

OBSAH

Úvod.....	6
A. Klinická část	7
1 Charakteristika onemocnění.....	7
1.1 Megakolon.....	7
1.1.1 Etiologie a patogeneze	7
1.1.2 Diagnostika.....	9
1.1.3 Klinický obraz	11
1.1.4 Terapie	12
1.1.5 Komplikace	13
1.1.6 Prognóza.....	14
1.2 Stomie	14
1.2.1 Komplikace stomií.....	15
1.2.1.1 Časné komplikace.....	16
1.2.1.2 Pozdní komplikace	16
1.2.2 Stomické pomůcky	19
1.3 Standartní pooperační péče	20
2 Identifikační údaje	24
3 Lékařská anamnéza a diagnózy	24
3.1 Lékařská anamnéza	24
3.2 Lékařské diagnózy.....	26
3.2.1 Základní lékařská diagnóza	26
3.2.2 Vedlejší lékařské diagnózy.....	26
4 Diagnosticko – terapeutická péče	26
4.1 Diagnostika.....	26

4.1.1	Fyzikální vyšetření.....	26
4.1.2	Fyziologické funkce.....	27
4.1.3	Laboratorní vyšetření	28
4.1.4	Další diagnostická vyšetření.....	29
4.2	Terapeutická péče	29
4.2.1	Chirurgická terapie	29
4.2.1.1	Operační protokol.....	29
4.2.1.2	Péče o operační rány a invazivní vstupy.....	30
4.2.2	Oxygenoterapie.....	32
4.2.3	Léčebný režim a poloha	32
4.2.4	Farmakoterapie	32
4.2.5	Dietoterapie	34
4.2.6	Fyzioterapie	34
5	Stručný průběh hospitalizace.....	34
B.	Ošetřovatelská část.....	36
1	Ošetřovatelská anamnéza a současný stav pacienta	36
1.1	Subjektivní náhled na hospitalizaci	36
1.2	Základní fyziologické potřeby.....	36
1.3	Psychosociální potřeby	41
2	Ošetřovatelské diagnózy.....	44
3	Plán ošetřovatelské péče.....	46
4	Edukace	63
5	Ošetřovatelský závěr a prognóza	65
C.	Seznamy zdrojů informací	67
1.	Zdroje informací o pacientovi.....	67
2.	Seznam použité literatury	67

3. Seznam dalších zdrojů	68
4. Přehled použitých zkratk	68

Přílohy: 1 - 14

Úvod

Téma mé závěrečné práce „Ošetrovatelský proces u nemocného po operaci s ileostomií“ jsem si zvolila proto, že se pacienti se stomií objevují často i na jiných odděleních, než na chirurgických, a to díky přidruženým chorobám nebo vlivem stáří. A také proto, že je mi tato problematika blízká, jelikož jsem nějaký čas pracovala na chirurgickém oddělení. Někteří takto postižení pacienti tam byli upoutáni na lůžko, kde bylo pro ně obtížné stomii ošetřovat, a jiní se nemohli o svou stomii postarat vůbec a kompletní péči o nemocného přejímala sestra. Dřívější kompenzační pomůcky pro stomiky se zdaleka nepodobaly těm dnešním. V dnešní době jsou pomůcky velmi praktické, nenápadné a hlavně účelné.

Každoročně přibývají noví pacienti, kterým bylo po operaci vyvedeno střevo na stěnu břišní. A to buď trvale, nebo dočasně. Pro nemocného znamená tento druh operace hluboký zásah do osobního, pracovního i společenského života.

Ztráta možnosti fyziologického vyprazdňování střev je provázána množstvím traumatizujících změn a omezením nemocného i jeho nejbližšího okolí. Bez pomoci je často přiváděn do stavu naprosté bezmoci a deprese.

Slovo stomie pochází z řečtiny a znamená ústa, v přeneseném smyslu pak otvor, vyústění nebo vývod.

Ileostomie je chirurgické řešení onemocnění tenkého střeva a jde tedy o vyústění části tenkého střeva nad kožní kryt přes břišní stěnu. Vyvedené střevo je stehy fixováno ke stěně břišní a zajišťuje odchod stolice do stomických sáčků.

A. Klinická část

1 Charakteristika onemocnění

Dle rentgenologického vyšetření bylo zjištěno, že u mého klienta J.D. se jedná o ileózní stav s podezřením na megacolon.

1.1 Megacolon

Megacolon, stejně jako megarectum, je deskriptivní termín. Znamená rozšíření střeva, které není způsobeno mechanickou obstrukcí. Definice slova megacolon se v literatuře sice různí, ale většina vědců používá jako standard míru větší, než 12 cm v oblasti caeka.

Megacolon můžeme rozdělit do následujících tří kategorií:

- Akutní megacolon (pseudo-obstrukce)
- Chronický megacolon, který zahrnuje vrozené, získané a idiopatické příčiny
- Toxický megacolon

1.1.1 Etiologie a patogeneze

Patofyziologie megacolonu není dosud úplně vysvětlena, ale na jeho vývoji a nástupu se může podílet několik faktorů. Až týden před tím, než dojde k rozvinutí dilatace, mohou být přítomny známky a příznaky akutní colitis.

Často je možné identifikovat spouštěcí nebo predispoziční faktory. Přestože se riziko vzniku toxického megacolon (toxické colitis) zvyšuje se závažností colitis, náhlé snížení nebo vysazení léků jako jsou steroidy, sulfasalazin a 5-aminosalicylová kyselina může urychlit rozvoj toxemie a dilatace. Ve vzniku toxického megacolon také hrají roli léky, které negativně ovlivňují střevní motilitu. Tyto zahrnují m.j. anticholinergika, antidepresiva, loperamid a opioidy. Procedury, jako je baryové klyzma nebo kolonoskopie mohou způsobit distenzi, omezit krevní zásobení nebo vyvolat mikroperforaci a způsobit následnou toxemii.

A dále se pravděpodobně jedná o směs primárních poruch, týkajících se muskulárních a nervových systémů střeva. V případě, že zánětlivý proces postoupí přes submukózu do hlubších vrstev, tlusté střevo ztrácí svoji schopnost se kontrahovat. Dilatací a snížením až vymizením peristaltiky dochází k porušení bariéry střevní stěny a k průniku toxinů do krevního oběhu.^a

^a David M. Manuel, Megacolon, Chronic: <http://emedicine.medscape.com/article/180955-overview>

Když zánět postupuje do vrstev hladké svaloviny tračníku, ukazuje se, že v patogenezi toxického megacolon (toxické colitis) hraje roli oxid dusnatý. Oxid dusnatý snižuje tonus hladkého svalstva a je produkován zánětlivými buňkami, jako neutrofilly a makrofágy, v zanícených částech tračníku. Studie, které provedl Mourelle a kol., ukázaly zvýšený obsah indukovatelné syntetázy oxidu dusnatého ve svalovém propriu pacientů s toxickým megacolon. Předpokládá se, že zánět a zvýšená syntetáza oxidu dusnatého zvyšují hladinu lokálního oxidu dusnatého, což inhibuje hladkou svalovinu tračníku a způsobuje dilataci. V této oblasti probíhá mnoho vědeckých výzkumů.^a

Příčiny:

Klasické etiologie toxického megacolon zahrnují následující příčiny zánětu:

Ulcerózní colitis

Crohnova choroba

Pseudomembranózní colitis

Mnoho příčin infekční colitis, včetně následujících, může vést k toxickému megacolon:

Rod Salmonella

Rod Shigella

Rod Campylobacter

Rod Yersinia

Clostridium difficile

Entamoeba histolytica

Cytomegalovirus

Toxické megacolon může být také vyvolána následujícími stavy:

Radiační colitis

Ischemická colitis

Nespecifická colitis po chemoterapii

Vzácně jako komplikace kolagenózní colitis^b

^a Deepika Devuni, Megacolon, Toxic: <http://emedicine.medscape.com/article/181054-overview>

^b David M. Manuel, Megacolon, Chronic: <http://emedicine.medscape.com/article/180955-overview>

1.1.2 Diagnostika

V diagnostice megacolonu se vychází především z klinického obrazu.

Anamnéza.

Laboratorní vyšetření:

Kompletní krevní obraz

U pacientů s toxickým megacolonem se může vyvinout leukocytóza s posunem doleva, často bývá přítomna výrazná trombocytóza. Dále se objevuje vysoká hodnota sedimentace erytrocytů a bílkovin, z nichž se v praxi používá především C-reaktivní protein.

Krvavý průjem má za následek anémii a známky malnutrice (pokles albuminu).

U pacientů s imunosupresí nebo s extrémní toxicitou může být počet leukocytů ve skutečnosti normální nebo snížený.¹

Chemické vyšetření

Poruchy elektrolytové rovnováhy jsou u toxického megacolonu velmi běžné, a to kvůli zánětlivému průjmu, užívání steroidů a neustálým gastrointestinálním ztrátám.

Zanícený tračník není schopen reabsorbovat soli a vodu.

Koagulační vyšetření

Koagulační vyšetření by se mělo provést kvůli případné operaci.

Nevýhodou laboratorních ukazatelů je, že se jedná o změny nespecifické, objevující se u řady patologických stavů a jejich význam pro spolehlivou diagnostiku toxického megacolonu je omezený. Právě proto je vedle klinického a laboratorního nálezu hlavní diagnostickou metodou RTG.

Zobrazovací metody:

Prosté rentgenové snímky břicha jsou pro stanovení diagnózy a určení postupu léčby toxického megacolonu nezbytné. Opakovanými prostými rtg. snímky se hodnotí účinnost a postup léčby.

Rentgenové snímky obsahují tyto nálezy:

Rozšířené (>6 cm) colon transversum

Vymizení haustrací^a

¹ BORTÍK, M.; LUKÁŠ, M., Časopis lékařů českých, Roč. 140, č. 20, 2001, s. 619 – 623, ISSN: 0008-7335.

^a Deepika Devuni, Megacolon, Toxic: <http://emedicine.medscape.com/article/181054-overview>

Přítomnost intraluminálních útvarů z měkkých tkání (např. pseudopolypy).

Volný vzduch v peritoneu (možný nález, nejlépe viditelný na RTG snímku hrudníku ve stoje).

U pacientů s těžkou toxicitou se vyhnout použití barya., protože riziko perforace je vysoké.

Ultrasonografie se jeví jako další možný diagnostický nástroj pro megacolon. Nálezy (kompletní ztráta haustrace tračnicku, hypoechoické a ztlustěné stěny střeva, aj.) ještě čekají na ověření dalšími studii.

Vyšetření počítačovou tomografií (CT) by pravděpodobně mělo být provedeno u pacientů s podezřením na diagnózu toxické megacolon. CT snímek může odhalit lokální perforaci. Pokud není diagnóza jasná a je podezření, že příčinou toxicity je absces, může být CT nápomocné.

Vyšetřovací procedury:

Pokud diagnóza toxického megacolon není jasná a pacient je ve stabilizovaném a ne toxickém stavu, může připadat v úvahu i provedení endoskopického vyšetření.

Endoskopie může probíhat formou flexibilní sigmoideoskopie nebo koloskopie. Při klinickém podezření na toxický megacolon by vyšetření nemělo zasahovat dále než sigmoideoskopie, pokud by se vůbec provádělo. Rozsah vyšetření by měl být co nejmenší, insuflace vzduchem minimální. Podle některých odborníků je koloskopie dokonce odůvodnitelná pouze pokud pacient nemá zánět simoidea a rekta, nebo jen minimální.

U tohoto přístupu pochopitelně existuje potencionální riziko perforace.

RTG kontrastním vyšetření a endoskopické vyšetření, při kterých dochází k insuflaci střeva vzduchem - rovněž tato vyšetření jsou při akutním těžkém průběhu kontraindikována. Pokud je endoskopické vyšetření nezbytné (zejména při nejasné diagnóze nespecifického střevního zánětu), mělo by být pouze omezeno na oblast rekta či rektosigmoidea s minimální insuflací vzduchu a s důsledným odsáváním vzduchu při návratu.

Histologické nálezy:

- a) Patologie v případech toxického megacolon ukazuje akutní zánět, postihující všechny vrstvy tračnicku. V různé míře je přítomna nekróza a degenerace. Je zmiňována infiltrace zánětlivými buňkami (neutrofily, makrofágy a lymfocyty).^a

^a Deepika Devuni, Megacolon, Toxic: <http://emedicine.medscape.com/article/181054-overview>

1.1.3 Klinický obraz

Rozvoj toxického megacolon je otázkou několika hodin, maximálně dní, a tak je nezbytné časté a podrobné sledování klinického stavu nemocného.

Klinický obraz megakolonu je kombinací septického stavu a paralytického ilea. Zavádějícím příznakem může být pokles počtu průjmovitých stolic, který může být mylně pokládán za projev zlepšení. Příčinou je ochabující motorická aktivita tračnicku a jeho nastupující dilatace. Obvyklá je celková schvácenost, výrazná tachykardie a febrilie. Nemocní jsou obvykle malnutriční, cítí se slabí, mívají difuzní, méně často lokalizované bolesti břicha. Nacházíme rozepětí střeva v epigastriu, v pozdních fázích pak zvětšení a vyklenutí celého břicha. Dochází k vymizení pokleповého jaterního ztemnění při interpozici dislokovaného tračnicku a při perforaci střeva jsou přítomny známky peritoneálního dráždění. Není-li na možnost toxické dilatace tračnicku včas pomyšleno a nejsou-li zahájena příslušná léčebná opatření, vede toxické megacolon nezadržitelně ke katastrofě v podobě perforace střeva s peritonitidou, vzácněji k masivnímu krvácení. V obou případech se jedná o těžký stav zatížený vysokým procentem pooperační mortality, která dosahuje až 50 %. Dalším závažným důsledkem jsou komplikace septického stavu a projevy multiorganového selhání dostavující se při pozdě indikované chirurgické léčbě.

Příznaky:

- teplota vyšší než 38,6 °C
- tepová frekvence více jak 120/min.
- leukocytóza nad $10,5 \times 10^9$
- průjmovité stolice
- křečovitě bolesti břicha
- anemie.

Zároveň musí být přítomen alespoň jeden z dalších příznaků, např. dehydratace, minerálový rozvrat, hypotenze, vzednutí břicha, vymizení střevních zvuků. Na rozvoji tohoto onemocnění se může podílet i nevhodná doprovodná terapie. Zejména protiprůjmové léky, anticholinergika, některá anestetika a opiáty mohou svým působením (snížení svalového napětí a motility) přispět k dilataci tračnicku.^{1, a}

¹ BORTÍK, M.; LUKÁŠ, M., Časopis lékařů českých, Roč. 140, č. 20, 2001, s. 619 – 623, ISSN: 0008-7335.

^a Deepika Devuni, Megacolon, Toxic: <http://emedicine.medscape.com/article/181054-overview>

1.1.4 Terapie

Medikamentózní léčba

Léčba toxické megacolon má tři hlavní cíle: (1) omezit distenzi tračníku, aby nedošlo k perforaci (2) upravit hladinu tekutin a elektrolytů a (3) vyléčit toxémii a vyvolávající faktory. Pacienta je nutné pečlivě a často monitorovat a zpočátku kontrolovat krevní obraz, elektrolyty a rtg. snímky břicha.

Během prvních 24 hodin by se měly urychleně nahradit ztracené tekutiny, elektrolyty a transfuzí krev. Měla by být zahájena intravenózní léčba širokospektrými antibiotiky s účinky ekvivalentními ampicilinu, gentamicinu a metronidazolu. Musí se vysadit všechny léky, které mají vliv na motilitu střev (narkotika, antidiaretika, anticholinergika aj.) Měla by být zavedena nazogastriká sonda, aby napomohla gastrointestinální dekompresi.

