny. Výživa jí byla aplikována intravenózní cestou. Příjem potravy touto cestou ji nečinil žádné potíže. Jediným jejím problémem byl zákaz přijímat tekutiny přirozenou cestou. Chuť k jídlu zatím nepociťovala. Měla naopak strach přijímat potravu – důvodem byl strach ze změněného vyprazdňování, které ji trápilo celou dobu.

Pokožku měla pacientka suchou. V době hospitalizace (její imobilizace) měla sklon k potencionálnímu vzniku opruzenin a dekubitů.

Vylučování

S vylučováním stolice měla pacientka problémy již tři roky (obstipace). Pro zlepšení vyprazdňování si pacientka navykla každé ráno pít sklenici vlažné vody. I přesto se problémy s vyprazdňováním opakovaly. Žádná laxancia během svého života neužívala.

Nynější způsob vyprazdňování ji velmi zaskočil a přijímá ho velmi negativně. Stomie je v jejím případě pouze dočasná, ale i přesto má pacientka s touto změnou psychické problémy.

S močením problémy doma neměla, přesto ji byl při příjmu na JIP zaveden permanentní močový katetr.

Aktivita cvičení

V mládí aktivně sportovala, hrála volejbal. Nyní již aktivně nesportuje, chodí pouze na dlouhé procházky do přírody. Pacientka byla před operací naprosto soběstačná.

Nyní po operaci je odkázaná na pomoc zdravotnického personálu. Od prvního pooperačního dne chodí s dopomocí rehabilitační sestry. Hygienu zvládá pouze s pomocí sestry. Sama vidí, že se její fyzický stav od operace den ze dne zlepšuje, cítí se být již o něco samostatnější.

Je vděčná za naši pomoc, ví, že bez ní by to zatím nebylo možné.

Spánek, odpočinek

Doma s usínáním žádné problémy neměla. Spí kolem osmi hodin denně, chodí spát kolem 22.hodiny, vstávala kolem 6.hodiny ranní. Spí v ložnici s manželem, budí se pomocí budíku.

Po operaci špatně spí, důvodem je rušné prostředí na JIP, těší se, že na doma se spáneklepší.

Vnímání, poznávání

Potíže se sluchem nikdy neměla. Asi deset let nosí brýle, které používá pouze na čtení. Orientuje se a odpovídá přiměřeně věku a stavu. V současné době ji sužují bolesti břicha, lokalizované do oblasti operační rány. Nejvíce jí však trápí nově vzniklá situace – vyvedení kolostomie.

Sebekoncepce, sebeúcta

Pacientka se cítí nejistě vzhledem ke změně vyprazdňování. Má obavy, jak nově vzniklou situaci přijme rodina. Na pacientce je patrné, že nechce o svém problému hovořit. Zatím se s nově vzniklou situací špatně vyrovnává.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka bydlí v panelovém domě se svým manželem. Manžel je v důchodovém věku a ještě pracuje. Ze zaměstnání, kde pracovala přes dvacet let má své přátele, s kterými se pravidelně schází.

S manželem žije spokojeně přes 35 let. Syn se před sedmi lety oženil a založil mimo Prahu svou vlastní rodinu. V roli babičky se cítí velmi dobře. Jak jen je to možné navštěvuje svá vnoučata. Nyní má pocit, že je dlouho neuvidí, protože se jim takto nemůže ukázat. Těší se na odpolední návštěvy manžela, ale zároveň se jeho návštěvy obává.

Sexualita a reprodukční schopnost

Pacientka je vdaná. S manželem vychovali jednoho syna. Vzhledem k akutnímu výkonu pacientka neměla zájem o problému sexuality hovořit.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Nynější onemocnění ji činí nervózní, je značně ve stresu. Zatím si neumí představit návrat domů. Bojí se, že nezvládne sama péči o stomii, má strach z toho, jak ji přijme okolí.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka je ateistka. Ve svém životě si nejvíce cení rodiny a přátel, proto jí na jejich mínění tolik záleží.

3.12 Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na základě ošetrovatelské anamnézy. Priority ošetrovatelských problémů byly stanoveny dle mého úsudku.

Vzhledem k tomu, že jsem pacientku sledovala a pečovala o ní v době pooperační, ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny konkrétně k 2. pooperačnímu dni.

3.12.1 Bolest z důvodu operačního výkonu

Definice:

Bolest = stav, kdy jedinec pociťuje a vyjadřuje přítomnost silného, prudkého nepohodlí nebo silně nepříjemného pocitu.

Cíl:

- pacientka bude umět hodnotit intenzitu své bolesti na škále 0-10

- pacientka bude schopna popsat svojí bolest - intenzitu, trvání a charakter bolesti
- její bolest bude oproti počáteční bolesti mírnější nebo vymizí
- pacientka bude znát vedlejší účinky analgetik
- pacientka bude vědět, v jaké formě jsou jí analgetika podávána (kontinuální aplikace Morfinu 2 mg/hod) a jaké jsou možnosti dalšího mírnění bolesti během dne (případná aplikace Novalginu i.m dle potřeby pacientky)
- pacientka bude schopna vykonávat běžné denní činnosti (vstávání z lůžka, chůzi, odkašlávání...)

