



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav Ošetrovatelství

Olga Šefčíková

**Péče o nemocného s perianálním
abscesem**

*Nursing care of patient with anorectal
inflammation*

Bakalářská práce

Tábor únor 2009

Autor práce: Olga Šefčíková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: Mgr. Renata Vytejšková

Pracoviště vedoucího: Ústav Ošetřovatelství, 3. lékařská fakulta

Odborný konzultant: As. MUDr. Robert Ston

Pracoviště odborného konzultant: Chirurgická klinika FNKV

Datum a rok obhajoby: 08.04.2009

Prohlášení o autorství:

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

V Táboře dne 25.02.2009

Šefčíková Olga

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat mému odbornému konzultantovi As MUDr. Stonovi, lékaři chirurgické kliniky v Nemocnici Královské Vinohrady. Za trpělivou a mravenčí práci děkuji především Mgr. Renatě Vytejčkové, která po celou dobu příprav vedla moji bakalářskou práci.

Obsah

Prohlášení o autorství:	3
Poděkování	4
1. ÚVOD	8
2. KLINICKÁ ČÁST	9
2.1. Anatomie konečníku	9
2.1.1. Sliznice konečníku	10
2.1.2. Svalovina konečníku	11
2.1.3. Anus	11
2.1.4. Cévy rektu	12
2.1.5. Mízní cévy	12
2.1.6. Inervace rektu	12
2.2. Fyziologie	13
2.2.1. Uzávěr konečníku	13
2.2.2. Vyprazdňování stolice – defekace	13
2.2.3. Stolica – faeces	14
2.3. Charakteristika onemocnění – perianální absces	14
2.4. Epidemiologie	15
2.5. Etiopatogeneze	15
2.5.1. Rozdělení anorektálních abscesů	16
2.6. Klinické příznaky a komplikace zánětu	17
2.6.1. Místní příznaky	18
2.6.2. Celkové příznaky	18
2.6.3. Komplikace abscesu	19
2.7. Diagnostika perianálního abscesu	21
2.7.1. Klinická vyšetření	21
2.7.2. Zobrazovací metody	21
2.7.3. Laboratorní metody	22
2.7.4. Mikrobiologické vyšetření	22
2.8. Patofyziologie zánětu	23
2.8.1. Faktory rozvoje infekce	24
2.8.2. Proces zánětlivé reakce	25
2.9. Terapie zánětu	26
2.9.1. Chirurgická terapie	26
2.9.2. Podpora celkového stavu	28
2.9.3. Klid na lůžku	31
2.9.4. Antibiotika a chemoterapeutika	32
2.9.5. Imunoterapie	32
2.9.6. Fyzikální terapie	32
2.10. Prognóza	33

2.11. Prevence.....	33
3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM	34
3.1. Identifikační údaje.....	34
3.1.1. Okolnosti přijetí nemocného	34
3.2. Lékařská anamnéza.....	35
3.3. Souhrn provedených diagnostických vyšetření v den přijetí – před operací.....	36
3.4. Souhrn provedených diagnostických vyšetření v průběhu hospitalizace	39
3.5. Průběh hospitalizace.....	42
3.6. Farmakoterapie	47
3.6.1 Léky ovlivňující bolest a zánět	47
3.6.2 Antimikrobiální látky – ANTIBIOTIKA	48
3.6.3 Diuretika	49
3.6.4 Léčiva ovlivňující trávicí trakt.....	50
3.6.5 Léčiva působící na periferní nervový systém.....	50
3.6.6 Léčiva ovlivňující centrální nervový systém	50
3.6.7 Léčiva ovlivňující kardiovaskulární systém.....	51
3.6.8 Vitaminy a minerální látky	52
3.6.9. Antitrombotika.....	52
3.6.10. Hormony	52
3.6.11. Infuzní terapie	53
4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	54
4.1. Ošetřovatelský proces	54
4.2. Zhodnocení pacienta 3.den hospitalizace.....	56
4.2.1. Monitorování nemocného na jednotce intenzivní péče.:	57
4.2.2. Hodnocení celkového zdravotního stavu nemocného	57
4.2.3. Záznam fyzikálního vyšetření sestrou	58
4.2.4. Ošetřovatelská anamnéza	59
Model Marjory Gordonové – Dvanáct vzorců zdraví	59
4.2. Ošetřovatelská diagnostika.....	63
Souhrn ošetřovatelských diagnóz.....	63
4.3.1. Aktuální ošetřovatelské diagnózy	64
4.3.2. Potencionální ošetřovatelské diagnózy	64
4.4. Plán ošetřovatelské péče a hodnocení 3.den hospitalizace	65
4.4.1. Aktuální ošetřovatelské diagnózy	65
4.4.2. Potencionální ošetřovatelské diagnózy	73
4.5. Psychologie nemoci	79
4.5.1. Adaptace na nemoc	79
4.5.2. Pacient v nemocnici	80
4.5.3. Psychosociální profil pacienta	81
4.6. Edukace nemocného	82

4.7. Prognóza	84
5. ZÁVĚR	85
Summary	86
Seznam zkratek.....	87
Informační zdroje.....	89
Seznam tabulek.....	90
Seznam obrázků.....	91
Seznam použité literatury	92
Přílohy	94

1. ÚVOD

Cílem mé práce je zpracování případové studie péče o nemocného s lékařskou diagnózou „perianální absces“. Věnuji se problematice infekce v chirurgii, kterou jsem záměrně vybrala pro své zaměření v zaměstnání. Pracuji na chirurgickém oddělení, na septické jednotce intenzivní péče a zánětlivá onemocnění se na našem oddělení vyskytují často.

V klinické části své práce se zaměřuji na onemocnění anorektální absces, na jeho charakteristiku, anatomii a fyziologii, patofyziologii, etiologii, diagnostiku a terapii.

Dále popisuji vybraného klienta od počátku hospitalizace na jednotce intenzivní péče až po přeložení na standardní oddělení.

V ošetrovatelské části jsem použila metodiku ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelskou anamnézu jsem zpracovala podle modelu M. Gordonové. Získané informace, které mi poskytl sám pacient, jeho příbuzní, ostatní členové týmu a některé jsem zjistila vlastním pozorováním mi pomohly zmapovat problémy pacienta, které ho trápí. Na základě těchto problémů jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy aktuální a potencionální. K řešení jednotlivých problémů jsem stanovila ošetrovatelský plán.

V závěru se věnuji problematice psychologie nemocného s tímto závažným onemocněním a edukaci nemocného. Práce je zakončena shrnutím.

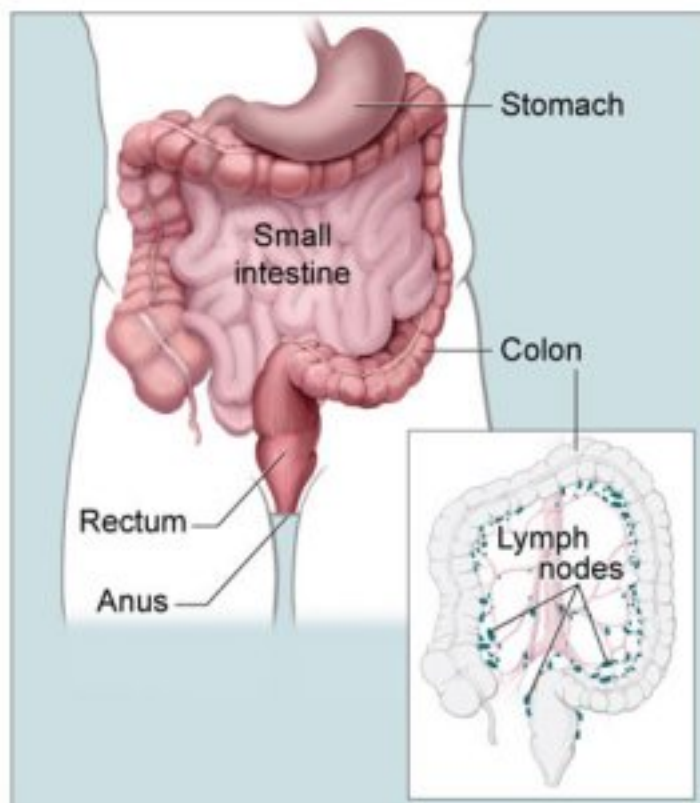
2. KLINICKÁ ČÁST

2.1. Anatomie konečníku

Rektum – konečník je poslední úsek tlustého střeva, v malé pánvi, dlouhý 12 – 16cm, široký (bez náplně) asi 4cm. Konečník probíhá před křížovou kostí.(1).

Rektum má tyto části:

- Rektální ampule – Ampula recti – kraniální a širší část, délky 10 – 12cm.
- Anální kanál – Canalis analis – je užší, liší se od ampulární části podélnou orientací slizničních řas, je dlouhý 2,5-3,8cm.
- Anus – řiť, je otvor, jímž konečník ústí navenek. (3).



Obrázek 1: Zaživací trakt a lymfatické uzliny

2.1.1. Sliznice konečníku

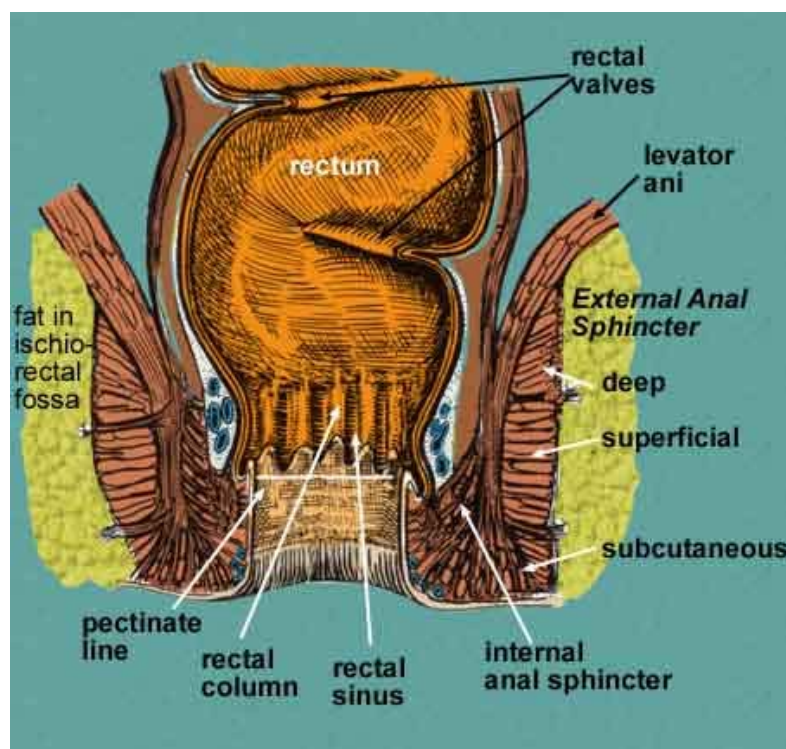
Sliznice rekta má stejnou barvu a vzhled jako sliznice v tlustém střevě. V ampulární části se nachází poloměsíčité řasy, hranici mezi ampulární a anální částí tvoří lineá anorectalis. V análním kanálu je sliznice bledší, prosvítají skrze ni žíly a nese podélné řasy rozložené po celém obvodu análního kanálu, dále se zde nacházejí vklesliny a slizniční řasy.(3)

- Sliznice s cévní pletením, Zona haemorrhoidalis, jde o pás sliznice v análním kanálu podložený cévní pletením a zesílenou hladkou svalovinou, která vytváří vnitřní řitní svěrač. Náplň žil zvyšuje sliznici a přispívá k těsnosti análního uzávěru.(3).
- Epitel sliznice rekta je v ampule cylindrický, jednovrstevný a má schopnost vstřebávat. V průběhu análního kanálu se epitel mění ve vícevrstevný dlaždicový nerohovatějící. Za vlastní hranici, pod níž nejsou krypty a není cylindrický epitel, se považuje úroveň valvulae analis.(3)
- Lieberkühnovy krypty jsou četné, s množstvím pohárkovitých buněk, které jsou na volném povrchu sliznice i mezi enterocyty.(3).
- Anální žlázy – Glandulae analis jsou slizniční žlázy, které se skládají z tubulů, které se větví a zasahují hluboko do stěny až k vnitřnímu svěrači. Tyto žlázy ústí do análních krypt. Secernují hlen a kolem žláz bývají nahromaděny lymfocyty ve formě uzlíků. Ucpání vývodu může vést ke vzniku cysty ve stěně análního kanálu, infekce žlázy může být příčinou abscesu.(3).
- Slizniční vazivo v rektu obsahuje lymfatické uzliny.

Podslizniční vazivo konečníku je vysoké a řídké, takže se silná sliznice může svou hmotností a pohybem obsahu posouvat kaudálně, až vyhřezne z řitního otvoru.

2.1.2. Svalovina konečníku

Zevní svalovina ve stěně rekta je rozprostřena jako plášť, vnitřní cirkulární vrstva hladké svaloviny je zesílena a vytváří vnitřní svěrač. Ke svalovině rekta se směrem od hráze přikládá svěrač z příčně pruhované svaloviny, vnější svěrač pochází ze svaloviny hráze. Povrchovou vrstvu tvoří peritoneum, které obaluje rektum na přechodu z esovité kličky zcela, pak se rektum zanořuje pod peritoneum do malé pánve, kde je kryto vazivovou adventicií, která pokračuje zevně do pánve a přechází v řidší vazivo zvané paraproctium. (3).



Obrázek 2: Rektum: frontální řez, pohled zředu

2.1.3. Anus

Anus – řiť, otvor řitní, jímž je anální kanál ukončen, je lemován kůží, která je více pigmentovaná, činností svěracích svalů stažená a přitom složená v několik radiálních řas, které se vyrovnávají v průběhu defekace při průchodu obsahu rekta.(3)

2.1.4. Cévy rekta

Tepny vyživující rektum jsou přiváděny dvěma směry. Jedny odstupují z mesenterické arterie a zásobují horní část rekta. K dolní části rekta přicházejí arterie, které odstupují z kmene arterie iliaca.

Konečnou větví mesenterické arterie je arterie rectalis superior – konečnicková tepna ta zásobuje především ampulární část rekta. Spolu s ostatními tepnami vytváří spojky, arkádovité anastomosisy kolem stěny rekta.

Pro kaudální úseky rekta odstupují větve z arterie iliaca, ty zásobují anální část. K dolní části rekta přicházejí párová arterie rectalis media (nad diafragma pelvis) a arterie rectalis inferior (pod diafragma pelvis). Obě tyto tepny anastomosují navzájem.

Žíly rekta probíhají podle vyjmenovaných tepen.

Odtok krve je možný dvěma směry. Jedním je řečiště přes vena portae, která se utváří soutokem mesenterické a slezinové žíly. Druhé řečiště, kterým odtéká krev z rekta je spojkami do vena ilica interna a dále do dolní duté žíly. Tato cesta obchází portální řečiště v játrech při jeho přetížení.

Jedná se o bohatou žilní pletěň, která při rozšíření tvoří často krvácející uzly.
(3)

2.1.5. Mízní cévy

Mízní cévy z rekta odcházejí více směry. Celá rektální oblast je hojně zásobena mízním řečištěm a mízními uzlinami. Perianální oblast je odlišně zásobena dorsálně od anu a jinak zásobena ventrálně. Cévy lymfatického systému mají odlišný průběh. Ventrálně od anu probíhají lymfatické cévy radiálně a dorsálním směrem probíhají cévy obloukovitě. (2)

2.1.6. Inervace rekta

Nervy sympatiku zásobují rektum vycházející z posledních hrudních a horních lumbálních segmentů míchy. Nervi parasympatiku přicházejí do

hypogastrických ganglií z druhého, třetího a čtvrtého sakrálního kořene. Nervové svazky zásobující řitní svěrač jdou podél korespondujících cév, současně vedou senzitivní vlákna do kůže okolí řiti a také ze sliznice řitního kanálu.(1)

2.2.Fyziologie

Rektum má tyto hlavní funkce:

- Zásobní – slouží jako rezervoár střevního obsahu.
- Vstřebávání – voda, podané léky se difundují střevní stěnou do krve, takto podané léky jsou chráněny proti vlivu trávicích enzymů a žaludeční kyseliny a navíc obcházejí játra.
- Vyprazdňování stolice – je reflexní děj, kterým odchází střevní obsah.(19)

2.2.1. Uzávěr konečníku

Konečník je za normálních okolností uzavřen.

K tomu přispívá systém:

- řasy (Kohlrauschova řasa a dvě naproti ležící řasy)
- svaly (mm. Puborectales)
- svěrače (anální svěrače: vnitřní, neovládaný vůlí, a zevní, ovládaný vůlí)
- žilní pleteň (corpus cavernosum ani).

Tonická reakce je udržována napínáním svalů vnitřního svěrače (hladká svalovina) alfa adrenergním drážděním přes sympatikus (L1-L2) a u zevního svěrače (příčně pruhovaný) vlivem n. pudendus (S2-S4). (19)

2.2.2. Vyprazdňování stolice – defekace

Je-li horní část ampula rekta naplněna střevním obsahem, podráždí se mechanoreceptory ve stěně střeva, tím se relaxuje vnitřní svěrač, zvýší se tonus zevního svěrače a vzniká pocit nucení na stolicí. Je-li nucení vyhověno, zkrátí se rektum, ochabnou mm. Puborectales a zevní anální svěrač. Parasympatikem aktivovaná kruhová svalovina tlustého střeva (sestupného tračníku, sigmoidea, rekta) vytlačují za podpory břišního lisu stolicí ven. (19)

2.2.3. Stolice – faeces

Stolice se vylučuje v průměru 120-150g/den, množství se řídí podle potravy. Stolice je tvořena z ¼ sušinou (buňky střevního epitelu, zbytky potravy) z níž 1/3 jsou bakterie. Bakterie střevní u dospělých zvyšují aktivitu místní imunitní ochrany a pro hostitele je významný i jejich metabolismus. Přeměňují nestravitelné (např. celulóza) nebo nevstřebatelné sacharidy (např. laktóza) na vstřebatelné mastné kyseliny s krátkým řetězcem a na plyny (metan, H₂, CO₂), kromě toho mohou vytvářet vitamin K. (19)

2.3. Charakteristika onemocnění – perianální absces

Perianální absces patří do skupiny onemocnění pyogenních infekcí. Vyžaduje chirurgickou terapii pro primární infekci.

Celosvětově je používaný název anorektální absces, kdy perianální je jeden z typů těchto abscesů. Existují dvě odlišné klinické varianty – anorektální abscesy a píštěle, které vycházejí ze stejného patogenetického základu. Jde o ohraničené zánětlivé ložisko konečníku obklopené změněnou tkání s tzv. pyogenní membránou, s výslednou invazí patogenních organismů do pararektálních prostor. (26) Při perianálních abscesech a píštělích jde o zánětlivý proces, který vychází z perianálních a proktodeálních žláz.

V akutním stádiu se projevuje abscesem, v chronickém stádiu mnohonásobnou dlouhotrvající píštělí. Při retenci hnisu v píštěli vzniká akutní exacerbace – absces. (2)

2.4. Epidemiologie

Onemocnění se vyskytuje v kterémkoliv věku, nejčastěji však mezi 20 – 50 lety. Incidence je vyšší u mužů než u žen v poměru přibližně 2 : 1. Méně častý je výskyt u dětí, u nichž je méně často spojen s pístělí. Vyšší výskyt je u povolání, vykonávaných ve stoje a spojených s chůzí. Vyšší výskyt je pozorován v letních měsících. Výrazně vyšší výskyt je u diabetiků a u imunokomprimovaných osob než v běžné populaci. (146)

2.5. Etiopatogeneze

Onemocnění má nejčastější původ infekce v kryptách a análních žlázkách – jde o poruchu odtoku z perianálních žláz při zácpě. Rozhodující roli při vzniku abscesu hrají proktodeální, anální žlázy, penetrující vnitřní svěrač. Žlázy ústí do análních krypt v linii anatomického přechodu řitního kanálu. Vzácně jsou způsobeny přenosem infekce do konečníku ze sousedních orgánů nebo při traumatu. Mohou provázet i proktokolitidu a Crohnovu nemoc. Zánětlivý proces začíná obliterací žlázkového vývodu, pokračuje cystickou dilatací žlázy se sekundární infekcí a disrupcí a dále proces pokračuje šířením zánětlivého procesu různými cestami do bezprostředního okolí anorekta. (2)

Existují dva výklady kryptoglandulární teorie (Parks, 1961):

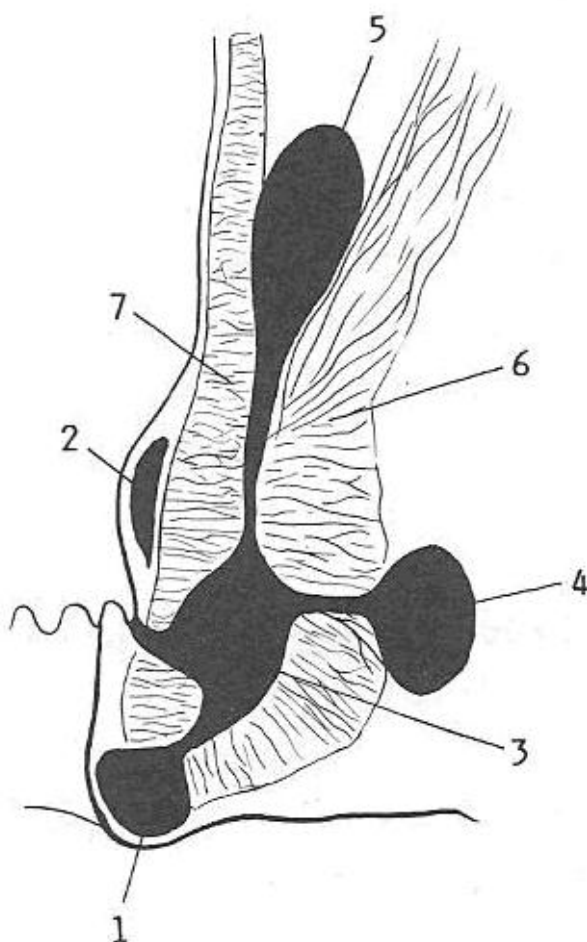
- Vstupní branou infekce jsou Morgagniho krypty, v linea dentata. V nich se zachytává patologický agens a vývodem proktodeálních žláz, které zde ústí, se dostane do žláz umístěných mezi vnitřním a zevním svěračem anu. Spasmus vnitřního svěrače, přes který vývody přecházejí, mohou zapříčinit jejich uzávěr, retenci hnisu v proktodeálních žlázkách a vznik perianálního abscesu. Vzniká bludný kruh: infekce – bolest – spasmus vnitřního svěrače – retence v proktodeálních žlázkách – absces – fistule. (2)

- Poranění výstelky anorekta (entodermu) tvrdou stolicí, cizím předmětem, bodnými nebo střelnými ranami nebo přestup infekce ze stolice přes patologicky změněnou výstelku anorekta (při Crohnově nemoci, proktokolitide, anální figuře, hemeroidech). Etiologickým agens je nejčastěji *Escherichia coli* a z anaerobních bakterií *Bacteroides*, ale do úvahy přicházejí i jiné bakterie například pyogenní koky, stafylokoky, streptokoky, clostridia, speciální bakterie. (2)

2.5.1. Rozdělení anorektálních abscesů

Anorektální abscesy se mohou vyskytovat v různých pararektálních oblastech. Z anatomické lokalizace proktodeálních žláz vyplývá nejčastější lokalizace perianálních abscesů. V 90% případech jsou zpočátku mezi vnitřním a vnějším svěračem anu a odtud se šíří do okolí. Tak vznikají abscesy různé lokalizace.

