

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Markéta Dolečková

Péče o pacienta s diagnózou perianální píštěl

*Nursing care of the patient with diagnosis fistula
perianalis*

Bakalářská práce

Praha, květen 2014

Autor práce: Markéta Dolečková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Phdr. Marie Zvoníčková

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3.LF UK

Odborný konsultant : Mudr. Jiří Jungwirth

Pracoviště odborného konsultanta: Sanatorium sv. Anny,P3

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 20. května 2014

Markéta Dolečková

Poděkování

Ráda bych poděkovala MUDr. Jiřímu Jungwirthovi za odborné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování této práce.

Dále mé poděkování patří PhDr. Marii Zvoníčkové za trpělivé vedení mé bakalářské práce, cenné rady a odborný dohled.

1	ÚVOD	8
2	KLINICKÁ ČÁST.....	9
2.1	ANATOMIE.....	9
2.1.1	<i>Svaly konečníku.....</i>	11
2.1.2	<i>Cévní zásobení konečníku.....</i>	11
2.1.3	<i>Mízní cévy recta.....</i>	12
2.1.4	<i>Inervace recta</i>	12
2.2	FYZIOLOGIE	13
2.3	CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	14
2.3.1	<i>Píštěle anu a rekta.....</i>	14
2.3.2	<i>Absces perianální.....</i>	16
2.4	VYŠETŘOVACÍ METODY.....	17
2.4.1	<i>Vyšetřovací polohy v proktologii</i>	18
2.4.2	<i>Fyzikální metody.....</i>	18
	<i>Anamnéza</i>	18
	<i>Pohled.....</i>	19
	<i>Pohmat.....</i>	19
	<i>Per rectum</i>	20
2.4.3	<i>Instrumentální vyšetření</i>	20
	<i>Anoskopie.....</i>	20
	<i>Rectoskopie.....</i>	21
	<i>Kolonoskopie.....</i>	22
	<i>Sondáž píštěle.....</i>	23
	<i>Nástřík píštěle</i>	23
2.4.4	<i>Zobrazovací metody</i>	23
	<i>Fistulografie.....</i>	23
	<i>Sonografie malé pánve a sono měkkých tkání kolem konečníku.....</i>	23
	<i>Endosonografie.....</i>	23
	<i>CT</i>	24
	<i>NMR.....</i>	24
2.4.5	<i>Defekografie a anorektální manometrie.....</i>	24
2.4.6	<i>RTG plic , CT břicha</i>	24
2.5	LÉČBA PÍŠTĚLÍ	24
2.5.1	<i>Discize</i>	25
2.5.2	<i>Exstirpace</i>	25
2.5.3	<i>Slizniční laloky mobilizované sliznice rekta.....</i>	26
2.5.4	<i>Anal-fistula plug.....</i>	26
2.5.5	<i>Užívání tkáňových fibrinových lepidel</i>	27

2.5.6	<i>Laserové ošetření píštěle</i>	27
3	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM	28
3.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	28
3.1.1	<i>Základní lékařské anamnestické údaje</i>	28
3.1.2	<i>První návštěva (26.11.2013)</i>	30
3.1.3	<i>Zavedení trasovací ligatury (dne 03.12.2013)</i>	31
3.1.4	<i>Operační den 26.02.2014</i>	32
3.2	FARMAKOTERAPIE	33
3.2.1	<i>Léky podané k vyprázdnění střeva</i>	33
3.2.2	<i>Léky použité před koloskopickým vyšetřením</i>	34
3.2.3	<i>Antiseptika a desinfekce</i>	35
3.2.4	<i>Léky tlumící bolest</i>	35
3.2.5	<i>Léky užití k prevenci trombotické nemoci</i>	36
4	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	37
4.1	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	37
4.2	OŠETŘOVATELSKÝ MODEL MARJORY GORDONOVÉ	38
4.3	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PACIENTA V 1. POOPERAČNÍ DEN NA LŮŽKOVÉM ODDĚLENÍ	39
4.3.1	<i>Vnímání zdraví</i>	39
4.3.2	<i>Výživa a metabolismus</i>	39
4.3.3	<i>Vylučování</i>	40
4.3.4	<i>Aktivita a cvičení</i>	41
4.3.5	<i>Spánek a odpočinek</i>	41
4.3.6	<i>Vnímání a poznávání</i>	41
4.3.7	<i>Sebepojetí, sebeúcta, vnímání sebe sama</i>	42
4.3.8	<i>Plnění rolí, mezilidské vztahy</i>	42
4.3.9	<i>Sexualita, reprodukční období</i>	42
4.3.10	<i>Stres, tolerance a zvládání zátěžových situací</i>	42
4.3.11	<i>Víra, životní hodnoty, přesvědčení</i>	43
4.4	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	43
4.4.1	<i>Popis stavu pacienta při jeho převzetí do ošetrovatelské péče</i>	43
4.4.2	<i>Stanovení a realizace ošetrovatelských diagnóz</i>	44
4.4.3	<i>Péče o pacienta 3 pooperační den – dlouhodobý plán péče(1.3.2014)</i> . 53	
4.5	EDUKACE PACIENTA PŘED PROPUŠTĚNÍM.....	55
4.6	PSYCHOLOGIE NEMOCI A NEMOCNÉHO	57
4.7	PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ	59
5	ZÁVĚR	60

ABECEDNÍ SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	63
SEZNAM PŘÍLOH.....	64
PŘÍLOHA 1	65
PŘÍLOHA 2	66
PŘÍLOHA 3	73

1 Úvod

Má bakalářská práce se zabývá zpracováním případové studie pacienta, který se na našem pracovišti léčil s diagnózou chronická perianální píštěl. Pracuji v nestátním zdravotnickém zařízení s ambulantní i lůžkovou částí v Praze 3. Toto téma jsem si pro tuto práci vybrala proto, že jsem mohla sledovat léčení tohoto pacienta po celou dobu léčení.

V klinické části práce popisuji anatomii a fyziologii konečníku, dále se zde pak zaměřuji na charakteristiku (popis) základního onemocnění a průběh léčby pacienta od první návštěvy až po skončení léčby jeho onemocnění.

V ošetrovatelské části jsem zpracovala ošetřování nemocného podle modelu „funkčního zdraví“ Majory Gordonové. Tento model mi pomohl jak při sbírání ucelených a strukturovaných informací o pacientovi, tak i při jeho celkovém zhodnocení. Většinu informací mi velmi ochotně poskytl sám pacient, další informace jsem získala svým pozorováním a náhledem do zdravotnické dokumentace s laskavým svolením vedoucího oddělení.

Na podkladě všech těchto informací jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy a stanovila ošetrovatelské cíle. Zároveň popisuji edukaci pacienta a prognózu jeho onemocnění.