Plán:

- naučit pacientku znát škálu bolesti od 0-10 a umět zhodnotit její intenzitu
- hodnotit intenzitu bolesti, průběh, trvání a charakter průběžně během dne
- aplikovat analgetika dle ordinace lékaře – kontinuální infuze Morfinu v dávce 2mg/hod i.v., případně aplikovat analgetika neopiátového typu Novalgin 1 amp.dle potřeby
- poučení pacientky o nároku na injekce proti bolesti
- poučení pacientky o vedlejších účincích analgetik – především analgetik opiátového typu
- intervaly podávání analgetik rozvrhnout tak, aby byla většinou podána před větší fyzickou zátěží nebo před spaním
- správná aplikace intramuskulárních injekcí /dle vydaného standardu/
- každá aplikace musí být zaznamenána do dokumentace, opiáty řádně odepsány z opiátové knihy, po podání léku se pak v dokumentaci objeví čitelný podpis sestry (viz.podpisový vzor), která lék aplikovala
- sledovat případné projevy nežádoucích účinků analgetik
- naučit pacientku správnému vstávání z lůžka (přes bok – nejmenší námaha na operační ránu, menší bolestivost)
- naučit pacientku správnému dýchání a odkašlávání
- domluvit se s pacientkou na plánu, jak překonávat bolest (kompresie operační rány rukama při kašli, pevné lůžko, masáže zad, polohování, úlevová poloha)
- požádat nemocnou, aby své bolesti hlásila, jakmile se objeví
- důležitá role psychické podpory

Realizace a hodnocení

Pacientce jsem vysvětlila, jak zhodnotit bolest dle škály bolesti. Svou bolest ohodnotila číslem 3, jako bolest mírné intenzity, kterou pociťuje při každém pohybu. Požádala jsem ji o aktivní spolupráci v následujících dnech, protože jedině tak se nám může podařit její bolest zmírnit a překonat. Ujistila jsem ji, že o její bolesti vím. Budu se snažit ze všech sil její bolesti minimalizovat.

Pacientku jsem poučila o možnosti aplikace analgetik, které může dostat současně s aplikací Morfinu i.v.. Upozornila jsem ji také na vedlejší účinky podávaných opiátů. Po celou dobu aplikace analgetik se vedlejší účinky léku nevyskytly. Stejně tak dobře byla informována o analgeticích neopiátového typu. Mohou jí být podány navíc pokud bude pociťovat bolesti i přes aplikaci Morfinu i.v.. Informovala jsem ji o tom, že v pozdější době dochází k vysazování opiátů a nahrazení analgetiky neopiátového typu. Tyto může dostat podle vlastní potřeby tzn., že pokud bude pociťovat bolest, může si o lék sama říci. Domluvili jsme se spolu, že budeme analgetika neopiátového typu podávat zejména před větší aktivitou. Před rehabilitací, převazy břicha, ranní hygienou atd.. Aplikaci podaného analgetika jsem vždy zaznamenala do dokumentace. Zaznamenala jsem číselné hodnocení bolesti pacientky a to jak před aplikací, tak i půl hodiny po aplikaci analgetika.

Spolu s rehabilitační sestrou jsem od prvního dne pacientku naučila otáčet se správně na lůžku a vstávat. Součástí rehabilitace je i nácvik správného dýchání a odkašlávání. Tento poznatek je pro pacienty velmi důležitý. Každý pacient po operaci dutiny břišní musí vědět, jak si má operační ránu přidršet když odkašlává.

Pacientce byl kontinuálně aplikován Morfin v dávce 2 mg na hodinu i.v. dle ordinace lékaře a Novalgin 1 amp. i.m.. Toto analgetikum neopiátového typu jí bylo aplikováno před rehabilitací, vstáváním z lůžka, ranní hygienou a převazem břicha. Díky tlumení bolesti bylo možno provádět rehabilitaci v plném rozsahu. Patientka mohla během dne sama provádět cviky na posteli, odkašlávat a provádět dechovou rehabilitaci, aby se v krátké době navrátila do své původní kondice. Myslím si, že se mi společně s pacientkou podařilo její bolest minimalizovat natolik, že pacientka byla schopna pohybu na lůžku, rehabilitaci provádět v plném rozsahu. Bolest ji neobtěžovala ani během dne a v noci ji nebudila. Svou bolest po aplikaci analgetik hodnotila číslem 0-1.

3.12.2 Riziko pooperačních komplikací

A) kardiovaskulární komplikace

Cíl:

- pacientka bude kardiopulmonálně kompenzovaná
- pokud komplikace nastanou, budou včas odhaleny a léčeny

Plán:

- u pacientky budou pravidelně v časových intervalech měřeny hodnoty vitálních funkcí – pomocí monitorovací techniky
- včasné odhalení komplikací a včasná léčba
- hodnoty vitálních funkcí budou zaznamenávány pravidelně do dokumentace
- abnormální hodnoty budou ihned nahlášeny ošetřujícímu lékaři

Realizace a hodnocení:

U pacientky jsem monitorovala všechny vitální funkce pomocí monitoru. Hodnoty jsem zaznamenávala do dokumentace. Během druhého pooperačního dne nedošlo ke kardiopulmonální dekompenzaci. Všechny hodnoty vitálních funkcí byly po celý den v normě.

B) tromboembolické komplikace

Cíl:

- u pacientky bude minimalizován vznik tromboembolické komplikace
- u pacientky nedojde ke zvýšené nebo abnormálně prodloužené krvácivosti (z místa aplikace antikoagulancií, po aplikaci injekcí, z operační rány, z drénů, z dásní.....)