Pacient by měl začít užívat intravenózní steroidy. Pro pacienty, kteří užívají nebo v nedávné době užívali kortikosteroidy, je nutný intravenózní hydrocortison.

Je důležité mít na vědomí, že i když zlepšování symptomů může odpovídat procesu uzdravování, není tomu tak vždy. Vymizení pohybů střeva může indikovat zhoršení pacientova stavu. Je stále nutné klinický obraz doplňovat rtg. snímky břicha.

Musí se vyloučit všechny potenciální spouštěcí faktory megacolonu, včetně narkotik, antidiaretik a anticholinergik. K redistribuci střevních plynů a dekompresi lze využít cvičební techniky (rolování – válení v poloze kolena-předloktí a na břichu).

Pokud je pacient podvyživený, uvážit podání parenterální výživy.

Některé zprávy uvádějí, že při léčbě těžké ulcerózní colitis nebo toxického megacolon může být přínosný cyklosporin A. Údaje ukazují, že na začátku léčby je účinnost vysoká, až 80%. Po různě dlouhém následném období se dlouhodobá účinnost snižuje na asi 40%. Cyklosporin má výrazné nežádoucí účinky, včetně imunosuprese, hypertenze, renální toxicity a neurologických komplikací. Je zapotřebí dalších studií, ale léčba cyklosporinem by mohla vyloučit potřebu urgentní kolektomie a místo ní dát prostor pro pozdější elektivní subtotální kolektomii nebo proktokolektomii.

Některé experimentální terapie, stále ve výzkumu, by mohly pomoci pacientům s toxickým megacolon vyhnout se operaci.^a

^a Deepika Devuni, Megacolon, Toxic: <http://emedicine.medscape.com/article/181054-overview>

Chirurgická léčba

V případech toxického megacolon je nutné včas zvážit možnost operace. Indikací pro urgentní operační zákrok je volná perforace, masivní hemoragie, narůstající toxicita a progresivní střešní dilatace. Většina autorů doporučuje kolektomii, pokud je přítomna přetrvávající dilatace nebo pokud se po 24-72 hodinách maximální medikamentózní terapie nedostaví žádné zlepšení.

Postup včasné intervence je odůvodněn pětinasobným nárůstem úmrtnosti po volné perforaci (míra úmrtnosti při akutní toxické colitis bez perforace je okolo 4%; když dojde perforaci, mortalita je kolem 20%). Někteří lékaři poskytují až 7 dní medikamentózní terapie, pokud pacient vykazuje klinické zlepšení navzdory přetrvávající dilataci tračnicku. Autoři doporučují strategii včasného chirurgického zákroku, aby se minimalizoval výskyt perforace střeva.

Pokud během 48 – 72 hodin medikamentózní léčby nedojde k žádnému zlepšení, je nutno provést chirurgickou resekci.

Tato strategie minimalizuje výskyt perforace střeva. Perforace pětinasobně zvyšuje možnost úmrtí.

Stále se vedou diskuse o tom, zda provádět totální proktokolektomii nebo subtotální kolektomii se zachováním rekta. V literatuře je příklon k provádění subtotální kolektomie, protože (1) pacient je většinou těžce nemocen a je obezřetné operaci pokud možno neprodlovat; (2) zachovává možnost pro vytvoření ileální kapsy a anální anastomózy; a (3) asi 50% pacientů s Crohnovou chorobou má rectum zasažené jen minimálně. Dělat totální proktokolektomii u pacienta, který je akutně nemocný, toxický a na vysokých dávkách steroidů, by zvýšilo riziko komplikací, morbidity, a pravděpodobně mortality.¹³

1.1.5 Komplikace

Perforace střeva je komplikace toxického megacolon, kterou musí mít všichni stále na paměti, a to i při absenci dilatace tračnicku.

Četné studie ukázaly, že u většiny pacientů s volnou perforací chybí klasické příznaky peritonitidy, možná kvůli účinku steroidů.^a

¹³ ŠVÁB, J., *Náhlé příhody břišní*, Praha: Galén, 2007, s. 156–157, ISBN: 978-80-7262-485-0

^a Deepika Devuni, Megacolon, Toxic: <http://emedicine.medscape.com/article/181054-overview>

1.1.6 Prognóza

Několik studií ukázalo, že s medikamentózní léčbou je prognóza toxického megacolon bledá. Studie, kterou provedli Grant a Dozois, sledovala klinický průběh a konečný výsledek u 38 pacientů s toxickým megacolon, kteří byli úspěšně léčeni konzervativně. Nakonec celkem 18 pacientů (47%) podstoupilo resekci tlustého střeva, která musela být u 15 z nich provedena urgentně.

Prognóza pro přežití u chirurgické terapie by měla být výborná, pokud nedojde k perforaci. U perforace je mortalita přibližně 20%.

V případech ulcerózní colitis proktokolektomie pacienty z této nemoci vyléčí.

V případech Crohnovy choroby proktokolektomie pacienta ne vždy vyléčí, protože Crohnova choroba se může vyskytovat ve kterékoli části gastrointestinálního traktu.

Mortalita

Míra úmrtnosti z důvodu toxického megacolon se během posledních několika desetiletí značně snížila, a to z 20% v roce 1976 na současných 4-5%. Snížení je důsledkem včasější diagnostiky, intenzivní lékařské péče, včasné operační intervence a lepší operační techniky a pooperativní péče.^a

1.2 Stomie

Je uměle vytvořené vyústění dutého orgánu před stěnu břišní nebo na ni.

Typy stomií:

- **výživné** (gastrostomie, jejunostomie)
- **derivační** (ezofagostomie, tracheostomie, urostomie, ileostomie, kolostomie, cékostomie, transverzostomie, sigmoideostomie)

Ileostomie

Vyústění terminální části tenkého střeva před stěnu břišní nebo na ni. Před operací má být místo pro ileostomii zakreslené stomasestrou nebo operátérem.¹⁰

^a Deepika Devuni, Megacolon, Toxic: <http://emedicine.medscape.com/article/181054-overview>

¹⁰ OTRADOVCOVÁ, I.; KUBÁTOVÁ, L., *Komplexní péče o pacienta se stomií*, Praha: Galén, 2006, 52 s. ISBN: 80-7262-432-6

Nejčastěji se zakládá v pravém hypogastriu, ale může být vyústěna i jinde. Vhodně založená ileostomie má 1- 3 cm manžetu, která usnadňuje ošetřování. Z ileostomie nepřetržitě odchází řídký, velmi agresivní obsah – v bezprostředním pooperačním období může ileostomie odvádět i několik litrů vodnatého obsahu. Je důležité sledovat bilanci tekutin a hladinu iontů. Po stabilizaci stavu by mělo odcházet 800 – 1500 ml střevního obsahu za 24 hodin.

Používají se jednodílné a dvoudílné pomůcky s výpustným sáčkem. V nemocnici se dává přednost sáčkům průhledným. U terminální ileostomie je v indikovaných případech vhodné použít jako definitivní řešení dvoudílný systém s konvexní podložkou. Konvexní podložka je velmi vhodná také k řešení kožních komplikací v okolí ileostomie.

Již v nemocnici je nutné podrobně edukovat pacienta a rodinu. Informovat je o nutnosti pravidelné hygieny stomie a okolní kůže. Je vhodné jim prakticky ukázat používání ochranných prostředků na kůži.

Je třeba také ukázat, jak jsou balené, a vysvětlit, proč se musí kůže chránit. Nikdy nesmí dojít k iritaci kůže v okolí stomie. Vždy je to selhání sebepečce nebo selhání ošetřovatelské péče, ale může to i signalizovat nevhodně zvolený stomický systém. Prakticky ukážeme, jak používat zahušťovací tabletu Ileo Gel, a upozorníme, že se vhazuje do stomického sáčku – **nepolyká se**. Informace o možných komplikacích podáváme postupně podle mentálních schopností každého pacienta, nesmíme ho vystrašit. ¹⁰

1.2.1 Komplikace stomií

Komplikace stomií, které vzniknout v bezprostředním pooperačním období se označují jako časná a je nutné je odstranit ještě před odchodem nemocného domů. Komplikace, které mohou nositele stomie postihnout později, se nazývají pozdní. ¹⁵

¹⁰ OTRADOVCOVÁ, I.; KUBÁTOVÁ, L., *Komplexní péče o pacienta se stomií*, Praha: Galén, 2006, 52 s. ISBN: 80-7262-432-6

¹⁵ *Základy péče o pacienta se stomií*. ConvaTec. 1. vyd. Praha: A Bristol, 2002, s. 47, ISBN: 80-239-9055-3

1.2.1.1 Časné komplikace

Mezi časné komplikace stomií patří:

- Infekce v ráně kolem stomie
- Retrakce (vtažení) stomie
- Nekróza (odúmrť) střeva

Infekce v ráně

Je kolem stomie přítomna vždy, ale jestliže převládne až k vývinu flegmóny nebo abscesu, musí se ošetřit uvolněním hnisavého sekretu. Také se provádějí lokální proplachy a podávají se antibiotika. Infekce často vede k pozdním komplikacím.

Retrakce stomie

Vzniká při založení stomie pod tahem, při infekci kolem stomie, při nedostatečné fixaci ke stěně břišní apod.. Střevo je třeba operačně dostatečně uvolnit a znovu připevnit ke stěně břišní.

Nekróza střeva

Vzniká z porušení výživy při zakládání stomie nebo přílišným napětím střeva nad podloženou tyčinkou. Je nezbytná nová operace se snesením odumřelého úseku střeva a musí se vytvořit nová stomie.

1.2.1.2 Pozdní komplikace

Mezi pozdní komplikace stomií patří:

- Dráždění kůže kolem stomie
- Záněty kůže kolem stomie
- Krvácení ze stomie
- Stenóza (zúžení) stomie
- Retrakce (vtažení) stomie pod úroveň kůže
- Výchřez (prolaps) stomie
- Kýla kolem stomie
- Vznik nádoru ve stomii ¹⁵

¹⁵ *Základy péče o pacienta se stomií.* ConvaTec. 1. vyd. Praha: A Bristol, 2002, s. 47, ISBN: 80-239-9055-3

Dráždění kůže kolem stomie se může projevit ve čtyřech stupních:

- 1. stupeň – zčervenání kůže**
- 2. stupeň – puchýřky**
- 3. stupeň – trhlinky kůže**
- 4. stupeň – rozsáhlé mokvající defekty**

Příčina je různorodá:

- zatékání střevního obsahu pod podložkou následkem její netěsnosti
- špatně zvolený průměr pomůcky
- nesnášenlivost pomůcky s kůží a její mechanické dráždění
- častá výměna podložky a nešetrné ošetřování kůže
- nadměrné pocení a nedostatečná hygiena
- jiná kožní onemocnění (např. lupenka)

Provádí se okamžité odstranění příčiny. Léčba je místní (puद्र, obklady apod.), popřípadě konzultace s dermatologem.

Záněty kůže kolem stomie

Projevují se většími nebo menšími hlízkami v okolí stomie. Nejčastěji kolem stehů, jimiž byla stomie upevněna k břišní stěně. Mohou se však objevit i píštěle kolem stomie, kde střevní obsah odchází i kolem stomie. Léčba je zpravidla operační.

Krvácení ze stomie

Vyznačuje se převážně malými krvácejícími trhlkami ve sliznici utvořené stomie. Většinou vzniká po mechanickém dráždění. Příčinou krvácení může být neopatrný výplach střeva. Je tedy nutné výplach střeva provádět pomocí speciální soupravy s konickým nástavcem, nikoliv rektální rourkou. Při sprchování nepoužívat příliš horkou vodu velkého proudu a vždy omývat vývod šetrně za použití měkkých roušek.¹⁵

¹⁵ *Základy péče o pacienta se stomií.* ConvaTec. 1. vyd. Praha: A Bristol, 2002, s. 48, ISBN: 80-239-9055-3

Zúžení (stenóza) stomie

Zúžení se projevuje neprostupností stomie ani pro malík. Dochází k obtížnému vyprazdňování nebo k průjmu. Zúžení vzniká jako následek zánětů v okolí stomie a musí se provést dilatace (rozšíření) stomie.

Vtažení (retrakce) stomie pod úroveň kůže

Problémem vtažení stomie pod úroveň kůže je znemožnění přiložení stomické pomůcky. Je nutné používat vkládací těsnicí kroužky a při neúspěchu je nutná chirurgická úprava.

Výhřez (prolaps) stomie

Výhřez může postihovat jak jednu, tak obě hlavně stomie. Zvětšuje se při kašli, ve stoji a při tělesné námaze. Sliznice střeva je zranitelná a často krvácí. Při vměstnání krve do vyhřezlého střeva dochází k otoku, zduření, či uskřinutí. Vyhřezlé střevo se dá rukou vpravit zpět. Při opakujícím se a velkém trvalém výhřezu je nezbytné operační řešení.

Kýla kolem stomie

Jde o vyklenutí celého okolí i se stomií nebo vyklenutí vedle stomie. Může se kombinovat i s výhřezem. Příčinou bývá obezita, chronický kašel a nošení těžkých břemen. Léčba spočívá v nošení pevného břišního pásu s otvorem pro sáček. Z pomůcek je vhodné použití jednodílného systému nebo flexibilní podložky a sáčku. V případě potíží se provádí chirurgický zákrok.

Tvorba nádoru ve stomii

Mezi projevy patří zánětlivé výrůstky (polypy) na hranici kůže a sliznice a bělavé, krvácející povlaky na sliznici střeva. Příčinou jsou ponechané stehy v okolí stomie a také trhlinky mezi kůží a sliznicí. Provádí se odstranění výrůstků a řeší se i příčina.¹⁵

¹⁵ *Základy péče o pacienta se stomií.* ConvaTec. 1. vyd. Praha: A Bristol, 2002, s. 48, ISBN: 80-239-9055-3

1.2.2 Stomické pomůcky

Součástí dokonalé péče o pacienty se střevním vývodem je dostačující množství kvalitních a diskrétních pomůcek. S nimi se nemocný může zapojit do běžného i společenského života. V posledních letech došlo v sortimentu a dokonalosti stomických pomůcek ke značným změnám. Nyní jsou dostupné a převážně i pojišťovnou hrazené pomůcky těchto firem: ConvaTec, Coloplast, B/Braun a Dansac. Pomůcky se vyskytují v jednodílném nebo v dvoudílném systému.

Systém jednodílný

Tento systém je určen pro kolostomie i ileostomie. Podložka je přivařena k sáčku a je celoželatinová nebo v kombinaci želatina a mikropor. Jednodílný systém se vyrábí s předstříženým otvorem, ale mnohdy je nutné ještě tento otvor upravit dle tvaru stomie.

Jednodílný systém je vhodný pro pacienty s porušenou jemnou motorikou a u kožních nerovností v okolí atonie, když není možné použití systému dvoudílného. Také může sloužit dvoudílnému systému jako doplňkový.

Systém dvoudílný

Systém se skládá ze dvou částí: - z podložky odnímatelné od sáčku a ze sáčku samotného.