Práci uzavírá seznam literatury a přílohy vztahující se k ošetřování nemocného.

2 Klinická část

2.1 Anatomie

Konečník –rectum a *anální kanál* - canalis analis (Grim, 2005).

Konečník má dvě části: konečník- rectum v užším slova smyslu - ampulla recti. Zde dochází k hromadění stolice před vyprázdněním.

Druhou částí je canalis analis- užší oddíl, dlouhý 2,5- 3 cm, který prochází pánevním dnem. Canalis analis ústí na povrch řitním otvorem - anem . Anus je otvor lemovaný pigmentovanou zřasenou kůží, který ústí v crena ani- řitní jamce.

Konečník - rectum je posledním úsekem tlustého střeva. Je uložen v malé pánvi, začíná ve výši S2-S3 jako pokračování esovitého tračníku . Měří celkem 12-16 cm(Čihák, 2001). Nenaplněný je široký asi 4-5 cm, ale jeho šířka kolísá. Na svém distálním konci se konicky zužuje a přechází do análního kanálu.

Proximálně od análního kanálu se nálevkovitě rozšiřuje , dosahuje šíře 10-12 cm a vytváří tím ampulla recti.

Konečník je z větší míry uložen v malé pánvi, kde jej fixují vazivovité pruhy směřující do stran. Proximální část konečníku zhruba 10-15% je uložena již v dutině břišní a je pokryta parietálním peritoneem.

Průběh konečníku v malé pánvi není rovný, ale je předozadně i stranově několikrát zahnutý. „ Ohbí v čelní rovině jsou tři: dvě doprava a jedno doleva. Nejsou však zcela konstantní.” (Dylevský,1995, s.94)

Ohyby v předozadní – sagitální rovině jsou dvě. Konečník se vyklenuje dozadu- flexura sacralis, kde probíhá podél povrchu pánevní plochy kosti křížové. Distálně zahne kolem kostrče dozadu a vyklene se konvexitou ventrálně - flexura perinealis.

Konečná část konečníku poté přestupuje přes pánevní dno do canalis analis směrem lehce dopředu- ventrálně a přechází v anální kanál.

Sliznice konečníku je tlustá a kyprá. Je krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem. Má nažloutlou až růžovou barvu, je složena do četných řas, které se při náplni konečníku vyhlazují a mizí.

V ampulární části recta se nachází tři příčné poloměsíčné řasy- plicae transversales recti: horní řasa- Houstonova, dolní – Nelatonova a nejvýraznější (největší), střední řasa- Kohlrauschova řasa.

Sliznici konečníku tvoří jednovrstevný cylindrický epitel. Do sliznice konečníku ústí Lieberkuhnovy krypty- tubulozní žlázy, které se nachází ve formě krypt mezi klky- glandulae intestinales.

Anální kanál je 2,5–3,8 cm dlouhý a končí vyústěním střeva na povrchu v řitní rýze - crena ani (Dylevský, 1995). Anální kanál je obemknut anatomicky i fyziologicky složitým svalovým krunýřem, jehož součástí je svěračový komplex, m. puborectalis a lig. anococcygeum. Tyto stuktury mají významnou funkci. Jsou součástí tzv. kontinentního mechanizmu , který je odpovědný za kontinenci stolice a větrů.

Kolem řitního otvoru do oblasti linea dentata ústí množství žlázek- glandulae circumanales a tvoří souvislý prstenec. V podslizniční tkáni nad linea dentata se nachází žilní prstenec plexus hemorroidalis internus , který pomáhá k plné kontinenci anu, zejména tekuté složky stolice. Podobný žilní útvar se nachází na rozhraní anodermu a kůže plexus haemorroidalis externus.

V anu sliznice vytváří 10-15mm vysoký prstenec, rozdělený do 5 -12 podélných Morganiových řas- collumnae anales. Mezi nimi jsou drobné vklesliny – sinus anales, zakončené slizničními obloučky – valvulae anales. Za nimi jsou vklesliny cryptae anales. Do těchto krypt ústí konečnickové žlázy - glandulae anales .Tyto žlázy jsou tvořeny sinusy-chodbičkami v počtu jedné až šesti na jednu žlázu. Chodbičky se mohou větvit a distálně probíhají skrze podslizniční a podkožní vazivo a dále prorážejí svým průběhem vnitřní svěrač. Jsou odpovědné za vznik většiny hnisavých onemocnění kolem konečníku.

Distálněji se nachází pás- pecten analis - úsek análního kanálu (canalis analis) mezi linea dentata a linea anocutanea. Vzhledově je světlejší, mikroskopicky se jedná o mnohvrstevný nerohovějící epitel (anoderm). Zde se v embryonálním období stýkal entoderm s ektodermem.

Anoderm pak přechází distálně ve vrstevnatý epitel kůže.

2.1.1 Svaly konečníku

Svalovina konečníku je tvořena hladkou svalovinou. Je uspořádána podélně- vnitřní svalový válec a cirkulárně- zevní svalovina.

Svaly konečníku:

- *Musculus sphincter ani internus*-vnitřní svěrač konečníku
- kruhová hladká svalovina konečníku, která obemyká $\frac{3}{4}$ délky konečníku

- *Musculus sphincter ani externus*- vnější svěrač konečníku. Tento svěrač je tvořen příčně pruhovanou svalovinou. Je uložen vně vnitřního svěrače a svou délkou obemyká celý řitní kanál. Dělí se na tři samostatné části: hlubokou , povrchovou a podkožní, které splývají dohromady:

- Pars profunda musculi sphincteris ani externi- hluboká část - kruhový pruh svalstva, který se obtáčí kolem orální části vnitřního řitního svěrače
- Pars superficialis musculi sphincteris ani externi- povrchová část - oválný pruh svalstva kolem aborální části vnitřního svěrače
- Pars subcutanea musculi sphincteris ani externi- podkožní část - plochý pruh, který leží vodorovně pod dolním okrajem vnitřního svěrače a povrchové části vnějšího svěrače

- *Musculus puborectalis*-je nejmediálnější částí musculus levator ani, je tvořen příčně pruhovaným svalstvem a vytváří trychtýřovité sevření kolem konečníku v male pánvi (Horák ,2013).

2.1.2 Cévní zásobení konečníku

Tepny konečníku

Konečník je krví zásobován ze tří arterií:

1. Arteria rectalis superior: je konečná větlev z arteria mesenterica inferior , dělí se na pravou a levou větev, které zásobují krví stěnu rekta .
2. Arteria rectales media : vychází z arteria iliaca interna a zásobují krví svalovinu střední části konečníku.
3. Arteria rectales inferior: větví se z vnitřních pudendálních tepen a zásobují krví oba svěrače a anální kanál.