Plán:

- aplikace antikoagulancií (Heparin 5000j. s.c. á 8 hodin) v pravidelných dávkách
- bandáže dolních končetin před vstáváním z lůžka
- pacientka se bude aktivně podílet na časně rehabilitaci, ve svém volném čase bude sama cvičit na posteli cviky, které zpočátku bude provádět za pomoci rehabilitační sestry

Realizace a hodnocení:

Dle ordinace lékaře jsem pacientce aplikovala Heparin 5000 j. s.c. á 8 hodin dle rozpisu lékaře. Při aplikaci jsem si všímala místa vpichu, neboť toto místo může po aplikaci antikoagulancií krvácet. Sledovala jsem, zda pacientka netrpí v této době zvýšeným krvácením (např.z dásní, nosu, z místa vpichu, po odebrání krve), protože může být zvýšená krvácivost vedlejším účinkem po aplikaci antikoagulancií. Současně s tím jsem kontrolovala výsledky koagulačních vyšetření, které byly po celou dobu v normě. Nebránilo to tedy v pokračování aplikace antikoagulancií v ordinované dávce.

Nedílnou součástí tromboembolické prevence je především včasná rehabilitace, která byla zahájena hned první pooperační den. Já sama jsem ji nabádala, aby ve volných chvílích cvičila cviky, které ji naučila rehabilitační sestra. Před vstáváním z lůžka jsem pacientce vždy namotala elastické bandáže na dolní končetiny.

C) riziko infekce

Definice infekce:

Stav, při kterém dochází ke zvýšenému nebezpečí zaplavení organismu choroboplodnými zárodky.

Cíl:

- pacientka nebude mít zvýšenou teplotu
- operační rána bude ošetřována lege artis, nebudou přítomny známky komplikovaného hojení
- u pacientky nedojde ke vzniku infekce cestou periferního žilního kateru
- u pacientky nedojde ke vzniku bronchopneumonie
- u pacientky nedojde ke vzniku uroinfekce cestou močového katetru
- pokud dojde ke komplikacím, budou včas rozpoznány a bude zajištěna včasná a účinná léčba

Plán:

- měření teploty v pravidelných intervalech a zaznamenávání teploty do dokumentace
- krytí pacientky antibiotiky – Klion 0,5g i.v. á 8 hod
- podání antibiotik a ostatních léků i.v. za přísně aseptických podmínek

- dodržovat zásady asepse v péči o operační ránu
- péče o periferní kanylu a permanentní močový katetr /dle standardu/
- správné ošetřování stomie, aby nedošlo ke znečištění operační rány
- zabránění vzniku plicních komplikací (bronchopneumonie), včasná mobilizace pacientky, provádění pravidelné dechové rehabilitace, poučení pacientky o nutnosti odkašlávat při současném fixování operační rány rukama

Realizace a hodnocení:

Teplotu u pacientky jsem měřila každé 3 hodiny, zaznamenávala jsem hodnoty teploty do dokumentace. Zvýšenou teplotu jsem nahlásila lékaři. Pacientka během dne byla afebrilní, jen v šest hodin večer jsem naměřila jednorázově teplotu 37,5 C, o které jsem uvědomila lékaře.

Aplikovala jsem antibiotika dle ordinace lékaře jako prevenci infekce v pravidelných intervalech. Z antibiotik byl aplikován Klion 0,5g á 8 hod i.v. krátkou infuzí.

Periferní kanylu pacientky jsem ošetřovala asepticky, na krytí jsem použila standardem doporučené materiály. Pacientku jsem poučila, aby mě informovala, pokud by pociťovala teplo, pálení, či jiné nepříjemné vjemy v oblasti zavedené kanyly. Sama jsem se aktivně zajímala o funkčnost periferní kanyly a sledovala místo vpichu. Periferní kanyla po celý druhý pooperační den byla funkční, bez projevů vzniku infekce v místě zavedení. Pacientka nepociťovala žádné nepříjemné vjemy v oblasti zavedení periferní kanyly.

Operační ránu jsem převázala ráno při vizitě lékaře a dále dle potřeby, tzn. pokud rána protekla. Vše jsem prováděla za přísně sterilních podmínek se sterilními nástroji. Ránu jsem vydezinfikovala, zkontrolovala její hojení. Dále jsem sledovala sekreci z rány, pečovala jsem o průchodnost drénu, zaznamenávala množství a charakter odváděné tekutiny. Nutné bylo zejména dbát o to, aby stomie neinfikovala ránu. Ránu jsem kryla sterilními čtverci. Rána byla po celou dobu bez známek komplikovaného hojení.

Při převazech bylo nutné si všimnout, jak je stomie ošetřena. Opakovaně jsem kontrolovala, zda destička neprotéká, aby nedošlo ke kontaminaci operační rány.

Důležité bylo též nezapomenout na možnost infekce, která mohla do organismu pacientky vniknout cestou močového katetru. Byla nutná zvýšená hygiena v oblasti zavedení močového katetru. Během dne jsem si všimla charakteru moči, příměsí a průchodnosti katetru. Sledovala jsem subjektivní příznaky možného vzniku infekce – pálivá, řezavá bolest v oblasti zavedení katetru a v oblasti močového měchýře. Během

druhého pooperačního dne nedošlo ke vzniku infekce. Pacientka nepociťovala žádné nepříjemné vjemy v oblasti zavedení katetru ani v oblasti močového měchýře. Operační rána byla čistá, suchá, bez projevů infekce. Nedošlo ani ke kontaminaci operační rány z možného zdroje - z důvodu vyvedení stomie.

Po celou dobu hospitalizace jsem dbala na včasnou mobilizaci pacientky. Pravidelnou dechovou rehabilitaci (foukání do balónku), na správnou techniku a nutnost vykašlávání, to vše z důvodu prevence vzniku bronchopneumonie. U pacientky bylo zejména nutné opakovaně upozorňovat na důležitost fixace operační rány rukama při odkašlávání. Během druhého pooperačního dne nedošlo ke vzniku bronchopneumonie.