1. **Subkutánní absces** – může být **intrasfinkterický (marginální)**, při análním otvoru a **extrasfinkterický (podkožní perianální absces, podkožní přední a zadní perianální absces)**. Subkutánní abscesy tvoří 50% – 60% všech perianálních abscesů.
2. **Submukózní absces** – vzniká rozšířením infektu mediálně směrem do mukózy rekta. (2 – 5% případů.).
3. **Intermuskulární absces (intersfinkterický)** je mezi vnitřním a vnějším sfinkterem, tedy v místě vzniku abscesu v proktodeálních žlázách. Odtud se šíří dolů (subkutánní absces), mediálně (submukózní absces), laterálně (ischiorektální absces a pelviorektální absces).
4. **Ischiorektální absces** – (30 – 40% případů) je lokalizovaný ve fossa ischioirectalis, laterálně od svěračů anu, pod levátory. Může se šířit dorzálně na druhou stranu, čímž vznikne podkovovitý ischiorektální absces (10 – 20% případů).
5. **Pelviorektální absces** (2 – 10% případů) je lokalizovaný nad levátory v cavum pelvis subperitoneale (fossa pelvirectalis). Může perforovat přes levátory distálně do fossa ischioirectalis. (2)



Obrázek 3: Perianální abscesy a periproktální abscesy

(Špeciálna chirurgia, Černý J.,strana 345))

1 – subkutánní, 2 – submukózní, 3 – intermuskulární, 4 – ischiorektální,
5 – pelvirectální, 6 – vnější svěrač, 7 – vnitřní svěrač

Perianální abscesy vznikají často kanalikulárním šířením infekce z Morgagniho krypt v linea dentata do proktodeálních (perianálních žláz).(2)

2.6. Klinické příznaky a komplikace zánětu

Obranná reakce organismu na proniknutí infekčního agens do tkání je charakterizována překrváním, rozšířením a zvýšenou propustností kapilár, což umožní přestup leukocytů a protilátek do tkání. Nahromadění velkého

množství leukocytů zvyšuje metabolické nároky s následným nedostatkem kyslíku a nástupem hypoxického metabolismu s produkcí kyselých zplodin (kyseliny mléčné, pyrohroznové), které vyvolávají bolest.(14)

2.6.1. Místní příznaky

Příznaky, které provázejí anorektální absces jsou zevní, viditelné – zarudnutí, otok či plnost a hmatné bolestivé zduření, teplota v místě zánětu, porucha funkce, ale nemusí být vždy přítomné. Obecně se tyto příznaky shrnují jako tzv. Celsovy znaky zánětu (dolor, calor, rubor, tumor, functio laesa). V okolí konečníku je patrný erytém, perianální infiltrát s fluktuací laterálně nebo dorzálně od análního otvoru, někdy podkovovitého tvaru.

U nemocných přetrvávající pulzující bolest, u povrchového abscesu závisí na sezení a chůzi. Silná bolest se objevuje v anální oblasti nejvíce při defekaci. U hlubokých abscesů nemusí být bolest výrazná (bývá v podbřišku).(9)

2.6.2. Celkové příznaky

Dalšími příznaky jsou systémové známky infekce, především teploty. Jestliže teplota těla přestoupí 37°C, mluvíme o zvýšené teplotě. Při zvýšení teploty nad 38°C mluvíme o horečce.

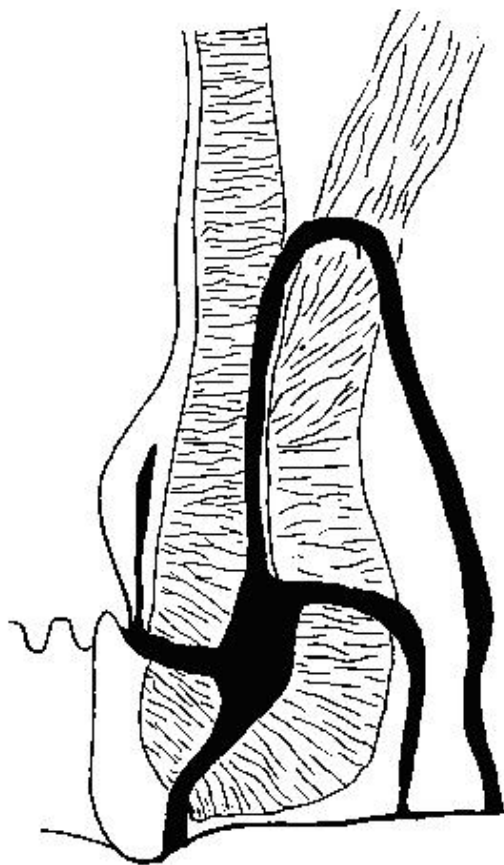
Pro rozsáhlé záněty je příznačná tachykardie, zimnice, třesavka. U chronických zánětů se objevuje celková únava, slabost a nechutenství.

Při zánětech dochází ke změnám v krevním obraze, které se týkají především zvýšením počtu bílých krvinek, je zvýšená sedimentace, a po 7 až 10 dnech se začnou tvořit protilátky.(9)

2.6.3. Komplikace abscesu

Píštěle

Mezi komplikace anorektálního abscesu patří anorektální píštěle, které vznikají jako následek provalení abscesu do análního kanálu.(15) Píštěle jsou abnormální kanálky spojující konečník s kůží perinea nebo okolními strukturami anu a rekta. Anatomické uspořádání fistul je podobné jako u abscesů. (2)

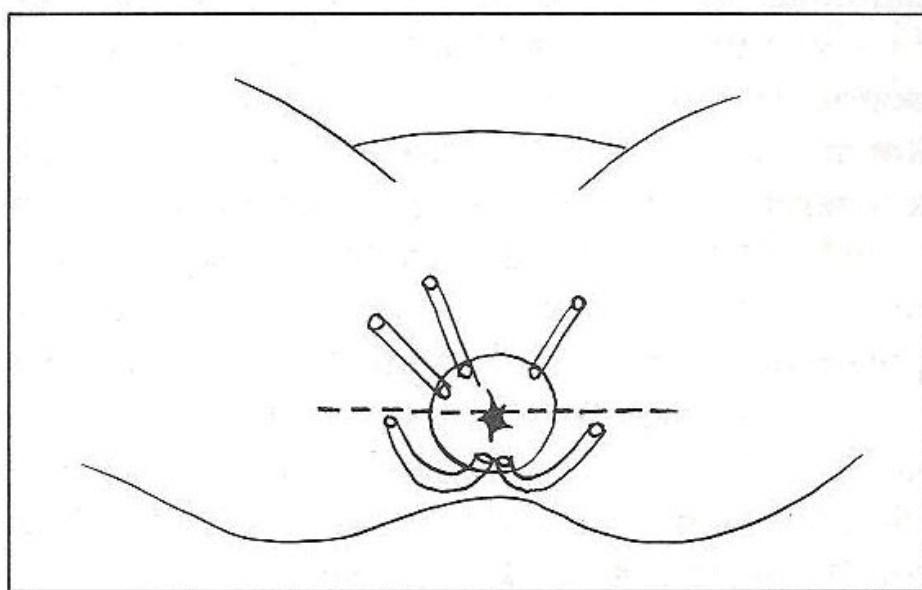


Obrázek 4: Píštěle po abscesech
(Špeciálna chirurgia, Černý J., strana 349)

Šíření infekce

Infekce v perianální oblasti se šíří lymfatickými cévami, které mají odlišný průběh v perianální oblasti ventrálně od anu a dorzálně od análního otvoru. Ventrálně od transverzální čáry, přecházející přes střed análního otvoru,

probíhají lymfatické cévy radiálně z perinea směrem do anu, a proto i píštěle jsou uspořádány radiálně. Dorzálně od transverzální čáry však probíhají lymfatické cévy obloukovitě od kostrče laterálním směrem, proto zde perianální píštěle mají obloukovitý průběh a infekce může projít za análním otvorem z jedné strany na druhou. Vznikají tak oboustranné podkovovité abscesy a píštěle ve fossa ischiorectalis. **Labyrint mnohonásobných píštělí je uložený dorzálně a laterálně od análního otvoru, ale nepřesahuje přes transverzální – Goodsallovu čáru ventrálním směrem. Toto je Goodsallovo pravidlo. (2)**



**Obrázek 5: Goodsallovo pravidlo
(Špeciálna chirurgia ,Černý J. str. 351)**

Infekce se může šířit dutinami a prostory, podél fascií, lymfatickými nebo krevními cestami. Zánět podkožních lymfatických cév (lymphangoitis) se projeví jako jemné jasně červené proužky, směřující od místa infekce k regionálním uzlinám, které pak zduří a jsou bolestivé. Při šíření krevní cestou (bakteriémie, toxémie) mohou vzniknout hnisavá ložiska (metastatické abscesy) nebo celkové sepse.(2)

Sepse

Sepse je stav spojený s infekcí a následnou celkovou odpovědí organismu na nejčastěji náhlý vstup infekční noxy. V nepříznivém případě sepse vrcholí orgánovým selháním. Snahou organismu je eliminovat infekční agens, které proniklo mimo osídlené sliznice. Mechanizmy této eliminace vycházejí z buněk imunitního systému, z humorální odpovědi a z cévní reakce. (1)

2.7. Diagnostika perianálního abscesu

Diagnostika se opírá o klinické příznaky, laboratorní metody, zobrazovací metody a mikrobiologické vyšetření.

2.7.1. Klinická vyšetření

Klinické vyšetření je základní a většinou dostatečné pro stanovení diagnózy.

- Aspekce – v okolí anu je viditelné zduření, otok, vyklenutí, zarudnutí, vyhlazení kožních řas.
- Palpace – při vyšetření per rektum je patrná bolestivost.

2.7.2. Zobrazovací metody

U vysokých abscesů s nejasnou symptomatologií jsou vhodná další doplňující vyšetření:

- Sonografie břicha.
- Rektosonografie.
- CT pánve – počítačová tomografie může objevit hluboko uložená ložiska v místech jiným metodám nepřístupných.
- Prostý RTG snímek – může objevit zánětlivá ložiska, abscesové ložisko, rentgenem nalezený plyn v měkkých tkáních svědčí pro anaerobní ložisko.

2.7.3. Laboratorní metody

Biochemické vyšetření séra, hematologické vyšetření krve.

Laboratorní změny:

- **Leukocytóza**

Pro záněty je typický vzestup počtu bílých krvinek, leukocytóza (na 10-20g/l), v diferenciálním krevním obraze se podíl neutrofilů zvyšuje na více než 80% (tzv. posun doleva), často se objevují nezralé formy leukocytů.

- **Leukocytopenie, trombocytopenie**

Při těžké sepsi mohou klesat počty leukocytů a trombocytů pod normální hodnoty, vzniká leukopenie a trombocytopenie.

- **CRP** Citlivým indikátorem zánětu je vzestup CRP – C-reaktivního proteinu nad 100mg/l. Cytokiny produkované v místě zánětu se při větším rozsahu zánětlivé reakce dostávají do oběhu a stimulují v játrech produkci sérových proteinů akutní fáze. Patří mezi ně C-reaktivní protein (CRP), sérový amyloid P (SAP), komplementové složky C3 a C4. Všechny tyto proteiny mají funkce opsonizační a účastní se aktivace komplementu.(14)

2.7.4. Mikrobiologické vyšetření

Mezi mikrobiologická vyšetření patří jednak vyšetření, která slouží k potvrzení etiologie infekčního onemocnění, a jednak vyšetření, kterými se stanoví protilátky proti původci infekce. U perianálních abscesů je důležité odebírat vzorky z ložiska zánětu pro určení infekčního agens a dále pro nasazení účinné antibiotické terapie. Při rozsáhlé primární infekci a zhoršeném celkovém stavu nemocného pomýšlet i na ohrožení pacienta sepsí z hlediska zavedení invazivních vstupů a jejich kolonizací a vzniku nozokomiálních nákaz.

- **Kultivace a citlivost**

Přesné určení infekčního agens je důležité nejen pro diagnostiku, ale zejména určení citlivosti na antibiotika a volbu správné terapie. Vždy je třeba odebírat vzorky na aerobní a anaerobní kultivaci.

K mikrobiologickému vyšetření lze odeslat materiál získaný stěry z povrchových lézí nebo sekretů z drénů, nebo získaný punkcí hluboko uloženého ložiska sonografie nebo CT.

- **Hemokultura**

Při známkách bakteriémie nebo sepse se opakovaně odebírají vzorky krve. Odběr na hemokultivaci představuje průkaz mikrobů v krevním oběhu. Odběr vyžaduje specifické požadavky a provádí se za dodržování zásad asepse, jinak může dojít ke znehodnocení výsledku. Při vzestupu tělesné teploty pacienta nad 38°C se opakovaně po jedné hodině odebere vzorek krve, množství u dospělého člověka je 5-10 ml venózní krve. Místo vpichu se dezinfikuje a odmašťuje alkohol-éterem, provedeme stěr z kůže vpichu, aby se odlišila případná kontaminace hemokultivační nádoby. Bezprostředně po odběru je vyměněna sterilní jehla a vstříknuta krev do nádoby.(12)

- **Mikroskopické vyšetření**

V některých případech lze infekční agens poměrně přesně určit i rychlým mikroskopickým vyšetřením, například nález G⁺ tyček svědčí pro klostridiovou infekci.

- **Sérologické vyšetření**

Toto vyšetření může pomoci v diagnostice zejména parazitárních onemocnění, ale i některých bakteriálních infekcí, například obtížně kultivovatelného *Clostridium difficile*.(16)

2.8. Patofyziologie zánětu

Okolní prostředí obsahuje patogenní i nepatogenní mikroby, od nichž je vnitřní prostředí člověka odděleno zevní bariérou kůže a vnitřní bariérou sliznic. Jestliže je tato bariéra porušena a mikroby proniknou do tkání, nemusí ještě vzniknout klinická infekce, protože organismus může infekční agens zneškodnit svými obrannými mechanismy.(26)

2.8.1. Faktory rozvoje infekce

Třemi základními faktory, které rozhodují o průběhu a důsledcích chirurgické infekce, jsou:

- **Infekční agens** je patogen, který je schopen vyvolat chirurgickou infekci. Nejčastěji jde o G-tyčky, anaerobní agens, plísňe, viry, paraziti. Mikrobiální faktor je dán množstvím kontaminujících mikrobů, jejich virulencí, což je schopnost produkovat exotoxinů (klostridia) nebo přítomností ochranného pouzdra (pneumokok).(14)
- **Lokální faktory** zvyšující možnost rozvoje infekce jsou uzavřené dutiny a orgány s úzkým vývodem (například žlučník), dále kolekce tekutiny (hematom), přítomnost cizího tělesa (chirurgický šicí materiál), devitalizované tkáně, což znesnadňuje přístup obranných mechanismů k infekčnímu agens.(14)
- **Zvýšená vnímavost organismu** hraje rozhodující roli v době setkání se s infekcí. Obrana organismu je zajištěna několika mechanismy:
 - a) **Specifická imunita, humorální**

Imunita po kontaktu s antigeny zahrnuje detekci a zpracování antigenu mikrofágem, mobilizací T-a B-lymfocytů, syntézu specifické protilátky a další pochody. U většiny chirurgických infekcí defekty specifické imunity nevedou k úmrtí nebo těžkým průběhům nemoci.(26)
 - b) **Nespecifická imunita, buněčná**

Tento způsob obranného mechanismu organismu hraje rozhodující roli proti infekcím. **Agranulocytóza a defekty fagocytózy, stejně jako defektní chemotaxe u popálenin nebo polytraumat vedou k těžkým sepsím.(30)**
- **Chemotaxe a fagocytóza.**

Mikroorganismus aktivuje ve tkáni chemotaktické složky komplementu, které spolu se specifickými protilátkami, nespecifickými opsoniny nebo opsoniny částečně specifickými umožňuje pohlcení

agens vakuolou granulocytu. Tyto pochody vyžadují minimum kyslíku, jsou však bržděny malnutrice nebo steroidy.(26)

- **Fagocytární mechanismus zabíjení**

Fagozom, který vzniká z vakuoly, splývá s dalšími granulemi fagocytu za uvolnění kyselého roztoku, zabíjí většinu bakterií i hub. K zabití některých agens jako například stafylokok je nutné tzv. oxidační zabíjení. Vyžaduje molekulární kyslík, který konvertuje do peroxidového anionu. Aktivace oxidázy vázané na membrány vede k prudké spotřebě kyslíku za částečné konverze do kyslíkových radikálů, které se uvolňují do fagozomů a pomáhají zde ničení bakterií. Rozvoj infekce je do jisté míry dán tím, zda tkáňová perfuze je schopna uspokojit nároky granulocytů na kyslík.(26)

2.8.2. Proces zánětlivé reakce

První signály k rozvoji zánětlivých reakcí dávají negranulované tkáňové žírné buňky a fagocyty, ale také látky uvolněné z různých poškozených buněk a součásti mezibuněčné hmoty obnažené poškozením. Tyto rozličné signály způsobí lokálně:

- **Otok** – zvýšení permeability cév, což vede k prostupu plazmatické tekutiny včetně různých makromolekul do extravaskulárního prostoru. Je-li poškozena céva, předchází zvýšení permeability fáze krátké vazokonstrikce a aktivace hemokoagulačního systému, která má zabránit úniku krve z poškozené cévy.
- **Zvýšení adhezivity endotelií** expresí adhesivních molekul, zachycování fagocytů, později lymfocytů a jejich průnik do tkáně.
- **Aktivace koagulačního, fibrinolytického, kininového komplementového systému.**
- **Bolest** – ovlivnění místních nervových zakončení.
- **Horečka** – změny regulace teploty, protože některé mediátory působí jako pyrogeny.

Fagocyty se v místě zánětu akumulují, začnou vylučovat cytokiny a jiné mediátory, které tyto děje amplifikují. Při déletrvajícím zánětu se aktivují antigenně specifické složky imunity.(14)

2.9. Terapie zánětu

2.9.1. Chirurgická terapie

Incize a drenáž ložiska

Jedinou racionální terapií povrchového infekčního ložiska je chirurgická incize abscesu a drenáž. Indikací k okamžité operaci je bolest a infiltrát. Nikdy nemá dojít ke spontánní perforaci abscesu.

Povrchový absces je možno řešit v lokální anestézii a ambulantně. Ve většině případů jsou nemocní hospitalizováni.

Operační postup při nejčastějším typu perianální abscesu je:

- V celkové anestézii, pacient uveden do litotomické polohy se zavedeným močovým katétrem.
- Proveďte se digitální vyšetření pro zjištění lokalizace a rozsahu zánětu. Ukazovákem se hmatá absces v rektu, palcem na perineu. Tak se zjistí, zda jde o absces pod nebo nad levátory, někdy je možné hmatat ústí vnitřní píštěle.
- Proveďte se divulze sfinkterů. Při podezření na vnitřní píštěl je možné jí nesondovat a discidovat směrem do análního kanálu. Tím se přetne vnitřní a vnější svěrač anu a zabrání se recidivě abscesu. Nesmí se přetnout musculus puborectalis a (možné ho hmatat v linea dentata) horní část vnitřního svěrače, jinak dojde ke způsobení inkontinenci stolice.
- Vlastní incize abscesu může být různých tvarů (radiálně, obloukovitě, paraanálně, křížově, ve tvaru T) a umístění, nejčastěji v největším vyklenutí perinea.
- Excize kožního krytu se provádí nad abscesem pouze při nekróze kůže.

- Evakuace abscesu, digitální vyšetření abscesové dutiny, odstranění nekrotických částí lžičkou.
- Odběr hnisu na bakteriologické vyšetření (aerobní i anaerobní), postup je následující do injekční stříkačky nabere hnis a kónus vpíchneme do gumové zátky)
- Důkladně vyšetříme abscesovou dutinu po evakuaci abscesu, pátráme po zánětlivém infiltrátu podle cest šíření Goodsallova pravidla.
- Založení drenáže abscesové dutiny po evakuaci abscesu je možné provést drény, vazelínovou longetou nebo mastným tylem.(2)

Perkutánní punkce ložiska

Léčba spočívá v perkutánní punkci a drenáži hluboko uloženého ložiska, nebo v odstranění celého ložiska.

Kolostomie

Při rozsáhlých perianálních zánětlivých procesech je indikací založení axiální sigmoideostomie dočasného charakteru.

Kolostomie je vyústění tlustého střeva přes stěnu břišní. Má kruhový průměr asi 2-5 cm, jasně červené barvy sliznice střeva, která není na pohmat citlivá.

Funkce vývodu spočívá ve vyprazdňování střeva do přilepeného sáčku stomického systému. Konzistence obsahu a frekvence vyprazdňování záleží na výši umístění stomie. Na tlustém střevě může být vyústěna jakákoliv část. (27)
Z hlediska lokalizace rozlišujeme tyto druhy stomií:

- **Caecostomie** je vyústění slepého střeva v oblasti přechodu tenkého a tlustého střeva, indikací je odlehčení tlustého střeva nebo nádor.
- **Transverzostomie** je vývod na příčném tračníku, nejčastěji využívaná jako dekompresní a derivující dvouhlavňová stomie při ileózním stavu způsobeném stenózujícím procesem na levém kolon a rektu.
- **Sigmoideostomie** je vývod na esovité kličce střeva umístěná v levém mezo až hypogastriu. Je to nejčastější typ trvalé stomie.

Sigmoideostomie axiální je indikována u anorektálních vývojových poruch, perianálních a rektovaginálních píštělí, při anální inkontinenci, poranění konečníku, a při rozsáhlých perianálních zánětlivých procesech. Technické provedení spočívá v určení vhodného místa pro

stomii, na sále se provede kruhovitá excize kůže v rozsahu desetikoruny, excize nebo rozhrnutí podkoží, protětí facie do kříže a po odtazení svalu protětí peritonea a vytažení kličky střeva nad kožní kryt. Do vytvořeného kanálu v mezokolon těsně pod střevem je vtažen jezdec (podložka) a okraje střeva jsou fixovány k okrajům kůže stehem. (26)

Z hlediska technického provedení dělíme stomie na:

- **Terminální** – jednohlavňová, vyvedené střevo je konečné, stomie má jedno lumen.
- **Dvouhlavňová** – axiální, stomie má dvě lumina (přívodné a odvodné raménko).
- **Katétrová** - střevo je vyvedeno přes stěnu břišní pomocí zavedeného katétru do jeho lumina, přední stěna kolon v místě zavedeného drénu nebo katétru je fixována k peritonea a drén je vyveden břišní stěnou.

Z hlediska doby trvání lze stomie rozdělit na dočasné a trvalé.(26)

2.9.2. Podpora celkového stavu

Zlepšený celkový stav pacienta může být klíčovým faktorem pro uzdravení zejména v případech malnutrice, metabolických poruch a imunologických poruch.