Žíly konečníku

V konečníku je bohatá žilní pletěň v submukóze, ve svalovině i v podkoží. Žíly probíhají podél tepenného zásobení konečníku. Žilní zásobení rekta vzájemně anastomozuje.

Hlavní žíly konečníku:

- *Venae rectales superiores* : odvádí krev do dolních mezenterických žil
- *Venae rectales mediae et inferiores*: odvádí krev do pudendálních žil.

2.1.3 Mízní cévy recta

Celý lymfatický system konečníku spolu souvisí a hlavní směr odvodu lymfy z konečníku je kraniálně.

Lymfa odtéká z konečníku třemi cestami:

- *ze zóna cutanea ani-* v této části se lymfatické cévy sbíhají v rete lymphicum rectale externun a jdou do lymfatických uzlin třísla.
- *ze zóny řitního kanálu-* do anorektálních uzlin a z nich do mezenterických a aortálních uzlin.
- *z ampuly rekta* - do lymfatických rectálních uzlin uložených v mezogastriu

2.1.4 Inervace recta

Nervové zásobení konečníku pochází ze sympatického a parasympatického systému.

Sympatický systém- vychází z dolního mezenterického plexu a hypogastrického nervu a zásobuje vnitřní svěrač recta a genitálie. Umožňuje smrštění svěrače a ochabnutí stěny konečníku.

Parasympatický systém- vychází z Nervi splanchnici pelvici, který uvolňuje sevření vnitřního svěrače a smršťuje svalovinu stěny.

Zevní svěrač- je inervován z Nervus pudendus. Inervace vychází z míchy, proto je svěrač ovládán vůlí.

2.2 Fyziologie

Defekace

Defekace je složitý děj, při kterém dochází k vyprázdnění střevního obsahu. Rectum je většinou prázdné, protože zpětné kontrakce posouvají potravu zpět do sigmoidea. Až naplnění recta a tlak reflexně relaxují vnitřní svěrač a vyvolají kontrakci zevního svěrače. Roztažení recta zároveň spustí mesenterický reflex, který způsobí vznik velké peristaltické vlny, která tlačí potravu dále do konečníku.

Parasympatický defekační reflex zesiluje peristaltické vlny a způsobuje relaxaci vnitřního svěrače. Pokud volní složka povolí vyprázdnění, dojde k relaxaci zevního svěrače. Je s tím spojen hluboký nádech, uzavření glottis a zapojení břišního lisu. Tato souhra umožní vyprázdnění. Pokud se zevní svěrač neuvolní, za několik minut reflex odezní (Trojan, 2003,s.367).

Defekace má běžně 3 fáze (Novák, 1985, s.31):

1. Ohlašovací fáze- vzniká v okamžiku, kdy stolice vstoupí do ampuly recta, a ta se postupně roztahuje. Roztažení ampuly a pokles intrarectálního tlaku vyvolá rektoanální reflex. Ten způsobí ochabnutí kraniální části vnitřního svěrače a umožní styk stolice s citivou kožní zónou análních krypt. Zevní svěrač pak zadrží stolici několik minut a to do doby, která je příhodná k vyprázdnění. V okamžiku, kdy nedojde k vyprázdnění, stáhne se vnitřní svěrač, v konečníku povolí tlak následkem tzv. adatačního reflexu, kdy se ampula rozpíná a přizpůsobí se objemu stolice a nastane klidová fáze. Pokud se však překročí určitá

náplň ampuly nebo je vhodná doba k defekaci, ochabnou oba svěrače a dojde k vyprázdnění.

2. Vypuzovací fáze - ampula aktivně za pomoci pokrčení kolen vypudí stolici. Poté, co projde největší část obsahu, stáhnou se svaly pánevního dna a konečnickové svěrače, a tím se dokončí vyprázdnění.
3. Postevakuační fáze - v této fázi se vše vrací do stavu před vyprázdněním a mizí nucení na stolici.

Stolice

Stolice má polotuhou konzistenci. Ze 75% je tvořena vodou, zbytek tvoří látky pevné. Pevné látky tvoří anorganické látky, mrtvé bakterie, nestrávené zbytky potravy a odloupané části povrchu střeva. Barva stolice je žlutohnědá (Kittnar, 2011, s. 370).

2.3 Charakteristika onemocnění

2.3.1 Píštěle anu a rekta

Z hlediska patologického se píštělí rozumí nefyziologické spojení mezi konečníkem a kůží- tzv. zevní píštěle nebo s ostatními orgány malé pánve např. pochvou, močovou trubicí tzv. vnitřní píštěle.

Klasifikace periproktálních píštělí:

Toto dělení je nejdůležitější pro další chirurgickou léčbu píštělí.

1. Podle vztahu ke konečníku a anu:
 - rektální
 - anální rep. perianální
 - perirektální
 - nebo smíšené
2. Podle úplnosti:
 - kompletní- mají obě ústí
 - inkompletní, které mají ústí jedno-zevní nebo vnitřní
3. Podle tvaru píštěle:
 - jednoduché, nerozvětvené

- komplikované, rozvětvené

4. Podle původu:

- vrožené- při vrozených anomáliích konečníku např. při atresii anu a recta
- získané:
 - a) vnějším či vnitřním poraněním
 - b) jako projev TBC, lues, aktinomykomy, Lymphogranuloma venereum
 - c) vznikající infekcí análních žlázek po perforaci periproktálních abscesů
 - d) vznikací při IBD- nespecifických zánětech střev zejména u Crohnovy choroby, ulcerózní kolitidy
 - e) prohloubením trhlin análních a šířením infekce p. continuitatem
 - f) vznikajících na podkladě malignit tkání v anorektu

Nejčastěji se můžeme setkat se vznikem těchto obtíží z důvodů c,d,e.

5. Podle vztahu ke svěračům, resp. ke stěně konečníku:

- Intrasfinkterické- probíhají vnitřně od svěračů a dále se dělí na:
 - a) podslizniční
 - b) podkožní
 - c) kombinované- kombinace obou
- Transsfinkterické- jak moc je postižený svěrač, kam až zasahují do svěračů
 - a) nízké

b) vysoké

- Intersfinkterické- mezisvalové
 - a) nízké anální
 - b) vysoké intermuskulární
- Extrasfinkterické- probíhají zevně od svěračů

6. Podle vztahu k levátorům supralevátorské nebo infralevátorské

Perianální píštěle se projevují známkami zánětu v anální oblasti.

Infekce začíná většinou v análních kryptách nebo přímo v análních žlázkách. Šíří se kanálky a posléze po destrukci stěny dochází k rozšíření infekce a vzniku perianálních abscesů a píštělí.