D) riziko krvácení

Cíl:

- včasné odhalení komplikací

Plán:

- kontrola rány, prosakování obvazu
- kontrola charakteru sekretu, který odvádí drén, především přítomnost obsahu krve a jeho množství
- kontrola laboratorních hodnot koagulačních parametrů pacientky
- kontrola projevů zvýšeného krvácení po aplikaci injekcí – petechie, hematomy

Realizace a hodnocení:

Kontrolovala jsem ránu pacientky, její obvaz a charakter sekretu z drénu. Ránu jsem převázala vždy ráno po vizitě sterilními čtverci. Od té doby byl obvaz suchý, bez poškození. Obsah drénu měl serózní charakter, bez příměsy krve, množství sekretu bylo přiměřené (250ml/24hod). Nedošlo ani k žádným projevům zvýšeného krvácení – petechie, hematomy. Laboratorní výsledky koagulačních parametrů byly v normě.

3.12.3 Strach z podstatné změny zdravotního stavu z důvodu vyvedení stomie

Definice:

Pocit strachu, obav z určitých známých příčin, které se postiženého jedince zmocňují a celkově ho ochromují

Cíl :

- pacientka bude sama pociťovat zmírnění strachu
- pacientka bude pociťovat zvýšení psychické a fyzické pohody
- pacientka bude plně seznámena se svým onemocněním a jeho dalším pravděpodobným vývojem
- pacientka bude vědět na koho se může v případě nouze obrátit

Plán:

- zajistit pacientce dostatek informací o jejím onemocnění
- komunikovat s pacientkou každou možnou volnou chvílí a nenechat ji tak s jejím vnitřním trápením samotnou
- povzbuzovat pacientku při všech jejích aktivitách
- udržovat pacientku v dobré psychické pohodě
- zajistí informovanost rodiny
- umožnit pacientce nepřetržitý kontakt s rodinou
- umožnit rodině spolupráci při péči o pacientku

Realizace a hodnocení:

Pacientce jsem podrobně vysvětlila co to stomie je. Společně se stomasestrou jsme ji ukázaly pomůcky na ošetřování stomie, poskytly informační materiály (letáčky, brožurky a knížky). Na naši žádost jí ošetřující lékař vysvětlil další léčebné postupy potřebné při jejím onemocnění. Obeznámil jí s tím, že stomie je pouze dočasným opatřením, a že po zahojení střeva, jí bude stomie zpátky zanořena. Pacientka se po tomto rozhovoru s lékařem je zklidnila, pociťovala zmírnění strachu a obav do budoucna.

Při příchodu manžela jsem ho se svolením pacientky obeznámila s nově vzniklou situací jeho ženy. Společně se stomasestrou jsme mu vysvětlily, co stomie je, jak se ošetřuje a ukázaly pomůcky, které se při ošetřování stomie používají. Pacientka po návštěvě manžela pochopila, že na svůj problém se stomií není sama. Manžel její nově vzniklou životní situaci pochopil a byl ochoten jí kdykoliv pomoci.

Pacientku jsem stále během dne ujišťovala, že jsem jí kdykoliv k dispozici. Mohla se na mě obrátit se svými problémy. Dávala jsem jí neustále najevo, že na to není sama. Mé pomoci během dne několikrát využila. Některé věci ohledně stomie si nechala znovu vysvětlit a myslím, že můžu s jistotou říci, že u pacientky došlo ke zmírnění stresu a zvýšení psychické a fyzické pohody.

3.12.4 Porucha integrity kůže z důvodu vyvedení kolostomie

Definice:

Stav, při kterém dochází k vývoji poruch kožního krytu.

Vyvolávající příčiny:

- vlivy zvýšené vlhkosti – sekrece z rány, drénů, stomie
- obezita
- omezená pohyblivost po operaci

Cíl:

- pacientka nebude pociťovat svědivost či bolestivost v oblasti kolostomie
- pacientka nebude mít nikde v okolí kolostomie porušenou integritu kůže
- u pacientky nedojde ke vzniku dekubitů ani opruzenin

Plán:

- správné přiložení stomické pomůcky
- během dne opakované kontroly, zda stomická pomůcka drží a nepodtéká
- správně používat ochranné a čistící prostředky na kůži
- správně vystřížený otvor na podložní destičce, pokud se destička uvolňuje, nahradit ji novou
- při odstranění destičky pozorně sledovat eventuální změny na kůži
- pokud vzniknou komplikace v okolí stomie, ihned zahájit intenzivní léčbu
- pokud je pacientka schopna, zajistit pravidelné sprchování alespoň 1krát denně
- pravidelná výměna stomických sáčků
- vybrání pomůcky, na kterou nebude pacientka alergická a bude jí vyhovovat
- naučit pacientku, jak správně připravit a přilepit pomůcku
- bude prováděna pravidelná masáž zad k prokrvení kůže
- prevence vzniku dekubitu v sakrální oblasti
- sestra bude dbát na pravidelnou kontrolu a ošetření míst, kde by mohly vzniknout opruzeniny
- dbát na to, aby predilekční místa opruzenin byla stále suchá (zvýšená hygiena těchto míst, nedovolit, aby se dvě kožní plochy o sebe mohly třít aj.)