Každá výraznější **malnutrice** a mnohdy již hladovění ve své první fázi ovlivňují funkci a strukturu orgánů. **Kardiovaskulární aparát** je ohrožen snížením hmotnosti srdečního svalu a to se pak projeví sníženou kontraktilitou a poklesem minutového srdečního výdeje, bradykardií a hypotenzí. **Renální funkce** jsou omezeny porušeným průtokem a sníženou glomerulární filtrací, dochází k poruchám vodního hospodářství. **Respirační funkce** jsou postiženy v případě, že dojde ke snížení bílkovin v respiračním svalstvu přibližně o 20%, což má za následek změny svalové síly i struktury dýchacích svalů, postižení pacienti trpí hypoventilací, hypoxií, hyperkapnií a objeví se respirační infekt. **Gastrointestinální trakt** je postižen v oblasti sliznice, buňky střevní sliznice (enterocyty a kolonocyty), jsou na depleci proteinů nejcitlivější. Dochází

k atrofii buněk střevní mukózy, snižuje se délka klků a rozměr slizničních krypt i jejich počet. V důsledku strukturálních změn ve sliznici tenkého střeva dochází ke zhoršení absorpce živin lipidů, disacharidů a glukózy. Objeví se průjem, který malnutrice zhoršuje. Hlad je velmi výrazné imunopresivum, dochází ke změně bakteriální flóry ve střevní sliznici, vážne tvorba slizničních imunoglobulinů a zhoršuje se funkce střevní bariéry. Gastrointestinální změny spojené s malnutrice mohou natolik zhoršit funkci střevní bariéry, že dochází k translokaci bakterií do krevního oběhu, pronikání bakterií do mezenterálních uzlin a později i do peritoneální dutiny. **Imunitní systém** je postižen pravidelně a dochází ke zhoršení buněčné, tak humorální imunity. Výsledkem je obraz imunoprese s častými infekcemi. **Hojení** je postiženo zejména v prvotní fázi a je závislé na přívodu aminokyselin a esenciálních mastných kyselin. Centrální nervový systém je narušen objevují se deprese, je porušena termoregulace. Důsledky hladovění odráží metabolické ukazatele. Dochází ke zvýšené oxidaci tuku a uvolnění mastných kyselin, tuková tkáň se zmenšuje. Svalstvo reaguje zvýšeným rozpadem bílkovin. Svalový katabolismus vede k negativní dusíkaté bilanci. (29)

V játrech dochází ke zvýšené tvorbě ketolátek, které jsou využívány se snížením utilizace glukózy. Jestliže je při akutním onemocnění stimulována zvýšenými pochody stimulována tvorba TNF a interleukin-1, je pravidelně důsledkem anorexie a horečka. (29)

Infuzní terapie

Infuze je podání tekutiny do organismu jinou cestou než trávicím ústrojím (cestou intravenózní). Indikace této terapie je všude tam, kde pacient není schopen přijímat tekutiny a potravu ústy z důvodu operačních výkonů a některých pooperačních stavů, u středně závažných krevních ztrát úrazů, popálenin, dehydratovaných pacientů, u hyperkatabolických stavů (septické stavy), u onemocnění zažívacího traktu, kdy pacient netoleruje enterální výživu.(6)

Druhy infuzních roztoků jsou:

- **prostředky určené k úpravě vodního a minerálového hospodářství a poruch acidobazické rovnováhy, sem patří roztoky iontů, které**

volně difundují stěnou kapilár. Z tohoto důvodu zůstávají v krevním systému pouze z jedné třetiny. Je možné je využít ke krytí potřeb tekutin a minerálů i k náhradě jejich ztrát. Podle složení a koncentrace iontů (osmolalita) se dělí na izotonické (FR1/1, HR1/1) roztoky, hypotonické roztoky (5%G), hypertonické (Manitol 10%, 20%). Roztoky k úpravě dysbalance elektrolytů (KCl 7,45%, NaCl 10%, MgSO₄ 10%). Mezi roztoky, které se používají ke korekci acidobazické rovnováhy patří bikarbonát sodný 8,4%. (6)

- **Přípravky k náhradě ztrát krevní plazmy** patří koloidní roztoky (mají vysokou molekulovou hmotnost, jejich koloidně onkotický tlak je roven nebo větší plazmě. Tělu vlastní proteiny jsou albumin nebo plazma. Umělé koloidní roztoky se používají jako náhrada krevního objemu při velkých ztrátách krve.
- **Osmoterapeutika** vyvolávají po aplikaci vzestup osmotického tlaku, čímž umožňují přesun vody do krevního řečiště, voda je vyloučena ledvinami do moče – osmotická diuréza. (6)
- **Prostředky parenterální výživy pro náhradu energie** pro nutriční podporu jsou voda, cukry, tuky, bílkoviny (aminokyseliny), vitaminy a stopové prvky, které lze podávat způsobem izolovaných složek nebo systémem all in one – v plastickém komorovém vaku. Doplnková parenterální výživa nekryje celou denní potřebu pacienta ve všech nutričních složkách. **Totální** parenterální výživa je hlavním zdrojem energie, dlouhodobě kryje všechny potřebné složky výživy. **Speciální orgánově specifická** výživa obsahuje mimo energetických a nutričních složek i nutriční složky s farmakologickým účinkem. (6)

Umělá enterální výživa

Umělá enterální výživa patří v současné době zcela neodmyslitelně k podpoře organismu v závažném stavu. Její přínos spočívá hlavně v redukcii počtu infekčních a krvácivých komplikací, v prevenci rozvoje paralytického ileu, zachování přirozené funkce střeva. Nevýhodou je aspirace a intolerance GIT. Indikace je stav, kdy nelze standardní dietou zajistit přísun živin více jak 5 dnů, syndrom krátkého střeva, operační výkony na GIT, malnutrice stanovená

standardním způsobem (anamnestické vyšetření, somatické vyšetření – zhodnocení stavu výživy).

Kontraindikována je v případě náhlé příhody břišní, ileózním stavu, krvácení do GIT, akutní pankreatitida, zvracení, ezofageální píštěl, velké ztráty střevního obsahu píštělemi, jícnové varixy, peritonitida.

Používají se výhradně komerční přípravky, které mají vhodné složení proteinů, aminokyselin, tuků, cukrů, vitaminů, minerálů, stopových prvků a musí splňovat velmi přísné hygienické požadavky.

Typy umělé enterální výživy jsou:

- **Polymerní výživa** je výživa o definovaném obsahu živin, dlouhé řetězce aminokyselin, přírodní tuky a rostlinné oleje,
- **Oligomerní výživa** (oligopeptidová) je strava s kratšími naštěpenými bílkovinnými řetězci, obsahuje disacharidy a oligosacharidy, oleje s esenciálními mastnými kyselinami. Je indikována v případě zhoršené trávicí a resorpční funkce GIT.
- **Elementární výživa** se používá při těžkých digestivních a resorpčních poruchách.
- **Modifikovaná výživa** – je obohacena o nutriety s léčebným účinkem. Určená jako speciální výživa u jaterního selhání. (6)

Modifikace podávání enterální výživy:

- Nazogastrická sonda.
- Jejunální sonda.
- Perkutánní endoskopická gastrostomie.

Způsoby podání enterální výživy jsou bolusově, kontinuálně, intermitentně samospádem., sipping. (6)

2.9.3. Klid na lůžku

Je-li nutné celkové zklidnění nemocného je vhodné zvolit hospitalizaci a uložení na lůžku.

2.9.4. Antibiotika a chemoterapeutika

Indikovaná jsou především u šířících se neohraničených zánětů. ATB terapie by měla být pokud možno podložena mikrobiologickým vyšetřením a určením citlivosti, ale v urgentních případech často nelze čekat na výsledek vyšetření. Pak se terapie zahajuje na základě zkušenosti a mikrobiologické situace v daném ústavu. Většina kožních hnisavých onemocnění jsou způsobena G+ stafylokoky a streptokoky, při nitrobřišních infekcích je třeba předpokládat G- flóru aerobní i anaerobní. Empiricky zahájená terapie se pak upravuje podle zjištěné citlivosti na ATB. Jakékoli nasazení ATB terapie musí být uvážlivé, protože ATB mohou vyvolat těžké toxické a alergické reakce, mohou vzniknout rezistentní kmeny, nebo se pomnoží jiné, na podané léky necitlivé mikroorganismy.(1)

2.9.5. Imunoterapie

Je specifickou terapií jen u některých infekcí, především u tetanu. U ostatních infekcí je významné spíše nespecifické zvyšování obranyschopnosti organismu.

2.9.6. Fyzikální terapie

Hyperbarická komora

Má význam při terapii anaerobních infekcí podáváním kyslíku pod zvýšeným tlakem. Docílí se tak nejen plné saturace hemoglobinu, ale i rozpuštění kyslíku v plazmě a tím zvýšení oxidační schopnosti krve.

Aplikace tepla, chladu

Lokální aplikace tepla k urychlení kolikvace povrchového hnisavého ložiska nebo aplikace chladu (aplikace ledových obkladů) k utlumení zánětlivé reakce má mnoho úskalí, obecně není doporučována.(26)

2.10. Prognóza

Abscesy spontánní, perforované či drénované bez ošetření vnitřního ústí často recidivují. Píštěle často vznikají u 50 – 70% pacientů s abscesem. Abscesy u pacientů s chronickými onemocněními (M.Crohn) jsou dlouhodobé procesy, které vyžadují prolongovanou drenáž, často mnohočetnou, ale bez elastických ligatur a současnou terapii antibiotiky a terapii základního onemocnění na specializovaném chirurgickém pracovišti.(26)

2.11. Prevence

Nejdůležitějšími faktory předcházení infekcí konečníku je anální hygiena, léčení zácpy, průjmů. Řádné primární ošetření abscesu je prevence komplikací a recidiv. Další hledisko pro prevenci infekce je dodržování zásad asepse při ošetřování rány a péče o dobrý celkový stav pacienta.(26)

3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

3.1. Identifikační údaje

Jméno: B.M.

Věk: 80 let

Pohlaví: Muž

Datum přijetí: 15.06.2008

Diagnóza:

- Anorektální absces
- Hypertenze
- CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc
- Chronická lymfatická leukémie, s atakou hemolytické anémie v květnu 2008
- Status post cholecystektomii
- Status post appendektomii
- Splenomegalie
- Chronická nefropatie bilaterálně

3.1.1. Okolnosti přijetí nemocného

Pacient byl přivezen zdravotní záchranou službou na chirurgickou ambulanci.

Lékař nemocného indikoval k incizi anorektálního abscesu pro známky rozsáhlého zánětu a velkou bolestivost.

3.2. Lékařská anamnéza

Anamnéza nynější

Pacient přivezen v červnu 2008 RZP na chirurgickou ambulanci pro zhoršení bolestí v konečniku.

Před měsícem propuštěn z interního oddělení pro ataku hemolytické anémie, kde byly pacientovi podávány kortikoidy, de leukocytované erymasy. Nyní má nemocný několik dnů bolesti v oblasti konečniku při defekaci i v klidu. Stolica má pravidelnou, bez příměsí krve. Poslední stolice včera ráno. V posledních dnech se cítí slabý, nemohl se udržet na nohou, dýchání bez potíží, jinak nic nebolí.

Anamnéza osobní

Nemocný se léčí s lehkou chronickou obstrukční plicní nemocí – vyšetřen na plicním oddělení, léčí ses hypertenzí, v roce 1997 se podrobil operaci – appendectomi – karcinoid v remisi, v roce 2001 byla provedena klasická operace žlučníku pro lithiázu – je po cholecystectomii. Jinak nestonal a s ničím jiným se neléčí.

Anamnéza alergická

Netrpí žádnou alergií na léky a jiné alergie nekuje.

Anamnéza rodinná

Otec pacienta zemřel v 61 letech na ledvinové selhání, matka zemřela v 71 letech, ale přesně neví jakou příčinou.

Anamnéza pracovní a sociální

Nyní je pacient ve starobním důchodu, dříve pracoval jako voják z povolání. Dnes žije s manželkou v panelovém bytě.

Farmakologická anamnéza

Pacient pravidelně užívá tyto léky:

- **Helicid 20mg 1-0-1**

- **Milurit 100mg 0-1-0**
- **Anopyrin 100mg 0-1-0**
- **Miflonid 400mg 1-0-1**
- **Foradil 1-0-1**
- **Betaxa 20 ½-0-0**
- **Cardilan 1-0-1**
- **Acidum Foliculum 1-1-1**
- **Hydrokortizon 100mg 1x denně**

3.3. Souhrn provedených diagnostických vyšetření v den přijetí – před operací

Nedostatečná kompenzace chronických onemocnění vede ve svém důsledku k přímému ohrožení nemocného na životě, proto je důležité předoperační vyšetření nemocného. Hlavní roli samozřejmě hraje věk, rozsah operačního výkonu a faktor času. Urgentní operační výkon nedovolí optimálně stabilizovat klinický stav, kompenzovat léčbu přidružených onemocnění nebo kontrolovat dostatečně nutriční stav nemocného. Komplikující onemocnění nemohou být optimálně korigována, dochází k přesunům nebo ztrátám tělesných tekutin s následnými poruchami kardiovaskulárními, pulmonálními a metabolickými.

Přítomný stav

Pacient B.M. je v pokročilém věku, je zatížený přidruženými onemocněním, (hypertenze, CHOPN, chronická lymfatická leukémie) a je indikován k urgentnímu chirurgickému výkonu. Před výkonem byla provedena diagnostická vyšetření ke zjištění zdravotního stavu, k posouzení míry kompenzace přidružených onemocnění.

Vstupní objektivní nález

Pacient je orientovaný, spolupracuje, je bez dušnosti a cyanózy.

Hlava na poklep nebolestivá, bez rezistence, skléry bílé, zornice izokorické, oční bulby pohyblivé, jazyk plazí středem, měsíčkovitý obličej.

Na krku karotidy tepou symetricky, náplň žilní v normě, šije volná.

Hrudník je souměrný, poklep plný jasný, dýchání čisté sklípkové, bez vedlejších fenoménů, akce srdeční pravidelná 96/min, ozvy ohraničené.

Břicho nad niveau hrudníku měkké, nebolestivé, bez rezistence, játra ani slezina nehmatné, klidná jizva po horní střední laparotomii.

Dolní končetiny jsou s tužšími otoky distálních lýtek a hlezen bilaterálně, nebolestivá, bez známek trombózy, pulsace hmatná i v periférii.

Vyšetření per rektum

Anus je vyklenutý, bolestivý u čísla 5 v poloze na zádech, per rektum nelze vyšetřit – je hmatná rezistence u čísla 5 podezření abscesu.

Závěr: Pacient je indikovaný k incizi anorektálního abscesu v celkové anestezii.

CT pánve:

Na CT je plyn vlevo od rekta u č. 5.

Závěr: je patrný perianální absces

RTG srdce + plíce, hrudník vleže:

Bránice symetricky uložená, normální klenby, úhly volné, plíce bez čerstvých ložiskových změn, zmnožená kresba, širší cévní hily. Srdce normálního tvaru, celkově nezvětšeno.

Závěr: Aortoskleróza

SONO břicha:

Játra nezvětšena, přiměřené echogenity, homogenní, bez ložiskových změn, cévní kresba přiměřená, Intrahepatální žlučovody a v. portae bez dilatace, pankreas ve ložiskových změn, ledviny bez ložiskových změn, s redukováným parenchymem, slezina zvětšena, homogenní, bez ložiskových změn, hrudní výpotky nejsou patrné, ascites není přítomen

Závěr: stav po cholecystektomii, chronická neuropatie bilaterálně, splenomegalie

EKG:

Sinusový rytmus

Závěr: bez akutních ischemických změn

Laboratorní vyšetření:

Byla provedena vyšetření krevního séra a moče v biochemické laboratoři, hematologické vyšetření krve, vyšetření krevní skupiny.

1. Tabulka laboratorních hodnot krve :

Metoda	Výsledek	Referenční mez
s-sodík	137 (mmol/l)	(128 – 149)
s-draslík	3,8 (mmol/l)	(3,1 – 5,9)
s-chloridy	105 (mmol/l)	(94 – 111)
s-urea	13,2 (mmol/l)	(2,5 – 8,7)
s-kreatinin	80 (μmol/l)	(44 – 124)
s-bilirubin celk.	13 (μmol/l)	(2 – 18)
s-ALT	0,68 (μkat/l)	(0,15 – 0,78)
s-AST	0,81 (μkat/l)	(0,22 – 0,88)
s-GMT	2,35 (μmol/l)	(0,18 – 1,13)
s-alkalická fosfatáza	2,06 (μkat/l)	(0,80 – 2,39)
s-glukóza	8,7 (mmol/l)	(3,3 – 6,2)
s-bílkovina	39 (g/l)	(60 – 80)
s-albumin	23 (g/l)	(35 – 53))
CRP	286 mg/l	(0 – 10)
trombocyty	39 (10x9)	(140 – 400)
leukocyty	16,5 (10x9/l)	(4 – 10)
erythrocyty	2,1 (10x12/l)	(4,5 – 6,2)
hemoglobin	81 (g/l)	(130 – 180)
hematokrit	0,25 (l)	(0,38 – 0,51)
INR	1,03 (INR)	(2 – 3)

Metoda	Výsledek	Referenční mez
APTT	28,0 (s)	(29 – 42)
AT III	96,1 (%)	(75 – 125)

2. Tabulka laboratorních hodnot moče

Moč – chemicky:	Moč – sediment:
Hustota – 1010 (kg/m³)	Leukocyty – 1 - 4
Bílkovina - negativní	Epitele dlaždicovité – 1 - 4
Glukóza - ++	
Ketolátky - negativní	
Urobilirubin - +	
Leukocyty - negativní	
Erytrocyty - negativní	
Nitrity - negativní	
pH – 6,5	

Interní předoperační vyšetření

Závěr: Pacient z interního hlediska výkonu v celkové anestézii schopen s rizikem ASA III – IV, vzhledem k věku a chronickým onemocněním.
Doporučení: Prevence TEN vhodná a nevysazovat kortikoidy pro imunní hemolýzu, před eventuelním podáním transfúze řádné předtransfúzní vyšetření (vhodná deleukotizovaná krev).

Anesteziologické předoperační vyšetření

Závěr: Pacient indikovaný k operační revizi pro anorektální absces, podání celkové anestézie s rizikem ASA IV. Je ordinována premedikace.

3.4. Souhrn provedených diagnostických vyšetření v průběhu hospitalizace

V průběhu hospitalizace na jednotce intenzivní péče byla prováděna vyšetření krevního séra a krve denně. V krevním obraze došlo k poklesu hemoglobinu, objevila se erytrocytopenie, leukocytóza a trombocytopenie. Počáteční zhoršení funkce ledvin se během dvou dnů upravila. Minerály v séru bylo nutné kontrolovat denně vzhledem k infuzní terapii a stavu pacienta. V laboratorních hodnotách se objevila hypokalémie a hypokalcémie. Protein akutní fáze CRP kolísal zpočátku hospitalizace, jeho hodnota byla 218 mg/l později postupně klesala po zavedené ATB terapii. Laboratorní ukazatelé stavu výživy klesly pod referenční mez, pacient měl hypoalbumémii, nízký prealbumin i bílkovinu v séru. Nasazená parenterální i enterální výživa pozvolna malnutriční hodnoty zvýšila, ale přetrvávala hypoalbumémie.

Mikrobiologické vyšetření

stěr z rány –

- 1. Escherichia coli, Streptococcus alfa**
- 2. Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus epidermidis, Enterococcus faecalis**
- 3. Proteus mirabilis, Streptococcus pyogenes**
- 4. Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus MRSA, Enterococcus faecalis, Streptococcus pyogenes**

moč

- 1. Proteus mirabilis, klebsiella pneumoniae**
- 2. Klebsiella pneumoniae**
- 3. Proteus mirabilis**
- 4. Proteus mirabilis**

hemokultura

- 1. sterilní**
- 2. staphylococcus epidermidis**
- 3. sterilní**

RTG hrudníku

2. den hospitalizace

Uložení CŽK zaveden zleva do HDŽ

4. den hospitalizace.

Nápadné zhoršení na snímku patrné zastření levého dolního a středního plicního pole. Nejspíše jde o obraz bronchopneumonie s fluidothoraxem.

7. den hospitalizace

Pruhovitý stín neprokázán, jen drobné zastření vlevo v zevním úhlu nad bránicí, kde může být tekutina.

10. den

Uložení centrálního žilního katétru, zaveden zprava do HDŽ až k ústí pravé síně.

18. den

Kanylace HDŽ zleva centrálním žilním katétrem, uložen ve vena subclavia.

RTG břicha 3.den hospitalizace

Uložení enterální sondy v kličce jejunu.

CT břicha a pánve bylo provedeno 9. den hospitalizace.

Závěr: Drény v ischiorektálních jamkách, kolekce vzduchu v jejich okolí. V okolí anu zánětlivé prosáknutí tkáně nejvýraznější. Drobná kolekce tekutiny v okolí odvodné kličky sigmoideostomie. Zánětlivé prosáknutí tkáně presakrální tkáně pod bifurkací aorty, bez vytvořeného abscesu. Splenomegalie a chronické pozánětlivé změny ledvin.

SONO žil provedeno 16. den hospitalizace pro otok pravé horní končetiny a obou dolních končetin.

Žilní systém horní končetiny je volný včetně v. jugularis a veny subclaviae. SONO žil obou dolních končetin je symetrický nález – obturace veny safeny magna s nástěnnými tromby obturující cca 50% lumina, nezasahují

distálně ani proximálně. Podkolení ani bérec nelze vyšetřit, pacient odmítá polohování.

Konziliární vyšetření:

V průběhu hospitalizace byl zdravotní stav pacienta konzultován s odborníky interních oborů dle laboratorních výsledků nemocného. ATB terapie byla nasazena dle výsledků kultivace a citlivosti zaslaných vzorků biologického materiálu a dle konzultace mikrobiologa. Kardiopulmonární stav byl posuzován týmem internistů a anesteziologů, chronická lymfatická leukémie posuzována hematologem.

3.5. Průběh hospitalizace

Pacient v den příjmu, operační den:

Během příjmu na chirurgické ambulanci byla provedena předoperační vyšetření pacienta, přivezen na JIP, kde byl aplikován periferní žilní katétr, zaveden permanentní močový katétr, změřeny fyziologické funkce. Po aplikaci ordinované premedikace je pacient převezen na operační sál. V celkové anestézii, v poloze na zádech byla provedena divulze anu a poté incize do 5 cm mnohadutinového abscesu podél rekta vzhůru až k ischiorektálnímu prostoru. Do incize jsou zavedeny trubicové drény, jsou provedeny odběry hnisu na mikrobiologické vyšetření. Operační rána byla kryta sterilními čtverci a genitál i sakrální oblast vázána do sterilních roušky. Celková anestézie proběhla bez rušivých příhod a nemocný byl probuzen na operačním sále, kde ho převzala sestra z intenzivní péče. Po příjezdu na JIP byl pacient napojen na monitor EKG, změřeny fyziologické funkce (krevní tlak, puls, SpO₂, TT, dech, kontrolováno vědomí dle GCS, napojen na přívod kyslíku, podána analgezie kontinuálně do periferního žilního katétru., dle ordinace lékaře pro bolestivost v oblasti konečnicku. Aplikace ATB dle ordinace lékaře byla podávána intravenózně. Fyziologické funkce byly měřeny každou hodinu, nebyly zaznamenány odchylky od normy. U pacienta byla sledována bilance tekutin –

příjem parenterální i per os a výdej do uzavřeného močového systému byl negativní. Večer měl dietu číslo 3, ale na jídlo neměl pomyšlení. Pouze pil čaj.