Úkolem podložky je dokonale chránit kůži před kontaktem se stolicí. Před aplikací je třeba v podložce vystříhnout otvor odpovídající tvaru stomie a dodržet při tom určité zásady, zajišťující těsnost a spolehlivost pomůcky. Podložka díky své dobré přilnavosti vydrží na kůži přilepená 4 až 7 dnů, ale jestliže zbledlá a zpuchýřkovatí a nebo se objeví zatékání stolice pod podložku, je nutná okamžitá výměna. Stomasestra má k dispozici různé typy podložek a na základě jejich vlastností je doporučuje pacientům. Systém je vhodný pro všechny nemocné, pokud nemají jiná tělesná omezení zabraňující manipulaci s pomůckou. Šetří kůži díky méně časté nutnosti vyměňovat podložku a je také výhodou pro nemocného v kombinaci různých typů sáčků.^{10, c}

¹⁰ OTRADOVCOVÁ, I.; KUBÁTOVÁ, L., *Komplexní péče o pacienta se stomií*, Praha: Galén, 2006, 52 s. ISBN: 80-7262-432-6

^c <http://www.ilco.cz>

1.3 Standardní pooperační péče

Dělí se na:

- První dny po operaci
- Vybavení místnosti k ošetřování stomie
- Výuka ošetřování vývodu
- Dokumentace o nemocném vedená stomasestrou
- Propuštění klienta do domácího ošetřování

První dny po operaci:

Ihned na operačním sále je na stomii přikládána pomůcka. Pacient je zpravidla převezen na JIP, kde jsou monitorovány životní funkce. První dny po operaci není schopen o stomii pečovat samostatně a péči tedy zajišťují sestry. Po přeložení pacienta na oddělení je možné začít s výukou ošetřování stomie. Je třeba dbát na fyzickou i psychickou pohodu a vyvarovat se naléhání či nucení pacienta ke spolupráci. Jestliže spolupráci odmítá, musí stomasestra najít příčinu a dle svých možností se ji snažit odstranit.

Vybavení místnosti k ošetřování stomie:

Výměna pomůcek a ošetřování stomie se provádí nejpohodlněji v koupelně ve stoma-koutku, kde má pacient k dispozici klozet a veškeré potřebné pomůcky.

Mezi ně patří:

- sáček, podložka a šablony pro správnou volbu průměru pomůcky
- těsnící výplňová pasta, adhezivní pasta, pudr, pohlcovač zápachu, těsnící vkládací kroužky a ostatní pomůcky dle potřeby
- zahnuté nůžky
- propisovací tužka
- gumové rukavice
- toaletní papír nebo buničina
- perlanové žínky nebo roušky, určené pro jedno použití
- antibakteriální mýdlo nebo čistící pěny
- mikrotenové sáčky a kbelík na odpadky
- nástěnné zrcadlo¹⁵

¹⁵ *Základy péče o pacienta se stomií.* ConvaTec. 1. vyd. Praha: A Bristol, 2002, s. 48, ISBN: 80-239-9055-3

Výuka ošetřování vývodu:

Zpočátku pacient o stomii nepečuje samostatně, pouze stomasestru při práci pozoruje. Na základě vědomostí, získaných před operací, si znovu připomíná nejdůležitější zásady péče o kůži v okolí stomie. Později se učí správně postupovat při výměně podložky. Důkladně omyje kůži mýdlem a vodou a osuší měkkou rouškou. Na šabloně vyznačí okrajové body stomie a vystřihne otvor, odpovídající jejímu tvaru. Pro dokonalou přilnavost a těsnost podložky je vhodné zvolit její průměr min. o 0,5 cm větší, než je průměr stomie. Šablonu obkreslí na podložku a vystřihne otvor. Před nalepením podložky lze na kůži dle potřeby aplikovat ochranný film, pudr apod.. Pro dokonalou těsnost lze přímo na kůži nebo na lepicou stranu podložky (kolem vystřiženého otvoru) použít těsnící výplňovou pastu. Bezprostředně po nalepení podložky je nutné se vyvarovat fyzické aktivitě, protože chvíli trvá, než podložka ke kůži přilne. Na podložku, těsně do okolí stomie, je možné aplikovat adhezivní pastu. Na takto připravenou podložku lze připevnit sáček.

Dokumentace o nemocném vedená stomasestrou:

Při odborné práci stomasestry je nezbytně nutné vedení vlastní dokumentace. Dokumentace stomasestry je součástí její odborné práce s nemocným a je odlišná od dokumentace lékařské. Musí být k dispozici všem sestřám na oddělení, které jsou proškolené v základní péči o nemocné se stomií a v době nepřítomnosti stomasestry za tuto základní péči zodpovídají.

Do dokumentace stomasestry patří:

- evidenční karta
- denní záznamy před operací
- denní záznamy po operaci
- záznam použitých pomůcek při ošetřování stomie a aplikace léků dle ordinace lékaře
- záznam výživy
- hodnotící list
- záznam návštěv a spolupráce s rodinou

Evidenční karta

Obsahuje základní údaje o pacientovi a onemocnění.¹⁵

¹⁵ *Základy péče o pacienta se stomií.* ConvaTec. 1. vyd. Praha: A Bristol, 2002, s. 26, ISBN: 80-239-9055-3

Denní záznamy před operací

Jsou zde zaznamenávány výsledky sledování individuální charakteristiky nemocného, sledování reakcí nemocného na jeho nemoc a sledování psychosociálních potřeb.

Denní záznamy po operaci

Stomasestra denně hodnotí fyzický a psychický stav pacienta, stav stomie, výskyt možných komplikací, prosakování operační rány, sekreci z drénů a jejich funkčnost a také pravidelnost vyprazdňování.

Záznam použitých pomůcek při ošetřování stomie a aplikace léků dle ordinace lékaře

Vzhledem k limitu výdeje stomických pomůcek stanovenému na kalendářní rok pojišťovnou, je nutné tento výdej zodpovědně sledovat. Množství vydaných pomůcek se značí do zvláštních karet, které může pacient dostat kdykoliv k nahlédnutí.

Záznam výživy

Nemocní reagují odlišným způsobem na různé potraviny a tekutiny. Proto je nutné již v průběhu hospitalizace založit záznam výživy, aby se pacienti po propuštění do domácího ošetřování vyvarovali jídlu a tekutinám, které jim již několikrát způsobily potíže (průjem, zácpu, nadýmání apod.).

Hodnotící list

Stomasestra v něm hodnotí zručnost pacienta a schopnost pečovat o atonii, pomocí stupnice obtížnosti. Tento list zároveň slouží jako podklad pro možné propuštění pacienta do domácího prostředí. Hodnotící list lze použít také jako motivaci (k úspěšnému ošetřování stomie a podpoře soběstačnosti).

Záznam návštěv a spolupráce s rodinou

Zapisují se zde veškeré údaje o rodině, o spolupráci s agenturou domácí péče (v případě imobilních nebo osamělých nemocných) a s praktickým lékařem, který nemocného přebírá do své péče.¹⁵

¹⁵ *Základy péče o pacienta se stomií.* ConvaTec. 1. vyd. Praha: A Bristol, 2002, s. 26, ISBN: 80-239-9055-3

Propuštění klienta do domácího ošetřování:

Součástí pooperační péče je poučení pacientů o stravování, vyprazdňování, výskytu možných komplikací apod.. V průběhu hospitalizace stomasestra zajišťuje nemocnému pomůcky a informuje ho o možnostech získání pomůcek po propuštění domů. Jestliže se jedná o pacienta, který není soběstačný nebo potřebuje jen občas pomoci, předává stomasestra pacienta do agentury domácí péče. Zde pracují sestry, které jsou stomasestrou předem proškolené a dokáží se orientovat v problematice těchto nemocných. Společně se stomasestrou navštíví nemocného zpravidla do tří dnů po propuštění do domácího ošetřování. V případě potřeby se pak sestry mohou kdykoliv spojit telefonicky nebo osobně konzultovat problémy, které se při ošetřování klientů v terénu vyskytnou. Jestliže problémy přesahují kompetence stomasestry, zprostředkovává kontakt nemocného s dalšími odborníky. Dále je klient dispenzarizován ve stoma poradně. Má možnost otevřeně hovořit o všech svých problémech týkajících se sexuálního života, volného času, sportování, cestování, stravování atd..¹⁵

¹⁵ *Základy péče o pacienta se stomií*. ConvaTec. 1. vyd. Praha: A Bristol, 2002, s. 26, ISBN: 80-239-9055-3

2 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: J.D.

Oslovení: pane D

Věk: 50 let

Rodné číslo: 590000/0000

Rodinný stav: ženatý

Vzdělání: vyučený

Povolání: automechanik

Adresa: Příbram

Národnost: česká

Pojišťovna: VZP

Vyznání: bez vyznání

Kontaktní osoby: manželka, 2 děti (syn a dcera)

Telefon: uvedl (kontakt na blízkou osobu zapsán v chorobopisu)^{III}

Hlavní důvod hospitalizace

Stav po subtotální kolektomii s terminální ileostomií pro megakolon

Hospitalizován od 2.4. 2009

Operace: 2.4. 2009

Pacienta jsem ošetřovala ve dnech od 6.4. – 10.4. 2009, jednalo se o 4. pooperační den.

3 Lékařská anamnéza a diagnózy

3.1 Lékařská anamnéza ^{III}

Alergická anamnéza: neguje

Farmakologická anamnéza:

^{III} Zdravotnická dokumentace (chorobopis, ošetřovatelská dokumentace)

^{III} Zdravotnická dokumentace (chorobopis)

NÁZEV	FORMA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA	GENERICKÝ NÁZEV
Anopyrin 100 mg	tablety	1-0-0	Antiagregans	Acidum acetylsalicylicum
Lozap 50 mg	tablety	0-0-1	Antihypertenzivum	Losartanum kalicum
Milurit 300 mg	tablety	1-0-0	Antiuraticum	Allopurinolum
Essentiale forte	capsle	0-0-1	Hepatoprotektivum	Phosphatida essentialia

Sociální anamnéza: žije s manželkou, synem a dcerou v rodinném domku.

Abusus: kuřák 40 až 60 cigaret denně, alkohol pivo (2 – 3 denně), destiláty příležitostně.

Pracovní anamnéza: automechanik.

Rodinná anamnéza: otec zemřel v 56 letech na karcinom recta, matka se léčí s hypertenzí, žije.

Osobní anamnéza: v dětství prodělal běžná dětská onemocnění; Dna, steatóza jater, arteriální hypertenze.

Nynější onemocnění: Asi před 20 dny dyspepsie dolního typu, křečovitě bolesti břicha v epigastriu i hypogastriu, opakovně zvracel, měl průjem až 10 stolic za den, příměs červené krve v průjmovité stolici. Vyšetřen na chirurgii, vyloučena NPB, susp. gastroenteritis. Rp. Augmentin, Imodium, odeslán domů, průjem ustal. Dne 2.4. přichází pro bolesti v obou hypogastrích a nad symfyzou, iradiace do třísel a do zad bilaterálně se zhoršuje při kašli, stolice nebyla a nezvracel, několik dní febrilní do 38,5 °C. Dle rtg ileózní stav s podezřením na megakolon, bez pneumoperitonea. Koloskopie je kontraindikována. Febrilní, třesavka 0, zimnice 0.

Objektivní nález: pacient při vědomí, orientován časem i místem, spolupracuje, verbální kontakt je přiměřený, bez psychické alterace. Poloha těla je aktivní, výživa přiměřená, kůže aninkterická, bez eflorescencí. Při přijetí je kardiopulmonálně kompenzovaný a eupnoický. Bez jasných zevních známek traumatu a malignity.

Hlava: uši a nos bez výtoků, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, skléry bílé, izokorie, spojivky růžové, jazyk plazí ve střední rovině, růžový, vlhký, nepovlečený, hrdlo klidné. **Krk:** volný, symetrický, šije neoponuje, náplň jugulárních žil přiměřená, pulzace a karotis hmatné symetricky, Štítná žláza nezvětšená, Lymfatické uzliny nezvětšené. **Hrudník:** souměrný, dýchání poslechově sklípkové, čisté, plíce rozvinuté, akce srdeční pravidelná, ozvy zvukné, ohraničené.^{III}

^{III} Zdravotnická dokumentace

Břicho: v úrovni hrudníku, dechová vlna postupuje v celém rozsahu, jizva po střední laparotomii, minimální sekrece z dolního pólu serózního charakteru, ileostomie vitální, odvádí, okolí klidné, palpačně je břicho měkké, volně prohmatné, poklep diferencovaně bubínkový, nebolestivý, bez palpační bolestivosti, bez známek peritoneálního dráždění, bez hmatné rezistence, játra v oblouku, poslechově klidná nepřekážková peristaltika, per rektum nevyšetřeno. **Dolní končetiny:** bez otoků, hybnost bez omezení, bez varixů, bez trofických změn kůže, pulzace AF, AP, ADP bilaterálně hmatné.

3.2 Lékařské diagnózy

3.2.1 Základní lékařská diagnóza

- Megakolon

3.2.2 Vedlejší lékařské diagnózy

- Dna
- Arteriální hypertenze
- Steatóza jater
- Stav po operaci varixů^{III}

4 Diagnosticko – terapeutická péče

4.1 Diagnostika

4.1.1 Fyzikální vyšetření

váha: 70 kg

výška: 172 cm^I

BMI: 23,6

^{III} Zdravotnická dokumentace

^I Rozhovor s pacientem

4.1.2 Fyziologické funkce

Dne: 6.4. 2009

HODINA	TLAK	PULS	TĚLESNÁ TEPLOTA	SATURACE	VĚDOMÍ
02 hod	132/84	74'	-	98%	orientován
04 hod	135/80	78'	-	98%	plně
06 hod	140/80	80'	37,5°C	97%	při
08 hod	138/82	79'	-	100%	vědomí
10 hod	132/79	82'	-	99%	
12 hod	130/80	79'	37,8°C	99%	
14 hod	134/82	84'	-	98%	
16 hod	130/79	86'	-	100%	
18 hod	132/84	85'	37,9°C	98%	
20 hod	129/78	89'	-	97%	
22 hod	129/80	84'	-	96%	
24 hod	130/84	79'	-	98%	

Dne: 7.4. 2009

HODINA	TLAK	PULS	TĚLESNÁ TEPLOTA	SATURACE	VĚDOMÍ
8 hod	140/85	80'	36,1°C	98%	orientován
12 hod	139/84	82'	36,5°C	99%	plně
16 hod	135/80	84'	-	100%	při
20 hod	128/78	79'	36,8°C	99%	vědomí
24 hod	130/80	82'	-	99%	

Dne: 8.4. 2009

HODINA	TLAK	PULS	TĚLESNÁ TEPLOTA	SATURACE	VĚDOMÍ
8 hod	139/89	82'	36,0°C	99%	orientován
12 hod	138/88	86'	37,1°C	98%	plně
16 hod	135/84	88'	-	98%	při
20 hod	125/80	82'	36,8°C	100%	vědomí
24 hod	128/80	78'	-	99%	

Dne: 9.4.2009

HODINA	TLAK	PULS	TĚLESNÁ TEPLOTA	SATURACE	VĚDOMÍ
8 hod	140/88	79'	36,0°C	100%	orientován
12 hod	137/80	80'	37,1°C	100%	plně
16 hod	139/80	84'	-	98%	při
20 hod	130/75	77'	36,8°C	99%	vědomí
24 hod	132/80	81'	-	99%	

III

III Zdravotnická dokumentace

Dne: 10.4. 2009

HODINA	TLAK	PULS	TĚLESNÁ TEPLOTA	SATURACE	VĚDOMÍ
8 hod	142/90	75´	36,0°C	98%	orientován
12 hod	140/85	80´	37,1°C	99%	plně
16 hod	138/85	79´	-	100%	při
20 hod	132/80	81´	36,8°C	99%	vědomí
24 hod	125/80	75´	-	98%	

4.1.3 Laboratorní vyšetření^{III}

Patologické hodnoty:

↑ - zvýšené laboratorní hodnoty

↓ - snížené laboratorní hodnoty

BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ					
	hodnoty z 6.4.	7.4.	8.4.	10.4.	referenční mez
Natrium	138	137	133	136	135 – 145 mmol/l
Kalium	4,9	5,1	4,7	4,5	3,8 – 5,5 mmol/l
Chloridy	101	100	105	104	95 – 114 mmol/l
Calcium	1,24	-	1,26	-	1,13 – 1,32 mmol/l
Magnesium	0,90	-	0,70	-	0,66 – 0,91 mmol/l
Phosfor	1,54	-	1,16	-	0,65 – 1,61 mmol/l
glykémie	6,6 ↑	6,7 ↑	6,3 ↑	5,6	3,3 – 5,8 mmol/l
urea	7,1	5,5	4,7	3,2	3,2 – 10,0 mmol/l
kreatinin	46	49	39	41	40 – 115 µmol/l
ALP	1,61	-	-	1,39	0,66 – 2,20 µkal/l
AST	0,24	-	-	0,26	0,16 – 0,72 µkal/l
ALT	0,35	-	-	0,35	0,17 – 0,78 µkal/l
GMT	1,34 ↑	-	-	0,83 ↑	0,14 – 0,68 µkal/l
AMS	0,44	-	-	0,61	0,40 – 2,10 µkal/l
cholesterol	2,7	-	-	2,7	3,4 – 5,0 mmol/l
triglyceridy	1,02	-	-	0,83	0,70 – 1,70 mmol/l
CRP	11,7 ↑	6,8 ↑	5,6	5,7	0,0 – 6,5 mg/l

HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ					
	hodnoty z 6.4.	7.4.	8.4.	10.4.	referenční mez
Erythrocyty	2,89 ↓	2,86 ↓	3,09 ↓	3,72	3,60 – 5 · 10 ¹² /l
Leukocyty	15,1 ↑	11,7 ↑	10,1 ↑	9,8	3,9 – 10 · 10 ⁹ /l
Hemoglobin	110 ↓	120	125	130	120-180g/l
Hematokrit	0,261 ↓	0,359	0,365	0,374	0,340 – 0,460 g/l
Trombocyty	452 ↑	374	342	372	150 – 400 10 ⁹ /l

^{III} Zdravotnická dokumentace

HEMOKOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ					
	hodnoty z 6.4.	7.4.	8.4.	10.4.	referenční mez
INR	1,08	1,06	1,06	1,01	0,8 – 1,2
APTT	30,10	30,20	30,80	30,60	30 – 40 sekund
QUICK (PT)	87	90	89	98	80 – 120 %
Trombin.čas	16,30	-	14,90	-	
Fibrinogen	4,17	-	3,62	-	1,5 – 4,0
D-dimer	1520	-	1415	-	< 500

4.1.4 Další diagnostická vyšetření

EKG

Dne 6.4. 2009

Bez čerstvých ložiskových změn a dysrytmií, ischemické projevy nezjištěny – fyziologická křivka.

CT břicha

Dne 6.4. 2009

V břiše bez nálezu zdroje sepse.

RTG srdce a plic

Dne 7.4.2009

Bránice je beze změn s ostrými úhly. Srdce je doleva mírně rozšířené. Hily a mediastinum nerozšířené.

4.2 Terapeutická péče

4.2.1 Chirurgická terapie

4.2.1.1 Operační protokol

Pan J.D. byl operován na 3. Chirurgické klinice v Motole.

Operační protokol viz Příloha č. 6. ^{III}

^{III} Zdravotnická dokumentace

4.2.1.2 Péče o operační rány a invazivní vstupy

Operační rány

Operace proběhla v celkové anestezii, laparotomií. Operační rána se nacházela ve střední čáře břicha. Během operace byla založena ileostomie v pravém hypogastriu.

Každý den kontroloval operační ránu a ileostomii lékař. Operační rána byla klidná, bez zarudnutí a známek infekce, se zaschlou krví, ale bez prosáknutí. Proto jsme ji ošetřili peroxidem vodíku, poté dezinfekcí a kryli sterilním krytím. Stejně byl ošetřen i Redonův drén na levé straně břicha.

Ileostomii jsem ošetřovala se stomasestrou, vystříhla jsem si podle šablony otvor pro stomii, opatrně jsem odlepila stomický sáček, omyla a osušila jsem pahýl střeva a přilepila připravený stomický sáček. Sledovaly jsme tvar, velikost, barvu, otok stomie a obsah stomického sáčku, tedy odchod plynů a stolice. Pana J.D. navštěvovala stomasestra každý den a podle jeho zdravotního stavu prováděla základní pooperační edukaci. U pacienta byl hojný odvod plynů.

Tento postup ošetřování rány a ileostomie byl opakován i po další dny mého ošetřování, vzhledem ke klidné ráně byl prováděn pouze jednou denně.

Při převazu byly rány bolestivé, 4. den po operaci udával mírnou, snesitelnou bolest při pohybech na lůžku a také přetrvávala pouze citlivost na silnější dotek. Převaz rány byl prováděn sestrou konající službu, za mé asistence.

Drény

Pacient měl jeden vstup do dutiny břišní vlevo pro Redonův drén. Krev odtékala i 4. den po operaci.

Odvod drénů

6.4. 2009 celkem 50 ml (4. pooperační den)

7.4. 2009 celkem – 10 ml

8.4. 2009 celkem – 0 ml (drén odstraněn)^{III}

^{III} Zdravotnická dokumentace

Ileostomie

Ileostomii jsem vyměňovala se stomasestrou, vystříhla jsem si podle šablony otvor pro stomii, opatrně jsem odlepila stomický sáček, omyla a osušila jsem pahýl střeva a přilepila připravený stomický sáček. Kontrovaly jsme tvar, velikost, barvu, otok stomie a obsah stomického sáčku tedy odchod plynů, stolice. Stomasestra za panem J.D. docházela každý den a podle jeho stavu se prováděla základní pooperační edukace. U pana J.D. byl hojný odvod plynů; stolice 6.4., tedy 4. pooperační den, ještě nebyla.

Tento postup ošetřování ileostomie byl opakován i po další dny mého ošetřování, byl prováděn již pouze jednou denně. Dne 9.4. došlo k úniku střevního obsahu, příčina byla ve špatném přilepení stomického sáčku.

Periferní žilní katétry

6.4. Pacient měl na pravé paži zaveden periferní žilní katétr, bez známek infekce, průchozí. Každý den se prováděl převaz, odlepila se horní vrstva krycího obvazu, pod ním byla průhledná folie (tegaderm), která se odlepila, okolí vpichu se dezinfikovalo a přilepila se nová folie, do horního rohu se napsal datum převazu a vše se lehce převázalo obinadlem. Tento postup byl prováděn denně.

7.4. Kontrola průchodnosti katétru, proveden převaz.

8.4. Katétr je bez známek infekce, průchozí, proveden převaz.

9.4. Kontrola průchodnosti katétru, proveden převaz.

10.4. Místo vstupu je mírně zarudlé, kanyla zrušena, provedeno ošetření.

Nasogastrická sonda

6.4. 1200 ml čaje přes nasogastrickou sondu

7.4. 1200 ml čaje ráno a v dopoledních hodinách podáno 500 ml přes nasogastrickou sondu, po 12 hodině mu byla vytažena a pan J.D. měl postupně přijímat tekutiny perorálně a příjem se mu postupně začal zvyšovat. Uvádím bilanci tekutin po dny mého ošetřování. ^{III}

Bilance tekutin dne 6.4.				
	Příjem i.v.	Příjem NGS	Výdej PMK	Výdej stomie
	1500 ml	1200 ml	1750 ml	330 ml
Celkem	2700 ml		2080 ml	

^{III} Zdravotnická dokumentace

Bilance tekutin dne 7.4.				
	Příjem i.v.	Příjem NGS, p.o.	Výdej PMK	Výdej stomie
	1500 ml	500 ml + 700ml	1800 ml	300 ml
Celkem	2700 ml		2100 ml	

Permanentní močový katétr

Permanentní močový katétr byl panu J.D. zaveden na operačním sále. 6.4., tj. čtvrtý pooperační den, kdy jsem se pacientem seznámila. Bilanci tekutin po dny mého ošetřování viz výše.

7.4. PMK odstraněn, moč byla čirá, bez příměsí. Pacient se do dvou hodin po vytažení cévky spontánně vymočil.

4.2.2 Oxygenoterapie

Čtvrtý den po operaci se dále pokračovalo u pacienta v podávání kyslíku kyslíkovými brýlemi rychlostí 2 l/min. Pátý pooperační den bylo podávání kyslíku zrušeno.

4.2.3 Léčebný režim a poloha

6.4. aktivní a pasivní rehabilitace na lůžku, sed na lůžku s přidáním dalších léčebných prvků

7.4. aktivní a pasivní rehabilitace na lůžku, sed na lůžku, nácvik stoje u lůžka, nácvik přesunu na křeslo

8.4. nácvik stoje u lůžka, nejprve chůze kolem lůžka a poté chůze po boxu s pomocí fyzioterapeuta

4.2.4 Farmakoterapie

1) Infúzní terapie

- do periferního žilního katétru (na pravé paži), infúzní terapie byla podávána přes infúzní pumpu

Dne od 6.4. – 8.4. 2009

1. Plazmalyte 1000 ml rychlostí 150 ml/h
2. Ringerův roztok 500 ml rychlostí 100 ml/h

Dne 9.4. 2009

1. Glukóza 10 % 500 ml rychlostí 150 ml/h + 15 ml KCl
2. Ringerův roztok 500 ml rychlostí 100 ml/h^{III}

^{III} Zdravotnická dokumentace

2) Injekční terapie

Intravenózní aplikace:

Antibiotika: 6.4. – 9.4. 2009

NÁZEV	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA	GENERICKÝ NÁZEV
Edicin	500 mg	6-12-18-24	Antibiotikum	Vancomycini hydrochloridum
Metronidazol	500 mg	6-14-22	Chemoterapeutikum	Metronidazolium

6.4. – 7.4. 2009

NÁZEV	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA	GENERICKÝ NÁZEV
Degan	10 mg	6 – 18	Prokinetikum, antiemetikum	Metoclopramidi hydrochloridum monohydricum
Torecan	10 mg	6 – 18	Antiemetikum, antivertiginózum	Thiethylperazini hydrogenomalas

6.4. – 9.4. 2009

NÁZEV	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA	GENERICKÝ NÁZEV
Ranital	50 mg	8 – 16 – 24	Antiulcerotikum	Ranitidini hydrochloridum

Intramuskulární aplikace:

Analgetika: 6.4. 2009

NÁZEV	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA	GENERICKÝ NÁZEV
Dolsin	50 mg	8 – 20	Analgetikum, anodynum	Pethidini hydrochloridum

Dne 7.4. 2009

NÁZEV	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA	GENERICKÝ NÁZEV
Tramal	50mg	6 – 14 – 24	Analgetikum, anodynum	Tramadoli hydrochloridum

Dne 8.4. 2009

NÁZEV	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA	GENERICKÝ NÁZEV
Tramal	50mg	8 – 20	Analgetikum, anodynum	Tramadoli hydrochloridum

Intrasubcutanní aplikace:

NÁZEV	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA	GENERICKÝ NÁZEV
Clexane	0,4 ml	22.00	Antitrombotikum, antikoagulans	Enaxaparinum natricum

III

^{III} Zdravotnická dokumentace

4.2.5 Dietoterapie

6.4. čaj 1200 ml/24 h přes nasogastrickou sondu

7.4. čaj 1200 ml/24 h ráno podáno ještě přes nasogastrickou sondu, po 12. hodině mu byla vytažena a pan J.D. měl postupně přijímat tekutiny perorálně a příjem se mu postupně začal zvyšovat.

8.4. čaj 1300 ml/24 h (strava šlehaná + Nutridrink)

9.4. čaj 1400 ml/24 h (strava šlehaná + Nutridrink)

4.2.6 Fyzioterapie

Každý den probíhala u pana J.D. fyzioterapie s rehabilitačním pracovníkem.

6.4. dechová cvičení, aktivní a pasivní rehabilitace na lůžku (podány informace o tom, jak má správně vstávat z lůžka, aby nenapínal břišní stěnu).

7.4. nácvik sedu s fyzioterapeutem, nácvik stoje

8.4., nácvik chůze kolem lůžka a chůze po boxu s fyzioterapeutem^{III}

5 Stručný průběh hospitalizace

Padesátiletý pan J.D. byl akutně přijat na chirurgické oddělení dne 2.4. 2009 s diagnózou megakolon. S pacientem jsem se seznámila až pátý den jeho hospitalizace na 3. Chirurgické klinice v Motole, kde podstoupil operativní výkon s názvem subtotální kolektomie s terminální ileostomií z důvodu ileózního stavu s podezřením na megakolon.

S panem J.D. jsem měla možnost hovořit až čtvrtý pooperační den, pacient ještě ležel na jednotce intenzivní péče, kde byl pod stálým dohledem, sledovaly se fyziologické funkce, stav vědomí, ale už se pomalu začal vést k soběstačnosti (k sebepěči). Bolest ještě přetrvávala, ale už byla mírnějšího charakteru.

Pátý pooperační den již dýchal bez kyslíkových brýlí. Byla mu vytažena nasogastrická sonda a dále dle ordinace od lékaře se mu postupně zvyšoval perorální příjem tekutin. Tentýž den byl odstraněn permanentní močový katétr, dle ordinace lékaře již nebyl nutný, moč byla čirá, bez příměsí.

Šestý pooperační den mu byl vyndán Redonův drén, vzhledem k tomu, že již nic neodváděl. Tentýž den byl z JIP přeložen na standardní septické oddělení. Tam byl veden a poučován o zásadách péče o ileostomii a operační ránu. Pacient dobře spolupracoval, zpočátku jen

^{III} Zdravotnická dokumentace

přihlížel a nechal kompletní výměnu stomického sáčku jen na stomasestře a mně. Byl poučen, že čím dříve se naučí péči o stomii, tím dříve bude propuštěn.

Následující týden bylo naplánováno propuštění, v případě, že bude umět vyměnit stomický sáček a bude zvládat péči o stomii.

B. Ošetrovatelská část

1 Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacienta

1.1 Subjektivní náhled na hospitalizaci

Subjektivní náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci a objektivní hodnocení sestrou

Pacient nikdy dříve vážněji nestonal. Problémy se zažívám, ho začaly trápit asi před 20-ti dny, kdy měl křečovitě bolesti, opakovaně zvracel a měl průjmy, údajně až 10 stolic za den s příměsí čerstvé krve, byl vyšetřen a odeslán domů. Opět přišel pro bolest břicha, která vyzařovala do třísel a zad; stěžoval si, že měl teploty. Zde podstoupil několik vyšetření a zjistili, že má zvětšené tlusté střevo. Je rád, že operaci podstoupil a že už mu je lépe. S péčí v nemocnici je velice spokojený, nemyslel si, že k němu budou všichni tak vstřícní. Je si vědom toho, že nemoc vznikla z jeho stylu života a po propuštění chce trochu zvolnit, věnovat se více sám sobě a manželce. Nastolit ve svém životě trochu pravidelnosti jak ve spánku, tak i ve stravě. Největší změnou v jeho životě teď bude péče o ileostomii a jak se s ní naučit žít.

Pan J. D. je se svou chorobou seznámen a přeje si, aby mu nebyly zatajovány žádné informace a aby byl o všem včas a vhodně informován.

1.2 Základní fyziologické potřeby

Dýchání

Před hospitalizací Pacient je silný kuřák, vykouří 40 až 60 cigaret za den. Je to jeho vášeň. S dýcháním vážnější problémy nemá. Jen při větší námaze se zadýchává. Před půl rokem přechodil zápal plic.

Po operaci Čtvrtý pooperační den je pacient napojen na monitor, na kterém jsme sledovali každé 2 hodiny fyziologické funkce, kontinuálně je podáván kyslík rychlostí 2 l/min. Po zbytek hospitalizace jsou funkce sledovány 5x denně, pátý pooperační den již dýchal bez kyslíkových brýlí.