- nutit pacientku k otáčení na lůžku, event. pomoci pacientce při polohování

Realizace a hodnocení:

Základem snadného a bezproblémového ošetření stomie je správně vybrané místo pro umístění stomie. Vyhledávání optimálního místa je velmi důležité. Jestliže je stomie špatně umístěna, je její ošetřování značně komplikované. Proto vyhledání jejího optimálního umístění je důležitou součástí předoperační péče. Na pomoc ke správnému vyhledání místa pro stomii jsem si zavolala stomasestru, která je našemu oddělení k dispozici. V okamžiku, kdy bylo rozhodnuto o operaci a pravděpodobnosti provedení stomie se snažila najít ideální místo k tomuto účelu. Místo, které pacientce nebude bránit v ošetřování stomie a kde bude pomůcka dobře držet. Je nutné vzít v úvahu anatomické poměry břicha (kožní záhyby, pupek). Místo jsme vybíraly nejen vleže, ale i vsedě a vestoje.

Ihned na operačním sále byla na stomii přiložena transparentní pomůcka, která umožňovala vizuelní kontrolu stomie.

Během následujících dní nedošlo ke změnám integrity kůže v okolí stomie. U pacientky nedošlo ke vzniku dekubitů ani opruzenin.

3.12.5 Porucha přijetí vzhledu vlastního těla

Definice:

Porucha způsobu, kterým si člověk vytváří obraz o svém vlastním těle. Stav, kdy se postižený jedinec nedokáže vyrovnat a přizpůsobit se vzhledu nebo změnám svého těla.

Cíl:

- snaha o získání maximální důvěry mezi sestrou a pacientkou
- poskytnout spolehlivé informace a pravdivé informace a stále je opakovat
- snažit se docílit toho, aby se nemocná smířila s nově vzniklou situací (vyvedení stomie)
- docílit psychické stabilizace pacientky
- pacientka bude schopna dotknout se stomie, podívat se na své tělo
- naučit pacientku pečovat o stomii, zacházet se stomickými pomůckami
- zajistit pacientce dostatek soukromí a bezpečné prostředí

- informovat pacientku, jaké jsou pomocné zdroje k dispozici (kluby stomiků, psychologická pomoc...)
- zapojit do problematiky i manžela pacientky

Plán:

- získat si důvěru pacientky
- udělat si dostatek času na komunikaci s pacientkou a zajistit co možná nejklidnější prostředí
- podávat pravdivé informace, nezlehčovat nově vzniknou situaci, ale vždy pacientku ujistit, že je možné tuto situaci zvládnout
- v prvních pooperačních dnech jsem pacientce pouze popisovala, jak stomie vypadá a jak tento systém vyprazdňování funguje
- v pooperačních dnech se o stomii stará v celém rozsahu sestra
- vysvětlení pacientce, že na oddělení, kam bude po skončení hospitalizace na JIP přeložena, se stará o pacienty stomická sestra, která se každému „stomikovi“ individuálně věnuje. Učí ho se stomií pracovat, učí ho užívat stomické pomůcky, event. zaučuje příbuzné pokud se pacient nedokáže z nějakého důvodu o stomii sám postarat
- objasňovat nesprávné názory
- pokud je to možné, zajistit soukromí pacientky při převazu
- připomínat dobrou prognózu do budoucna – stomie pouze dočasná

Realizace a hodnocení:

Základem úspěchu mé práce sestry bylo získání důvěry pacientky. Ujistila jsem ji o tom že vím, jak je pro ni nově vzniklá situace těžká. Vynasnažím se ze všech sil jí pomoci, jak jen budu nejlépe umět.

Protože jsem cítila, jak špatně se pacientka se situací vyrovnává a pocituje stud před lidmi, snažila jsem se o to, zajistit pacientce maximální možné soukromí (při převazu stomie i výměně stomického pytlíku). Bohužel, různé situace na JIPu mi to ne vždy úplně umožnily.

V prvních dnech po operaci se pacientka nechtěla na své, jak ona nazývala „zohyzdžené“, tělo ani podívat. Říkala, že se své stomie nebude asi nikdy schopna dotknout, natož o ni pečovat. A to i přesto, že věděla, že stomie je pouze dočasná. Vždy odvracela hlavu při převazu a zavírala oči.

Protože byla pacientka za normálních okolností naprosto soběstačná, snažila jsem se ji pozitivně motivovat. Vysvětlovala a ujišťovala jsem ji o tom, že s péčí a starostmi o stomii ji pomůže stomická sestra. Stomickou sestru jsem osobně informovala o pacientce, o přístupu pacientky k tomuto problému, o jejích obavách a starostech. Na základě toho ji navštívila ještě týž den a vše jí vysvětlila a pacientku tak uklidnila. Odcházela se slovy: „ Nebojte se, mi to spolu zvládneme.... “. Od tohoto okamžiku pacientka změnila svůj názor na nově vzniklou situaci. Snad i díky tomu, že jsem stomickou sestru zavolala, se prohloubila pacientčina důvěra k mým slovům a činům.

Její manžel měl zájem v péči o stomii také pomoci. Na základě prosby pacientky jsem znovu poprosila stomickou sestru o konzultaci. Vysvětlila manželovi vše týkající se péče o stomii.

Na základě všech těchto opatření začala pacientka aktivně spolupracovat.

3.12.6 Deficit znalostí – nedostatek informací o svém onemocnění

Cíl:

- pacientka bude během hospitalizace seznámena se svým onemocněním, porozumí tím smyslu provedené operace a bude znát prognózu svého onemocnění

Plán:

- pacientka bude seznámena se svým onemocněním
- pacientka bude rozumět tomu, proč musela podstoupit operaci
- vysvětlení postupu operace
- pacientka bude znát prognózu svého onemocnění
- pacientka bude seznámena s výsledky histologie

Realizace a hodnocení:

Pacientka základní znalosti o svém onemocnění již měla, protože tato choroba u ní byla diagnostikována již v roce 2001.