2.den hospitalizace na JIP, 1. pooperační den:

U pacienta byly měřeny fyziologické funkce, kde byla patrná febrilie a tachykardie, také si stěžuje na bolestivost a zhoršení v oblasti konečníku. Při převazu rána zduřelá, zarudlá, zdálo se, že ranou odchází stolice. Ošetřujícím lékařem vzniklo podezření na komplikaci v oblasti rekta a vytvoření píštěle, pro rozsah zánětu, který se rozšířil bylo rozhodnuto primářem oddělení pro **vyvedení odlehčovací stomie**. Nemocný s operací souhlasil a byla zahájena předoperační příprava.

Bezprostřední příprava místní zahrnovala přípravu operačního pole, které bylo oholeno a umyto, vyčištěna pupeční jizva, příprava pokrývky hlavy, vyjmutí umělého chrupu, byly nasazeny elastické punčochy od prstů dolních končetin až po třísla pro pooperační prevenci komplikací.

Bezprostřední příprava psychická se týkala předcházení obav z operace, nemocný měl možnost vše prodiskutovat s ošetřujícím lékařem. Celé dopoledne nemocný kladl doplňující otázky a jevil známky, že výkonům rozumí.

Dle ordinace **nabrány odběry krve** na tvorbu protilátek při hemolytické anémii a **objednání dvou jednotek erymasy deleukocytované**, dále do **biochemické a hematologické laboratoře**, výsledky vykazovaly leukocytózu, nižší hemoglobin, trombocytopenie, hypoproteinémii, hypalbuminémii, vysoké CRP. Koagulační faktory byly v normě.

Anesteziologická rozvaha navrhla podat ranní léky per os, kortikoidy intravenózně, podání anestézie s rizikem ASA V, premedikace nebyla ordinována.

Pacient B.M. byl při vědomí, ráno provedena celková koupel na lůžku, s pomocí se otáčel na lůžku, snažil se spolupracovat, příjem potravy byl nic per os. Vzhledem k závažnosti celkového onemocnění a stavu pacienta bylo rozhodnuto o kanylaci **centrálního žilního katétru** na operačním sále. Pacient

byl poučen a informován lékařem o nutnosti zavedení invazivních vstupů a závažnosti onemocnění, s výkony souhlasil.

Na výzvu byl pacient odvezen na operační sál, kde byl zaveden centrální žilní katétr anesteziologem a po zajištění nemocného byla podána celková anestézie. Operátor v levém mesogastriu vyvedl dvouhlavňovou sigmoideostomii a přifixoval stehy k nástěnnému peritoneu, stomii neotvíral. Po té převázal oblast konečníku, založil ještě další incize celkem tři po obvodu rekta a vložil dva trubicové drény, po výplachu antiseptickým roztokem a peroxidem překryl sterilním obvazem a sterilní rouškou.

Po převzetí pacienta z operačního sálu na JIP bylo nutné okamžitě **monitorovat vitální funkce** (GCS, EKG monitor, neinvazivní měření krevního tlaku, rychlost pulzu, TT, SpO₂, dechovou frekvenci). Pro kontrolu vyrovnané bilance tekutin bylo důležité měření příjmu parenterálního i enterálního a výdeje tekutin do uzavřeného urinálu po hodině. Byl napojen centrální žilní katétr k monitoru pro kontinuální měření invazivního tlaku v horní duté žíle.

Podávání kyslíku bylo formou prostorové nebulizace, monitorace SpO₂ nevykazovala známky hypoxie.

Lékové ordinace dle rozpisu lékaře byly podány analgetika dále kontinuálně injekčním dávkovačem, časovaná ATB (trojkombinace), Clexane 0,2 ml s.c. jednou denně, profylaxe Quamatel 1 ampule i.v. po 12 hodinách.

Infuzní terapie byla podána dle ordinace lékaře aminokyseliny, krystaloidy do CŽK.

Péče a kontrola invazivních vstupů:

Centrální žilní katétr – CŽK byl z operačního sálu překryt sterilními čtverci, nebyl prosáklý. Ponechán 24 hodin. Pacienta neobtěžuje.

Permanentní močový katétr – PMK ráno byla provedena očista mýdlem a vodou okolí katétru, močový systém odvádí čistou moč. Pacienta mírně dráždí katétr, má pocit nucení na močení

Kontrola operační rány a obvazů – nebylo prosáknutí krytí rány na konečníku ani krytí stomie. Obvazy byly dobře fixovány, drény ponechány do obvazu.

Poloha pacienta po operaci byla dle ordinace lékaře v polosedě s vypodložením křížové krajiny. Jakoukoliv jinou polohu pacient odmítal ze strachu bolesti konečníku. Nechal si od sestry namazat záda masážní emulzí a pasivně vypodložit predilekční místa.

Podávání tekutin – dvě hodiny po operaci dostal pacient čaj po lžičkách, navíc měl pocit na zvracení, raději si vypláchl ústa.

Sledování dietní terapie – večeřet nemocný pan B. nechtěl, ještě přetrvávala nauzea.

Hygiena a večerní toaleta proběhla na lůžku.

3. – 6. den hospitalizace,

Pacient má stabilizované fyziologické funkce, v laboratorních výsledcích přetrvával pokles hemoglobinu, proto byly podány dvě jednotky erymasy de leukocytované. **Třetí den** byla nemocnému zaplavena **jejunální sonda** pro malnutričním parametry v laboratoři, negativní nutriční screening a doporučení nutričního terapeuta. Bolesti v oblasti konečníku stále přetrvávaly na škále 0 – 10 u bodu 4 – 5, pokračující převazy v celkové anestezii, drény zkráceny, s odběrem materiálu na mikrobiologii, s výplachy antiseptického roztoku. Stomie byla prostřížena a nalepen stomický dvoudílný systém na stěnu břišní. Do stomického sáčku odcházela řídká stolice. Přetrvává nechutenství z porce jídla sní pacient jen minimálně. Výživa do enterální sondy je zahájena 3. den hospitalizace po převaze rychlostí 20 – 30 ml/h a zvýšeno během několika dní na 50ml/h. Pacient odmítal polohování a přetrvává strach z bolesti. Manželka pana B. pravidelně docházela na návštěvy a dodávala psychické podpory. Ordinace lékaře byly podány dle rozpisu.

7. – 10. den hospitalizace

U pacienta dochází ke zhoršení psychického stavu, je neklidný, zmatený a dezorientovaný bylo nutné i mechanické omezení pohybu v lůžku. V laboratorních výsledcích přetrvávala hypokalémie – léčena substitucí draslíku, pokračovala parenterální i enterální výživa. Převazy byly prováděny v analgosedaci. Fyziologické funkce byly pravidelně měřeny, objevily se

otoky dolních končetin, horečky, zimnice třesavky a opět vzestup CRP a hypoalbumémie. Byly nabrány hemokultury, moč na kultivaci a citlivost. Byl proveden RTG srdce a plic. Hematologické konsilium doporučilo v případě trvání septického stavu odběr Ig G,A,M a popřípadě aplikaci imunoglobulinů. Konzultace s mikrobiologem potvrdila ponechat zavedená ATB a byla provedena výměna katétru močového i centrálního žilního. Konce obou byly zaslány na kultivaci a citlivost na mikrobiologii. Stěry z rány incizí byly také zaslány na mikrobiologii.

Bylo provedeno kontrolní CT pánve pro kontrolu rozsahu abscesu kolem rekta.

11. – 16. den hospitalizace

Stav pacienta se stabilizoval, psychický stav se upravil, pacient byl již orientovaný, snažil se spolupracovat. Pokračovala zavedená terapie. Převoz byl prováděn v sedaci na intenzivní péči, konzultace mikrobiologa – došlo ke změně antibiotik, vyprazdňování stolice do stomického sáčku, pacient rehabilitoval na lůžku. Zlepšovala se chuť k jídlu. Bolesti se pohybovaly na škále kolem čísla 3. Pacientovi otekla pravá horní končetina, proto byl odeslán na SONO žil, které neprokázalo na horní končetině patologii.

17. – 21. den hospitalizace

Došlo ke zhoršení stavu pacient měl hypotenzi, snížila se diuréza – oligurie dle ordinace aplikován injekční dávkovač s katecholaminy, zavolán konziliární lékař z interního oddělení. Dle doporučení byla vysazena antihypertenziva. Přizván hematolog.. 19. den došlo k úpravě bilance tekutin, v laboratoři opět pokles hemoglobinu, byly podány dvě jednotky erymasy deleukotizované, konzultace s mikrobiologem a rozvaha ATB. Zhoršena byla i pohyblivost. U pacienta je pozitivní bilance tekutin. Vyměněn centrální žilní katétr. Převozy jsou prováděny v analgosedaci na jednotce intenzivní péče.

22. – 26. den hospitalizace

Opět došlo ke zhoršení stavu, pacient měl tachykardii, na EKG byl nález supraventrikulární tachykardie, volán internista – úprava medikace, podán

cordarone dle ordinace, pacient spolupracuje, začal dobře jíst, sní celou porci, neměl nauzeu, enterální sonda je vytažena. Při převazu perinea zjištěn dekubit II. Stupně v sakrální oblasti.

27. den hospitalizace

Pacient měl již stabilizované základní životní funkce, psychický stav se upravil, pacient se těšil na návštěvu rodiny, přeložen na standardní oddělení chirurgie.

3.6. Farmakoterapie

Farmakologická léčba pacienta spočívala v podávání infuzních roztoků, podávání diuretik, antibiotik, nízkomolekulárního heparinu. Nepříjemný subjektivní vjem, který pacient pociťoval jako reakci děj spojený s poškozením tkáně v oblasti konečníku byla **bolest**. Pro tlumení bolesti byla podávána analgetika a opiáty. Pro zklidnění sedativa. V každé podkapitole je uvedena charakteristice lékové skupiny a podávané léky pacientovi během hospitalizace jsem zařadila do tabulek.

3.6.1 Léky ovlivňující bolest a zánět

Opioidní analgetika

Tato analgetika tlumí bolest středně silné až silné intenzity provázející pooperační stav. Působí symptomatologicky – tlumí bolest jako příznak onemocnění, ale nemají vliv na příčinu bolesti. Nepůsobí hypnoticky (spánek), nevyvolávají ztrátu vědomí (narkóza). Nežádoucí reakcí je sedace (psychomotorický útlum). Účinnou látkou je opium, které obsahuje alkaloidy s analgetickým účinkem – morfin a kodein. Ostatní analgetika jsou deriváty morfinu, nebo látky syntetické s odlišnou strukturou. Nežádoucí účinek je vznik lékové závislosti s abstinenčními příznaky a intoxikace.(11)

3. Tabulka podávaných opioidních analgetik pacientovi

Léčivo	Využití	Nežádoucí účinek
Dolsin (pethidin)	akutní bolest	Sedace, útlum dýchacího centra, zácpa, nauzea, zvracení, excitace CNS – křeče
Fentanyl	akutní silná bolest	Krátkodobý účinek, sedace, útlum, nauzea, zvracení
Tramadol	akutní bolest, hlavně pooperační	Závratě, neovlivňuje dýchací centrum

Nesteroidní protizánětlivé látky (NSA)

V analgézii jsou ve srovnání s opioidními analgetiky méně účinná. Kvalita účinku látky spočívá v tom, že je antipyretická (pokles teploty na fyziologickou mez), protizánětlivá a eventuelně antiuratická. Nežádoucí účinky jsou na gastrointestiální trakt – dyspepsie, průjemy, nauzea, zvracení, eroze žaludeční sliznice, krvácení a perforace stěny. Poruchy renálních funkcí, kožní alergické reakce.(11)

4. Tabulka podávaných NSA pacientovi

Léčivo	Využití	Nežádoucí účinek
Dolmina (diclofenac)	Analgetikum, spasmolytikum	Protidestičkový vliv
Novalgín (metamizol)	Analgetikum, spasmolytikum, antipyretikum	Mírné alergické reakce

3.6.2 Antimikrobiální látky – ANTIBIOTIKA

Tyto látky mají protiinfekční účinek a používají se k tzv. chemoterapii mikrobiálních, virových, nádorových onemocnění a proti parazitům. Účinek antibiotik je v podstatě **bakteriostatický** (zastavující množení) a **baktericidní** (mikroorganismy usmrcující). Účinek je závislý na druhu dostatečně citlivých mikroorganismů (antibiotickým spektrem), rezistencí primární a získanou, dávkou antibiotik a minimální inhibiční koncentrací (MIC – je nejnižší stanovená koncentrace antibiotika, která inhibuje růst a množení bakterií

v testovacím médiu.). Důležitou roli hraje věk patologický stav pacienta a kinetikou antibiotik. (11)

5. Tabulka podávaných antibiotik pacientovi

Léčivo	Využití	Nežádoucí účinek
Ciprinol Fluorochinolony	Baktericidní, G- tyče	Nauzea, zvracení, bolest hlavy, kožní alergie
Edicin - vankomycin	Baktericidní, G+	Red – man syndrom Neurotoxické, nefrotoxické
Metronidazol Inhibuje replikaci mikrobiální DNA	Bakteriostatické, anaerobní infekce Smíšená infekce	Dyspeptické potíže, závratě, kožní alergie
Gentamicin Aminoglykosidové ATB Pronikne do mikroba	Širokospektré, G-,G+ Baktericidní účinek	Neurotoxická, nefrotoxická, alergické reakce
Biseptol sulfonamidové ATB Blokuje syntézu nukleových kyselin mikrobů	Bakteriostatické účinky	Hematurie, horečka, konjunktivitida, hemolytická anémie, fotosenzibilita

3.6.3. Diuretika

Diuretika jsou látky, které zvyšují exkreci elektrolytů a vody z těla působením na ledviny (účinek renální) a některá vykazují účinky především vazodilatační, využitelné k léčbě hypertenze a srdečního selhání (účinek extrarenální). Diuretika ovlivňují určité oddíly nefronu, kde probíhá selektivní resorpce: proximální tubulus, ascendentní raménko Henleovy kličky (kličková diuretika), distální tubulus a sběrné kanálky.(11)

6.Tabulka podávaných diuretikpacientovi

Léčivo	Využití	Nežádoucí účinek
Furosemid Kličkové diuretikum	U srdečního selhání, ascites, otoky, edém plic	hypokalémie, alergické reakce, ototoxický, hypotenze, hypovolémie
Hydrochlorthiazid Působí v distálním tubulu	Arteriální hypertenze, městnané srdeční selhání	stejně jako u furosemidu, hyperglykémie,

	Nefrogenní d. incipidus	hyperlipidémie
Manitol Osmotické diuretikum Nepodléhá tabulární reasorpci	Forsírovaná diuréza Profylaxe renálního selhání, edém mozku	alergické, poruchy vodního hospodářství v organismu

3.6.4. Léčiva ovlivňující trávicí trakt

Antiulceróza

Léčiva zabraňují vzniku vředové choroby a napomáhají léčbě vzniklé choroby tím, že snižují sekreci HCl a neutralizují HCl již vytvořenou, ve tvorbě ochranné vrstvy a eradikaci helicobaktera pylori. V pooperačním období jsou významná pro preventivní opatření vzniku vředové choroby. Důležitou roli hraje rozsah operačního výkonu a závažnost onemocnění, které pro nemocného znamená velkou stresovou zátěž a tím i vznik vředové choroby.(11)

Helicid – ireverzibilně blokuje funkci protonové pumpy, snižuje sekreci HCl, nežádoucí účinky jsou nečetné.

Quamatel – působí jako antagonist histaminu na H₂ – receptorech.

3.6.5. Léčiva působící na periferní nervový systém

Sympatomimetika

Adrenergní systém má za úkol vytvořit podmínky pro zvládnutí stresu (původně boj nebo útěk). Neurotransmitery na sympatické synapsi jsou katecholaminy – noradrenalin, adrenalin a dopamin, prekurzorem je tyroxin.

Látky, které stimulují aktivují adrenergní systém jsou sympatomimetika.

Noradrenalin – aktivuje zejména alfa receptory (působí na hladké svaly cév – kontrakce), zvyšuje systolický a diastolický tlak.

3.6.6. Léčiva ovlivňující centrální nervový systém

Látky působící na centrální nervový systém ovlivňují funkce aktivně (budivě) nebo tlumivě. V závislosti na dosažené (terapeutické koncentraci v cílové tkáni

může ovlivnit většinu mozkových funkcí (sedativa, hypnotik), nebo působí predilekčně na určitou oblast (antiparkinsonika, antiepileptika).(11)

Sedativa, hypnotika

Jsou léčiva, která ovlivňují bdělost a stav vědomí tlumivě. Hypnotika rozdělujeme na I. Generaci – barbituráty, nebarbituráty (již se nedoporučují, vedly k lékové závislosti), II. Generace – Benzodiazepiny krátkodobé se používají sedativně a hypnoticky, dlouhodobé se užívají k léčbě úzkostných poruch. (11)

Nežádoucí účinek je nepříjemné probuzení a únava, amnézie, při dlouhodobém užívání hrozí riziko syndromu závislosti, zmatenost, dezorientace (užívání maximálně 2 – 4týdny).(11)

Dormicum – patří mezi krátkodobě působící BZ navozuje krátkodobý spánek.

Antipsychotika (neuroleptika)

Používají se používají k potlačování příznaků psychóz. Dominantními příznaky bývají pozitivní (halucinace, bludy, inkoherece v myšlení, nesouvislá stavba řeči) i negativní (apatie, myšlenkové zchudnutí, oploštělá efektivita, anhedonie – neschopnost prožívat radost).(11)

Tiapridal – působí na duševní funkce a příznivě ovlivňuje mimovolní a abnormální pohyby nemocného. Léčivo je určeno k léčbě poruch chování ve stáří, poruch chování při abstinenci alkoholu (akutní delirantní syndrom, abstinenční syndrom).

Nežádoucí účinek je ospalost, útlum, zvýšený třes rukou, závratě.(11)

3.6.7. Léčiva ovlivňující kardiovaskulární systém

Antiarytmika

Srdeční arytmie jsou generovány na základě poruchy tvorby vzruchu (automaticity), poruchy šíření vzruchu (vodivosti) nebo jejich kombinací.

Cordarone – látka je indikována při těžkých poruchách rytmu, zvláště u supraventrikulární tachykardie.(11)

Nežádoucí účinky místní může způsobit zánět žil, celkové vedlejší účinky se projeví poklesem tlaku, bradykardie až sinusová zástava.(11)

3.6.8 Vitaminy a minerální látky

C vitamin – kyselina ascorbová

Kalcium - vápník

KCl – kalium chlorátum

NaCl – chlorid sodný

Multibionta – vitaminy rozpustné ve vodě a stopové prvky, přípravek se používá pro přípravu infuzních roztoků.

Addamel – vitaminy rozpustné v tucích, pro přípravu infuzních roztoků v parenterální výživě.

3.6.9. Antitrombotika

Jsou léčiva působící proti trombóze. V pooperačním období jsou podávána preventivně proti předcházení vzniku venózního trombu.(11)

Clexane – patří mezi nízkomolekulární **hepariny (LMWH)**, podporují účinek AT III zejména proti faktoru X.(11)

3.6.10. Hormony

Hormony kůry nadledvin

Prednison patří mezi glukokortikoidy, které jsou důležité svým účinkem aktivují glukoneogenezi, mají protizánětlivý a imunosupresivní účinek. Indikují se v případech alergické reakce, autoimunitní choroby, hemolytické anémie, infekce, nefrotického syndromu. Nežádoucí účinky se projeví při

dlouhodobém podávání, může nastat iatrogenní Cushingův syndrom, insuficience nadledvin.(11)

Hormony pankreatu

Humulin R – hlavní hormon regulující látkovou výměnu v játrech, svalech, tukové tkáni. Usnadňuje vstup glukózy do buněk. Hraje důležitou roli v metabolismu tuků, cukrů, bílkovin. Umožňuje vstup kalia do buňky. Nežádoucí účinky jsou hypoglykémie a tkáňová rezistence na inzulin.

3.6.11. Infuzní terapie

Krystaloidní roztoky – G 10%, H1/1, FR1/1

Koloidní roztoky – Gelafundin

Parenterální vak all in one – Nutriflex

3.6.12. Umělá enterální výživa

Nutrison standard do jejunální sondy, kontinuální podání

4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

V této části mé práce se zabývám péčí o pacienta na jednotce intenzivní péče s diagnózou anorektálního abscesu. Pro ošetřování nemocného jsem použila formu ošetřovatelského procesu.

Nemocný je chápán jako individuální účastník a míra jakou se podílí na tomto procesu je ovlivňována jeho vlastním pohledem na zdraví, jeho vnímáním potřeby péče i kvalitou vzájemného vztahu sestry a pacienta.

4.1. Ošetřovatelský proces

Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu.

Definice: Ošetřovatelský proces je systematický přístup k poskytování ošetřovatelské péče, která vychází z individuálních potřeb pacienta (9)

Ošetřovatelský proces má pět fází:

Zhodnocení pacienta – posuzování, sběr informací a třídění následných údajů. Jedná se o osobní údaje nemocného, o poznatky denních zvyků nemocného, včetně zmapování celkového vzhledu nemocného, základní změření fyziologických funkcí. Jde o získání specifických informací, které pomohou přiblížit vnitřní život pacienta a tak mu zpříjemnit pobyt v nemocnici. Jedná se o sestavení sesterské anamnézy, která není totožná s anamnézou lékařskou, ale vzájemně se doplňují.

Diagnostika – je fáze vytvoření ošetřovatelské diagnózy, čímž se rozumí identifikace potřeb nemocného, posouzení míry jejich naplnění nebo narušení a hledání cesty k nápravě. Ošetřovatelská diagnóza je cílena na stanovení prioritních potřeb a ošetřovatelských problémů z hlediska sestry a z hlediska nemocného. Přítomný problém nebo potřebu jako je nechutenství, nespavost a podobně vyjadřuje **aktuální ošetřovatelskou diagnózu**. Zaměření sesterské péče na ohrožení nemocného případnými riziky, přinášenými dlouhodobou

nemocí jako jsou proleženiny, malnutrice, dehydratace je vyjádřena v **potencionální ošetrovatelské diagnóze. Ošetrovatelská diagnóza má dvě složky - stanovení problému a důvody, které k němu vedly, nebo tři složky – stanovení problému, důvody a symptomy, které diagnózu provázejí. (23)**

Plánování – znamená vytýčení ošetrovatelských strategií a intervencí. Jedná se o stanovení krátkodobých cílů ošetrovatelské péče, o naplánování způsobů, metod a cest k naplnění těchto plánů. Nedílnou součástí plánování, je dohoda s nemocným o pořadí a naléhavosti jednotlivých etap. Základní části plánování jsou stanovení reálného cíle, kterého určitými ošetrovatelskými činnostmi je možné dosáhnout a plán vhodných aktivit a naplnění ordinací.

Realizaci – znamená uplatnění ošetrovatelských strategií v praxi. Je zaměřena na dosažení žádoucích výsledků, naplnění stanovených cílů pokud možno ve stanoveném pořadí.