Na oddělení Pacientovi se po operaci dýchalo hůře, nemohl se zhluboka nadechnout, protože ho bolela operační rána.

Frekvence dechu je pravidelná, 14/min. Dýchání je převážně hrudní. Dušný není. Při kašli je patrná velká bolestivost – grimasy. Udává, že si ještě nezakouřil a že by chtěl přestat.

Hydratace

Před hospitalizací Doma pacient pil dostatečně, zhruba 1,5 l denně. Problém byl s pravidelností, někdy nebyl čas se napít. Nejraději pije čaj, ovocné šťávy – zejména pomerančový džus - a černou kávu 3x za den. Nemá rád víno, protože mu po něm vždy bylo těžko. V oblibě má pivo, kterého vypije 2 – 3 láhve denně.

Po operaci Hydratace je zajišťována infúzemi – Plazmalyte 1000 ml. Ten jsme připevnili na infuzní pumpu a nechali kapat rychlostí 100 ml/h, dále jsme postupovali dle ordinace lékaře. Rty a dutinu ústní jsem vytírala štětičkami nejdříve já, poté pacient, roztokem s borglycerinem a Stopanginem.

Na oddělení Pacient čtvrtý den po operaci mohl vypít až 1200 ml čaje, měl pocit suchého jazyka, ale žízeň neměl. Otírali jsme mu ústa roztokem borglycerinu a Stopanginu. Další dny se množství tekutin zvyšovalo.

Objektivně byl pacient dostatečně hydratován, i když měl velice suchá ústa a jazyk, což bylo zapříčiněno nasogastrickou sondou a spánkem s otevřenými ústy. Bulby nejsou zapadlé, podpaží je vlhké. Pan D. byl bez otoků dolních končetin.

Výživa

Před hospitalizací Před hospitalizací žil pacient aktivním životem a nezřídka se stávalo, že se stravoval ve stáncích s rychlým občerstvením a za pochodu. Pokud byl ovšem doma, manželka vařila a on jedl pravidelně. Měl rád masitá jídla, např. bramborové knedlíky plněné masem. Uvědomuje si, že vlastním stylem života ovlivnil vznik svého nynějšího onemocnění s následkem ileostomie. Pacient za poslední rok nezhubl. Pacient měl umělý, nesnímatelný chrup. Asi před 20 dny začal mít dyspepsie dolního typu a opakovaně zvracel, byl vyšetřen v okresní nemocnici, kde vyloučili NPB, tamní lékař mu diagnostikoval gastroenteritis, předepsal mu Augmentin, Erefuryl a Imodium a poté ho odeslal domů. Stav se mírně zlepšil. Před pěti dny se obtíže opět vrátily, sice již nezvracel, ale měl pocit na zvracení, nauseu a pocit soli v ústech.

Po operaci, na oddělení Energetická potřeba byla kryta infúzemi.

Objektivně pacient netrpěl nadváhou: BMI = 23,6. Vzhledem k onemocnění bude pacient kontaktován nutriční terapeutkou. Energetické potřeby pacienta byly kryty infuzní terapií. Pátý pooperační den mu byla odstraněna nasogastrická sonda. Postupně se začal zatěžovat jeho organismus stravou, k obědu dostal polévku – bujon. V tomto byl zcela soběstačný.

Vyprazdňování moči

Před hospitalizací Pacient nikdy neměl potíže s vyprazdňováním moči.

Po operaci Pacient měl čtvrtý den po operaci permanentní močový katétr č. 18. Během ošetřování beze známek infekce. Moč odváděna.

Na oddělení Při našem rozhovoru pan J.D. udává, že je mu to vlastně příjemné, protože nemusí chodit stále na toaletu. Odvedené množství moče odpovídalo příjmu tekutin. Pátý den po operaci byla močová cévka odstraněna, pacient močí spontánně do močové lahve.

Vyprazdňování stolice

Před hospitalizací Pan J.D. měl před hospitalizací značné potíže s vyprazdňováním, které trvaly zhruba 20 dní. Trpěl častými průjmy, které prý byly doprovázeny křečemi, návaly horka, opocení. Měl až 10 stolic denně, ve stolici byla čerstvá krev. A také opakovaně zvracel. Před operací mu byly podávány roztoky pro snadné vyprázdnění jako příprava k operaci.

Po operaci, na oddělení Provedena subtotální kolektomie s terminální ileostomií dne 2.4. Ileostomie je umístěna v pravém hypogastriu. Ileostomií jsem vyměňovala se stomasestrou. Kontrovaly jsme tvar, velikost, barvu, otok stomie a obsah stomického sáčku. Stomasestra za panem J.D. docházela každý den a podle jeho stavu se prováděla základní pooperační edukace. Čtvrtý pooperační den nás pan D. při výměně stomického sáčku jen sledoval. Čtvrtý den po operaci k vyprázdnění zatím nedošlo. Peristaltika se prozatím neobnovila, plyny odcházejí do stomického sáčku.

Spánek a odpočinek

Před hospitalizací Pacient spí velice rád, a pokud to jen trochu jde, tak i dlouho. Vzhledem k jeho zaneprázdněnosti však často spal velmi krátkou dobu. Doma spí zhruba šest hodin, i více. Občas užíval i léky na spaní, ale nepamatuje si jejich název.

Po operaci Čtvrtý den po operaci pacient během dne ospával, stěžoval si na únavu, v dalších dnech únava postupně odeznívala.

Na oddělení Objektivně neměl pacient problémy se spánkem ani s usínáním. I díky dostatečné analgezii ordinované lékařem. Pacient ospával a po probuzení byl orientovaný.

Teplota a pohodlí

Před hospitalizací V domácím prostředí si pan D. udržuje stálou teplotu kolem 20 °C, doma nepocítuje nedostatek nebo přebytek tepla. Doma nejvíce času tráví ve svém křesle, které je

nastavitelné. Je rád, že si zde může nastavit postel tak, jak mu vyhovuje. Ovládání je pro něj jednoduché, obslouží se sám.

Po operaci, na oddělení Pan. J.D. byl umístěn na jednolůžkovém boxe. Pacient ležel v úlevové poloze. Naučili jsme pacienta zacházet s elektrickým ovládáním k posteli, aby si sám mohl podle potřeby upravit svou polohu, což velice uvítal.

Čtvrtý pooperační den měl pan J. D. mírně zvýšenou teplotu, která se pohybovala v rozmezí od 37,5°C - 37,9 °C.

Bolest

Před hospitalizací Pacient asi před 20 dny trpěl křečovitými velmi silnými bolestmi v dolní části břicha spojené se zvracením, nauseou a průjmy. Navštívil okresní nemocniční pohotovost v místě bydliště, kde mu předepsali antibiotika a léky na bolest. Snažil se bolest zvládnout předepsanými léky, ale efekt byl minimální.

Po operaci, na oddělení Čtvrtý den po operaci byla pro silné bolesti naordinována léčba: intramuskulárně Dolsin 50 mg, protože při ranní vizitě pacient udával ještě bolesti.

O – bolest se nachází v oblasti břicha, zde jsou operační rány (viz. Příloha č. 7, lokalizace bolesti).

P – provokující faktory: aktivní pohyb (po cvičení, při napínání břišní stěny),
paliativní faktory: změna polohy.

Q – kvalita bolesti: při napínání břišní stěny nebo po cvičení pociťuje tupou bolest v břiše.

R – radiace bolesti: bolest vystřeluje do břicha a dál do třísla.

S – síla: 6.4. pacient udával dle stupnice bolesti od 0 – 5, stupeň číslo 3 a označil, že je to silná bolest (0 – žádná bolest; 5 – nesnesitelná bolest),

spánek: akutní pooperační bolest již zvládnul,

snášlivost: pan J.D. si na mírnou bolest vytvořil toleranci, při silných bolestech vyžaduje předepsané léky.

T – terapie: 6.4. byla bolest tlumena analgetiky opiátové řady (Dolsin 50 mg i.m.),

U – utrpení: nemožnost pohybu, samostatně se posadit, chůze, je odkázán na pomoc druhých.

V – vztah k bolesti: má negativní vyrušuje ho z jeho běžných denních činností.

Z – zkušenost s bolestí: Když pana J.D. doma „něco“ bolelo, vzal si Ibalgin, který mají stále doma a bolest přešla.

Intenzita bolesti je snesitelná. Při napínání břišní stěny cítí tupou bolest v břiše. Hodnocení intenzity bolesti (viz. Příloha č. 8 VAS).

Tělesná hygiena a stav kůže

Před hospitalizací Pacient byl doma absolutně soběstačný. Nejráději se koupal v horké vaně a nejčastěji večer. Dbá o svůj zevnějšek. Má potřebu každodenní osobní hygieny, aby se cítil dobře, má rád, když je čistý a navoněný.

Po operaci, na oddělení Čtvrtý den po operaci byla hygiena prováděna v sedě na lůžku, sám si umyl obličej a otřel ústa roztokem borgelycerinu a Stopanginu a zuby si vyčistil sám. Bylo to pro něj příjemné. Pátý den po operaci jsem pacienta odvezla do koupelny, kde se za její asistence sám osprchoval. Další pooperační den byl již více samostatný a toto se i dále zlepšovalo, takže v dalších dnech byla naše pomoc již jen minimální.

Stav kůže: Před operací měl pacient kůži těla suchou, ale kůže na obličejí byla spíše mastná. Bez známek cyanózy, barvy růžové.

Po operaci Stav kůže se nezměnil. U pacienta se neobjevila cyanóza ani otoky, ale byla porušená integrita kůže. Konkrétně se jednalo o jeden Redonův drén zavedený do dutiny břišní na levé straně břicha a operační ránu – řez byl veden kolem pupku, rána byla se stehy bez známek infekce. PŽK na pravé horní končetině paži byla každý den převazována. Čtvrtý pooperační den odvedl Redonův drén 50 ml. Ileostomie, která byla založena v pravém hypogastriu, se každých 24 hodin ošetřovala, sledovala se rána a okolí ústí vývodu a odchod plynů a stolice do stomického sáčku.

Riziko vzniku dekubitů – Příloha č. 9.

Tělesná a duševní aktivita

Před hospitalizací Pan J.D. je automechanik, před pěti lety si založil svou malou firmu, které se také věnuje odpoledne a o víkendech. Má toho hodně, takže nebyl čas na odpočinek, ale říká: „Práce je moje hobby“. V létě rád relaxuje doma u bazénu. Sleduje v televizi pořady o automobilových závodech.

Po operaci, na oddělení Čtvrtý pooperační den se pan J.D. posadil na lůžku, nohama se dotýkal země, ale postavit se zatím bál. Pátý pooperační den jsme přesvědčily pana D., aby se pokusil stoupnout vedle lůžka, že ho budeme držet. Další den po úspěšném stoji se pacient pokusil o chůzi kolem lůžka s pomocí fyzioterapeutky a mě. Fyzioterapeutka docházela 2x denně, ale i po jejím odchodu se snažil sám rehabilitovat. Pacient si rád povídal a čtvrtý den po operaci již vyřizoval telefonáty z práce.

Sexuální potřeby

Před hospitalizací Pacient žije se svou ženou, celý svůj život žil pacient aktivním sexuálním životem, a je patrné, že ani nyní se sexu nevyhýbá. Ale jak to bude nyní, si netroufá říct.

1.3 Psychosociální potřeby

Existenciální

Zdraví

Před hospitalizací Pacient před hospitalizací žil velmi aktivním životem. Vzhledem ke své profesi automechanika nepolevil, chtěl mít také svou vlastní firmu, a tak začal podnikat a věnuje se obou pracím. S tímto souvisel i jeho životní styl, často nestíhal pravidelně jíst, stravoval se v rychlých občerstveních a jediná pravidelná strava, ale ne příliš zdravá byla, pokud byl doma. Je velmi silným kuřákem, vykouří 40 – 60 cigaret za den. První cigaretu vzal do úst asi ve 14 letech, kouřil jen ve společnosti své „party“, pravidelným kuřákem se stal až na vojně. K lékaři na pravidelné prohlídky nedocházel. Od začátku si přál být o prognóze, operaci i případných komplikacích informován a přál si, aby byla informována manželka a syn.

Po operaci, na oddělení Přál by si, kdyby se dal vrátit čas, ale není si jistý, zda by se uměl změnit. Má svůj život rád a rád by byl v dobrém zdravotním stavu s ohledem na již diagnostikovaná onemocnění. Závažnost onemocnění si nyní uvědomuje a je vděčný za šanci, kterou dostal. Pokusí se o zdravější životní styl a bude více odpočívat.

Bezpečí a jistota

Pacient má narušený pocit bezpečí a jistoty, sám by to nevyslovil, ale z jeho chování je patrné, že má strach ze své budoucnosti. Sám udává, že je rád, jak se o něj zdravotníci starají a že si s ním i povídají.

Soběstačnost

Před hospitalizací Pacient byl před hospitalizací zcela soběstačný. V nemocnici byl pouze jednou, a to když byl mladý a havaroval na motocyklu. V této době potřeboval pomoc druhé osoby, ale od tohoto úrazu byl opět zcela soběstačný.

Po operaci, na oddělení Čtvrtý den po operaci byl pacient upoután na lůžko a odkázán na pomoc sester a ošetřovatelek. Hygiena byla prováděna ošetřovatelkou a mnou. V dalších dnech již pacient aktivně spolupracoval a potřeboval pouze pomoc s doprovodem do koupelny, jinak byl již v ostatních úkonech soběstačný. Čtvrtý den po operaci byl plně orientován místem, osobou i časem. V Bartelově testu základních denních činností dosáhl čtvrtý pooperační den 55 bodů (viz Příloha č. 10).

Adaptace na prostředí a nemoc

Pacient se dobře adaptoval na nemocniční prostředí. Nejsm si zcela jistá, zda se již smířil se svým závažným zdravotním stavem, ale snažil se ho brát tak, že se nemůže divit vzhledem k tomu, jak žil svůj život. Je rád, že má dostatek informací a že se může v případě zájmu kohokoli zeptat.

Sociální a ekonomické jistoty

Začátky byly pro pana J.D. těžké. Snažili se šetřit, kde se dalo, vzpomíná, že mu tehdy hodně vypomáhali jeho rodiče. Postavili si rodinný domek a snaží se šetřit i do důchodu. Klient má velmi kladný vztah k dětem, které s o své rodiče chtějí postarat, prozatím to ale nebylo nutné, pan J.D. byl až do této doby zcela samostatný. Snil o tom, že by chtěl mít také svou vlastní firmu, a tak začal podnikat; manželka mu vypomáhá, vyřizuje telefonáty a vede účetnictví. Báł se, že by mohl zkrachovat, proto zůstal u svého zaměstnavatele a svou malou firmu vede ve svém volném čase a o víkendech, věnuje se tedy oběma pracím. Prozatím neví, má strach, jak budou pokračovat jeho pracovní aktivity, ale věří, že společně s manželkou a dětmi vše zvládnou bez větších obtíží.

Vztahové (afiliační)

Rodina

Před operaci Pacientovi velice chybí žena a děti, je rád když ho manželka na oddělení navštíví, ale nerad ji vidí rozrušenou. Pan J.D. se mi svěřil, že ženu několikrát podvedl, ale nesmírně si jí váží a je rád, že předešlé vztahy ukončil a svou ženu neopustil. O své nevěře nikdy ženě neřekl a možná proto je jejich vztah stále velmi dobrý. Důvěřuje pouze své ženě a svým dětem. Věřív to, že své děti dobře vychoval a může se na ně spolehnout.

Po operaci V nemocnici za ním každý den docházela manželka nebo syn. S rodinou komunikoval hlavně prostřednictvím mobilního telefonu, který měl neustále při sobě.