Infekce se šíří nejčastěji ze žlázek v jejich průběhu podslizniční tkáně a dále skrze svalovinu anorekta a pak v tukovém vazivu v podkoží navenek ke kůži, kde vytvoří ústí zevní (sekundární). Vnitřní (primární) ústí se nachází většinou v kryptě anální, v ústí postižené anální žlázkou.

Prvním příznakem onemocnění je nejčastěji perianální absces. Po incisi abscesu nebo po spontánní perforaci se vytvoří píštěl. Píštěl se také může objevit, pokud se absces několikrát opakuje. Může se také vyskytnout v jizvě po již proběhlém abscesu.

2.3.2 Absces perianální

Z hlediska patologického rozumíme abscesem ohraničenou kolekci hnisu obklopenou pyogenní membránou. Tento popis samozřejmě odpovídá i abscesu perianálnímu.

Infekce se šíří z oblasti análních krypt, análními žlázkami a kdekoli po své cestě. Působením bakterií a jejich toxinů na tkáň může dojít ke kolikvaci tkáně a utvoření abscesu.

Předtím zpravidla vzniká infiltrát tkáně kolem konečníku.

Rychlost vzniku abscesu závisí zejména na kondici organismu a původci vzniku abscesu.

Nejčastějšími původci bývá běžná střevní flora, může se však jednat i o specifickou etiologii (TBC, lues) nebo aktinomycety, lymphogranuloma venereum.

Abscesy podle uložení

Podle uložení abscesu dělíme abscesy perianální na:

- **Intrasfinkterické** - uložené navnitř od vnitřního nebo zevního svěrače ve vazivu podslizničním nebo subanodermálním. Dělíme je dále na:
 - submukosní při uložení ve vazivu podslizničním
 - marginální- při jejich uložení ve vazivu subanodermálním
- **Intersfinkterické** - uložené v prostoru mezi zevním a vnitřním svěračem
- **Extrasfinkterické** - uložené zevně od svěračů. U svěračů, které jsou uloženy zevně od svalového válce anorekta pak odlišujeme supralevátorsky uložené-pelvirektální a pod pánevním dnem uložené ischiorektální abscesy.

2.4 Vyšetřovací metody

U pacienta je třeba odebrat pečlivou a podrobnou anamnézu.

Používají se klasické fyzikální metody vyšetření- pohled, pohmat, (poklep a poslech se u píštělí neužívá), vyšetření per rectum.

Instrumentální vyšetření anorekta- anoskopie, rectoskopie, sondáž píštělí, nástřiky barevnými roztoky- chromodiagnostika, sonografie, enosonografie.

Pomocné a zobrazovací metody. RTG, fistulografie, defekografie, anorektální manometrie, sonografie, endosonografie, CT, NMR.

Laboratorní vyšetření zejména nespecifických ukazatelů zánětu, CRP, FW, leukocytů v KO, a pak laboratorní vyšetření užívaná při podezření na nespecifické záněty např. ANCA, ASCA a další při podezření na maligní onemocnění onkomarkery CEA, CA 19-9, CEA, AFP spojená někdy se

záněty kolem konečníku, vyšetření moče chemicky, bakteriologické vyšetření stolice a vyšetření stolice na parazity.

2.4.1 Vyšetřovací polohy v proktologii

- **poloha na boku** - nejméně vhodná, postačí při běžném chirurgickém vyšetření
- **gynekologická poloha** - nejužívanější pro pohodlí pacienta i lékaře a dobrou přehlednost i bezpečnost. Při poruše vědomí u pacienta nedojde k náhlé změně polohy a odpadá riziko poranění nástrojem. Je to poloha pasívní, pohodlná a nevyžaduje od vyšetřovaného žádné fyzické úsilí. Její nevýhodou je delší čas nutný k jejímu zaujetí.
- **poloha a la vache** - genupektrální poloha užívaná v dobách historických. Pro vyšetření nejméně vhodná, neboť pacient má tendenci i možnost pohybu s tělem i pánví. Tato poloha se užívá tam, kde není možnost vyšetření na příslušném vyšetřovacím lůžku.
- **poloha zavíracího nože** užívaná v anglosaských zemích- pacient se ohne v pase a nalehne mírně předkloněn na úžko k tomu uzpůsobené včetně otvoru pro obličej podobně jako na rehabilitačních lůžkách. Tato poloha je nepříjemná pro ženy s většími prsy nebo pro pacienty s větším břichem nebo pro pacienty s poruchou plicní ventilace např. obstrukční chorobou event u pacientů s pokročilejším selháváním srdečním, kdy se zhoršuje návrat krve k srdci. Při delším vyšetření mají tyto osoby obtíže a při poruše vědomí a náhlé změně polohy pacienta může dojít k poranění.

2.4.2 Fyzikální metody

Anamnéza

U pacientů u kterých vzniká podezření na hnisavé onemocnění kolem konečníku se ptáme na:

- začátek obtíží, který může být měsíce i léta nazpět.

-průběh a intenzitu obtíží- při akutním průběhu jsou příznaky většinou bouřlivé vzniklé často při oslabení organismu nebo průjmeh, či naopak po obtížné defekaci. Při chronickém průběhu jsou obtíže mírné, často jen sekrece nebo ekzém u konečníku, který pacienta obtěžuje. Někdy se projeví vlnovitým průběhem s exacerbací- vzplanutím obtíží po které následuje bezpříznakové období. Dále se ptáme na související onemocnění (C. ulcerosa, M. Crohn, pohlavní choroby atd.),frekvenci a konzistenci stolice (zácpa, průjem) a na rodinnou anamnézu (zeměna u píštelí).

U píštelí velice často vypátráme v anamnéze, že pacient prodělal absces již v minulosti, který sám spontánně perforoval či se zhojil po chirurgické intervenci. Může uvádět tlaky či bolestivá zduření v konečníku či v jeho okolí, které po několika dnech odeznívají. Někdy pacient uvádí mokvání u konečníku, svědění či výskyt ekzému. Nezřídka přivede pacienta k lékaři odchod plynů či malého množství řídkého sekretu nebo dokonce stolice mimo anální otvor.

Pohled

Při vyšetření lékař nejprve prohlédne zevní ústí konečníku a jeho okolí. Důležité je vyšetření hráze a třísel. Nezbytnou nutností je dobré osvětlení vyšetřovaného pole nejlépe speciálně upravenou operační lampou, která se dá stáhnout tak, aby paprsky směřovaly horizontálně ve směru průběhu anorekta. Při vyšetření se pátrá po zarudnutí kůže nebo jiných barevných změnách na kůži, vyklenutí kožního krytu, po jizvách po již proběhlých incisích abscesů , někdy může být patrné i ústí píštěle.