Zhodnocení péče, popřípadě přehodnocení stavu pacienta. Zhodnocení efektu poskytnuté péče, jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu dochází k posuzování kvality dosaženého výsledku v porovnání se stanovenými normami. (23)

Pro ošetrovatelskou anamnézu jsem zvolila model **12ti funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon**. Model je odvozen z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Potřeby člověka jsou zcela individuální a individuální bude i odezva psychická na neuspokojené potřeby. Každý člověk zvládá a vykonává aktivity denního života jedinečným způsobem podle svých zvyklostí. Zdravý člověk je schopen zvládnout denní aktivity bez pomoci jiné osoby. V ošetrovatelství používáme termíny sebeděče a soběstačnost, které jsou základem ošetrovatelské péče a výchozím bodem pro určení priorit a stanovení ošetrovatelského plánu. (17)

Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorec zdraví. Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění jedince, nebo může být znakem potencionálního problému. Když sestra takový vzorec identifikuje, musí ho označit, zformulovat ošetrovatelskou diagnózu a pokračovat v krocích ošetrovatelského procesu. (17)

4.2. Zhodnocení pacienta 3.den hospitalizace

Při sběru objektivních informací (vnější projevy) o pacientovi jsem používala metodu pozorování, srovnání s normou. Subjektivní příznaky jsem získala formou rozhovoru, který jsem vedla na jednotce intenzivní péče. Pan B. mi ochotně předával informace o svém vnímání zdravotního stavu a vnímání své životní situace. Informace získané od rodinných příslušníků postavené na míněni, než na faktech jsem považovala za subjektivní. Vše jsem zaznamenala do dokumentace. Fyzikální vyšetření pacienta jsem provedla tzv. metodou „od hlavy až k patě“, dále jsem hodnocení doplnila o měření fyziologických funkcí a antropometrická měření.

Analýza získaných informací:

Muž

79 let

Žije s manželkou

3. den hospitalizace na jednotce intenzivní péče chirurgie

7. Tabulka invazivních vstupů nemocného:

Vstup	Den zavedení	Místo uložení
Centrální žilní katétr	2. den	Horní dutá žíla
Permanentní močový katétr	3. den	Močový měchýř
Enterální sonda	1.den	Tenké střevo

Operační zákroky pacienta:

- **Incize v oblasti konečníku byly provedeny tři incize v oblasti kolem rekta, založeny dva trubicové silnostěnné drény, ponechány volně do obvazu. (2. operační den).**
- **Sigmoideostomie byla vyvedená dvouhlavňová stomie v levém mesogastriu. (1.operační den).**

4.2.1. Monitorování nemocného na jednotce intenzivní péče

Monitorování je neoddelitelnou součástí intenzivní medicíny. Indikací k přijetí na jednotku intenzivní péče se velice často stává právě požadavek monitoringu. Pod tímto pojmem se ukrývá trvalé nebo opakované sledování fyziologických funkcí pacienta a činnosti přístrojů. Slouží k podpoře fyziologických funkcí s cílem včasné detekce abnormalit těchto funkcí, usnadnění rozvahy terapeutických zásahů, možnosti překontrolování a porovnání fyziologických funkcí s odstupem času a zhodnocení použité intervence. Monitory jsou umístěny u lůžka nemocného na dohled sestry. Uvádím, co bylo monitorováno u mého pacienta.

Dechová frekvence – základní parametr ventilace, fyziologická hodnota 16 - 20/min.

Pulzní oxymetrie – SpO₂ je neinvazivní metoda měření saturace hemoglobinu kyslíkem. Fyziologická hodnota je 96 -98%

EKG křivka – je základem monitorování srdečního systému slouží ke sledování srdečního rytmu a srdeční frekvence. Je možné odhalit poruchy srdeční frekvence a rytmu, detekovat ischemické změny, sledovat účinky léků, slouží k diferenciaci diagnostice při zástavě oběhu.

Neinvazivní měření krevního tlaku – pomocí manžety a tonometru zabudovaném v monitoru je měřen krevní tlak, je nutné správně přiložit manžetu na paži pacienta. Fyziologická hodnota 120/80 mmHg.

Měření centrálního žilního tlaku invazivně – přes zavedený CŽK je napojeno měřící zařízení monitoru. Měří se tlak vyvíjený na stěnu horní duté žíly při jejím ústí do pravé síně během žilního návratu. Hodnotí se náplň intravaskulárního řečiště a funkce pravé síně. Fyziologická hodnota je 3-8 mmHg.

Tělesná teplota – neinvazivní měření pomocí rtuťového teploměru. Fyziologické rozmezí je 36,2 -36,9°C. (6)

4.2.2. Hodnocení celkového zdravotního stavu nemocného

Pan B. M., 79letý, lékařská diagnóza perianální absces, přivezen zdravotní záchrannou službou na chirurgickou ambulanci pro zhoršení stavu a pro bolesti

v konečniku i v klidu. Přijat na jednotku intenzivní péče chirurgie. V průběhu dne provedeny incize abscesu na operačním sále, další den provedena odlehčovací kolostomie, doporučeny převazy v celkové anestezii denně. Pacient je důchodce, žije s manželkou a původním povoláním voják z povolání, má dceru. Ošetrovatelská anamnéza byla odebrána 3. den hospitalizace.

4.2.3. Záznam fyzikálního vyšetření sestrou

Celkový vzhled: neoholen, upraven

Slizniční membrány: v normě, vlhké, bez viditelných defektů

Zuby: umělý chrup – horní i dolní protéza

Sluch: slyší šepot, v normě

Zrak: čte s brýlemi

Dýchání: Bez vnějších fenoménů, sklípkové

Svalová síla a pevnost: přiměřená, v normě

Rozsah pohybu v kloubech a chůze: nehodnocena

Kůže: bledá, na těle beze změn, v oblasti konečniku ca sakra incize abscesu, sterilní krytí

Krevní tlak: 130/80 mmHg

Puls: 96/min

Dechová frekvence: 20/min

SpO₂: 94%

Tělesná teplota: 37,7°C

Tělesná hmotnost: 92kg

Tělesná výška: 170 cm

BMI: 32

4.2.4. Ošetřovatelská anamnéza

Model Marjory Gordonové – Dvanáct vzorců zdraví

Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví

Pacient vnímá svůj celkový zdravotní stav jako dočasně zhoršený. Není hospitalizován poprvé a vždy se snaží dodržovat léčebný režim i léčebné postupy. Svého praktického lékaře navštěvuje pravidelně a dbá jeho rad. Doufá a přeje si, aby se jeho zdravotní stav zlepšil a mohl se vrátit zpět domů.

Výživa a metabolismus

Doma jí malé porce asi čtyřikrát denně, chutná mu česká kuchyně. Manželka vaří téměř každý den, protože se oba léčí s vysokým krevním tlakem, snaží se ve stravě omezit tuky a sůl. Vyloženě oblíbené jídlo nemá. Nyní má malou chuť k jídlu. Polyká bez problémů, má umělou zubní protézu, kterou bez obtíží veškerou stravu rozkouše. Nyní nemá na jídlo pomyšlení. Pochopil nutnost **zavedení tenké nasojejunální sondy**, která ho neobtěžuje pouze při polykání cítí v krku mírný tlak. Vypije asi 1.5 l tekutin nejraději vodu, večer si někdy dá pivo. Kávu nepije. Za poslední měsíc zhubnul asi 5 kg tělesné hmotnosti. Objednanou racionální dietu v nemocniční kuchyni nemůže jíst, protože trpí nechutenstvím Porce jídla jsou dostatečné, ale nemá na jídlo ani pomyšlení,

vždy sní jen pár soust. Po vyhodnocení nutriční anamnézy jsem zjistila index vyšší než 8, pacient má nepoměr váhy k výšce BMI je 32, má nadváhu. Laboratorní **výsledky ukazují malnutrici** – nedostatek bílkovin.

Rány se vždy pacientovi hojily bez potíží, na kůži těla nemá defekty. V oblasti konečníku jsou nyní rozsáhlé **incize abscesu s drény sterilně kryté rouškami**. Má zavedený **centrální žilní katétr**, je podávána parenterální výživa dle ordinace lékaře, kontinuálním podáním kape krystalický roztok na 100 ml/h a parenterální vak all in one 80 ml/h. Aplikovanou nazojejunální sondou, kterou je podávána enterální výživa dle ordinace lékaře, podáván je polymerní vak. Nyní je pozastavena aplikace enterální výživy z důvodu převazu na operačním sále. Dvě hodiny po anestézii bude enterální výživa napojena. Dutinu ústní si pacient vyplachuje ústní vodou, pro lepší pocit. Je měřen příjem tekutin a zaznamenán do dokumentace.

Vylučování

Doma měl pacient stolici pravidelně za jeden až dva dny. Před několika dny začala být defekace velmi bolestivá.

Poslední stolice byla včera ráno, normální konzistence i barvy, bez příměsí. Včera byla panu B. **vyvedena odlehčovací stomie** pro bolestivost konečníku a rozsahu anorektální infekce i pro podezření ze vzniku komplikace - píštěle. Po prostřížení stomie odchází do nalepeného sáčku hnědá stolice.

Pro vyprazdňování moče má **zaveden permanentní močový katétr**, moč má normální světle žlutou barvu, bez příměsí. Pacientovi se měří příjem a výdej tekutin po šesti hodinách. Doma se potil někdy v noci, nyní se potí více, má **zvýšenou teplotu 37,7°C**.

Aktivita – cvičení

Nemocný chodí doma pravidelně na procházky. Při chůzi užívá hůlku, pro jistotu. Volný čas tráví rád čtením knih a rád řeší hlavolamy, byl soběstačný. Teď je leží v lůžku nechodí, v poloze na pravém boku, aby odlehčil sakrální krajině, kde se nachází operační rána. Je polohován každé dvě až tři hodiny. Je schopen pomoci se změnou polohy přidržetím se hrazdičky, jinak je používána

polohovací podložka ke změně polohy. Při hodnocení rizika vzniku dekubitu má pacient na Norton škále kolem 20 bodů. **Riziko vzniku dekubitu je možné.**

V denních životních aktivitách dle skóre Barthel test soběstačnosti je pacient vysoce závislý na pomoci sestry. Holení nyní nezvládne, ale manželka je ochotna pomoci. Celkovou koupel nemocného provádím na lůžku. Pacient si myje končetiny a obličej, kam dosáhne. S pomocí si oblékne empír.

Riziko pádu u pacienta nehrozí dle skórovacího systému. Dechové potíže nemá, pokud užívá léky. Manželka pana B.M. nosí každý denní tisk, ale pacient je zatím unavený, zatím se mu číst nechce. Raději odpočívá a pospává, protože režim celého dne je pro něj náročný. Dopoledne za ním přichází fyzioterapeut a provádí léčebnou tělovýchovu na lůžku. Aktivní účastí pacient cvičí horními končetinami, dolní končetiny cvičí rehabilitační sestra. Do sedu se spuštěnými nohama pacient pro bolest odmítá.

Spánek – prostředí

Doma chodí spát kolem 23 hodiny a vstává po 7 hodině. Léky na spaní nebere. V noci se obvykle nebudí, ale poslední dva dny doma se pro bolesti v konečníku nevyspal. Nyní se cítí unavený a ospalý, malátný a nevyspalý. Vadí mu nemocniční prostředí, kdy **ho provoz oddělení vytrhne ze spaní** a také to, že nemůže ulehnout na záda, tak jak je zvyklý doma. V noci pacienta ruší svícení. Proto spí i přes den, s usínáním nemá žádné problémy, léky na spaní nepotřebuje.

Vnímání – poznávání

Pacient slyší dobře, nosí brýle na čtení, ale nepamatuje si, kdy měl poslední oční kontrolu. Není si vědom změny paměti, uznává, že před deseti lety si vše zapamatoval snadněji. V rozhodování je spíše opatrnější a je klidnější pokud může věc vyřešit společně s manželkou. Vyhovuje mu logické myšlení, věci, které ho zajímají se učí rychle.

Pacient je plně orientovaný, nemá žádné komunikační bariéry. Hovoří plynulou řečí a myšlenky vzájemně navazují.

Bolest silně pociťuje v poloze na zádech, proto musí ležet ve vynucené poloze na boku, uleví se mu po podání analgetik, o svém onemocnění má dostatek informací a chápe je. Pacient má bolest v oblasti konečníku, nemůže určit přesné místo, jde spíš o **tupou bolest** do hloubky, cítí napínání a v postiženém místě, provázené tepáním. Zhoršení pociťuje nemocný při pohybu, když leží v jedné poloze, tak bolest ustoupí. Pacientovi jsou podávána analgetika injekčním dávkovačem intravenózně. Intenzitu bolesti pacient **udává na škále 0 – 10 číslo 4**. Dle ordinace lékaře, je možné podat analgetikum navíc dle potřeby nemocného.

Sebepojetí – sebeúcta

Pobyt v nemocnici v něm vzbuzuje nepříjemné pocity, je v neznámém prostředí, které v něm zpočátku vyvolalo strach a úzkost. Toto není pacientova první hospitalizace, již v nemocnici pobýval. Nyní tyto pocity pominuly. Při hodnocení vnímání sám sebe, říká, že byl zaskočen, když mu byla sdělena informace o založení sigmoideostomie. Vyděsilo ho to a měl pocit, že se na sebe nebude moci podívat. Po té bylo pacientovi vysvětleno, že stomie není trvalého charakteru a po zhojení infekce v perianální oblasti bude střevo napojeno na konečník. Nyní je nemocný vyrovnaný se situací, že má vývod. Velký problém spatřuje pan B.M. v tom, že není soběstačný v hygieně, je odkázán na cizí pomoc, nechce se mu o tom hovořit. **Má obavy, že onemocnění se bude horšit**

Role – mezilidské vztahy

Bydlí s manželkou v panelovém domě na sídlišti v Táboře. Byt je dvoupokojový a pro ně dva je optimální. Jeho provdaná dceru má dvě děti. Rád s nimi tráví čas a udržují dobré vztahy, často se navštěvují.

V bývalém zaměstnání byl velmi spokojen, na život důchodce si zvykl a našel si svoje záliby a oceňuje volnost a nezávislost. Má i přátele spíše pánskou společnost někdy si vyjdou posedět. Nyní pacienta **manželka navštěvuje každé odpoledne a zajímá se o zdravotní stav pana B.M.**

Sexualita

Onemocněním pohlavních orgánů pacient netrpí a problémy s prostatou neměl. Vzhledem k prostředí při odběru anamnézy na jednotce intenzivní péče a k věku pacienta jsem se neptala.

Stres

Jeho život v poslední době změnil pobyt v nemocnici na interním oddělení pro onemocnění krve. Během hospitalizace poznal několik zajímavých a dobrých lidí, se kterými se přátelí dodnes. Spoléhá sám na sebe, věří manželce a při rozhodování dá na její rady. V minulosti se z napětí odreagoval kouřením. Nyní již dvacet let nekouří, problémy se snaží řešit klidně a s rozvahou. Relaxuje procházkou v přírodě nebo sleduje televizi.

Víra – přesvědčení

V současnosti je pro něj nejdůležitější, aby byl brzy soběstačný, doma, s manželkou. Přal by si, aby se mu zlepšilo zdraví a aby si zachoval optimistický pohled na život.

Projevy pacienta v průběhu odebírání ošetřovatelské anamnézy:

Orientace zachována, hlas a způsob řeči klidný, udržuje oční kontakt, mírně rozrušený, otázkám rozumí, slovní zásoba velmi dobrá sečtělý.

4.2. Ošetřovatelská diagnostika

Souhrn ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelská diagnóza je klinický závěr o reakcích jednotlivce, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potencionální zdravotní problém nebo životní proces.

Ošetrovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů k dosažení výsledků, za které odpovídá sestra. Při výběru ošetrovatelských diagnóz jsem vycházela z potřeb pana B, které logicky vyplývají z ošetrovatelské anamnézy. Ošetrovatelské diagnózy jsou aktuální a potencionální 3. den hospitalizace. Ošetrovatelský plán jsem stanovila na 24 hodin.

4.3.1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- 1. Bolest akutní z důvodu abscesu konečníku**
- 2. Porucha tkáňové integrity z důvodu incizí abscesu**
- 3. Hypertermie z důvodu perianální infekce**
- 4. Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny z důvodu únavy a bolestivosti**
- 5. Nedostatek informací pacienta v oblasti změny ve vyprazdňování z důvodu odlehčovací sigmoideostomie**
- 6. Změna ve výživě – snižená z důvodu nechutenství**
- 7. Situační snížení sebepojetí z důvodu zhoršení zdravotního stavu**
- 8. Porušený spánek z důvodu provozu stanice a nezvyklé polohy**

4.3.2. Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- 1. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů**
 - **Riziko vzniku infekce z důvodu kanylace CŽK**
 - **Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK**
 - **Riziko vzniku infekce z důvodu zaplavení JS**
- 2. Riziko vzniku dekubitu z důvodu fyzické imobilizace**
- 3. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu snížené mobilizace**
- 4. Riziko změny fyziologických funkcí z důvodu krátkodobé celkové anestezie pro převaz na perineu**

4.4. Plán ošetrovatelské péče a hodnocení 3.den hospitalizace

4.4.1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Ošetrovatelská diagnóza: Bolest akutní z důvodu abscesu konečníku

Definice: Jde o nepříjemný smyslový prožitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání. Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, odeznění do 6 měsíců. (4)

**Cíl: U pacienta došlo ke zmírnění nebo odstranění bolesti
Pacient chápe a rozumí příčině bolesti.**

Ošetrovatelské intervence:

Prováděj posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, nástupu a trvání, četosti a závažnosti (pomocí stupnice 0–10).

Pozoruj neverbální projevy např. (výraz v obličeji, držení těla) a další příznaky, fyziologické parametry, které při akutní bolesti vykazují změny.

Pečuj o pohodlí pacienta (namazání zad, změna polohy), které je základem nefarmakologické léčby.

Podávej analgetika dle ordinace lékaře, pokud léčba není dostatečná, informuj lékaře.

Doporuč nemocnému relaxační cviky – dechové cvičení nebo poslech rádia.

Seznam a vysvětlí nemocnému zákroky, které ho čekají.

Zaznamenej vše do dokumentace do záznamu bolesti

Realizace ošetrovatelského plánu

Monitoruji bolest každé čtyři hodiny, zavedla jsem záznam o bolesti do dokumentace, analgetika podávám dle ordinace lékaře, sledování pacienta pozoruji nonverbální projevy bolesti, pacient nechce změnit polohu v lůžku, informuji lékaře a je zvýšena dávka analgetik. Informuji pacienta o nácvičku

relaxačních dechových cviků. Při návštěvě manželky pacienta informuji o možnosti poslechu rádia.

Hodnocení

Po kontrole působení léků se bolest pohybuje na škále u stupně 3. Pacient pociťuje jen mírné bolesti. Cíl byl splněn a je veden záznam o bolesti v dokumentaci.

2. Ošetrovatelská diagnóza: Porucha tkáňové integrity z důvodu incizí s drény v abscesu

Definice: Stav nemocného, kdy je poškozena podkožní tkáň. (4)

Cíl: Pacientovi se zhojí rána per primam, bez komplikací

Ošetrovatelské intervence:

Kontroluj hojení operační rány, vrchní vrstvy obvazu, aby byly suché. Při převazu rány postupuj asepticky. Používej ochranné pomůcky, předcházej nozokomiální infekce pacienta, dezinfikuj si ruce po každé manipulaci.

Udržuj čistotu a suché lůžko nemocného, osobní hygienu pacienta.

Pečuj o kůži i v okolí operační rány, suchou kůži často promazávej.

Informuj pacienta o možnosti pálení, svědění, bodání v ráně, aby mi tyto pocity sdělil.

Realizace:

Kontroluji obvazy operační rány, je mírně prosáklý krycí obvaz na perineu, za aseptických podmínek vyměním jen krycí vrstvu, Pacient čeká na převaz v celkové anestézii na operačním sále. V rukavicích odstraňuji rouškové kalhotky, v incizích jsou mulové záložky, které ponechám, okolí rány čistím peroxidem, dezinfikuji a překrývám sterilními čtverci, fixuji náplastí a pacienta balím do čistých rouškových kalhotek Upravím a převleču lůžko dle potřeby nemocného.

Po celkové koupeli na lůžku promažu olejem kůži a upravuji pacienta do pohodlné polohy.

Zjišťuji, zda je nemocný v pohodlné poloze a zda nepociťuje změny v ráně.

Hodnocení

Pacient je v suchém čistém lůžku, je umytý, má převázanou ránu, ve které nepociťuje žádné změny. Cíl byl splněn.

3. Ošetrovatelská diagnóza: Hypertermie z důvodu perianální infekce

Definice: Stav, kdy je tělesná teplota jedince zvýšena nad fyziologickou mez při zvýšeném metabolismu při infekci.(4)

Cíl: Pacient má teplotu ve fyziologickém rozmezí

Ošetrovatelské intervence:

Monitoruj tělesnou teplotu po 4h, při změně informuj lékaře

Kontroluj stav kůže, sliznic, barvu prokrvení, vlhkost sliznic.

Sleduj bilanci tekutin příjem (parenterální i enterální) a výdej (tekutiny odvedené permanentním močovým katétrem, pocením, dýcháním) po šesti hodinách.

Podporuj ochlazování povrchu těla, otíráním pacienta, přikládáním vaků s ledem do třísla a podpaží.

Podávej léky (antipyretika, antibiotika), infuzní roztoky dle ordinace lékaře

Veď pečlivě dokumentaci o naměřených hodnotách a stavu pacienta a informuj lékaře při jakékoliv odchylce od normy.

Realizace:

Měřím teplotu po čtyřech hodinách, naměřila jsem 37,7°C, přikládám ledy do třísel a podpaží, otírám pacienta vlažnou vodou, vyplachuje si ústa, informovala jsem lékaře.

Podávám léky, infuzní roztoky dle ordinace lékaře, které jsem připravila za aseptických podmínek. Vše zapisuji do dokumentace.

Hodnocení:

Po přeměření tělesné teploty má pacient hodnotu 36,9 C, nejeví známky dehydratace příjem a výdej tekutin je vyrovnaný. Cíl je splněn.

4. Ošetrovatelská diagnóza: Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny z důvodu únavy a bolestivosti.

Definice: Jedná se o poruchu soběstačnosti s omezením možnosti sebeobsluhy při hygieně. (4)

Cíl: Pacient má zajištěnou dostatečnou hygienu dvakrát denně.

Ošetrovatelské intervence:

Příprav pomůcky k provedení celkové koupele na lůžku

Zajisti pacientovi celkovou koupel na lůžku dvakrát denně,

Pouč a zapojuj pacienta v udržování hygieny.

Informuj manželku pacienta, jak může pomoci při udržování hygieny.

Realizace:

Před ranní a večerní toaletou připravuji pomůcky pacienta na stolek, který je v blízkosti tak, aby mohl omývat části svého těla, na která dosáhne Dolní končetiny, záda omývám já. Podávám kartáček na zuby a pacient si čistí zuby, vyplachuje podaným hrnkem s vodou. Promazávám záda a masíruji je kafrovou masťou. Péči o genitálie pacient nezvládne. Je nutné odstranit roušku, která kryje močový katétr. Omývám okolí permanentního katétru mýdlem a vodou, osuším Genitál překryji sterilní rouškou přes perineum, kde je operační rána. Vše nemocnému vysvětluji, jak má o sebe pečovat a při odpolední návštěvě manželky jsem domluvila dopomoc při oholení vousů.