Důvěra a komunikace

Pan J. D. má ještě několik přátel z práce, se kterými je v kontaktu. Doma udržuje přátelské vztahy se sousedy. Se mnou a zdravotnickým personálem navázal důvěryhodný vztah.

Sebeúcta a sebepojetí

Pacient je velice vstřícný a milý, cítila jsem, že svou ileostomii ještě nepřijal a ještě se nepřizpůsobil; zdá se mi, že by mohlo dojít k poruše jeho sebepojetí. I přes závažný stav byl částečně zadaptovaný a smířený se svým stavem. Samozřejmě bylo cítit, že má strach z toho, zda se vše vydařilo jak má, ale snažil se to nedávat najevo.

Seberealizace

Před hospitalizací velice rád chodil plavat do bazénu u svého domku. Pokud to jen trochu šlo, rád si doma věci opravoval sám. Měl pocit užitečnosti. Když potřeboval klid, ukryl se ve své autodílně a „kutil.“

Duchovní potřeby

Klient není věřící a do kostela nechodí. V nemocnici nevyžaduje přítomnost duchovního. Jediná důležitá osoba v jeho životě je jeho manželka a děti, díky kterým je rád na světě a může si i přes zdravotní potíže užívat života. I pro ně se chce uzdravit.

Psychosociální hodnocení

Pan J.D. není úzkostný, ale ještě se nezadaptoval na nynější situaci, to znamená žít s ileostomií. Je emocionálně stabilní, je spíše extrovert. Navenek působí vyrovnaným dojmem, ale mám pocit, že uvnitř s tím bojuje. Smířit se s ileostomií bude vyžadovat dostatek času a vidím to jako dlouhodobý psychický problém.

2 Ošetrovatelské diagnózy

Pořadí ošetrovatelských diagnóz bylo stanoveno po dohodě se sestrou vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu a podle naléhavosti ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelské diagnózy stanovené v rámci pooperační péče

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- 1. Bolest operačních ran, vzhledem k operačnímu výkonu Subtotální kolektomie s terminální ileostomií, projevující se verbalizací bolesti, bolestivými grimasami, bolestivostí při pohybu a nádechu a poruchou spánku.**
- 2. Změna vyprazdňování stolice ileostomií pro megakolon, projevující se zatím jen odchodem plynů, později tekuté agresivní stolice, sociální izolací se strachem ze zápachu pro okolí a neopouštěním svého domu.**
- 3. Porucha existencionálních potřeb pro závažnou a trvalou poruchu zdraví s projevy strachu z důvodu nejasné budoucnosti (především jde o zaměstnání, rodinu manželku, syna, dceru), projevující se maladaptivním chováním, slovním vyjádřováním, častým dotazováním na svůj zdravotní stav a ustaraností.**
- 4. Změna výživy z důvodu zavedené nasogastrické sondy a resekce tlustého střeva, projevující se nepřítomností peristaltiky a stolice v ileostomii.**
- 5. Porucha sebepojetí pro terminální ileostomii, projevující se zatím nepřijetím obrazu vlastního těla se slovním vyjádřením, s negativními pocity nejistoty, strachu, pocity méněcennosti a ztráty důstojnosti.**
- 6. Únava po subtotální kolektomii v celkové anestezii a zvýšenou tělesnou teplotou projevující se ospáváním během dne.**

- 7. Suchost sliznic jazyka a horních cest dýchacích z důvodu nasogastrické sondy, projevující se pocitem suchosti jazyka a dráždivým kašlem.**
- 8. Porucha kožní integrity vzhledem k operačním výkonům operační rány a k invazivním vstupům (periferní žilní kanyla, Redonův drén) s rizikem komplikací krvácení a vniknutí infekce.**
- 9. Porušená sebepéče vzhledem k pooperační imobilitě a snížené hybnosti projevující se neschopností postarat se o sebe v oblasti hygieny, oblékání a výživy.**
- 10. Změna močení pro zavedený permanentní močový katetr s rizikem vzniku infekce.**

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

- 11. Riziko vzniku deficitu tělesných tekutin vzhledem k omezenému perorálnímu příjmu, ztrátě tekutin zavedenými katétry, drény a ileostomií.**
- 12. Změna životního stylu pro závažnou diagnózu – megakolon s následnou ileostomií a pro dosavadní nevhodný životní styl, nikotinismus, stres a nepravidelnou životosprávu.**
- 13. Riziko vzniku tromboembolických komplikací vzhledem k operaci a imobilizaci.**

3 Plán ošetrovatelské péče

1. **Bolest operačních ran, vzhledem k operačnímu výkonu Subtotální kolektomie s terminální ileostomií, projevující se verbalizací bolesti, bolestivými grimasami, bolestivostí při pohybu a nádechu a poruchou spánku.**

Cíl ošetrovatelské péče

- pacient bude znát možnosti zvládnání bolesti (úlevová poloha, správné dýchání)
- pacient nepocítí nepohodu
- pacient do 2 dnů bude bez bolesti nebo zmírnění o 2 stupně do 48 hodin
- pacient zná příčinu bolesti a aktivně spolupracuje při zmírňování své bolesti
- pacient zná dobře svůj pooperační léčebný režim

Plán ošetrovatelské péče

- navázat důvěryhodný vztah
- monitorovat bolest v celém rozsahu a sledovat změnu bolesti
- pozorně naslouchat a reagovat na jeho potřeby
- intervenovat ordinaci lékaře
- umožnit pacientovi verbalizaci bolesti
- zajistit nemocnému vhodnou léčebnou polohu (např. úlevovou polohu v polosedě)
- zajistit klid a psychickou podporu
- zjistit rozhovorem charakter, lokalizaci a intenzitu bolesti dle numerické škály bolesti 0 – 5, zhodnotit a monitorovat intenzitu bolesti (VAS, příloha č. 8)
- všimnout si u pacienta neverbálních projevů svědčících o přítomnosti bolesti (neklidné chování, bolestivý výraz obličeje)
- tolerovat u pacienta možné negativní emoční projevy v souvislosti s bolestí
- získat pacienta pro spolupráci a šetrná manipulace s pacientem
- poučit pacienta, aby oznámil výskyt bolesti dříve, než bolest zesílí, sledovat bolest ve vztahu k vývoji možných komplikací (zánět v operační ráně)
- sledovat fyziologické funkce ve vztahu k bolesti (změny hodnot krevního tlaku a pulsu, zvýšená nebo snížená frekvence dechu), vegetativní reakce (pocení), kvalita spánku

- dle ordinace lékaře aplikovat analgetika, opiáty a umožnit zpětnou vazbu
- sledovat účinek podávaných analgetik, nepřekračovat maximální dávky, upozornit lékaře, pokud léky nedostatečně tlumí bolest nebo pokud se vyskytnou nežádoucí účinky léku
- dokumentovat všechny poznatky týkající se bolesti a jak se s ní pacient vyrovnal

Realizace plánu

Nechala jsem pacienta, aby spontánně hovořil o své bolesti, poté jsem mu nabídla očíslovanou škálu od nuly do deseti a společně jsme zaznamenali intenzitu bolesti. Čtvrtý den po operaci uvedl stupeň 4 (Dolsin 50 mg). Pátý pooperační den uváděl stupeň 3 (Tramal 50 mg). V dalších pooperačních dnech již si na bolest nestěžoval, jen při silnějším dotyku v oblasti operační rány nebo neopatrné změny polohy na lůžku pociťoval mírnou bolest, kterou označil stupněm 1 (viz Příloha č. 8 VAS). S pacientem jsem vždy šetrně manipulovala. Vždy jsem se snažila pacienta psychicky podpořit společným rozhovorem. Pacient měl zajištěný klid a ticho, ležel na jednolůžkovém boxu. Při bolesti byla panu J.D. podána injekce proti bolesti dle ordinace lékaře.

Hodnocení

Pacient plně spolupracoval na realizaci stanoveného plánu, čtvrtý pooperační den byla intenzita bolesti 3 (viz Příloha č. 8 VAS), udával mírnou snesitelnou bolest při pohybech na lůžku. Dle dané situace byla tlumena analgetiky opiátové řady. Pacient porozuměl příčinám vzniku bolesti, která se vázala na operační výkon. Po podání se pacientovi výrazně ulevilo.

U pacienta došlo ke zmírnění bolesti během 3 dnů mého ošetřování a aktivně spolupracoval při jejím monitorování. Pan J.D. aktivně vyhledával úlevovou polohu, po zmírnění bolesti došlo ke zlepšení pocitu pohodlí. S nekomplikovaným hojením operační rány bolest postupně ustoupila.

2. Změna vyprazdňování stolice ileostomií pro megakolon, projevující se zatím jen odchodem plynů, později tekuté agresivní stolice, sociální izolací se strachem ze zápachu pro okolí a neopouštěním svého domu.

Cíl ošetrovatelské péče

- pacient postupně začne zatěžovat zažívací trakt
- pacient se začne postupně vyprazdňovat do ileostomie
- pacient chápe význam ileostomie
- pacient zná základní ošetrovatelskou péči o ileostomii
- pacient vnímá snížení strachu ze společnosti lidí
- pacient si v domácím prostředí vyjde alespoň před dům na zahrádku
- pacientova vlastní sebeúcta je zvýšena, je posílena jeho důstojnost užitečnost a seberealizace (do konce hospitalizace)

Plán ošetrovatelské péče

- zjistit, z které části pomůcek obsah odchází a snažit se příčinu odstranit
- vyzkoušet aplikaci ochranných past pod těsnící kroužek
- edukační rozhovor - prodiskutovat s pacientem očekávání a posoudit, zda jsou realistická
- umožnit vyjádřit pocity a myšlenky o sebepojetí
- formulovat spolu s pacientem oboustranně přijatelné krátkodobé cíle
- vést pacienta k zamyšlení a pozitivní rekapitulaci dosavadního života
- motivovat pacienta k zájmu o svou osobu a budoucí život
- podporovat sebevědomí - sdělovat pochvalu a projevovat empatii
- rozvíjet zájem o kulturní dění
- podporovat rodinu k častým návštěvám a k zájmu o zdravotní stav pacienta

Realizace plánu

Snažila jsem se udržovat pokožku v okolí stomie v čistotě a suchu. Při odstranění stolice jsem používala čisticí a ochrannou pěnu (Menalind). Stomii jsem ošetrovala co nejšetrněji, aby nedošlo ke krvácení. Na kůži do okolí stomie jsem aplikovala krém (Creeme Barriere). Dle potřeby jsem vypouštěla sáčky se střevním obsahem. Nemocného jsem informovala o možnosti používání tablet, jež redukují v sáčku zápach. S panem J.D. jsme po dobu mé praxe často hovořili. Vyprávěl mi o svém mládí, dětech a historii města, ve kterém žije. Pacientovi

jsem aktivně naslouchala. Usilovala jsem o to, aby pan J.D. neměl strach, který by vedl až k sociální izolaci.

Hodnocení

Během hospitalizace 1x došlo k úniku střevního obsahu pod kroužkem, který sloužil jako podložka. Stolice byla řídká, vodnatá.

Pacienta jsem v rámci svých kompetencí seznámila s problematikou léčebného režimu a se stomasestrou jsme ho poučily o péči o ileostomii. Poskytnuté informace správně pochopil a porozuměl jim, dokázal je interpretovat. Pacient dobře spolupracoval na léčebném režimu. Závažným problémem je snížená sebeúcta. Co se týče budoucnosti; zde je důležitá slovní podpora i projevovaný zájem nejbližších, zejména rodiny. Pan J.D. sní o zaplavání si v bazénu, který mají před domkem.

- 3. Porucha existencionálních potřeb pro závažnou a trvalou poruchu zdraví s projevy strachu z důvodu nejasné budoucnosti (především jde o zaměstnání, rodinu manželku, syna, dceru) projevující se maladaptivním chováním, slovním vyjádřováním, častým dotazováním na svůj zdravotní stav a ustaraností.**

Cíl ošetrovatelské péče

- pacient si uvědomuje příčiny strachu
- pacient dokáže reálně zhodnotit situaci a všechny s tím související okolnosti
- docílit psychickou úlevu a zmírnit pocity strachu
- pacient se nebojí klást dotazy a je dostatečně informován o operaci a pooperačním období
- pacient je připraven na zásadní změnu životního stylu a zvýšení hodnoty a posílení zdraví

Plán ošetrovatelské péče

- snaha o navázání vztahu založeného na vzájemné důvěře
- zvolit dostatečnou a vhodnou formu komunikace
- zajistit intimitu pacienta pro verbalizaci jeho pocitů a obav
- sledovat verbální a neverbální reakce pacienta

- vyjádřit autentičnost neverbálními projevy (zrakovým kontaktem, pohledem, vstřícností a laskavostí)
- podporovat pacienta k navracení jistoty a bezpečí a v projevech vyjadřující realitu
- dát najevo empatické pochopení svou klidnou přítomností
- pomoci posílit důvěru v pozitivní změny životních hodnot – zdraví, rodiny a práce
- vzbudit v pacientovi pocit jistoty a důvěry, že se na mě může kdykoliv obrátit
- sledovat verbální a neverbální reakce pacienta
- poskytovat pacientovi dostupné informace o dané problematice
- snížit nelibost všech negativních pocitů
- pomoci mobilizovat vnitřní zdroje naděje (racionální myšlení)
- pomoci posílit důvěru v pozitivní hodnoty života a v naději na dobrý výsledek operace
- pokusit se s pacientem o relaxační cvičení
- možnost konzultací s lékařem, anesteziologem, fyzioterapeutem

Realizace plánu

U pana J. D. jsem sledovala jeho reakce na strach při rozhovoru, ale i mimo něj. Nenápadně jsem pacienta klidným rozhovorem pobízela, aby o svých pocitech hovořil. Odpovídala jsem panu D. na jeho dotazy. Opakovanými dotazy jsem se ujistila, že mi pan J. D. dobře rozuměl, v případě nutnosti jsem mu potřebnou část zopakovala. Vysvětlila jsem pacientovi kladný význam strachu. Snažila jsem se být vždy trpělivá. Hovořil s lékařem, který ho operoval a také s anesteziologem.

Hodnocení

Strach z budoucnosti se mi podařilo alespoň částečně zmírnit. Pacient otevřeně mluvil o svých obavách.

Podařilo se mi u pana J. D. snížit výskyt nepříjemných pocitů a celkově ho zklidnit, být mu oporou v době jeho hospitalizace. Pacientovi byl poskytnut dostatek informací o operaci a pooperačním období. Pocity strachu se zmírnily a sílí v něm naděje na uzdravení, nejistota pochopitelně přetrvává, neboť je vázána na výsledek operace.

4. Změna výživy z důvodu zavedené nasogastrické sondy a resekce tlustého střeva projevující se nepřítomností peristaltiky a stolice v ileostomii.

Cíl ošetrovatelské péče

- pacient bude mít dostatečně kryty energetické potřeby parenterální výživou
- pacient bude dostatečně informován a bude postupovat dle doporučení lékaře
- pacient bude postupně zatěžovat zažívací trakt

Plán ošetrovatelské péče

- edukovat pacienta o významu zavedené nasogastrické sondy a postupné zátěži zažívacího traktu
- sledovat fyzický stav pacienta
- monitorovat laboratorní výsledky
- plnit ordinace lékaře ohledně parenterální výživy a enterální výživy (Nutridrink)
- monitorovat odchodu plynů a stolice
- dostatečně informovat klienta o nutnosti dodržování zákazu příjmu potravin
- péče o nasogastrickou sondu

Realizace plánu

Pacientovi byly po celou dobu hospitalizace aplikovány infúze do periferního žilního katétru k zajištění dostatečného přísunu energie dle ordinací lékaře. Pátý pooperační den byla vytažena nasogastrická sonda a téhož dne byl lékařem naordinován bujon. Šestý pooperační den již měl stravu šlehanou a k tomu dostal Nutridrink, který během dne popíjel. Lékařem a sestrami byl pacient informován o omezeních, která musel dodržovat.