Z místa , kde se nachází ústí píštěle, lze usuzovat na místo lokalizace vnitřního ústí píštěle – Goodsalovo pravidlo.

Pohmat

Pohmatem vyšetří lékař zejména okolí konečníku, pátrá po zatvrdnutí v podkoží, odhadují se teplejší okrsky kůže. Pruhovitě zatvrdnutí v podkoží může ukazovat na průběh píštěle, někdy se podaří vytlačit hnis z píštěle nebo perforovaného abscesu. Ohraničené zatvrdnutí

může ukázat na flegmonozní proces v podkoží, ohraničené hladké a tuhé zatvrdnutí na absces.

Per rectum

Nejdůležitější část vyšetření. Lékař vyšetření nejprve jedním prstem, který zavede po nanesení lubrikačního gelu per rectum. Hodnotí se anální kanál- hladkost stěn, jejich konsistence, která je normálně elastická, tonus svěračů – normo, hyper nebo hypotonus. Zkušený proktolog dokáže fyziologický tonus odhadnout velice dobře. Pátrá po defektu svěrače, vyklenutí v análním kanále a v dostahu prstu v ampule- může tak odhalit absces v oblasti anorekta, u muže vyšetří prostatu pohmatem. V análním kanále se dá dobře nahmatat většina chronických trhlin, trombos análních, zatvrdnutí v oblasti krypt análních, polypy anální a další množství patologických nálezů.

Při tzv. bimanuálním vyšetřením, kde druhou ruku použijeme k protitlaku na podbříšek, můžeme vyšetřit oblast malé pánve- Douglasův prostor. Je to nejnižší místo peritoneální dutiny, kde se dá vyhmatat vyklenutí při výpotku v dutině břišní, u žen oblast adnex děložních. Druhou rukou protitlakem lze zejména u štíhlejších osob vyhmatat abscesy v podkoží kolem konečníku nebo absces nad pánevním dnem tzv. pelvirektální absces.

2.4.3 Instrumentální vyšetření

Anoskopie

Jedná se o instrumentální vyšetření anu, kdy se do konečníku pacienta zavádí dutý válcovitý přístroj s nasvětlením vyšetřovaného prostoru studeným světlem - anoskop.

Anoskopů k vyšetření je řada druhů. Většinou se používá anoskop s rovným koncem, šikmým zakončením nebo s bočním okénkem vhodný k vyšetření trhliny u pacientů s většími vnitřními hemoroidálními uzly. Vzácněji se používá anoskop se zpětnou optikou – přístroj se zrcadlem k pozorování krypt análních. V poslední době se začínají užívat videoanoskopy s analogovou kamerou a nejnověji přístroje digitální

s digitálním čipem na konci přístroje. Anoskopem se vyšetří konečník do výše asi 6 cm. Může se ozřejmit ústí píštěle v kryptě anální a odhadne se výška vnitřního ústí od horní hranice anu.

Na vyšetření nemusí mít pacient žádnou speciální přípravu, pouze na některých pracovištích se doporučuje zavést do konečníku 2 hodiny před vyšetřením glycerínový čípek, aby došlo k vyprázdnění oblasti anorekta. Poloha pacienta při vyšetření je nejlépe gynekologická. Toto vyšetření je určeno pro pozorování a ošetřování procesů, které se nacházejí v oblasti linea dentata a análního kanálu.

Rectoskopie

Rektoskopie je instrumentální vyšetření, které vyšetří konečník do 0-30 cm. Rektoskop je kovový, rigidní tubus, dlouhý 25-30 cm, šířky kolem 20mm. V tubusu je obrutátor, který umožňuje bezproblémové zavedení přístroje. Osvětlení je v proximální části a světlo směřuje distálně do tubusu a před jeho ústí (Dítě, 1996). Tubus je na straně vyšetřujícího uzavřen onímatelným okulárem, někdy se zvětšovací sklem, někdy je v okuláru těsný prostor pro zavedení nástroje- např. bioptických kleští. Do tohoto přístroje je možné insuflovat vzduch pomocí gumového balónku, což vede k distenzi ampuly a zjednání dokonalého přehledu v ampule. Vyšetření se provádí k posouzení sliznice konečníku. Skrz rektoskop se mohou odebrat vzorky tkáně sliznice, nádoru a může se provést i nástřík vnitřního ústí konečnickové píštěle. Pokud chceme vyšetřit oblast rectosigmatu, v dnešní době se dává přednost vyšetření flexibilním přístrojem, které je pro pacienta méně náročné a bezpečnější.

Indikací pro rektoskopické vyšetření jsou různé symptomy, svědčící pro postižení konečníku: tenezmy, nejasné průjmy či zácpy, krev, hnis a hlen ve stolici. Dále jsou to různá onemocnění v oblasti konečníku např. perianální ekzém, kde pátrá po zdroji sekrece z konečníku, která je nejčastější příčinou ekzému (např. polyp, proktokolitida), píštěle či abscesu vycházejícího z ampuly.

Příprava na vyšetření je stejná jako u anoskopie. Mohou být i jiné přípravy jako aplikace klyzmat- klasických nebo originálních(Yal sol.) či různá dietetická opatření, záleží na zvyklosti pracoviště.

Poloha při vyšetření je buď gynekologická nebo záleží na zvyklosti a vybavení pracoviště. Po zavedení přístroje lékař hodnotí barvu, elasticitu a fragilitu sliznice, přítomnost patologických změn či patologickou příměs.

Komplikace po tomto vyšetření jsou vzácné.

Kolonoskopie

Kolonoskopie je vyšetření celého tlustého střeva pomocí flexibilního endoskopického přístroje. Indikací pro toto vyšetření je jakékoli krvácení z konečníku, diagnostika Crohnovy choroby nebo jiného nespecifického střevního zánětu, divertikulitidy či hledání primárního nádoru při diagnostikovaných metastázách nebo pátrání po slizničních změnách u anemie ztrátového typu u pacienta.

Příprava na kolonoskopické vyšetření trvá většinou 2-3 dny. Standardní přípravou před vyšetřením je dodržení bezsezbytkové stravy 3 dny před vyšetřením a večer před vyšetřením vypít přípravek Fortrans (osmoticky působící laxativum), který je nutné rozředit ve 4 litrech vody. Nicméně se musí zohlednit zdravotní stav a věk pacienta. Další možností osmoticky působícího projímadla je podání MgSO₄ 2x denně dva dny před vyšetřením a jeho hojně zapíjení vodou nebo použití kontaktních projímadel založených na preparátech Bisacodylu event. preparátů listů či plodů Senny.