Hodnocení:

Pacient se v rámci svých možností snaží o udržování hygieny a čistoty. Pacient říká, že má pocit čistoty a pohodlí. Manželka souhlasí se zapojením do pečování o hygienu pacienta. Cíl byl splněn.

5. Ošetrovatelská diagnóza: Nedostatek informací pacienta v oblasti změny ve vyprazdňování z důvodu odlehčovací sigmoideostomie

Definice: Změna normálního vyprazdňování stolice konečníkem, charakterizovaná samovolným odchodem stolice sigmoideostomií. (4)

Cíl: Pacient je poučen o odchodu stolice

Ošetrovatelské intervence:

Zabezpeč soukromí, pokud je to možné.

Pouč nemocného o novém, dočasném způsobu vyprazdňování z důvodu onemocnění rekta.

Příprav pomůcky a názorně ukaž pomůcky stomického systému. Nalep dvoudílný stomický systém na kůži kolem stomie.

Všímej si charakteru stolice (barva, zápach, konzistence množství), která odchází.

Kontroluj těsnost sáčku, aby stolice neobtékala, kontroluj okolí stomie, dle potřeby vyměňuj naplněný stomický sáček.

Udržuj hygienu pacienta a čistotu lůžka.

Realizace:

S pacientem diskutuji o novém způsobu vyprazdňování stolice, nabízím brožurku o nalepování stomického sáčku. Pacient se při nejasnostech dotazuje. Připravuji podložku s vystřihnutým okénkem pro stomii, lékař prostříhává stomii a sterilním mulovým čtvercem kryji okénko, nalepím zatím podložku, stáhnu čtverec a nalepím sáček na stoma. Po chvilce odchází do sáčku hnědá řídká stolice. Během celého dne měním sáček ještě jednou. Pokud je třeba měním i podložku v lůžku.

Hodnocení:

Pacient říká, že rozumí změně ve vyprazdňování, zatím by nezvládl obsluhu sám. Nalepený sáček drží dobře na kůži, stolice neobtéká. Při výměně sáčku

kontrolují stolici je normálního charakteru, má suché lůžko, pacient se necítí znečištěn. Cíl byl splněn.

6. Ošetrovatelská diagnóza: Změna ve výživě – snižená z důvodu nechutenství a známek malnutrice

Definice: Stav, kdy příjem živin nekryje metabolické potřeby. (4)

Cíl: Pacient má normální kalorický příjem živin na 24 hodin, který kryje metabolické potřeby.

Ošetrovatelské intervence:

Prodiskutuj s pacientem stravovací zvyklosti a zdůrazni potřebu bílkovin ve stravě, vzhledem k zdravotnímu stavu.

Konzultuj stav pacienta s nutričním terapeutem na základě hodnocení nutričního screeningu, vše zapiš do dokumentace.

Aplikuj a zaplav enterální sondu do tenkého střeva dle ordinace lékaře.

Podávej enterální výživu do jejunální sondy kontinuálně dle ordinace lékaře, před převazem v celkové anestézii zastav enterální výživu 6 hodin před výkonem.

Všiměj si komplikací při podávání enterální výživy (průjem, aspirace, zvracení, alergická reakce na složku výživy).

Podávej parenterální výživu kontinuálně dle ordinace lékaře, sleduj ordinovanou rychlost podání, kontroluj stav nemocného a funkčnost převodové soupravy, při jakékoli komplikaci zdravotního stavu informuj lékaře.

Veď záznam o příjmu tekutin a podávané výživy v dokumentaci.

Realizace:

S pacientem a při odpolední návštěvě manželky, diskutuji o tom, co je pacient zvyklý jíst, ale nyní nemá na jídlo pomyšlení. Dle dokumentace je hodnocení nutričního screeningu je vyšší než 3 body, kontaktuji nutričního terapeuta, který provede návštěvu a zapiše vše do dokumentace. Enterální sondu zaplavuji, dopoledne je enterální výživa zastavena a po převaze v celkové

anestézii je aplikována. Pacient nemá průjem ani nezvrací. Kontinuální podání parenterální výživy jsem rychlost nastavila na infuzní pumpě. Kontroluji stav pacienta a funkčnost převodové soupravy každé dvě hodiny. Množství přijatých tekutin a výživy zapisuji do dokumentace.

Hodnocení:

Pacient je poučen o nutnosti příjmu enterální a parenterální výživy, pro známky malnutrice, říká, že rozumí. Nutriční terapeut se dostaví, nabídne nemocnému individuální nutriční plán. Enterální výživa je kombinována s parenterální výživou pro přerušování enterální výživy z důvodu podání celkové anestézie a nutriční příjem odpovídá metabolickým potřebám nemocného. Cíl je splněn.

7. Ošetrovatelská diagnóza: Situační snížení sebepojetí z důvodu zhoršení zdravotního stavu

Definice: Negativní sebehodnocení sebe samého, svých schopností vzniklé jako odpověď na ztrátu nebo změnu u jedince s dříve pozitivním sebehodnocením. (4)

Cíl: Pacient hodnotí sám sebe jako schopného si poradit se svou nemocí a účastní se léčebného režimu.

Ošetrovatelské intervence:

Ved' rozhovor s pacientem o jeho nemoci, ozřejmi nejasnosti v jeho znalostech o nemoci, ponech pacienta účastnit se na rozhodnutí týkajících se péče.

Naslouchej obavám a negativním vyjádřením.

Pomoz pacientovi, aby se vyrovnal se změnou a znovu nabyl sebeúcty.

Zapoj do adaptace nemocného na nové prostředí i rodinu pokud jsou ochotní spolupracovat.

Poskytni nemocnému a rodině informace týkající se dodržování léčebného režimu.

Realizace:

S pacientem vedu rozhovor o jeho nemoci, s každou intervencí je seznámen a pokud souhlasí je provedena, při odpolední návštěvě manželky jsem vysvětlila režimová opatření pacienta, o nutnosti užívání léků a dodržování léčebného režimu.

Hodnocení:

Pacient mluví klidně, je srozuměn se situací, více si uvědomuje svoji odpovědnost za své zdraví. Dnes je pacient kladně naložen. Cíl je splněn.

8. Ošetrovatelská diagnóza: Porucha spánku z důvodu provozu stanice a nezvyklé polohy pacienta

Definice: Stav nebo proces, který způsobuje jedinci řadu nepříjemných pocitů, celkové napětí, a narušuje jeho životní styl a biorytmus. (4)

Cíl: Pacient spí alespoň 4 hodin nepřetržitě.

Ošetrovatelské intervence

Zjistí příčinu obtíží.

Pouč pacienta o monitorovacích zařízení stanice.

Snaž se vytvořit klidné a tiché prostředí

Uprav polohu pacienta tak, aby se cítil pohodlně v lůžku.

Realizace:

Vysvětluji pacientovi, že na jednotce intenzivní péče musí být monitorovací zařízení neustále v pohotovosti, snažím se pohybovat tiše a omezit provoz na nezbytně nutný. Domlouvám se s pacientem na poloze, která by mu nejlépe vyhovovala. ukládá se na levý bok a sakrální krajinu má vypodloženou měkkým molitanem. Mezi kolenní klouby jsem vložila malý polštářek. V místnosti jsem vyvětrala, osvětlení jsem minimalizovala.

Hodnocení:

Pacient usnul bez problémů, ale šum přístrojů zůstává, pacient spal 3 hodiny, cíl byl zčásti splněn.

4.4.2. Potencionální ošetrovatelské diagnózy**1. Ošetrovatelská diagnóza: Riziko vzniku infekce z důvodu CŽK.**

Definice: Stav zvýšeného rizika invaze patogenních mikrobusů do organismu zavedeným katétrem do centrální žíly. (4)

Cíl: Pacient nejeví lokální a celkové známky infekce.

Ošetrovatelské intervence:

Proved' převaz vstupu centrálního žilního katétru do vena subclavia za přísně aseptických podmínek, použij ochranné pomůcky (rukavice, ústenku, empír).

Kontroluj místo, okolí vpichu a lokální známky infekce (zarudnutí, otok, bolestivost) a celkové příznaky jako komplikace punkce centrální žíly nebo katéetrové sepse (zimnice, třesavka, tachykardie), v případě změn (zarudnutí, otok, hnisavá sekrece, příznaky pneumotoraxu, embolie, sepse) informuj lékaře.

Minimalizuj rozpojování setu, spoje infuzních systémů kryj sterilně, aplikuj léky přes injekční port po dezinfekci.

Zachovávej aseptické postupy při přípravě infuzních roztoků.

Realizace:

Po ranní toaletě pacienta převazuji vstup centrálního žilního katétru. Oblékla jsem si ústenku a hlavu kryji operační čepicí, na ruku rukavice. Po sejmutí čtverců, které jsou mírně zašpiněné zaschlou krví, čistím okolí vstupu lihobenzinem, poté dezinfikuji a přikládám sterilní čtverce, které fixuji náplastí. Během dne nerozpojuji infuzní linky. Všechny aplikované roztoky připravuji za aseptických podmínek. Fyziologické funkce měřím po jedné

hodině. Tělesná teplota je měřena po čtyřech hodinách, nepřesahuje přes den 37,7°C, nemá zimnici ani třesavku.

Hodnocení:

Pacient nemá celkové příznaky sepse, okolí centrálního žilního katétru je klidné, bez známek komplikace. Cíl je splněn.

Ošetřovatelská diagnóza: Riziko vniku infekce z důvodu PMK

Definice: Stav zvýšeného rizika invaze patogenních mikrobusů do organismu zavedeným močovým katétrem. (4)

Cíl: Pacient nejeví lokální a celkové známky močové infekce

Ošetřovatelské intervence:

Udržuj hygienu genitálu pacienta

Sleduj a zaznamenávej příznaky místní infekce (pálení, řezání, svědění) a příznaky celkové sepse (teplota zvýšená, tachykardie, třesavka, zimnice).

Sleduj a zaznamenávej množství, barvu, zápach, příměsi moče.

Udržuj drenážní systém sterilní, uzavřený a dobře těsnící. Udržuj drenážní spád, aby stagnací moče nevznikla infekce močových cest.

Realizace:

Při celkové koupeli na lůžku ráno a večer omývám a kontroluji okolí katétru vodou a mýdlem, sleduji fyziologické funkce po celý den dle rozpisu, drenážní systém nerozpojuji, pouze vypustím a kontroluji celkové množství moče v sáčku za 24 hodin, vše zapisuji do dokumentace.

Hodnocení:

Pacient nejeví celkové ani místní známky sepse, moč má normální zápach i barvu, pacient močí odpovídající množství moče. Cíl je splněn.

Ošetřovatelská diagnóza: Riziko vzniku infekce z důvodu zaplavení jejunální sondy.

Definice: Stav zvýšeného rizika invaze patogenních mikrobusů do organismu zavedenou nazojejunální sondou. (4)

Cíl: Pacient nemá známky lokální a celkové infekce GIT

Ošetřovatelské intervence:

Zaveď jejunální sondu za aseptických podmínek, dbej na polohu pacienta

Pečuj o jejunální sondu, očisti liho benzinem, odstraň fixační náplast, minimálně dislokuj, opět přilep.

Kontroluj okolí místa zavedení jejunální sondy, sleduj odchod stolice a plynů (množství, konzistenci, barvu) při patologii nahlas lékaři.

Proplachuj enterální sondu po třech hodinách FR1/1 10ml, aby nedošlo k ucpaní.

Podávej přípravky umělé výživy pouze firemně vyrobenou, zkontroluj expiraci na obalu,

Nepoužívej kuchyňsky připravenou stravu, riziko kontaminace.

Realizace:

Pacient je poučen o nutnosti zaplavení jejunální sondy a souhlasí s výkonem, pracuji s připravenými pomůckami, nejprve je sonda zavedena do žaludku po půl hodinové pauze popotahuji sondu o další třetinu do střeva, pacient již leží na pravém boku, po další pauze kontroluji uložení sondy ve střevě zavaděčem a proplachuji FR1/1 20 ml a 5 ml olivového oleje, pacient by mohl popíjet tekutiny, ale čeká ho převaz v celkové anestézii, tak pouze polyká pár lžiček vody. Po další pauze kontroluji zavaděčem uložení sondy, jde mi hladce povytáhnout, tak mi nic nebrání, abych posunula jejunální sondu dále. Po půl hodině kontroluji polohu sondy zavaděčem jde hladce vytáhnout. Sonda se zdá, je uložena v tenkém střevě, po aspiraci stříkačkou ze sondy jde zlatavý obsah duodenální šťávy, rentgenologický snímek potvrzuje uložení sondy ve střevě.

U pacienta čistím a odmašťuji místo na nose pro fixaci náplastí. Proplachuji FR1/1 jejunální sondu. Dle ordinace lékaře, připravuji umělou výživu s novým

enterální setem a po odeznění krátkodobé anestézie na převaz pacientova perinea aplikuji umělou enterální výživu ve vaku přes enterální pumpu 30 ml/h. Pacient má normální stolici do stomického sáčku.

Hodnocení:

Jejunální sonda není dislokována, je průchodná, fixována proužkem náplasti. Pacient nemá průjem, okolí místa fixace je klidné. Pacient nemá známky infekce. Cíl byl splněn.

2. Ošetrovatelská diagnóza: Riziko vzniku dekubitu z důvodu fyzické imobilizace.

Definice: Stav charakterizovaný zvýšeným rizikem, že dojde k porušení kůže a rozvojem imobilizačního syndromu spojený výhledově s dlouhodobým pobytem na lůžku. (4)

Cíl: Pacient nemá dekubity

Ošetrovatelské intervence:

Zhodnot' pacienta na Nortonové škále hodnocení nebezpečí vzniku dekubitu.

Pečuj o lůžko a kůži pacienta, dbej o suchost a čistotu. Na kůži aplikuj ochranné přípravky.

Zajisti vhodnou polohu pacienta dle rozpisu po dvou až třech hodinách, použij vhodné polohovací pomůcky a dbej na vypodložení predilekčních míst.

Prováděj ve spolupráci s fyzioterapeutem léčebnou tělovýchovu na lůžku a dechovou gymnastiku dle ordinace lékaře.

Realizace:

Pacient má na Norton stupnici 23 bodů, kontroluji lůžko a hygienu pacienta, dle potřeby vyměním prádlo nebo provedu očistu pacienta. Celkovou koupel na lůžku provádím ráno a večer včetně převlečení lůžka. Ochranný krém aplikuji do třísel a v sakrální oblasti pod roušku obvazu, promazávám oblast zad několikrát denně. Po dvou až třech hodinách ukládám pacienta do jiné polohy střídám pravý a levý bok. Polohu na zádech pacient odmítá ani po vypodložení

sakrální krajiny. Fyzioterapeut provádí pasivní léčebnou tělovýchovu na lůžku a nacvičuje s pacientem přirozený rytmus dýchání a prohloubené dýchání dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Pacientovi hrozí nebezpečí vzniku dekubitu. Pacient říká, že se po koupeli cítí čistý. Cvičení na lůžku pacienta unavuje. Nestěžuje si na pálení predilekčních míst, na kůži nejsou známky dekubitu. Cíl je splněn.

3. Ošetrovatelská diagnóza: Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu snížené mobilizace v pooperačním období

Definice: Tromboembolická nemoc je komplikace v pooperačním období projevující se dušností, cyanózou, bolestí za hrudní kostí a úzkostí. (4)

Cíl:Pacient nejeví známky TEN

Ošetrovatelské intervence:

Informuj a edukuj pacienta o nutnosti podávání léků proti TEN, o důležitosti rehabilitace na lůžku.

Kontroluj u nemocného funkčnosti komprese dolních končetin.

Časně mobilizuj pacienta

Realizace:

Při ranní toaletě kontroluji u pacienta kompresní punčochy, jsou příliš těsné, svlékám punčochy a po promazání dolních končetin vyvazuji elastické bandáže až do třísel. Poučuji pacienta o nutnosti podávání antikoagulačních léků, edukuji pacienta o cvičení s dolními končetinami na lůžku a nutnosti rehabilitace na lůžku do doby, než začne sedět a vstávat z lůžka.

Hodnocení:

Pacient pochopil nutnost pohybu v lůžku, přes známky bolesti se snaží rehabilitovat. Nejeví známky tromboembolické nemoci. Cíl je splněn.

4. Riziko změny fyziologických funkcí z důvodu krátkodobé celkové anestézie pro převaz na perineu.

Definice: Sledování fyziologických funkcí v intenzivní péči se rozumí trvalé nebo opakované monitorování pomocí přístrojů, které slouží k včasné detekci abnormalit spojených s odeznívajícím účinkem anestetik a k případné terapeutické intervenci. (6)

Cíl: U pacienta jsou včas odhaleny případné abnormality fyziologických funkcí.

Ošetrovatelské intervence:

Sleduj hodnoty krevního tlaku, saturace kyslíkem, pulzu, dechovou frekvenci, po hodině a dle ordinace lékaře.

Sleduj hodnotu tělesné teploty po čtyřech hodinách, kontroluj prokrvení kůže.

Kontroluj stav vědomí dle GCS stupnice a CVT po 6 hodinách a dle ordinace lékaře.

Zaznamenej všechny naměřené hodnoty do dokumentace.

Nastav limity alarmů na mezní hodnoty.

Připrav pomůcky k resuscitaci, resuscitační vozík.

Kontroluj účinky podaných léků dle ordinace.

Realizace:

Sleduji pravidelně hodnoty na monitoru krevní tlak 130/80 mmHg, puls 90/min, saturace kyslíkem 95%, dech 18/min, CVT +5 mmHg, EKG křivku sinusový rytmus, nastavuji alarmany na mezní hodnoty, které mě upozorní na případné abnormality fyziologických funkcí. Vše zaznamenávám do dokumentace, Tělesnou teplotu měřím rtuťovým teploměrem po čtyřech hodinách, nepřesahuje 36,9°C. Po přivezení pacienta z operačního sálu

kontrolují vědomí po čtvrt hodině skórovacím systémem GCS, pacient je probuzen a má 15bodů GCS. Kůže je růžová. Při podávání léků dle ordinace lékaře nepozorují žádné vedlejší účinky.

Hodnocení:

Pacient má fyziologické funkce, které nevykazují abnormality. Je při vědomí a probuzen, prokrvení kůže má dobré. Cíl byl splněn.

4.5. Psychologie nemoci

Slovo nemoc je přeneseným významem pojmu nemohu, nejsem schopen. Obecně definujeme nemoc jako stav organismu vznikající působením zevních a vnitřních okolností narušující jeho správné fungování a rovnováhu. Dochází k poruchám funkce a struktury orgánů vedoucím ke vzniku příznaků nemoci a dalším důsledkům. Nemoc je souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím. Nemoc postihuje i okolí nemocného člověka. Začne-li se nemocný léčit stává se z něho pacient. Psychologie nemoci se zabývá prožíváním, chováním a jednáním lidí, kteří trpí poruchou zdraví, dále se zabývá podílem psychologických faktorů na zdraví a nemoci. (30)

4.5.1. Adaptace na nemoc

Každé onemocnění působí na člověka více či méně nepříznivě a ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy, případně i některé rysy osobnosti. Reakce nemocného a jeho postoj k nemoci mohou být velmi rozdílné, stejně tak jeho prožívání a chování během nemoci.

U pacienta je prožívání nemoci závislé i na jeho sociální zakotvenosti, zvláště v rodině, která může, ale také nemusí být bezpečným zázemím a podporou. Další okruh proměnných, utvářejících a modifikujících prožívání nemoci, souvisí s vlastní léčbou a ošetrovatelskou péčí a průběhem onemocnění. Všechny předchozí okolnosti přicházejí přes osobnost nemocného, protože

člověk sám, jeho povaha, postoje a zkušenosti, tvoří výslednici toho, jak závažnou situaci hodnotí, prožívá a jak se nakonec chová. (8)

Psychologickou stránku průběhu nemoci ovlivňují faktory. Jeden z faktorů je, jak nemocný chápe svůj vlastní zdravotní stav a to **vnímání příznaků**. Ne každý vnímá stejně, co se s ním děje. A další z faktorů je **jak chápeme, vysvětlujeme a interpretujeme zjištěné příznaky**.

Od pacienta se očekává, že se bude snažit nepodat se nemoci. Během vývoje tohoto oboru vzniklo mnoho teorií jak se pacient s těžkostí a zvládnutím životní krize vyrovná. **Etapy zvládnutí nemoci** podle zjištění Shontze (1975): První etapa je **šok** charakterizovaná ustrnutím a zděšením. Dalším krokem je **návrat do skutečnosti**. Myšlenky jsou neuspořádané, jeho emoce jsou výrazně negativní.

Následující etapa je **stažení se ze hry**, kdy pacient vědomě odchází do mentálního osamění. Toto stažení umožňuje pacientovi změnu pohledu na jeho danou situaci a vypracování plánu. Poslední etapou je **tvorba programu k řešení krize**.

Výsledkem řešení je **zdravá adaptace** projevující se smířením, nadhledem a přijetím stavu. Objevuje se u zralých osobností. **Maladaptace** je protikladem, jako naprosté nezvládnutí situace projevující se beznadějí a bezmocí. (8)

4.5.2. Pacient v nemocnici

Ukazuje se, že málo pacientů přichází do nemocnice z vlastního rozhodnutí. Nejčastěji jsou pacienti doporučeni svým praktickým lékařem, ke kterému šli z vlastního rozhodnutí a s nadějí, že jeho zdravotní stav není tak vážný. Když přichází do nemocnice, je si vědom toho, že jeho stav je vážnější, než si dosud připouštěl. V jeho povědomí je psychické napětí ze zdravotní situace a stres.

Úkolem nemocnice je pacienta podrobně vyšetřit, stanovit diagnózu, léčení, vyléčení nebo zlepšení stavu. Dalším krokem je zdravotnická péče, to znamená, aby pacient zůstal v dobrém psychickém stavu, aby se emocionálně nezhroutil a aby se aktivně zapojil do léčebného procesu. (8)

Změna psychiky nemocného umístěním do nemocnice:

Pasivita: Pacient se stává předmětem zkoumání, péče mnohých lidí, kteří jsou hlavními aktéry v jeho životě, ne on.

Závislost na druhých lidech: Pacient nemůže dělat to, co by on chtěl, ale musí dělat to, co mu druzí určí a jak mu to určí.

Životní rytmus: Pacient je postaven do situace odlišné od té, na kterou je zvyklý. Není zvyklý na životní rytmus v nemocnici, nemá ho zažitý, zdá se mu nepřirozený.

Sebedůvěra: Činnosti, které musí vykonávat neumí a neovládá. To snižuje jeho sebevědomí a jeho sebehodnocení (devalvace sebedůvěry).

Sociální interakce: Pacient se nachází izolovaný, v neznámém prostředí, stýká se zde s neznámými lidmi, kontakt se známými lidmi je omezen.

Životní prostředí: Neznámé prostředí, kde je všechno cizí, nové a ne tak běžné jak je zvyklý doma.

Zájmy: Okruh zájmů se při hospitalizaci nutně zužuje, s ohledem na jeho zdravotní stav a jeho změny.

Zvládání problémů: Pacient svému fyzickému a psychickému stavu moc nerozumí, ztrácí nad ním vládu a neví si s ním rady (neví co se s ním děje).

Emoce: Emocionální stav pacienta charakterizuje soubor negativních citů – strach obavy, bolest, nejistota.

Časový prostor: Pacient žije převážně jen v přítomnosti, kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá – problematická. (8)

4.5.3. Psychosociální profil pacienta

S pacientem jsem hovořila o jeho pocitech a prožívání celé situace.