Hodnocení

Pacient má dostatečně kryty energetické potřeby parenterální výživou. Postupně byl zatěžován stravou, Nutridrink panu J.D. nechutnal. Pan J.D. je dostatečně informován a postupuje dle doporučení lékaře.

5. Porucha sebepojetí pro terminální ileostomii, projevující se zatím nepříjetím obrazu vlastního těla se slovním vyjádřením, s negativními pocity nejistoty, strachu, pocity méněcennosti a ztráty důstojnosti.

Cíl ošetrovatelské péče

- pacient pochopí a postupně přijme změnu vlastního těla
- pacient se adaptuje na změnu vlastního těla

Plán ošetrovatelské péče

- vybídnout pacienta, aby popsal sám sebe včetně svých pozitivních a negativních stránek
- prodiskutovat s pacientem význam změny ileostomií
- všímat si známk smutku nebo příznaků deprese
- vyslechnout pacientovy poznámky týkající se změněného obrazu vlastního těla
- vytvořit si vztah, založený na vzájemné důvěře
- dávat najevo pacientovi, že si ho cením jako osobnosti
- pomoci mu při zvládnání základních problémů, aby se podpořilo hojení operační rány a tím se urychlila jeho adaptace na změnu těla
- informovat pacienta spolu se stomasestrou, jak pečovat o ileostomii

Realizace plánu

Snažila jsem se o podporu důvěry, která byla mým prvořadým cílem. S pacientem jsem vedla rozhovor.

Při svém rozhovoru jsem pacientovi umožnila abreakci - sdělování negativních zkušeností se zdravotníky. O průběhu hospitalizace byl pacient poučen ošetřujícím lékařem. Zhodnotila jsem informace, které již má. Pan D. měl zájem o informace, chtěl vědět, co ho čeká. Projevil zájem o ileostomii a péči o ní.

Hodnocení

Pacient ocenil mou snahu, zajistila jsem mu soukromí při výměně stomie. Při převazech spolupracoval, byl rád, že ho lékař informoval o hojení rány. Stomasestra mu vysvětlila a ukázala, jak pečovat o stomii. Pan J.D. částečně přijal svou změnu vlastního těla.

6. Únava po subtotální kolektomii v celkové anestezii a zvýšenou tělesnou teplotou projevující se ospáváním během dne.

Cíl ošetrovatelské péče

- pacient bude mít snížený pocit únavy
- pacient bude mít dostatek energie
- pacient bude postupně mít přiměřenou tělesnou a psychickou aktivitu

Plán ošetrovatelské péče

- zajistit dostatečné tlumení bolesti podáváním analgetik dle ordinace lékaře
- zajistit dostatek spánku, zbytečně nebudit a nerušit pacienta
- zajistit vhodné prostředí pro spánek
- akceptovat únavu pacienta pro velký zásah do organismu
- podporovat pacienta v jeho aktivitách
- spolupracovat s fyzioterapeutem

Realizace plánu

Rušilo ho i pravidelné měření fyziologických funkcí, ale chápal, že je to nutné. Bolesti jsme se snažili dostatečně tlumit, sedmý den po operaci již si nestěžoval na bolesti. Sestry vše konzultovaly s lékařem.

Hodnocení

Pacient byl ještě 4. den po operaci unavený, avšak během dalších dnů se únava upravovala a osmý den po operaci se cítil odpočínutý.

7. Suchost sliznic jazyka a horních cest dýchacích z důvodu nasogastrické sondy, projevující se pocitem suchosti jazyka a dráždivým kašlem.

Cíl ošetrovatelské péče

- pacient nebude nepocítovat suchost sliznic
- pacient nebude trpět dráždivým kašlem
- pacient bude aktivně spolupracovat při péči o dutinu ústní

Plán ošetrovatelské péče

- zajistit dostatečnou hydrataci (tekutiny u lůžka)
- monitorovat příjem a výdej tekutin
- pravidelně pečovat o dutinu ústní
- monitorovat charakter kašle
- vhodně klienta motivovat
- konzultovat s lékařem

Realizace plánu

Při prvním kontaktu s pacientem byly patrné oschlé rty a dutina ústní, proto jsem podle zvyklostí oddělení připravila borgecérin a Stopanginový roztok na vytírání úst. Snažila jsem se pravidelně klientovi ústa vytírat a poté, co byl již plně při vědomí, jsem ho informovala o tomto úkonu. Pan J.D. aktivně spolupracoval a péči dutinu ústní převzal. S lékařem jsme konzultovali možnost příjmu tekutin ústy a zajistili vhodné množství čaje u lůžka pacienta.

Hodnocení

Pacient za mého ošetřování nepociťoval suchost v ústech a sliznic. Pan D. netrpí dráždivým kašlem a aktivně spolupracuje při péči o dutinu ústní.

8. Porucha kožní integrity vzhledem k operačním výkonům operační rány a k invazivním vstupům (periferní žilní kanyla, Redonův drén) s rizikem komplikací krvácení a vniknutí infekce.

Cíl ošetrovatelské péče

- pacient je edukován a spolupracuje při kontrole operačních ran a drénu a nasogastrické sondy
- pacient bude mít místa vpichu čistá a suchá
- pacient bude bez příznaků nežádoucí infekce a pooperačních komplikací (krvácení)
- operační rány jsou klidné a hojí se per primam

Plán ošetrovatelské péče

- edukace pacienta o kontrole a svědění operačních ran, péče o Redonův drén, periferní žilní katétr a nasogastrické sondy

- sledovat sterilní krytí a okolí operační rány (minimálně 5x denně), zda nedochází k prosakování obvazu, sekretu z rány, zarudnutí, otoku v okolí rány
- dodržovat aseptický postup při převazech, ošetřovat ránu dle ordinace lékaře
- sledovat fyziologické funkce, drenáž a nasogastrickou sondu - množství sekretu, průchodnost
- kontrolovat PŽK, průchodnost, pravidelně proplachovat
- sledovat výsledky laboratorních vyšetření
- zaznamenat případné změny v okolí operační rány, hlásit je zdravotnickému personálu
- získat pacienta pro spolupráci – poučit pacienta, aby nenapínal břišní stěnu
- podávat ATB dle ordinace lékaře
- provést záznam do dokumentace

Monitorovat všechny invazivní vstupy:

Periferní žilní katétr

- vysvětlit pacientovi funkci kanyly
- dodržovat aseptické postupy při převazech a aplikaci léků
- zajistit, zafixovat kanyly proti vytažení, rozpojení
- sledovat vstupní místa vpichu katétru (zarudnutí, bolest, otok, teplotu, poškození krycího obvazu, hromadění tekutiny pod obvazem)
- sledovat průchodnost, aby nedošlo ke vzniku sraženiny
- při výměně podávaného infúzního roztoku nedopustit, aby došlo k úplnému vyprázdnění láhve a hadiček
- provádět převazy všech invazivních vstupů 1x za 24 hodin
- při odstranění katétru netlačit na místo vpichu, zkontrolovat celistvost katétru, místo vpichu přelepit sterilním krytím

Redonův drén

- sterilní krytí operační rány a v oblasti fixace drénu ke kůži
- sledovat známky počínající infekce v operační ráně a kolem místa fixace drénu
- asistovat lékaři při převazu operační rány a místa drénu
- provést včasnou výměnu znečištěného krytí na operační ráně (prosáknutí krví, sekretem)

- sledovat množství, barvu a hustotu sekretu

Nasogastrická sonda

- vysvětlit pacientovi funkci nasogastrická sondy
- zajistit, zafixovat nasogastrickou sondu proti vytažení
- sledovat průchodnost NGS
- sledovat průchodnost, aby nedošlo k obstrukci NGS
- měnit místo polohy NGS, aby nedošlo k dekubitům
- provádět převazy NGS 1x za 24 hodin

Realizace plánu

U pana D. jsem sledovala fyziologické funkce, stav vědomí, operační ránu a ileostomii, zda nekrvácí i drén. V průběhu dne jsem sledovala množství sekretu v drénu a jeho průchodnost. Převaz rány byl prováděn za aseptických podmínek. Dále jsem sledovala celkový stav pacienta a průběžně se dotazovala, jak se cítí. Pacientovi jsem vždy vysvětlila, proč a jak co dělám a co je potřeba, sledovala jsem případné projevy infekce. Prováděla jsem pravidelné kontroly PŽK a pravidelně jsem jej před každou a po každé aplikaci proplachovala. Nasogastrickou sondu jsem proplachovala čajem. Panu J. D. byla podávána ATB dle ordinace lékaře.

Hodnocení

Pacient byl edukován a snažil spolupracovat při každé kontrole operačních ran a drénu. Okolí invazivních vstupů je bez známek bolesti, otoku a zarudnutí. Redonův drén a periferní žilní katétr byly odstraněny za aseptického postupu. Pátý pooperační den byla J.D. odstraněna nasogastrická sonda. Místa byla sterilně překryta. Po dobu mého pozorování se u pacienta pooperační komplikace neobjevily.

9. Porušená sebepéče vzhledem k pooperační imobilitě a snížené hybnosti, projevující se neschopností postarat se o sebe v oblasti hygieny, oblékání a výživy

Cíl ošetrovatelské péče

- pacient zlepší míru své soběstačnosti
- pacient bude znát své skutečné schopnosti a možnosti a bude aktivně spolupracovat
- pacient bude mít uspokojeny základní potřeby v oblasti hygieny
- pacient se bude aktivně podílet na uspokojování svých potřeb (ranní hygiena – péče o dutinu ústní, učešání se, oblékání)
- pacient zná svůj pooperační rehabilitační režim a dodržuje ho
- pacientovi je zajištěna pomoc s výkony, které při sebepéči již nezvládne sám
- zvýšení a navrácení soběstačnosti
- pacient se začne sám podílet na péči o vyprazdňování ileostomie

Plán ošetrovatelské péče

- věnovat dostatek času klientovi, vhodně ho motivovat
- nespěchat
- při hygieně zajistit dostatek soukromí a tepla
- seznámit pacienta se jeho skutečnými schopnostmi
- saturovat bio-psycho-sociální potřeby pacienta
- zajistit dopomoc (při stravování, hygieně, polohování)
- zajistit bezpečnost (na dosah signalizace, hrazdička)
- zajistit rehabilitaci a postupné zvyšování pohyblivosti
- motivace k pravidelnému cvičení (i po odchodu fyzioterapeuta), jistější chůzi
- tlumit pocit obav a strachu z případné nesoběstačnosti, prodiskutovat očekávání a snažit se poskytovat pravdivé informace
- zajistit pomůcky na dosah
- snažit se podporovat soběstačnost a pochválit ho při vykonaných činnostech
- připravit si vhodné pomůcky k hygieně
- udržovat přiměřenou teplotu v pokoji a zabezpečit intimitu
- zajistit pomoc při hygieně na lůžku (umýt záda, nohy a ostatní části těla dle potřeby)
- respektovat strach z pohybů, kdy se nemocný bojí bolesti

- chránit operační ránu a invazivní vstupy
- informovat lékaře o změnách v mobilitě pacienta
- vést pacienta k samostatnosti a povzbuzovat ho
- zajistit bezpečnost a doprovod pacienta do koupelny a dle potřeby pomoci při mytí
- připravit vhodné pomůcky pro příjem potravy (jídelní stůl, skleničku s brčkem)

Realizace plánu

Panu D. jsem zajistila všechny potřebné pomůcky tak, aby je měl vždy po ruce. Tím jsem se snažila podporovat jeho soběstačnost, protože si byl tímto způsobem v některých úkonech schopen vystačit zcela sám a seznamoval se takto současně se svými skutečnými schopnostmi. Tam, kde byla potřeba dopomoc, jsem mu vždy pomohla. Na dosah ruky jsem mu dala signalizaci a vysvětlila jsem mu, jak ji ovládat. Pro úpravu polohy měl pacient k dispozici hrazdičku pro zvýšení bezpečnosti. Za panem J. D. chodila fyzioterapeutka, která s ním cvičila na lůžku. Snažila jsem se ho psychicky podporovat.

Hodnocení

Pan J. D. poznal své skutečné schopnosti a možnosti, snažil se aktivně spolupracovat a podílel na uspokojování podstatné části svých potřeb.

Dle pokynů fyzioterapeuta sám pravidelně prováděl lehké cviky. Pacient zlepšil míru své soběstačnosti. U pana J.D. se projevil formou maladaptivního chování, sice pomalu, ale postupně se zájem se jeho zájem jak pečovat o ileostomii měnil.

10. Změna močení pro zavedení permanentní močový katétr s rizikem vzniku infekce.

Cíl ošetrovatelské péče

- pacient bude dostatečně vyprázdněn
- pacient nebude postižen infekcí močových cest
- pacient bude dostatečně informován o symptomech infekce
- po odstranění PMK bude pacient močit spontánně

Plán ošetrovatelské péče

- zajistit dostatečnou informovanost pacienta
- kontrolovat stav a průchodnost močového katétru a kvalitu moče
- monitorovat pacientovy případné obtíže

Realizace plánu

Čtvrtý pooperační den měl pan J.D. zatím stále zavedený permanentní močový katétr. Průběžně byla sledována kvalita moči a okolí vstupu permanentního močového katétru. Pacient byl poučen o příznacích infekce a o nutnosti o nich informovat. Pátý pooperační den byl PMK odstraněn, pacient byl poučen, že má močit do močové lahve.

Hodnocení

Pan J.D. nemá potíže s prostatou, čtvrtý pooperační den mu byl PMK ponechán, pátý pooperační den byl dle ordinace od lékaře permanentní močový katétr odstraněn. Po odstranění PMK se pan J.D. spontánně vymočil do močové lahve. Během zavedeného PMK se neobjevily známky infekce.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

11. Riziko vzniku deficitu tělesných tekutin vzhledem k omezenému perorálnímu příjmu, ztrátě tekutin zavedenými katétry, drény a ileostomií.

Cíl ošetrovatelské péče

- nedojde k deficitu tělesných tekutin
- pacient bude mít fyziologický objem kolujících tekutin bez projevů dehydratace
- pacient chápe význam příjmu tekutin vzhledem výrazným ztrátám ileostomií

Plán ošetrovatelské péče

- zabezpečit dostatečnou náhradu tekutin v pooperační péči: infúzní terapie dle ordinace lékaře (vyrovnání elektrolytového a vodního hospodářství)
- otírat rty navlhčeným mulem a ústní dutinu speciálně vyrobeným roztokem s borglycerinem a Stopanginem

- sledovat a zaznamenávat bilanci tekutin (příjem a výdej včetně případných zvratků, sekretů z nazogastrické sondy, z ileostomie a z Redonova drénu každou hodinu)
- sledovat vitální funkce
- podávat tekutiny dle ordinace lékaře (kolik může přijímat za 24 hodin)
- aktivně nabízet a připomínat tekutiny
- informovat o následcích nedostatku tekutin
- sledovat účinky podávaných léků a výsledky biochemického vyšetření
- sledovat stav kůže a sliznici dutiny ústní

Realizace plánu

Pana J.D. jsem se snažila přesvědčit o nutnosti dostatečného příjmu tekutin a vytvoření pitného režimu. Aktivně jsem nabízela tekutiny a sdělila jsem mu, které nápoje nejsou pro něho vhodné.

Hodnocení

Pacient spolupracoval, věděl, že musí dodržet maximální příjem tekutin. V následujících dnech došlo k postupnému zlepšování příjmu tekutin, pacient vypil denně až 2500 ml tekutin. Z tekutin upřednostňoval čaj a neperlivou Dobrou vodu, kterou mu nosila rodina. Stravu měl první čtyři dny tekutou, dále kašovitou a od sedmého pooperačního dne bezesbytkovou. Pacient neměl známky dehydratace, měl normální vlhkost sliznic.