Při vlastním vyšetření pacient většinou leží na levém boku nebo v poloze na zádech. Během vyšetření pacient vnímá pocity nadýmání, protože se insuluje vzduch, vnímá pohyby přístroje v břiše. Pro některé pacienty jsou tyto pocity velmi nepříjemné. Proto se před vyšetřením podává premedikace, většinou kombinace sedativa, spasmolytika a analgetika. V poslední době se s dobrými výsledky zavádí inhalace N₂O v 50% koncentraci (Entonox).

Sondáž píštěle

Provádí se, pokud je zevní ústí píštěle zjevné, paličkovou sondou. Provádí se pomalu, opatrně a nikdy násilně, aby nedošlo k perforaci chodbičky píštěle. Zároveň se sondáží vyšetřuje lékař pacienta konečníkem, aby vyhmatal konec sondy. Toto vyšetření je důležité pro výběr operačního řešení - zachování kontinence.

Nástřík píštěle

Nástřík píštěle se provádí peroxidem vodíku nebo methylenovou modří. Často se provádí při diagnostice vnitřního ústí píštěle a vždy při operaci píštěle na operačním stole, kde se ozřejmí vnitřní ústí píštěle nástříkem barviva kanylou zavedenou do zevního ústí. Anoskopicky se pak dá prokázat ústí vnitřní, které barva označí.

2.4.4 Zobrazovací metody

Fistulografie

Provádí se u rozvětvených píštěl. Jedná se o rentgenologické vyšetření, kdy se do zevního ústí píštěle pomocí dočasně zavedeného drenu aplikuje kontrastní látka.

Sonografie malé pánve a sono měkkých tkání kolem konečníku

Patří k moderním a přínosným vyšetřením při diagnostice zánětů kolem konečníku včetně vyšetření uzlin v tříselech.

Endosonografie

Je drahé, ale přínosné vyšetření pro diagnostiku abscesů a píštěl. Je nenáročné pro pacienta. Sonografická sonda je umístěna na flexibilním, někdy i na rigidním tubusu přístroje. Vyšetření ukáže anatomické poměry konečníku. Ukáže sílu sliznice, podslizniční tkáň, svalovinu včetně svěračů a měkké tkáň kolem anorekta.

CT

Umožňuje zobrazit spíše abscesy kolem konečníku a jejich vztah k okolí, nyní nahražovaná NMR.

NMR

Nukleární magnetická rezonance je nedílnou součástí předoperačního vyšetření u pacientů s hnisavými onemocněními kolem anorekta. Dobře zobrazí píštěle i abscesy a jejich vztah k okolí.

2.4.5 Defekografie a anorektální manometrie

Tato vyšetření se užívají jen u zánětlivých onemocnění anorekta spojených s poruchou fyziologických funkcí konečníku.

2.4.6 RTG plic , CT břicha

Vyšetření užívaná spíše v komplexu předoperačních vyšetření- pátrá se zde po šíření zánětlivých onemocnění nebo TBC či jiných specifických zánětů.

2.5 Léčba píštělí

Léčba perianálních píštělí je chirurgická.

Konzervativní léčba je součástí terapie při léčení primárního onemocnění např. Crohnovy choroby, TBC, atd. Má za cíl potlačením primárního onemocnění přispět ke zdárné léčbě píštělí a předcházet recidivě píštělí.

Volba chirurgického zákroku je dána typem píštěle a zkušeností lékaře. Proto je důležitá dobrá předoperační diagnostika. Komplikované a vysoké píštěle patří do rukou specialisty – proktologa , jednoduché píštěle zvládne úspěšně vyřešit všeobecný chirurg.

Podle typu a lokalizace se indikují elastické ligatury, discize , úplné nebo parciální exstirpace píštělí nebo kombinace těchto metod. Náročnější jsou techniky, které mají za cíl uzavření vnitřního (primárního) ústí. Podle některých autorů pouze toto opatření vede k trvalému vyhojení píštěle. Používají se slizniční laloky mobilizované sliznice rektu, umělé zátky (anal-

fistula plug) ze zvířecího kolagenu, méně úspěšné je užívání tkáňových fibrinových lepidel. V poslední době se do praxe zavádí laserové ošetření píštěle. V literatuře někdy uváděné nástřiky sklerotizujících roztoků patří již do historie.

2.5.1 Discize

Pro zvolení tohoto postupu je diagnóza intrasfinkterické, nízké i vysoké transsfinkterické píštěle (pokud se nenaruší musculus puborectalis).

Provádí se v celkové narkóze. Chirurg nejprve provede divulzi svěračů, nasonduje píštěl sondičkou celou délku píštěle (vnitřní ústí se kontroluje aspexí) a provede se discize. Poté se provede odstranění granulací ze spodiny (Černý, 1996).

Pokud jde píštěl přes musculus puborectalis, mohlo by dojít k inkontinenci pacienta. V tomto případě se aplikuje **elastická ligatura-Setonova technika** (Horák, 2013, s.194). Je to tenká gumová hadička, kterou chirurg protáhne píštělí, pod tahem se zaváže a jejím postupným dotahováním dochází k postupnému prořezávání a vytrasování píštěle přes svěrač, který se za prořezávající se ligaturou postupně hojí. K utahování ligatura dochází asi jednou týdně a ligatura po prořezání sama vypadne. Je třeba určité zkušenosti, neboť rychlé proříznutí ligatury má za následek, že se svěrač nad ligaturou nestačí zhojit a dojde tak k jeho insuficienci, jejímž následkem může být porušení kontinence.

2.5.2 Exstirpace

Pro tento postup se lékař rozhoduje tehdy, pokud je u pacienta diagnostikována nekompletní extrasfinkterická píštěl.

Nejprve se nasonduje vnější ústí píštěle, které se obřízne a odtud začíná preparace píštěle. Pro ozřejmení dalších kanálků se aplikuje methylenová modř.

U kompletní supra nebo transsfinkterické píštěle, kde úplná exstirpace by ohrozila puborektální kličku, se užije exstirpace parciální až na svalovou stěnu recta nebo svěračový komplex. Pak jsou dvě možnosti.

Buď v poslední době preferovaná egalizace a sutura defektu svalové stěny nebo elastická ligatura přes svěrač (Setonova technika) – viz. výše. V každém případě musí dojít k uzavření primárního ústí slizničním lalokem. Operační rána zevně od stěny svalové se ponechává k otevřenému hojení. Sutura takové rány vede zpravidla k recidivě hnisání, která může způsobit za určitých okolností zničení výsledku operace.