Pan B. byl přivezen na chirurgickou ambulanci zdravotní záchrannou službou, protože měl velké bolesti. Na celou situaci nebyl dost dobře připraven, protože si myslel, že charakter nemoci není tak vážný a bolesti ustoupí samy. Právě byl několik týdnů v domácím prostředí, předcházela hospitalizace na interním oddělení. Byl doma s manželkou, která se o něho starala. Pak se objevily slabé bolesti v konečníku při defekaci, tomu nevěnoval žádnou pozornost. Zpočátku

byl jeho postoj k nemoci bagatelizující a onemocnění podcenil, nyní, když mu lékař vysvětlil, jak rozsáhlý zánět má a s jakými riziky by mohl počítat, se jeho postoj změnil a odpovídá skutečnému stavu. Rázem se jeho život změnil, musel se podřídit a zůstat hospitalizovaný v nemocnici. Jeho nálada poklesla, nemá moc chuť se bavit a cítí se zklamaný.

Těšil se, až přijde na návštěvu manželka a dcera. Cítil, že společné prožívání nemoci se svojí rodinou a jejich emocionální podpora mu pomáhá se snáze adaptovat. Pacient se mi svěřil s pocitem, že by byl rád doma, luštil by křížovky a chodil na procházky. Bylo mu jasné, že v tuto chvíli bude muset podstoupit vyšetření a operační zákrok. Teď ho sužovala bolest v oblasti konečníku, každý pohyb prožil se svou bolestí. Další zátěž pacient prožil, když mu byla sdělena skutečnost o založení stomie. Jeho život v nemocnici se rázem změnil. Pozitivně vnímal to, že vývod je dočasná záležitost. Uvědomil si, že je zcela závislý na pomoci v nemocnici, že nemůže dělat věci, které by chtěl dělat sám. Byl vděčný za každou informaci, která mu ozřejmila jeho situaci. Vzhledem k tomu, že pacient byl již několikrát hospitalizovaný v nemocnici, netrvala adaptace dlouho. Pacient byl odhodlaný svou změnu zdravotního stavu řešit, dodržovat léčebná opatření. Vzhledem k věku pacienta jsem obdivovala jeho trpělivost. Mluvil klidným, vyrovnaným hlasem.

4.6. Edukace nemocného

Je **komunikační proces**, který sníží nebo eliminuje úzkostné stavy pacienta a podporuje jeho uzdravení, je nedílnou součástí ošetřovatelského plánu každého klienta, vyjma těch, jejichž zdravotní stav výuku nedovoluje. Zahrnuje pacienta samotného a tam, kde je to zapotřebí i jeho rodinu. Předání informací napomáhá k tomu, aby pacient změnil své chování, tak, aby došlo k uzdravujícímu procesu a schopnosti nemocného své zdraví udržet. Dále také k poučení pacienta, či samotný nácvik například péče o stomii. Zásadní jsou tři důležité aspekty výuky: filosofie, priorita a akce. (21,22)

Filosofie – spočívá v tom, že výuka pacientů je dobrá investice a tato investice (čas a energie sestry) se zdravotnictvím vždy vrátí.

Priorita – výuka se musí stát jednou z hlavních priorit sestry. Kvalitní moderní ošetrovatelství nemůže svou funkci plnit bez efektivní výuky pacientů. Pacient očekává v této oblasti od sestry pomoc.

Akce – moderní ošetrovatelská péče předpokládá, že každá sestra je nejenom schopna kvalitně a svědomitě realizovat výuku pacientů, ale také ji skutečně aplikovat v praxi.

Edukátor potřebuje určité schopnosti, jednak je to zcela samozřejmě znalost toho co učí, dále ničím nepodmíněný respekt k osobnosti pacienta, správné verbální a neverbální komunikační schopnosti, schopnosti poradce představující dovednost upřesnit, shrnout, vysvětlit, ujasnit, podpořit, schopnost seřadit podle cíle, předat zpětnou vazbu, uzavřít rozmluvu. Nejdůležitější je však schopnost empatie a ochota pomoci. Pro sestru je důležité získat si důvěru pacienta, vyhodnotit schopnosti a připravenost pacienta k výuce. Musí vyhodnotit bariery, které by mohly brzdit proces výuky, měla by organizovat výuku tak, aby co nejvíce odpovídala potřebám nemocného, musí komunikovat jasně a efektivně.

Faktory ovlivňující výuku nemocného jsou zaměstnání, vzdělání, motivace, pohlaví a věk. Dospělí lidé jsou schopni informace vnímat efektivněji než děti nebo senioři.. Znalost zaměstnání pacienta nám do jisté míry může napomoci při použití příkladů předávaných informací. Velká většina lidí nepřiznává, že něco nechápe, proto je nutné pacienta čas od času požádat, aby shrnul informace, které mu předávám. Je nutné všimnout si, jak se vyjadřuje a dle toho eventuálně upravit způsob výuky.(23)

Edukace pacienta

Pan B. byl po příchodu do nemocničního prostředí od začátku edukován. Po příjezdu na intenzivní péči jsem se pacientovi představila, seznámila ho s chodem oddělení a s domácím řádem, s kodexem práv pacientů. Pacient byl poučen před každým vyšetřením, byl seznámen s předoperační přípravou a operačním výkonem. Byl edukován anesteziologem a anesteziologickou

sestrou před podáním anestézie. Dále byl poučen o lécích, které jsme aplikovala. V pooperačním období jsem pacienta poučila o nutnosti mobilizace na lůžku a cvičení – léčebné tělovýchově z důvodu tromboembolické nemoci. Byl poučen o nutričním terapeutem o nutnosti přijímání bílkovinné stravy, vzhledem k malnutričním laboratorním hodnotám. Vzhledem k anorexii, na kterou si pacient neustále stěžoval, doporučil nutriční terapeut některá vhodná a nedráždivá jídla. K úpravě stravy bylo nutno vzít na zřetel i to, že pacient má sigmoideostomii. Pan B.M. pochopil, že je to pro něj velká změna, která zasahuje i do stravovacích zvyklostí. Neměl by jíst nadýmavá jídla ani jídla, která způsobí průjem, nebo dráždí a mají vliv na pevnější stolicí a měl by dodržovat pitný režim.

Před tím, než pacientovi byla založena sigmoideostomie, byl seznámen a informován lékařem o nutnosti výkonu. Chirurgické oddělení má vyškolený personál – stomické sestry, které jsou obeznámeny s problematikou stomií. Pana B.M. navštívila stomická sestra a nemocného informovala a připravila na nutnost vytvoření stomie. Ještě před operací označila nejvhodnější místo pro umístění vývodu a seznámí předem nemocného s možnostmi jejího ošetřování. Manželka se zajímala o zdravotní stav pacienta a ochotně byla poučena o léčebném režimu pana B. Ošetřovatelský personál byl ochotný kdykoli pomoci, když rodina potřebovala informace ohledně péče pana B.M. Lékař ochotně podával informace o zdravotním stavu. Vzhledem k věku pacienta jsem volila způsob edukace formou rozhovoru. Pan B. byl velice trpělivý.

Prognóza

Vzhledem k tomu, že pan B.M. má neléčitelné přidružené onemocnění (chronickou lymfatickou leukémií) a chronická onemocnění dýchacích cest, hypertenzi, jeho prognóza je nepříznivá i vzhledem k věku. Hrozí riziko rozvinutí septického šoku, multiorganové selhání, pacient je imunodeficientní. Z ošetřovatelského hlediska je situace příznivější, pacient se snaží mobilizovat a je odhodlaný s nemocí bojovat. Manželka je jeho oporou a při propuštění pacienta domů se o něho chce postarat.

5. Závěr

Cílem mé práce bylo komplexně zpracovat případovou studii pacienta s diagnózou anorektální absces. Popsat ošetrovatelskou péči u nemocného B.M s touto diagnózou, který byl hospitalizovaný na jednotce intenzivní péče více, než dvacet dní. Plněji si uvědomuji, že intenzivní péče poskytuje pacientovi vždy komplexní péči s individuálním přístupem. Intenzivnost je dána tím, že v danou chvíli jí pacient dostane v co největší míře, proto je role sestry nezastupitelnou.

V teoretické části práce se zabývám popisem lokality organismu, kde zánětlivý proces probíhal, dále se snažím přiblížit reakce organismu na přítomnost infekce.

V průběhu hospitalizace se stav pana B.M. dynamicky vyvíjel a s tím souvisely potřeby i nároky na ošetrovatelskou péči. Pacient byl na mé péči závislý, a proto bylo důležité znát jeho potřeby, trpělivě ho vyslechnout, poradit mu a neudílet jen příkazy a zákazy. Snažila jsem se podporovat jeho samostatnost a zároveň plně saturovat jeho potřeby.

Spolupráce s pacientem panem B.M. byla úžasná, ve svém věku se snažil spolupracovat a vzhledem ke svému vážnému zdravotnímu stavu byl vždy ochoten podat informace.

Použila jsem uvedenou literaturu, informace od pacienta, lékařskou dokumentaci

Souhrn

Cílem mé práce bylo komplexně zpracovat problematiku anorektálního abscesu, ošetrovatelskou péči u nemocného B.M., u něhož byla stanovena diagnóza.

Použila jsem uvedenou literaturu, informace od pacienta, lékařskou dokumentaci.

Spolupráce s pacientem panem B.M. byla úžasná, ve svém věku se snažil spolupracovat a vzhledem ke svému vážnému zdravotnímu stavu byl vždy ochoten podat informace.

Summary

The target of the thesis was the complex elaboration of the issue of anorectal abscess, nursing care of a patient B.M. who was diagnosed with this problem. I used the foregoing literature, information from the patient and medical record.

Cooperation with the patient was wonderful, he tried hard to cooperate at his age and he was always willing to provide information despite his serious state of health.

Seznam zkratek

CT – počítačová tomografie

RTG – rentgen

TNF – tumor nekrotizující faktor

FR – fyziologický roztok

HR – Hartmanův roztok

G – glukóza

KCL – kálium chlorátum

NaCL – chlorid sodný

MgSO₄ – magnézium sulfuricum

GIT – gastrointestinální trakt

ATB – antibiotika

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

SONO – ultrazvukové vyšetření

EKG – elektrokardiograf

ASA – anestesiologie score

TEN – tromboembolické nemoc

CRP – C reaktivní protein

CŽK – centrální žilní katétr

HDŽ – horní dutá žíla

JIP – jednotka intenzivní péče

SpO₂ – saturace parciálním kyslíkem

TT – tělesná teplota

GCS – glasgow coma scale

Ig – imunoglobulin

MIC – minimální inhibiční koncentrace

HCl – kyselina chlorovodíková

LMWH – low molecular weight heparins

AT III: - antitrombin

mmHg – milimetrů rtuti

°C – stupeň Celsia

CVT – centrální venózní tlak

PMK – permanentní močový katétr

JS – jejunální sonda

Informační zdroje

1. Lékařský chorobopis
2. Ošetrovatelská dokumentace
3. Pozorování
4. Rozhovor

Seznam tabulek

1. Tabulka 1 laboratorních hodnot krve, strana 37
2. Tabulka 2 laboratorních hodnot moče, strana 37 – 38
3. Tabulka 3 podávaných opioidních analgetik, strana 40
4. Tabulka 4 podávaných NSA, strana 46
5. Tabulka 5 podávaných antibiotik, strana 47
6. Tabulka 6 podávaných diuretik, strana 48
7. Tabulka 7 invazivních vstupů pacienta, strana 54

Seznam obrázků

1. Obrázek 1: Zažívací trakt a lymfatické uzliny, strana 9
2. Obrázek 2: Rektum: frontální řez, pohled zředu, strana 11
3. Obrázek 3: Perianální abscesy a periproktální abscesy, strana 16
4. Obrázek 4: Píštěle po abscesech, strana 18
5. Obrázek 5: Goodsallovo pravidlo, strana 19

Seznam použité literatury

1. Bednář Marek, Lékařská mikrobiologie, Marvil 1996,
2. Černý Ján, Špeciálna chirurgia I, Osveta 1990,1996, ISBN 80-88824-26-5
3. Čihák Radomír, Anatomie 2, Grada Publishing, 2002, ISBN 80-247-0143-X
4. Doenges M. E., Moorhouse M. F., Kapesní průvodce zdravotní sestry, Grada 2001, ISBN 80-247-0242-8
5. Grewe H., Kremer K., Atlas chirurgických operací, Praha Avicenum 1987, ISBN 08-066-87
6. Kapounová Gabriela, Ošetrovatelství v intenzivní péči, Grada 2007, ISBN 978-80-247-1830-9
7. Kolektiv autorů, Vše o léčbě bolesti, příručka pro sestry, Grada 2006, ISBN 80-247-1720-4
8. Křivohlavý Jaro, Psychologie nemoci, Grada 2002, ISBN 80-247-0179-0
9. Mačák Jirka, Mačáková Jana, Patologie, Grada 2004, ISBN 80-247-0785-3
10. Marečková Jana, Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách, Grada 2006, ISBN 80-247-1399-3
11. Martínková Jiřina, Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů, Grada 2007 ISBN 978-80-247-1356-4
12. Mastiliaková Dana, Úvod do ošetrovatelství II, Karolinum 2004, ISBN80-246-0428-0
13. Mikšová Zdeňka, Fraňková Marie, Zajíčková Marie, Kapitoly z ošetrovatelské péče II, Grada 2006, ISBN 80-247-1443-4
14. Nečas Emanuel a kol., Obecná patologická fyziologie, Karolinum 2006, ISBN 80-246-1291-7
15. ÓConnor M., Aranda S., Paliativní péče pro sestry všech oborů, Grada 2005, ISBN 80-247-1295-4
16. Paľko Pavel, Základy speciální chirurgie, Galén, 2008

17. Pavlíková Slavomíra, Modely ošetrovatelství v kostce, Grada 2006, ISBN 80-247-1211-3
18. Platzer Werner, Atlas topografické anatomie, Grada 1996, ISBN80-7169-214-X
19. Silbernagl Stefan, Atlas fyziologie člověka, Grada Publishing, 2004, ISBN 80-247-0630-X
20. Skalická Hana a kolektiv, Předoperační vyšetření, Grada 2007, ISBN 978-80-247-1079-2
21. Šafránková A., Nejedlá M., Interní ošetrovatelství I, Grada 2006, ISBN 80-247-1148-6
22. Šafránková A., Nejedlá M., Interní ošetrovatelství II, Grada 2006, ISBN 80-247-1777-8
23. Šamánková Marie a kol., Základy ošetrovatelství, Karolinum 2006, ISBN 80-246-1091-4
24. Trachtová Eva a kol., Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, NCO NZO Brno 2006, ISBN 80-7013-324-4
25. Trojan Stanislav a kol., Lékařská fyziologie, Grada 2003, ISBN 80-247-0512-5
26. Valenta Jiří, Základy chirurgie, Galén, 2007,
27. Valenta J., Šebor J. ml., Matějka J., Runt V., Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství, Karolinum 2005, ISBN 80-246-0644-5
28. Vodička Josef a kol., Speciální chirurgie, Karolinum 2006, ISBN 80-247-1101-5
29. Zadák Zdeněk, Výživa v intenzivní péči, Grada 2008, ISBN 978-247-2844-5
30. Zacharová E., Hermanová M., Šrámková J., Zdravotnická psychologie, Grada 2007
31. Zeman Miroslav, Chirurgická propedeutika, Grada 2000, 2003, ISBN 80-7169-705-2

Přílohy

1. Ošetrovatelská anamnéza
2. Nutriční screening
3. Edukační záznam
4. Záznam bolesti
5. Dekurz JIP
6. APACHE II
7. GCS
8. Riziko pádů, Norton scale
9. Barthel test
10. Souhlasy s hospitalizací

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Identifikační štítek

<p>Datum přijetí 17/6 2008</p> <p>Diagnóza při přijetí Alzheimer / abns</p> <p>Opakované přijetí <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Přeložen z <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Rodina informována <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>VĚDOMÍ</p> <p>orientován <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>stav vědomí <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> zmatený <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> apatie <input type="checkbox"/> bezvědomí</p> <p>DÝCHÁNÍ</p> <p>potiže <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>dušnost <input type="checkbox"/> křidová <input type="checkbox"/> cyanoza <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> noční</p> <p>VÝŽIVA + MALÝ NUTRIČNÍ SCREENING BMI: 32</p> <p>váha / výška 92 / 170</p> <p>1. BMI nižší než 20,5 <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>2. ztráta těl. hmotnosti za posledních 3 měsíce <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>3. snížený příjem potravy za posledních 7 dní <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>při 1. kladné odpovědi vyplň Velký nutriční screening a kontaktuj NT (dietetičku)</p> <p>soběstačný <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>hydratace <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>dietní omezení <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>diabetik <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> enterální NG sonda č. 10 zavedena: 1. MES</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> parenterální i. v. kanyla zavedena: č. 2. den</p> <p>RIZIKO PÁDŮ</p> <p>skóre rizika pádů: 3 body</p> <p>NG - nasogastrická, BMI - body mass index, NT - nutriční terapeut</p>	<p>ALERGIE jaké: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>BOLEST intenzita: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>charakter: (jak to bolí)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá</p> <p><input type="checkbox"/> kolikovitá <input checked="" type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> pálivá</p> <p>KŮŽE</p> <p>změny na kůži <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>otoky <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>dekubity <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>stupně: <input type="checkbox"/> I. zčervenání <input type="checkbox"/> II. tvorba puchýřů <input type="checkbox"/> III. poškozená kůže <input type="checkbox"/> IV. hluboká poškození tkáně <input type="checkbox"/> V. dekubit na kost - nekroza</p> <p>jiné: INCIZE V BOKU ŽALUZIE</p> <p>LOKALIZACE</p> <p>SPÁNEK</p> <p>potiže s usínáním <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>léky na spání <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>jaké: ruší provoz odpočívání pro spání</p> <p>KOMUNIKACE</p> <p>bez potíží <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> omezená</p> <p>smyslové vnímání <input type="checkbox"/> bez potíží <input checked="" type="checkbox"/> problémy se zrakovým sluchem</p> <p>sluchota <input type="checkbox"/> hluchota</p> <p>pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> brýle / čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> jiné:</p>	<p>AKTIVITA</p> <p><input type="checkbox"/> chodí sám <input type="checkbox"/> doprovod</p> <p><input type="checkbox"/> sedí <input checked="" type="checkbox"/> leží</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> hůl / berle 50/4 <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> protěza</p> <p>jiná omezení:</p> <p>VYPRAZDŇOVÁNÍ</p> <p>STOLICE</p> <p><input type="checkbox"/> bez potíží <input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p><input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem</p> <p><input type="checkbox"/> užívání projimadia <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>jaké <input type="checkbox"/> jiné</p> <p>stomie druh sgms, dle stomy 2. dílem s tímto systémem</p> <p>MOČ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> bez potíží <input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p><input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> pálení, řezání</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> močový katétr č. 18 napojen na urosystém</p> <p>zaveden: 3. den</p> <p>ureostomie druh: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>pomoc při ošetřování <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>HYGIENA</p> <p><input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> s dopomocí</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> neprovede</p> <p>STUPĚŇ NÁROČNOSTI OŠ. PÉČE</p> <p><input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> částečně soběstačný</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> plně závislý <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>bydlí sám <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>s kým: MANŽELKA</p> <p>kontakt se sociální sestrou <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>POTŘEBA EDUKACE</p> <p>schopnost edukace <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>JMENOVKA A PODPIS SESTRY</p> <p>datum: 17.6.2008 čas: 9^h</p> <p>Stáňa Šetřáková</p>
---	---	--

Příloha 1: Ošetřovatelská anamnéza



Nutriční screening

(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)

strana č. 1

Nemocnice Tábor, a.s., Kpt. Jaroše 2000, 39003, Tábor

Příjmení, jméno : ██████████	Datum přijetí : ██████████	Oddělení : Chirurgie-stanice II
Č. pojištění : ██████████	Číslo Chorobopisu : ██████████	IČP : 39001095
Pojišťovna: 201		
Hmotnost (Kg) : <i>92</i>	Výška (cm) : <i>172</i>	BMI (Kg/m2) : <i>32</i>

		Body
1	Pacienta nelze změřit a zvážit - nevyplňovat 4, 5, 6,	<u>2</u>
2	Nelze od pacienta získat informace - nevyplňovat 4, 5, 6,	3
3	Věk	
	do 65 let	0
	nad 65 let	1
4	BMI *	
	20 - 35	0
	18 - 20, nad 35	1
5	Ztráta hmotnosti (nechtěná)	
	žádná	0
	více než 3 kg za 3 měsíce (volné šaty)	<u>1</u>
6	Množství jídla (za poslední měsíc)	
	beze změn	0
	poloviční porce	<u>1</u>
7	Projevy nemoci	
	žádné	0
	bolesti břicha, nechutenství	<u>1</u>
8	Faktor stresu**	
	žádný	0
	střední	1
	vysoký	<u>2</u>
Součet bodů (INDEX)		9

INDEX	opatření	nutriční terapeut
0 až 3		bez nutnosti zvláštní intervence
4 až 7	ohlásit nutr. terapeutovi	nutné vyšetření, speciální dieta
8 až 12	ohlásit nutr. terapeutovi	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, nutná speciální nutriční léčba !!!

St.s. Olga Šeříčková
Šeříčková
 podpis a razítko sestry

* BMI více než 30 - pacient dostane brožurku "Redukční dieta"

** Faktor stresu : Střední faktor stresu: chronické onemocnění, DM, menší plánovaný oper. výkon, vyšetření
Vysoký faktor stresu: akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý nebo akutní operační výkon pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP nebo ARO.