Vzhledem k jejím otázkám, které mi kladla po operaci a vzhledem k množství nejasností které pacientka měla, bylo nutné ji vše řádně vysvětlit. Po celý čas, který jsem si na tuto problematiku vyhradila, jsem pacientce vysvětlila, proč tentokrát musela se svým onemocněním podstoupit operaci s následným vývodem stomie. Znovu jsem jí

zopakovala, že divertikulitida je zánět postihující výchlípky střevní stěny, vznikající na podkladě jejího oslabení (nejčastěji při chorobě zvané divertikulóza). Divertikly postihují tlusté střevo, nejčastěji esovitou kličku. Zánět se projeví bolestmi, střevo může až perforovat a vytvoří se absces nebo zánět pobřišnice. Ze zánětu může dojít k zúžení střeva až k obrazu střevní neprůchodnosti, jak tomu bylo právě v jejím případě. Operace je proto urgentní. První etapa spočívá většinou v resekci postiženého úseku na způsob Hartmannovy operace se stomií, která se po několika týdnech zruší.

Pacientka v den přeložení na standardní oddělení byla lékařem seznámena s výsledky histologie. Tyto výsledky prokazovaly zánětlivé změny divertiklů na resekovaném střevě. Pacientka se poté mohla uklidnit. Protože zjištěné výsledky dokázaly, že se nejedná o rakovinu, které se tolik obávala.

Pacientku jsem se snažila po celou dobu pobytu na JIPu pozitivně motivovat. S vrácením stomie bylo počítáno během několika příštích týdnů. Stomie v jejím případě byla pouze dočasná.

3.13 Edukace pacientky – komplexní péče o stomika

Co je stomie? Stomie je uměle vytvořené vyústění dutého orgánu přes tělní stěnu. Je vytvářena nejčastěji pro nemožnost obnovit kontinuitu tohoto orgánu (střevo, močovody) tak, aby jeho obsah odcházel přirozenou cestou. (11)

Řešení pacientova onemocnění radikálním chirurgickým zákrokem, jehož výsledkem je založení stomie, znamená zásadní změnu v jeho dalším životě. Obsahuje vyrovnání se s problémem jak v psychické rovině, kdy se smiřuje s faktem, že má vývod, tak ve fyzické rovině, kdy se musí naučit atonii ošetřovat. V řešení těchto problémů pacientovi pomáhá stomasestra jak v předoperační, tak i pooperační a později ambulantní péči. (11)

3.13.1 Předoperační příprava

Pokud se jedná o plánovanou operaci, je zde větší prostor pro psychickou péči o budoucího stomika. Větší nároky klade situace, kdy je nemocný přijímán k operaci akutně a psychicky naprosto nepřipraven. Takovým pacientům je nezbytné věnovat intenzivní péči nejen o jeho „tělo“, ale také o jeho „duši“.

Nezbytný je souhlas pacienta s provedením zákroku a informovanost pacienta lékařem o diagnóze a postupu operace i možných komplikacích. Informace o stomii poskytujeme jak v písemné formě v podobě brožur a letáků, tak v ústní podobě v rozhovoru pacienta se stomasestrou. Je velmi potřebné poskytnou pacientovi písemný materiál o problematice stomií, protože většinu informací, kterými ho v prvním rozhovoru zahrátíme většinou zapomene. Po sdělení jeho onemocnění prodělává ve svém nitru velké psychické změny a musí se postupně zadaptovat na novou situaci v jeho životě. Není schopen se plně soustředit na sdělované informace a je zde úloha pro sestru, kdy taktem a velkým porozuměním postupně a pomalu nemocného informuje a učí ho přijímat změnu.

Psychologická příprava pacienta spočívá v taktním a srozumitelném rozhovoru o charakteru výkonu, technickém provedení, uklidnění pacienta a umožnění toho, aby se nám svěřil se svými obavami a pocity. Je velmi důležité, aby sestra dokázala v nemocném vzbudit důvěru a spolupráci pro další období péče. Dle přání pacienta sestra spolupracuje také se členem nebo členy rodiny.

Technická příprava spočívá v zakreslení místa vývodu po zhodnocení anatomických poměrů, seznámení s typem systému, aplikace podložky a doporučení stomických pomůcek a v nácviku výměny sáčku na dosud nebolestivém terénu. Vyhledávání optimálního umístění stomie je důležitou součástí předoperační přípravy, neboť její špatné umístění má za následek komplikované ošetřování vývodu a ovlivňuje tak kvalitu života stomika. (11)

3.13.2 Pooperační péče

U plánované operace navazuje edukační pohovor vycházející z rekapitulace písemných materiálů vysvětlení nejasností. Velmi důležité je taktické kladení otázek k dosažení vyjádření obav, myšlenek a pocitů pacienta, souvisejících se stomií.

U akutní operace pro nemocného, který po operaci zjistí, že má vývod na břicho, znamená tato skutečnost obrovský problém a v mnoha případech způsobí psychický šok. Nemocný si uvědomuje závislost na pomoci a péči sestry v té nejintimnější oblasti, neschopnost volního ovládnutí defekace, toho vyplývající ztrátu sebeúcty a zohydření těla.

Úkolem sestry je, aby pomohla nemocnému přijmout novou životní situaci, přijmout stomii jako součást těla a stimulovat ho k aktivnímu způsobu života s přihlédnutím k prognóze onemocnění.