I velké defekty se hojí poměrně rychle. Jsou konické směrem otevřeným ke kůži tak, aby došlo k postupnému vyhojení defektu“odspodu“. Na ránu se v prvních dnech přikládají často měněné obklady se slabými antiseptickými roztoky. Důležité je, pokud je to možné, co nejčasnější umožnění přístupu vzduchu k prevenci infekce anaeroby, časté sprchování přímo do defektu, pravidelné koupele v antiseptických slabých roztocích.

Užití obstipací k oddálení první stolice (tinktura opíí) v prvních dnech se řídí zkušenostmi pracoviště a není v poslední době příliš indikováno. Preferuje se bezsezbytková strava a dobré vyprázdnění tlustého střeva před operací, které splní stejný účel.

Pravidelné sprchování konečníku vlažnou vodou, sedací koupele v heřmánku či slabém roztoku hypermanganu a péče o hladce odcházející stolicí použitím laxativ, dietetická opatření jsou vedle správné operační techniky rozhodující pro výsledek operace.

2.5.3 Slizniční laloky mobilizované sliznice rekta

Jsou preferovanou technikou, která ale vyžaduje zkušenost operátéra. Podstatou je mobilizace sliznice recta a posun laloku distálně, takže je lalokem překryto vnitřní ústí. Někteří autoři tvrdí, že tato technika, pokud je správně provedená, vede k vyléčení píštěle bez další exstirpace píštělového kanálu.

2.5.4 Anal-fistula plug

Jde o umělé zátky ze zvířecího kolagenu –konického tvaru, jimiž se uzavře vnitřní ústí píštěle speciálně vedeným stehem, kterým se zároveň

provede slizniční plastika vnitřního ústí. Technika je vzhledem ke své ekonomické náročnosti a nejednoznačným výsledkům užívána spíše ojediněle.

2.5.5 Užívání tkáňových fibrinových lepidel

Aplikace tkáňových lepidel slouží k vyplnění a uzavření píštěle. U nás je tato metoda málo používaná. Původní naděje, které se vkládaly do lepení píštělí a to nejen perianálních, jako jednoduché a ekonomicky relativně dostupné metody, se nenaplnily.

2.5.6 Laserové ošetření píštěle

Toto operační řešení má relativně drahé pořizovací náklady na přístroj a zároveň malé soubory výsledků operací. Rozporuplnost výsledků a ekonomická náročnost limitují užívání této metody. Technické provedení je jednoduché. Vlákno, ze kterého laserový paprsek vychází, se zavede do píštěle zevním ústím těsně pod ústí vnitřní. Termické působení zesíleného monochromatického paprsku světla na živou tkáň vede k nastartování procesu hojení.

3 Základní údaje o nemocném

3.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: M.T.

Věk: 42 let

Pohlaví: muž

Stav: ženatý

Diagnóza: chronická perianální píštěl

3.1.1 Základní lékařské anamnestické údaje

Rodinná anamnéza:

- otec, 69 let, žije:
 - žije-hypertenze
 - ICHS
 - stp. Nefrectomie pro tumor (blíže neví)
- matka: 65 let, žije:
 - hypertenze
 - glaukom
- sestra:
 - od roku 2012 glaukom
- děti: 2 dcery- běžné dětské nemoci

Osobní anamnéza:

- APPE- apendicitis gangrenosa, peritonitis - 1995
- hypertenze- léčen od roku 2004
- Nodi hemoroidales interni
- Recidivy periproktálního abscesu:
 - 1/2011- incize, lavage
 - 2012- incize abscesu
 - 2013- incize abscesu

Pracovní anamnéza:

- osoba samostatně výdělečně činná

Sociální anamnéza:

- žije s manželkou a s dětmi v rodinném domku

Alergická anamnéza:

- neudává

Farmakologická anamnéza:

- Ramipril 5 mg 1-0-1

Očkování proti tetanu: 2.7. 2010

Abusus:

- kouří 20 cigaret denně, alkohol příležitostně

Fyziologické vyšetření při přijetí:

- Výška: 172 cm

- Hmotnost: 121 kg, BMI 41

- Fyziologické funkce:

- TK- 140/ 70
- P- 80/min
- TT- 36,1 C
- D- 16´

- Hlava: poklep nebolestivý , zornice izokorické, spojivky růžové, sklery bílé

- Hrdlo: klidné , jazyk plazí středem, mírně povleklý, patrové oblouky klidné

- Krk: uzliny nezvětšené, štítná žláza nezvětšená, karotidy tepou symetricky, šíje volná

- Hrudník: souměrný, dýchání pravidelné, axilární uzliny nezvětšené, akce srdeční: pravidelná

- Břicho: nad nivea, měkké, nebolestivé, souměrné, jizva po APPE klidná

- Horní končetiny: bez otoků, pulsace na a. radialis hmatná, pravidelná

- Dolní končetiny: bez otoků, drobné varixy v oblasti bérců, periferní pulsace je hmatná

Průběh nynějšího onemocnění:

Pan M.T. přichází na naše pracoviště pro recidivu obtíží s konečníkem. V průběhu 5 let se pacient léčil na různých pracovištích s opakovanými recidivami píštělí a abscesů v okolí konečníku. Na naše pracoviště přichází s doporučením svého obvodního lékaře. Udává nepříjemné pocity a tlaky v oblasti konečníku a mírné svědění. Na spodním prádle občas pozoruje znečištění tmavě žlutou tekutinou, v poslední době je tento výtok skoro stále přítomný.

3.1.2 První návštěva (26.11.2013)

Pacient byl vyšetřen na proktologické ambulanci. Nejprve bylo aspektů zhodnoceno okolí anu, které bylo klidné. Asi 30-40 mm od anu na č. 5 je chronické ústí v.s. anální píštěle, které lékař sonduje v souladu s Salomon-Godsallovým pravidlem. Pro bolestivou reakci pacienta je vyšetření ukončeno.

Dále byla provedena anoskopie, kde byly diagnostikovány vnitřní hemoroidální uzly I. stupně. Při nástřiku píštěle methylenovou modří se její primární ústí nebarví.

Po provedení vyšetření byla pacientovi vysvětlena příčina jeho obtíží a lékař pacientovi nastínil další postup při řešení perianální píštěle.

Bylo dohodnuto, že při příští návštěvě se lékař pokusí znovu nasondovat celý průběh píštěle a zároveň píštěl zajistit silonovou ligaturou, aby nedošlo k jejímu uzavření. Následně dojde k chirurgickému odstranění celé píštěle.

Pacient s navrhovaným postupem souhlasil, proto ho lékař objednal k zavedení ligatury, která byla naplánována kvůli předchozí bolestivosti v celkové anestezii.