Záznam nutričního terapeuta : *10.00 19.6.2023*
 Pacient seznámen s malnutričním výsledky, dle nechutenství doporučeno: přijetí nutričního přípravní 2x denně.
 Při delší době nechutenství více jídla 3 dny a více
 let novdu. *Šeříčková*

Příloha 2: Nutriční screening

Edukační záznam pacienta Oddělení Chir. JIP II

<input checked="" type="radio"/> Pacient <input type="radio"/> Rodinný příslušník <input type="radio"/> Pacient neudukovatelný		Komunikační bariéra: <input checked="" type="checkbox"/> Žádná – jazyková – psychická – fyzická <input type="checkbox"/> jiná		
1. 17/8 14		2. 18/8		3. 19/8
Téma edukace:	Téma edukace:	Téma edukace:	Téma edukace:	Téma edukace:
Výživa Sebepéče Medikace Pohybový režim Polohování Stomie Dialýza Inkontinenci Užívání pomůcek Péče o chr. ránu Péče o žil. vstup Respirační terap. Příprava před výkonem Péče po výkonu Prevence TEN Prevence ICHS Prevence šíření infekce	Výživa Sebepéče Medikace Pohybový režim Polohování Stomie Dialýza Inkontinenci Užívání pomůcek Péče o chr. ránu Péče o žil. vstup Respirační terap. Příprava před výkonem Péče po výkonu Prevence TEN Prevence ICHS Prevence šíření infekce	Výživa Sebepéče Medikace Pohybový režim Polohování Stomie Dialýza Inkontinenci Užívání pomůcek Péče o chr. ránu Péče o žil. vstup Respirační terap. Příprava před výkonem Péče po výkonu Prevence TEN Prevence ICHS Prevence šíření infekce	Výživa Sebepéče Medikace Pohybový režim Polohování Stomie Dialýza Inkontinenci Užívání pomůcek Péče o chr. ránu Péče o žil. vstup Respirační terap. Příprava před výkonem Péče po výkonu Prevence TEN Prevence ICHS Prevence šíření infekce	Výživa Sebepéče Medikace Pohybový režim Polohování Stomie Dialýza Inkontinenci Užívání pomůcek Péče o chr. ránu Péče o žil. vstup Respirační terap. Příprava před výkonem Péče po výkonu Prevence TEN Prevence ICHS Prevence šíření infekce
Poznámky: pacient spolupracuje	Poznámky: sestava se založila samostatně dříve	Poznámky: Pacient chápe nutnost zaplacení NIV		
Použitá metoda edukace: Ústní Písemná Audio, video, TV Praktický nácvik jiná	Použitá metoda edukace: Ústní Písemná Audio, video, TV Praktický nácvik jiná	Použitá metoda edukace: Ústní Písemná Audio, video, TV Praktický nácvik jiná	Použitá metoda edukace: Ústní Písemná Audio, video, TV Praktický nácvik jiná	Použitá metoda edukace: Ústní Písemná Audio, video, TV Praktický nácvik jiná
Reakce pacienta Chápe nechápe Opakovat Odmítá	Reakce pacienta Chápe nechápe Opakovat Odmítá	Reakce pacienta Chápe nechápe Opakovat Odmítá	Reakce pacienta Chápe nechápe Opakovat Odmítá	Reakce pacienta Chápe nechápe Opakovat Odmítá
Edukátor: Sestra Fyzioterapeut Nutriční terap.	Edukátor: Sestra Fyzioterapeut Nutriční te	Edukátor: Sestra Fyzioterapeut Nutriční terap.	Edukátor: Sestra Fyzioterapeut Nutriční terap.	Edukátor: Sestra Fyzioterapeut Nutriční terap.

St.s.
Olga Seččíková

Příloha 3: Edukační záznam

B.M.

Záznam o bolesti

List č.: 1

Oddělení: VIP 20412

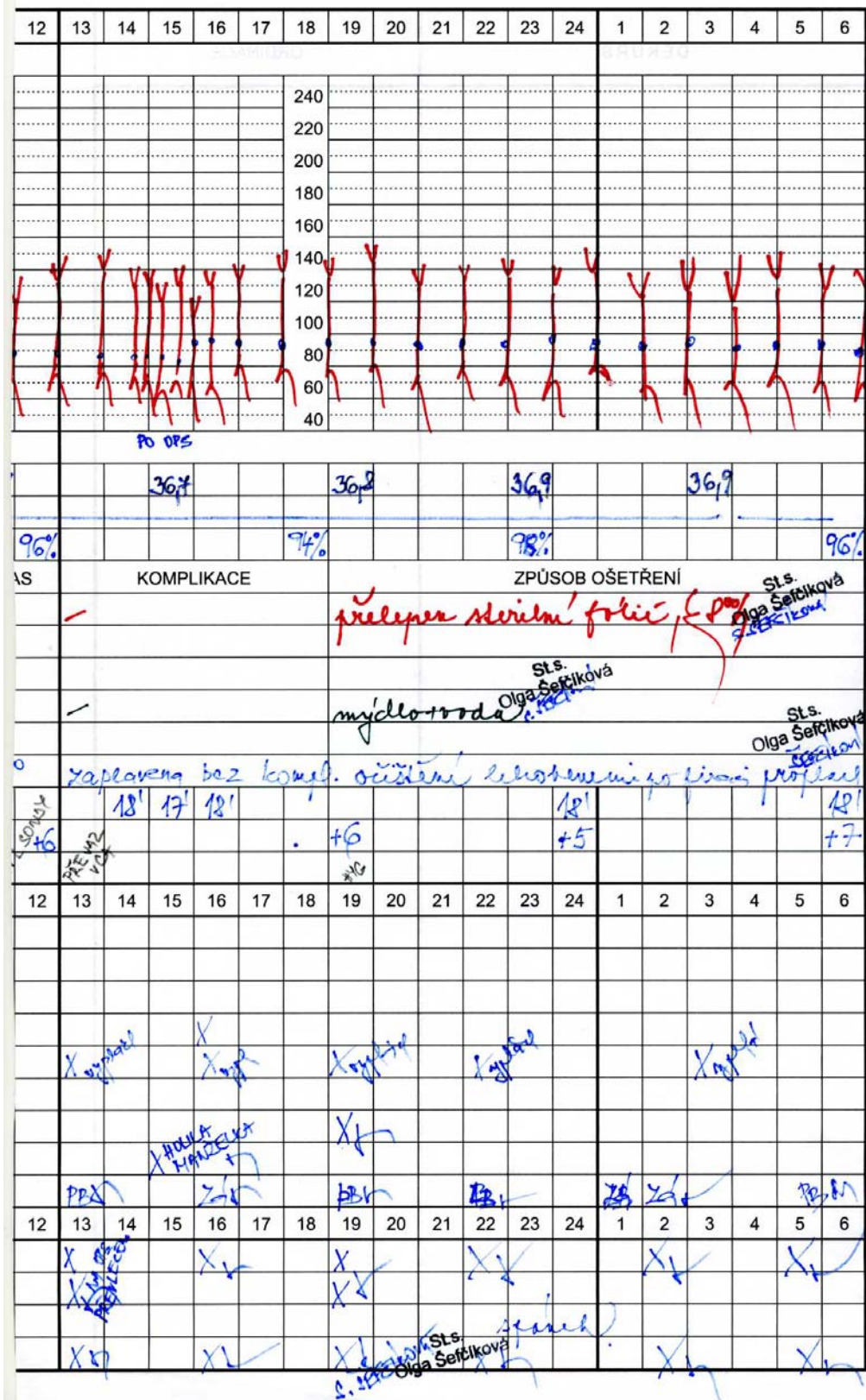
Datum	17.6		18.6		19.6		19.6		19.6	
Čas	18 ⁰⁰	20 ⁰⁰	8 ⁰⁰	20 ⁰⁰	8 ⁰⁰	17 ⁰⁰	16	20	24	4
VAS a charakter	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Tupá	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Bodavá	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Pálivá	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Pulzující	6 N	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Kolikovitá	5	5 P	5	5 B	5	5	5	5	5	5
Řezavá	4	4	4 B	4	4 T	4 B	4 B	4	4	4
Neurčitá	3	3	3	3	3	3	3 T	3 T	3 T	3 T
Svíravá	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Vystřelující	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lokalizace	Hlava	Hlava	Hlava	Hlava	Hlava	Hlava	Hlava	Hlava	Hlava	Hlava
	Břicho	Břicho	Břicho	Břicho	Břicho	Břicho	Břicho	Břicho	Břicho	Břicho
	Hrudník	Hrudník	Hrudník	Hrudník	Hrudník	Hrudník	Hrudník	Hrudník	Hrudník	Hrudník
	Záda	Záda	Záda	Záda	Záda	Záda	Záda	Záda	Záda	Záda
	Krk	Krk	Krk	Krk	Krk	Krk	Krk	Krk	Krk	Krk
	Stenokardie	Stenokardie	Stenokardie	Stenokardie	Stenokardie	Stenokardie	Stenokardie	Stenokardie	Stenokardie	Stenokardie
	Oper.rána	Oper.rána	Oper.rána	Oper.rána	Oper.rána	Oper.rána	Oper.rána	Oper.rána	Oper.rána	Oper.rána
	Podbříšek	Podbříšek	Podbříšek	Podbříšek	Podbříšek	Podbříšek	Podbříšek	Podbříšek	Podbříšek	Podbříšek
	PHK	PHK	PHK	PHK	PHK	PHK	PHK	PHK	PHK	PHK
	LHK	LHK	LHK	LHK	LHK	LHK	LHK	LHK	LHK	LHK
	PDK	PDK	PDK	PDK	PDK	PDK	PDK	PDK	PDK	PDK
	LDK	LDK	LDK	LDK	LDK	LDK	LDK	LDK	LDK	LDK
	Hýždě	Hýždě	Hýždě	Hýždě	Hýždě	Hýždě	Hýždě	Hýždě	Hýždě	Hýždě
Jiné										
Léčba	opiáty									
	NSA						dolminka křiv			
	Jiné léky	ibuprofen 200mg do 200a DFZ					ketorolac 1,5ml/h			
	RHB									
	Poloha	poloha vleží	poloha vleží	poloha vleží	poloha vleží	poloha vleží	poloha vleží	poloha vleží	poloha vleží	poloha vleží
Podpis sestry	St.s. Štefánková	St.s. Štefánková	St.s. Štefánková	St.s. Štefánková	St.s. Štefánková	St.s. Štefánková	St.s. Štefánková	St.s. Štefánková	St.s. Štefánková	St.s. Štefánková

VAS: Vizuální analogová škála Oper.: operace PHK: pravá horní končetina
 LHK: levá horní končetina DF: dechová frekvence NSA: nesteroidní antiflogistika

Příloha 4: Záznam o bolesti

ORDINACE	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
cril, 2a iv (3)		20iv											
helicia 20 1-1-1	1tbl										1tbl		
melurit 100 0-1-0						1tbl							
implonid 400 1-0-1	1tbl										1tbl		
fraxal 1-0-1	1tbl										1tbl		
betax 20 1/2-0-0	1/2tbl												
cardilan 1-0-1	1tbl										1tbl		
acudum folium 1-1-1	1tbl					1tbl					1tbl		
hydrochloric acid 1-0-1tbl													
Citrinol 200mg iv 18-6												200mg	
Edirin 500 iv 18-6												500mg	
medronidazol 500mg iv 18-6												500mg	
Clexane 0,2g p.c.													
Ducadol 1tbl 12-24						1tbl							
1520ml Trausal 200mg do 20u OFE 1tbl (tbl)													1tbl 1520mg
Prednison 20 3-2-0	3tbl					2tbl							
	Sts. Olga Seřčiková						Sts. Olga Seřčiková						
Primin 1tbl p.c. 9tbl											1tbl		
Koralgin 2ml iv 1tbl		2tbl									Olga Seřčiková		
		Sts. Olga Seřčiková											
INFUZE CŽK	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Multiflex 2000 ml + Haldol 1tbl + addam 1tbl 20 ml 1tbl													
Starman 1000 ml p.c.													
G10% 1000 ml 724 HHR													
+ 30 ml kel 7,5%													
+ 60 ml Nacl 10%													
CELKEM I. V. 1000 ml													
PRÍJEM per. os. NPO převaz 4 CA 12 1300													
SONDA J.S. 30 ml/h pr CA													
RETENCE PROPLAČ J.S. 3h													
VÝDEJ sp. v. PMK	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
MOČ VÝDEJ 3tbl	150	120		400		200							600ml
STOLICE sigmoides stonie													
REDON													
DRÉN 2x DO OBVAZY													
LAVÁŽ													
ODSÁVÁNÍ													
PŘEVAZ INCIZEPERINEA													

Příloha 5a: Dekurz JIP



Příloha 5c: Dekurz JIP

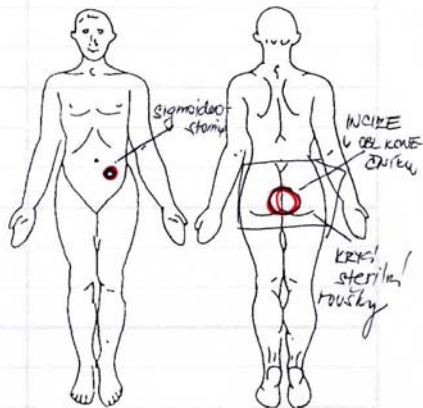
Brf. 19.6.2008

KUŽE: lokalizace, ošetření:

bez patol. nálezu
patol. nález

odřeniny _____
 hematomy _____
 opruzeniny _____
 otoky horní a dolní končetiny
 jiné _____
 dekubity (místo) NEHA DEKUBIT

- I. začervenání (zduření)
 - II. povrchový defekt (puchýř, trhlina)
 - III. hlubší kožní defekt
 - IV. nekroza
- ošetřeno: _____



celková koupel na lůžku:
 celková koupel - sprcha:
 masáž mytí vlasů holení

maximálně 10-14-18-22-2-6

Rozšířená stupnice Nortonové																				
NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ																				
Dat.	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet										
19/6	úplná	4	<10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	bdělý	4	chodí	4	úplná	4	není	4		
	částečně omezená	3	<30	3	alergie	3	DM, ITT	3	zhoršený	3	apatický	3	s doprov.	3	částečně	3	občas	3		
	omezená	2	<60	2	vlhká	2	anémie, kachexie	2	špatný	2	zmatený	2	sedáčka	2	omezená	2	převážně moč	2		23
	velmi omezená	1	>60	1	suchá	1	trombóza, obezita	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	velmi omezená	1	moč + stolice	1		
	žádná	0					karcinom	1							žádná	0				
Dle hodnocení je nebezpečí vzniku dekubitů										ANO	NE									

POLOHOVÁNÍ:

sám s pomocí nepolohuje se sestra v ose křeslo chůze

prevence dekubitů antidek. matrace (nafuk.) antidek. matrace podložky z molitanu podložní kolo

KONČETINY:

bez patol. nálezu patol. nález střecha a se ošetřeno: bandáže DK elast. obvaz, prevence dekubitů stříhání nehtů

dle zájmu/pacienta. pacient polohován 2-3 hodiny, re. 13⁰⁰ h jde na právo
 příloha 5d, Olga Šeřtková

Příloha 5d: Dekurz JIP

APACHE II								
Jméno a Příjmení:								
Datum:	0 b	1b	2b	3b	4b	5b	6b	Součet
Věk	pod 44		45-54	55-64		65-74	nad 75	0
Teplota (st.C)	36-38,4	34-35,9 38,5-38,9	32-33,9	30-31,9 39-40,9	pod 29,9 na 41			0
Střední art. tlak (mmHg)	70-109		50-69 110-129	130-159	pod 49 nad 160			0
Srdeční frekvence	70-109		55-69 110-139	40-54 140-179	39 nad 180			6
Dechová frekvence	12 až 24	10 až 11 25 až 34	6 až 9	35 až 49	pod 5 nad 50			1
O2: A-aDO2 FiO2 nad 0,5 PaO2 FiO2 pod 0,5	pod 200	61-70	200-349	350-499 55-60	nad 500 pod 55			0
art. pH	7,33-7,49	7,5-7,59	7,25-7,32	7,15-7,24 7,6-7,69	pod 7,15 nad 7,7			0
sodík v séru	130-149	150-154	120-129 155-159	111-119 160-179	pod 110 nad 180			0
Draslík v séru	3,5-5,4	3-3,4 5,5-5,9	2,5-2,9	6-6,9	pod 2,5 nad 7			0
Kreatinin v séru	60-140		pod 60 150-190	200-340	nad 350			0
Hematokrit	30-45,9	46-45,9	20-29,9 50-59,9		pod 20 nad 60			2
Leukocyty (x1000/mm3)	3-14,9	15-19,9	1-2,9 20-39,9		pod 1			1
15- aktuální GCS								
Játra-cirhoza nebo portální hypertenze			plán. op.			neoper. urg. op.		0
Srdce NYHA IV			plán. op.			noper. urg. op.		0
Dýchání-CHOPN s hyperkapnií, domácí O2, a plicní hypertenzí			plán. op.			neoper. urg. op.		0
Ledviny-chron. dialýza			plán. op.			neoper. urg. op.		0
Imunokomprimovaní pacienti			plán. op.			neoper. urg. op.		1
APACHE II celkem bodů								

Příloha 6: Skórovací systém APACHE II

2700

POJ. ZVI. ...

GSC STUPNICE ČAS	19x5	19x5	19x5	19x5	19x5	19x5	19x5	19x5
OČI								
<i>spontánně otevřené</i>	4	4	4	4	4	4	4	4
<i>otevře na slovní podnět</i>	3	3	3	3	3	3	3	3
<i>otevře na bolestivý podnět</i>	2	2	2	2	2	2	2	2
<i>neotevře vůbec</i>	1	1	1	1	1	1	1	1
MOTORICKÁ ODPOVĚĎ								
<i>vykoná pohyb na slovní podnět</i>	6	6	6	6	6	6	6	6
<i>na bolest cílený pohyb</i>	5	5	5	5	5	5	5	5
<i>na bolest obranná flexe</i>	4	4	4	4	4	4	4	4
<i>na bolest abnormální flexe</i>	3	3	3	3	3	3	3	3
<i>na bolest reaguje extenzí</i>	2	2	2	2	2	2	2	2
<i>na bolest nereaguje</i>	1	1	1	1	1	1	1	1
SLOVNÍ ODPOVĚĎ								
<i>normální – plný kontakt</i>	5	5	5	5	5	5	5	5
<i>zmatená</i>	4	4	4	4	4	4	4	4
<i>nepřiměřená</i>	3	3	3	3	3	3	3	3
<i>nesrozumitelná</i>	2	2	2	2	2	2	2	2
<i>žádná</i>	1	1	1	1	1	1	1	1
CELKEM	15	15	15	15	15	15	15	15

Příloha 7: Skórovací systém vědomí – GCS

LM 19.6.2008

Riziko pádů

Pohyb	neomezený	0	Smyslové poruchy	žádné	0
	používá pomůcky	1	Mentální status	visuální, sluchové, smyslový deficit orientován	1
	potřebuje pomoc k pohybu	1			0
Vyprazdňování	neschopen přesunu	1	Věk	občasná (noční) desorientace	1
	nevyžaduje pomoc	0		historie desorientace / demence	1
	v anamnéze nykturie / inkontinence	1		18 - 75	0
Medikace	vyžaduje pomoc	1	Pád v anamnéze	75 a výše	1
	neužívá rizikové léky	0			1
	užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní látky,	1	Celkové skóre		3

při skóre vyšší než 3 postupuj podle standardu č. 39

St.s.
Olga Šučíková

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	věk	stav pokožky	přidružené onemocnění		fyzický stav	stav vědomí	aktivita	mobilita	inkontinence	součet
			stav pokožky	onemocnění						
úplná	4 < 10	4 normální	4 žádné	4	dobrý	4 bdělý	4 chodí	4 úplná	4 není	4
částečně omezená	3 < 30	3 alergie	3 DM, teplota	3	zhoršený	3 apatický	3 s doprovodem	3 částečně omezená	3 občas	3
velmi omezená	2 < 60	2 vlhká	2 anémie, kachexie, trombóza, obezita	2	špatný	2 zmatený	2 sedáčka	2 velmi omezená	2 převážně moč	2
žádná	1 > 60	1 suchá	1 karcinom	1	velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 žádná	1 moč, stolice	1

při skóre méně než 25 postupuj podle standardu č. 5

St.s.
Jilga Šučíková

Příloha 8: Riziko pádů, Norton scale

CHIRURGIE JIP2

B. M. 19. 6. 2007

Barthel test základních všedních činností ADL (aktivity daily living)

Činnost	Provedení činností	Bodové skóre
1. najedení napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m s pomocí 50m na vozíku 50m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem bodů		100 bodů

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0-40 bodů vysoce závislý

45 - 60 bodů závislost středního stupně

65 -95 bodů lehká závislost

100 bodů - nezávislý

Příloha 9: Barthel test

Souhlas s hospitalizací a poskytováním informací

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče, dovolte nám Vás přivítat v Nemocnici Tábor, a.s.

Byl jsem poučen o právech souvisejících s poskytováním informací o zdravotním stavu a nahlížením do zdravotnické dokumentace včetně pořizování opisů, výpisů a kopií. Souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu (zdravotním stavu mého dítěte) v rozsahu týkajícím se onemocnění, způsobu jeho léčení a prognóze níže uvedené osobě (osobám) a beru na vědomí, že jiným osobám tyto informace poskytovány nebudou.

Manželka/ partnerka/ družka : BALADOVA' Viktorie

Manžel/ partner/ druh :

Otec, Matka :

Syn, Dcera : HAVLOVA' Anna

Další osoby:

Souhlasím, aby níže uvedená osoba (osoby) měla právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace (dokumentace mého dítěte) a mohla z ní pořizovat opisy, výpisy a kopie

Manželka/ partnerka/ družka :

Manžel/ partner/ druh :

Otec, Matka :

Syn, Dcera :

Další osoby:

Dále prohlašuji, že:

Jsem byl informován o rozsahu zdravotní péče, která je ve zdravotnickém zařízení poskytována a jsou mi známy důvody hospitalizace, byl jsem seznámen s režimem oddělení, který je třeba respektovat, a souhlasím s ním.

Souhlasím / nesouhlasím s přítomností osob získávajících odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (žáci zdravotnických škol, studenti medicíny apod.) při poskytování péči a zároveň

Souhlasím / nesouhlasím tím, aby osoby získávající odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání mohly nahlížet do zdravotnické dokumentace v nezbytně nutném rozsahu. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech zachovávat mlčenlivost.

V Táboře dne : **17.06.2008** čas : **16:06**

Podpis lékaře : **MUDr. Bassam HajAbdo**

Podpis pacienta : 

Nemůže-li se pacient podepsat:

Prohlášení svědka :

proč nemohl a jak projevily souhlas

Jméno svědka :

Není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, adresa a datum narození svědka :

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevily, že po poučení souhlasí s poskytováním informací o zdravotním stavu v uvedeném rozsahu i s dalšími výše uvedenými skutečnostmi.

Podpis svědka

1266

Pacient: Balada Miloslav

Číslo chor.: 8920/2-2008

Datum: 17.06.2008

INFORMACE PRO PACIENTY PŘI PŘIJETÍ K HOSPITALIZACI

Beru na vědomí, že odpovědi na telefonické dotazy na můj zdravotní stav nebudou poskytovány.

Bylo mi nabídnuto použití centrálního trezoru na cennosti (finanční hotovost, platební karty, šperky, osobní doklady, mobilní telefon apod.).
Jsem si vědom/a toho, že za cennosti, které neuložím do centrálního trezoru organizace, personál neodpovídá.

Cennosti uloženy v centrálním trezoru: ANO NE

Byl jsem seznámen s Právy pacientů a Domácím řádem oddělení.
Ty jsou viditelně umístěny ve společných prostorách nebo na lůžkových pokojích a jsou Vám k dispozici. S dotazy se obraťte na staniční sestru nebo na sestru ve službě.

V Táboře dne 17.6.08

MATEJČKOVÁ

jmenovka a podpis sestry

podpis pacienta(ky) / zákonného zástupce

Stránka číslo: 1

Příloha: Informace pro pacienty o uložení cenností.

Úsek zdravotních oborů
MUDr Jan Neškudla
Nemocnice Tábor a.s.
Kpt. Jaroše 2000
Tábor 390 03

Věc: Žádost o nahlížení do dokumentace

Prosím o vyřízení mé žádosti, která se týká čerpání a využití poznatků ze zdravotnické dokumentace, bez uvedení identifikačních údajů pro moji závěrečnou práci k ukončení studia na 3. lékařské fakultě UK. Pracuji v Nemocnici Tábor a.s. na chirurgii, intenzivní péči a závěrečná práce je kasuistika s názvem Infekce v chirurgii.

Za kladné vyřízení žádosti předem děkuji

05.12.2008

Olga Šefčíková,
Harantova 2011, Tábor



Příloha: Souhlas a nahlížením do dokumentace