Bezprostředně po operaci je nemocnému aplikován jednodílný výpustný průhledný systém již na operačním sále. Výhodou tohoto ošetření je možnost kontroly vývodu, obsahu, objemu a také tento systém ušetří pacienta traumatizace při jiném způsobu ošetření. Od prvních pooperačních dnů je nutná průběžná revize stomie, její barva, velikost, lokalizace, stav kůže v okolí, funkčnost vývodu, jako je odchod plynů, kvalita a kvantita výměšků.

V prvních dnech po operaci o stomii pečuje sestra a pacient pouze sestru při práci pozoruje. Na základě vědomostí získaných před operací si připomíná nejdůležitější zásady péče o kůži v okolí stomie. Sestra vždy verbálně doprovází úkony, které provádí a nemocnému při každé výměně systému vše opakovaně vysvětluje. Po překlade nemocného na standardní chirurgické oddělení je možné začít se samostatnou výukou ošetřování stomie. Je třeba dbát na fyzickou a psychickou pohodu pacienta a vyvarovat se naléhání, či nucení nemocného ke spolupráci. Jestliže spolupráci odmítá, je úkolem sestry najít příčinu a dle svých možností se jí snažit odstranit. (11)

3.13.3 Instruktaž

Ryze technickým procesem je instruktaž pacienta v používání stomických pomůcek. Vždy respektujeme individuální zájem nemocného o praktický výcvik. Postupně od pasivní účasti nemocného na výměně systému ho vedeme k samostatnému ošetření a výměně pomůcek, dle přání nemocného za účasti příbuzné osoby. Sestra pacienta učí jak ošetření stomie a výměně systému, tak o likvidaci použitých pomůcek. O nabídce sortimentu, dále ho postupně informuje o dietních doporučeních, o kontaktech na stomickou sestru a také o existencích klubu pro stomiky. (11)

3.13.4 Komplikace stomií

Časné komplikace stomií

V bezprostředním pooperačním období se mohou vyskytnout tyto komplikace

- *Nekróza střeva* z porušené výživy při zakládání vývodu nebo přílišným napětím střeva nad podloženým jezdcem (podpůrná tyčka střeva). Proto je nutná kontrola barvy stomie po operaci. Zpravidla je nutná reoperace.

- *Retrakce stomie* vzniká při založení vývodu pod tahem, při infekci kolem stomie, nebo při špatné hojivosti. Zde je také zpravidla nutná reoperace.
- *Infekce v ráně* kolem stomie je přítomna vždy, ale vyvine-li se flegmóna nebo absces, je nutná incize, výplachy a antibiotika.
- *Prolaps kliček tenkého střeva* vedle vývodu a jejich uskřínují vede k ileu pro příliš velký otvor ve stěně střevní nebo nedostatečným uzavřením peritonea kolem vyústěného střeva. Je zde nutné operační řešení. (11)

Pozdní komplikace

- *Stenóza stomie* vzniká zúžením vývodu fibrózní kožní jizvou. Následkem je obtížné vyprazdňování stolice a může dojít až k ileu. Zde jsou nutné dilatace speciálními dilatátory nebo prstem. Pokud se nedosáhne úspěchu, je nutná reoperace stomie.
- *Prolaps stomie* je výhřez střeva až na několik centimetrů před stěnu břišní. Příčinou je velký otvor ve stěně břišní, špatná fixace střeva, trvalé zvýšení nitrobřišní tlaku. Pokud tato komplikace dělá nemocnému větší problémy, je zde doporučeno operační řešení.
- *Parastomální kýla* vzniká ze stejných příčin jako časný prolaps tenkých kliček kolem stomie. Tato komplikace se řeší buď operací nebo používáním kýlního pásu.
- *Retrakce stomie* vzniká při špatném zakotvení stehů fixujících střeva ke stěně břišní nebo jeho uvolněným hnisáním či ischemizací. Často bývá spojena s retrakcí. Náprava je nutná operací.
- *Perforace přívodné kličky* vzniká při výplachu. Řešením problému je operace.
- *Krvácení ze stomie* vzniká buď z lokálních příčin (zánět, nádor) nebo celkových (užívání antikoagulancií, porucha srážlivosti...). Zde je nutné zjistit příčinu krvácení a dle toho volit postup léčby.
- *Zánět a ekzematizace kůže* v okolí stomie vzniká při nesprávném přikládání pomůcek, při volbě špatného typu pomůcky, má-li nemocný v okolí vývodu jizvy či jiné nerovnosti okolí a stolice se tím pádem dostává do prostoru mezi pomůckou a kůží, kdy agresivní střevní obsah kůži dráždí a maceruje. Kůže v okolí stomie bývá zarudlá, svědí, pálí, vznikají eroze silně bolestivé a snadno krvácejí. Léčba spočívá v odstranění příčiny, je nutné použít léčebných past a vhodnějšího stomického systému. Nejlepším řešením je svěřit pacienta do péče stomické sestře, která má široké zkušenosti v léčbě různých stomických komplikací. (11)

3.13.5 Posthospitalizační péče o stomiky

Smyslem komplexní péče je přispět ke kvalitě života, přijatelného pro nemocného i jeho okolí, vyrovnat se s novou životní situací a žít opět plnohodnotným životem s návratem ke své práci a zálibám.