12. Změna životního stylu pro závažnou diagnózu – megakolon s následnou ileostomií a pro dosavadní nevhodný životní styl, nikotinismus, stres a nepravidelnou životosprávu.

Cíl ošetrovatelské péče

- nastítnit pacientovi nutné změny životního stylu
- pacient pochopí příčiny a následky dosavadního nezdravého způsobu života a faktory přispívající k současné situaci
- pacient vyloučí neúčinný způsob překonávání těžkostí (alkohol, cigarety)
- pacient projeví znalost, jak pečovat o své zdraví
- pacient si uvědomí, co je potřebné pro zachování zdraví
- pacient změní svůj životní styl a bude dodržovat daný léčebný režim

Plán ošetrovatelské péče

- vést pacienta k aktivní roli v péči o zdraví a zdravý životní styl, aby bylo chráněno jeho zdraví
- zhodnotit užívání (abúzus) různých látek (např. alkohol, cigarety)
- zjistit, zda má pacient snahu pečovat o své zdraví a zastat běžné každodenní aktivity
- zjistit, jak pacient žije
- určit úroveň znalostí a dovedností s ohledem na péči o zdraví a životní styl
- vést pacienta k dodržování správných návyků (stravování, omezení alkoholu a kouření)
- určit úroveň adaptivního chování, znalostí a dovedností s ohledem na péči o zdraví
- povzbuzovat pacienta k zapojení se do společenských akcí a prevenci zaostávání
- vést pacienta k tomu, aby si uvědomil vlastní práva a povinnosti, týkající se zdraví, životního stylu
- všímat si pokroku a změn

Realizace plánu

S panem J.D. jsem vedla rozhovory o jeho pohledu na zdraví a jeho dosavadní nezdravý způsob životního stylu, nepravidelné životosprávy a kouření. V rozhovoru jsem zjistila, jak pacient žije, snažila jsem se mu vysvětlit, proč je nutné dodržovat návyky správné životosprávy, hlavně kvůli jeho závažnému zdravotnímu stavu.

Hodnocení

Pan J.D. byl poučen, jak má pečovat o své zdraví a dodržovat zdravý životní styl, projevil nemalé znalosti, jak o sebe pečovat. Zdůvodňoval si, proč se nemohl svému zdraví věnovat tím, že na to nebyl čas. Ale teď má prý dostatečný důvod, proč pečovat o své zdraví, zdravou životosprávu. Po dobu hospitalizace neměl chuť si zakouřit a zatím ho to ani neláká. Tvrdil, že moc nepije, ale podle laboratorních testů měl až dvojnásobně zvýšené GMT, což svědčí o opaku. Rád chodil do společnosti, říkal, že až si zvykne na ileostomii, začne opět navštěvovat své kamarády. Vzhledem k jeho doposud nevhodného způsobu života si nejsem zcela jistá, zda si uvědomuje případné následky nadměrného užívání alkoholu, kouření a nepravidelné životosprávy.

13. Riziko vzniku tromboembolických komplikací vzhledem k operaci a imobilizaci.

Cíl ošetrovatelské péče

- pacient bude bez projevů tromboembolických komplikací

Plán ošetrovatelské péče

- zajistit včasné vstávání z lůžka
- bandáže dolních končetin a aplikace antikoagulancií dle ordinace od lékaře
- zajistit rehabilitaci na lůžku
- sledovat celkový stav a otoky dolních končetin
- zajistit nácvik správného vstávání z lůžka a dostatečnou hydrataci pacienta

Realizace plánu

S panem J.D. cvičila fyzioterapeutka na lůžku. Panu D. byla aplikována antikoagulancia dle ordinace lékaře. Sledovala jsem celkový stav pacienta a zda se neobjevují na dolních končetinách otoky.

Hodnocení

Po dobu mé praxe nedošlo u pana J. D. k tromboembolickým komplikacím.

4 Edukace

Výuka ošetřování vývodu:

Zpočátku o stomii pečovala pouze stomasestra a já za její asistence, při práci nás pan J.D. jen pozoroval. Na základě vědomostí, které získal po operaci, si znovu připomínal nejdůležitější zásady péče o kůži v okolí stomie, aby ji pravidelně – alespoň jednou denně prohlížel a kontroloval. Dále jsem ho upozornila, aby věnoval zvýšenou pozornost zarudlým místům či drobným oděrkám a trhlinkám. Vysvětlila jsem mu, že je nutné, aby pokožku udržoval čistou, suchou (ale ne vysušenou) a vláčnou. Dále jsem mu sdělila, že se má mýt, koupat či sprchovat v teplé (nikoliv horké) vodě a k omývání kůže má používat měkké hadříky či houby, aby se pokožka příliš nedráždila nebo dokonce neporanila. Horká voda a mýdla pokožku vysušují, a není proto vhodné je používat.

Čtvrtý pooperační den ještě pozoroval, jak správně postupovat při výměně podložky. Šestý pooperační den, kdy již mohl chodit, jsme ho se stomasestrou doprovodily do koupelny, kde jsme mu ve stoje před zrcadlem demonstrovaly výměnu jednodílného systému.

Předtím jsem si připravila pomůcky: nesterilní rukavice, sáček na odpad, nůžky, buničitá vata, čtverec z netkané textilie, čistící roztok, ochranný film, měřítko na stomie, vhodný typ sáčku, do kterého vystříhneme otvor o 2 – 5 mm větší, než je velikost stomie.

Postup:

- šetrně jsem odstranila použitý sáček, ze shora dolů
- ileostomický sáček jsem před odstraněním vypustila do WC
- otřela jsem stomii buničinou
- stomii jsem osprchovala vlažnou vodou a osušila jemným ručníkem
- na čtverec jsem nanesla čistící roztok, okolí stomie jsem odmastila a vyčistila
- suchým čtvercem jsem kůži osušila
- před nalepením jsem na kůži aplikovala ochranný film
- odstranila jsem plastový kryt z podložky
- několik minut jsem pokožku zahřívala rukama v poloze nalepení
- ukázala jsem mu, kam se má sáček s odpadem vyhodit a doprovodila jsem pacienta na lůžko

Stravování stomiků

Hlavním a zásadním činitelem při výběru a skladbě jídelníčku je druh stomie. Vysvětlila jsem pacientovi, že je třeba jíst v pravidelných intervalech 5 – 7krát denně malé porce potravy. Stravu by měl dobře rozkousat, popřípadě rozmixovat. Nové druhy potravy si má přidávat postupně – zjistí tak, jsou-li pro něj vhodné. Dále, že má mít pravidelný příjem potravy, který je zárukou pravidelného vyprazdňování. Upozornila jsem ho, že nemá omezovat stravu s tím, že tak omezí vyprazdňování. Je to zcela mylný názor. Opak je právě pravdou – výsledkem je pak nepravidelná defekace a problematický režim v ošetřování stomie.

Pan J.D. ví, že má ileostomii, sám mi sdělil, že je to vyústění koncové části tenkého střeva. Já jsem mu podala informace o tom, že v tenkém střevě dochází ke vstřebávání bílkovin, tuků, cukrů a vitamínů a dokončuje se tu proces trávení. Obsah z ileostomie je řídký, agresivní a odchází nepřetržitě celý den a nedá se to ovlivnit. Proto se musí trávicí ústrojí zatěžovat postupně tzv. bezezbytkovou stravou. Jeho strava nemá obsahovat kořeněné, pálivé a nadýmavé potraviny. Nutriční terapeutka mu doporučovala, aby konzumoval bílé maso (ryby, drůbež, králičí maso apod.). Jídlo si může dostatečně osolit. Dále by se měl vyvarovat pití tvrdého alkoholu a černé kávy, protože tak dochází k velkým ztrátám vody a solí z organismu, proto je nutné vypít 2500 – 3000 ml tekutin denně. Do jídelníčku má pravidelně zařazovat listovou zeleninu, ovoce bez slupek, ovocné šťávy a přesnídávky.

Rady pro ileostomiky:

- káva je močopudná
- vláknina způsobuje řídkou, zapáchající a objemnou stolicí
- vláknina způsobuje zvýšenou plynatost
- sušené ovoce, zelí, čokoláda, alkohol zvětšují objem stolice
- ořechy, kokos, kukuřice mohou způsobovat zácpu
- špatně rozkousané citrusové plody mohou způsobit střevní neprůchodnost
- červená řepa zbarvuje stolicí dočervena
- kořeněná jídla působí průjem
- vajíčka a ryby působí silný zápach stolice
- zralé banány a „žužu“ bonbóny upravují průjem
- fenyklový a mátový čaj snižují nadýmání
- jogurty se živou kulturou omezují zápach a plynatost

- perlivé nápoje zvyšují plynatost
- ovoce a zelenina se doporučuje konzumovat bez slupek, jader a pecek
- v horku a při námaze se má více pít a hodně solit

5 Ošetrovatelský závěr a prognóza

Padesátiletý pan J.D. je po operaci subtotální kolektomie s terminální ileostomií pro megakolon. Nemocný je v příjmu tekutin soběstačný a zažívací trakt je postupně zatěžován. Pátý pooperační den se vytáhla nasogastrická sonda a začalo se s postupným zatěžováním stravou. Zpočátku to byla strava tekutá – bujon, další den již měl potravu šlehanou, kterou měl i sedmý pooperační den. Během dne pak mohl popíjet Nutridrink, který nechtěl, protože mu nechutnal. Pacienta je důležité aktivizovat v příjmu tekutin kvůli prevenci možného rizika dehydratace. Po operaci byla nutná dopomoc při hygieně, nejprve na lůžku, posléze doprovod do koupelny. Pohybový režim – pohyb po boxu, oddělení byl možný pouze s doprovodem sestry nebo fyzioterapeuta. Pan J.D. čtvrtý pooperační den udával již jen mírné bolesti operačních ran, dále se pokračovalo v podávání analgetik, ale za jejich postupného snižování. Pan D. měl kůži bez ikteru a cyanózy. Plyny odcházely, každý den byla nutná péče o stomii. Zdravotní stav pana J.D. se průběžně zlepšoval a vzhledem k jeho vitalitě předpokládám brzký překlad na standardní oddělení a odtud do domácího ošetřování.

Lékaři pacientovi sdělili, že ileostomii má dočasnou, že bude nutné, aby chodil na pravidelné prohlídky.

Stomasestrou byl opakovaně poučován, jak se starat o vývod. Zpočátku se jen díval, jak se provádí výměna a ošetření ileostomie. Věděl, že čím dříve se naučí starat se o stomii, tím dříve bude moci odejít do domácí péče. Možná i proto se snažil a spolupracoval při výměně stomického sáčku. Nutriční terapeutka mu vysvětlila, jaké potraviny jsou pro něj nevhodné a proč.

Psychosociální závěr

Pan J.D. není úzkostný, ale ještě se neadaptoval na nynější situaci, tedy život s ileostomií. Je emocionálně stabilní, je spíše extrovert. Navenek působí vyrovnaným dojmem, ale mám pocit, že uvnitř s tím bojuje. Vykazoval známky regrese, z ileostomie si dělal „žerty“. Smířit se s ileostomií bude vyžadovat dostatek času a vidím to jako dlouhodobý psychický problém.

Sebereflexe

Péče o tohoto pacienta pro mě byla velkým přínosem pro závažnou a ojedinělou lékařskou diagnózu. Podařilo se nám během krátkého časového úseku navázat velmi dobrý vztah. Pacient byl velice otevřený a velice upřímný. Nejtěžší pro mě bylo navázat první kontakt, ale pan J.D. mi svým jednáním vše usnadnil. Díky této zkušenosti jsem se naučila, jak pečovat o pacienty na intenzivní péči a jak navázat kontakt s takto nemocným klientem. Obdivuji na něm, jakou sílu měl a jak se se svou situací vyrovnával.

C. Seznamy zdrojů informací

1. Zdroje informací o pacientovi

- I. Pozorování pacienta a rozhovor s pacientem
- II. Rozhovor se zdravotnickým personálem (lékařem, sestrami, fyzioterapeutkou)
- III. Zdravotnická dokumentace (chorobopis, ošetrovatelská dokumentace)

2. Seznam použité literatury

1. BORTÍK, M.; LUKÁŠ, M., Časopis lékařů českých, Roč. 140, č. 20, 2001, s. 619 – 623, ISSN: 0008-7335
2. BORTÍK, M.; LUKÁŠ, M., Časopis lékařů českých, Roč. 139, č.22, 2000, s. 710, ISSN: 0008-7335
3. DOENGES, M.E.; MOORHOUSE M., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha: Grada, 2001, 557 s. ISBN: 80-247-0242-8
4. HOCH, J., *Akutní chirurgie tlustého střeva*, Praha: Maxdorf, 1998, ISBN: 80-85800-85-3
5. KOLEKTIV AUTORŮ, *Vše o léčbě bolesti*, Praha: Grada, 2006, ISBN: 80-247-1720-4
6. KOLEKTIV AUTORŮ, *Výživa při nádorovém onemocnění*, (Praktická příručka pro pacienty), Praha: Nutricia, 2008, 40 s. ISBN: 978-80-239-9055-3
7. MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M., *Kapitoly z ošetrovatelské péče*, Praha: Grada, 2006, s. 118 ISBN: 80-247-1443-4
8. MÜLLER, M., *Chirurgie pro praxi a studium*, Praha: Goldstein, 1998, ISBN: 80-86094-10-3
9. PHARMIDEX BREVÍŘ, MediMedia Information spol., Inpharmex spol., Praha: 2002, 1078 s. ISBN: 80-86336-04-2
10. OTRADOVCOVÁ, I.; KUBÁTOVÁ, L., *Komplexní péče o pacienta se stomií*, Praha: 2006, 52 s. ISBN: 80-7262-432-6
11. STAŇKOVÁ M., *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*, České Ošetrovatelství 6 praktická příručka pro zdravotní sestry, Brno: 1. vydání, IDV PZ, 2001, 55 s. ISBN: 80-7013-323-6

12. ŠVÁB, J., *Náhlé příhody bříšní*, Praha: Galén, 2007, s. 156–157, ISBN: 978-80-7262-485-0
13. ŠVÁB, J., *Operace tlustého střeva*, Praha: Triton, 2000, ISBN: 80-7254-122-6
14. VOKURKA, M. a kol., *Patofyziologie pro nelékařské směry*, Praha: Karolinum, 2005, ISBN: 80-246-0896-0
15. *Základy péče o pacienta se stomií*. ConvaTec. 1. vyd. Praha: A Bristol, 2002, ISBN: 80-239-9055-3

3. Seznam dalších zdrojů

Internetové zdroje

- a) Deepika Devuni, Megacolon, Toxic: <http://emedicine.medscape.com/article/181054-overview>, 15.5. 2009
- b) David M. Manuel, Megacolon, Chronic: <http://emedicine.medscape.com/article/180955-overview>, 15.5. 2009
- c) <http://www.ilco.cz>, 25.4. 2009
- d) <http://www.convatec.cz>, 25.4. 2009

4. Přehled použitých zkratk

AF – arteria femoralis

AP – arteria poplitea

ADP – arteria dorsalis pedis

BMI – body mass index (index tělesné hmotnosti)

P – puls

TK – tlak krve

TT – tělesná teplota

FF – fyziologické funkce

FR – fyziologický roztok

JIP – jednotka intenzivní péče

NGS – nasogastrická sonda

NPB – náhlá příhoda bříšní

VAS – vizuální analogová škála

amp. – ampule

i.m. – intramuskulární podání léků

i.v. – intravenózní podání léků

s.c. – subkutánní podání léků