Před propuštěním z nemocnice by měl nemocný sám nebo za asistence partnera či jiného příbuzného zvládnout ošetření stomie. Je vybaven stomickými pomůckami a informován o kontrolní návštěvě v proktologické poradně. Je mu dán také kontakt na stomickou sestru, kontakt na klub stomiků, eventuálně na agenturu domácí péče. Velmi důležité je mu sdělit, kde si bude vyzvedávat a za jakých podmínek další stomické pomůcky. Měl by odcházet s vědomím, že se svým problémem není sám a že se má na koho obrátit v případě nouze, kde mu bude dána „pomocná ruka“. Pro úspěšný proces rekonvalescence pacienta v domácím prostředí je možnost udržovat pravidelný kontakt se stomasestrou a dalšími odborníky dle jeho potřeb. K podpoře sebevědomí a možnosti společenského uplatnění, pokud to celkový stav dovoluje, je vhodné stomikovi doporučit kontakt se stejně postiženými občany, informuje nemocného o klubu stomiků. Také se zeptá, má-li zájem o bezplatné zasílání klubového časopisu Radim, ve kterém se dozví vše potřebné, co se týká péče o vývod.

Nedílnou součástí péče o stomie je správné stravování. Z hlediska vývodu není nutno dodržovat speciální dietu, ale přizpůsobit stravu individuálním požadavkům jedince. Je nutno pacienta informovat o účincích jednotlivých druhů potravin: projímavé (ovoce, silně kořeněná jídla, kysané zelí, cukr, alkohol...), obstipační (vláknina, luštěniny, sušené ovoce, čokoláda, brambory...), plynující (cibule, fazole, pivo, vejce, zelí, česnek...), redukující zápach (špenát, zelený salát, petržel, jogurt...). Důležité je nemocného upozornit na pravidelnost stravování. (11)

4. ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou ošetrovatelské péče u pacientky s akutní diverkultidou sigmatu.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Práci uzavírá seznam použité literatury a přílohy. Teoretická část se skládá z anatomie, fyziologie, patofyziologie tlustého střeva, klinického obrazu onemocnění zmíněného orgánu. Ukazuje základní vyšetřovací metody vedoucí k diagnóze a následné terapii. Praktická část je věnována problematice ošetrovatelské péče, stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich realizaci s hodnocením.

Dvašedesátiletá pacientka E.N. byla přijata dne 3.1.2008 na chirurgickou kliniku v Praze 4, na oddělení JIP ve velmi špatném zdravotním stavu z důvodu poruchy pasáže ve smyslu obstrukce na podkladě diverkultidy sigmatu. Vzhledem ke zhoršujícímu se stavu byla indikována k operaci. Byla provedena resekce sigmatu podle Hartmanna a dočasně vyvedena terminální kolostomie. Operaci i pooperační období zvládla bez komplikací. Vyvedení stomie bylo pro pacientku velmi náročné. Zvládnutí její nové životní situace nebylo vůbec jednoduché, neboť pacientka se s novou změnou (stomií) velice špatně psychicky vyrovnávala. Jakožto všichni pacienti, i uvedená pacientka, měla panický strach z toho, jak jí dopadne histologický nálezn. Vzhledem k příznivému výsledku se dané situaci rychle přizpůsobila a s vyvedením stomie se smířila. Tato příznivá zpráva měla pozitivní vliv na pooperační stav sledované pacientky. Její následný psychický stav měl dobrý vliv na rychlou rekonvalescenci a urychlil průběh zdárného doléčení. Během šesti týdnů pacientka mohla absolvovat rekonstrukční operaci se zanořením stomie.

Ke své práci jsem si vybrala pacientku, která jako jedna z mnoha pacientů, mne přesvědčila o tom, že právě zdravotní sestra a celý zdravotnický personál je zodpovědný za velkou část pocitů, které pacienti prožívají. A to ve dnech, které pro ně nejsou zrovna jednoduché. Prožívají smíšené pocity a dny v nemocnici jsou pro ně většinou velmi sužující. Dominantním pocitem je obava a strach z toho co bude, jak vše dopadne. V tu chvíli hledají pomoc u nás.

K tomu, aby mohla sestra nemocnému pomoci, potřebuje nejen teoretické a praktické znalosti, ale musí umět s pacienty dobře komunikovat a vcítit se do jejich problémů a pocitů. Snažit se je pochopit a pomoci jim problém konstruktivně řešit. Pokud

pacient ucítí náš zájem a pochopení a jsme schopni získat si jeho důvěru, vše je pro něj v dané chvíli jednodušší.

5. SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY

1. Doenges M. E., Moorhouse M. F.: **Kapesní průvodce zdravotní sestry**, Praha, Grada Publishing, spol.s r.o. 1996
2. Hoch J., Leffler J. a kol.: **Speciální chirurgie** (učebnice pro lékařské fakulty), Praha , Maxdorf spol.s r.o., 2001
3. Kessler S. : **Laboratorní diagnostika**, Memorix 1.vydání – Wenheim, SRN, 1992
4. Kocinová S., Šterbáková Z.: **Přehled nejužívanějších léčiv**, Informatorium, Praha 1996
5. Kolektiv autorů: **Remedia compendium** - 3.vydání, Panax Co, spol.s r.o., Praha 1999
6. Lemon I: **Učební texty pro sestry a porodní asistentky**. Brno, NCO NZO, 1999
7. Michek J. a kol.: **Vybrané kapitoly z chirurgie pro zdravotní sestry I.**, Brno, IDVZ 1997
8. Staňková, M.: **Základy teorie ošetrovatelství**. Univerzita Karlova, Praha 1996
9. Trachtová E. a kol.: **Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu**, Brno, IDVZ 1999
10. Vokurka M., Hugo J.: **Praktický slovník medicíny**, Praha, Maxtorf 1995
11. Všetíšek, J. a kol.: **Základy péče o pacienta se stomií**. Firma ConvaTec, Praha, 1995
12. Way, Lawrence W. a kol.: **Současná chirurgická diagnostika a léčba. II.díl**, Praha, Grada Publishing, spol. s r.o. 1998