3.1.3 Zavedení trasovací ligatury (dne 03.12.2013)

Pacient se dostavil k zavedení silonové ligatury v celkové anestezii. Při předchozí návštěvě byl pacient poučen, že se musí dostavit na lačno – od půlnoci nesmí jíst a pít. Asi 2 hodiny před vyšetřením si měl v domácím prostředí aplikovat do konečníku roztok Yal, aby došlo k vyprázdnění konečníku.

Po kontrole předoperačních výsledků anesteziologem byla v krátké celkové anestezii provedena sondáž zevního ústí a nasondováno vnitřní ústí píštěle a následně zavedena silonová ligatura.

Po dvou hodinách v dospávací místnosti - recovery room, kde byl pod dohledem sestry a první hodinu na monitoru TK, EKG, SpO2 a lékařské kontrole před propuštěním, odchází do domácího ošetření. Lékař pacienta poučil o nutnosti zvýšené hygienické péče o konečník častými sprchami, nejlépe po 4 hodinách. V případě jakéhokoli zhoršení zdravotního stavu má pacient kdykoli kontaktovat lékaře.

K žádnému zhoršení zdravotního stavu pacienta nedošlo. Během dvou měsíců pacient dochází na pravidelné kontroly ligatury. Při každé kontrole lékař zkontroluje zevní ústí píštěle stav ligatury, následně pak provede proplach ligatury 3% peroxidem vodíku a ránu překryje čtverci. Asi po měsíci a půl naplánujeme operačního řešení píštěle a kolonoskopické vyšetření tlustého střeva. Operace se uskuteční během prvního dne hospitalizace, a proto je pacient pečlivě poučen o přípravě před operací. Operace je naplánována na 26.2.2014. Pacient bude přijatý na lůžkové chirurgické oddělení, kde dopoledne bude provedeno kolonoskopické vyšetření a poté operační ošetření píštěle.

Edukace pacienta před koloskopickým vyšetřením:

Tři dny před vyšetřením pacient nesmí jíst zbytkovou stravu, tzn. že ze svého jídelníčku vynechá maso, uzeniny, pokrmy s vlákninou-celozrnné pečivo, ovoce a zeleninu. Pacient může jíst vývar, pudink, těstoviny, bílé jogurty, mléčné výrobky a bílé pečivo. Den před vyšetřením bude od 16-20 hodin pít Fortrans. Tento projímavý roztok je ve čtyřech sáčkích. Každý

sáček se rozředí v 1 litru vody a během jedné hodiny pacient tento roztok vypije. Je dobré rozdělit si toto množství do menších skleniček a každých 10 minut jednu vypít. Pokud pacientovi bude vadit chuť projímadla, může roztok mírně vychladit nebo naředit sladkou šťávou. Během druhé hodiny dojde k vyprazdňování, bude odcházet z konečníku žlutá tekutina.

Edukace pacienta před operačním výkonem v celkové anestezii :

K výkonu se pacient musí dostavit nalačno, tzn. 6 hodin před výkonem nesmí jíst, pít, kouřit, a ani žvýkat žvýkačku.

3.1.4 Operační den 26.02.2014

Pacient byl přijat na chirurgické oddělení v osm hodin ráno. Kolem 10:00 pacient absolvoval na endoskopickém sálku pracoviště koloskopii.

Po aplikaci premedikace: Buscopan 1amp. + Tramal 50 mg 1 amp. + Midazolam 1 amp., byl pacient uložen na levý bok a bylo provedeno vyšetření s tímto nálezem:

Flexibilním endoskopem proniknuto vinutým sigmatem s rotací přes ostrou lienální flexurou do ceaka. Přehlednost dobrá. Spolehlivě vizualizovaná Bauhinská chlopeň, klidné ústí terminálního ilea. Dále intubováno asi 30 cm terminálního ilea, bez zánětlivého postižení. Střevo se při insuflaci volně rozvíjí, stěna je elastická. Kresba cév je přiměřeného vzhledu. Při extrakci přístroje jsou patrné drobné vnitřní hemoroidální uzly a trasovací ligatura. Po vyšetření pacient ve svém pokoji odpočívá se zajištěnou periferní žilní linkou (zavedena 26.2.2014 v 9.30 hod). K prevenci dehydratace kape Plasmalyte sol 1000 ml od 9 do 12 hodin. Ve 12: 00 byl aplikován Fraxiparine injekce 0,3 ml subkutánně jako prevence tromboembolické pooperační komplikace a pacient si nasadil kompresní punčochy.

Ve 12:30 je pacient odvezen na operační sál, kde je provedena operace píštěle v celkové anestezii. Během operace dochází k divulsi anu a operatér provedl nástřik píštěle methylenovou modří. Následně lékař nasondoval píštěl a provedl exstirpaci celé píštěle včetně jizevnatého podkoží s postraními choboty, saturoval průběh píštěle svěračem po egalizaci okrajů a provedl plastiku vnitřního ústí píštěle slizničním

lalokem. Je provedena pečlivá hemostáza. Defekt v podkoží byl vytamponován čtverci s 0,5 % roztokem Chloraminu a do anu zavedena longeta.

Na oddělení je pacient předán ve 13:20. Sestra zkontrolovala krytí operační rány, kde nejsou známky krvácení. Provádí pravidelnou kontrolu fyziologických funkcí TK, P, D a kontrolu krvácení z operační rány. TK, P, SpO₂, EKG a dech křivka se zaznamenává- pacient je prvních 12 hodin na našem pracovišti monitorován. U pacienta jsou hodnoty v normě a nekrvácí. V 16:00 sestra podle ordinace lékaře aplikovala Dolsin 50 mg intramuskulárně.

Za dvě hodiny po operaci může pacient přijímat tekutiny, sestra mu tedy aktivně nabízí čaj a pobízí ho k pití čaje po doušcích.

V 18:00 sestra opět zkontrolovala krytí operační rány, které je suché a nedošlo k prosáknutí. Pacient pospává, na bolest operační rány si nestěžuje.

Večer sestra kontroluje, zda se pacient po operaci vymočil. Pacient nepociťuje nutnost se vymočit.

Kolem druhé hodiny ranní pacient udává tlak v podbříšku a nutnost se vymočit. Sestra přináší močovou láhev, ale pacient se vymočit nedokáže. Lékař pacienta jednorázově cévkuje. Odejde asi 650 ml moči. Pacient pociťuje úlevu a opět usíná.

Během noci zůstávají fyziologické funkce pacienta v normě.

3.2 Farmakoterapie

3.2.1 Léky podané k vyprázdnění střeva

Yal - rektální roztok

Léková skupina: laxativum

Účinná látka: sorbitolum, docusatum natrium

Indikace: přípravek používaný k přípravě před výkonem v oblasti rectosigmoidea

Kontraindikace: vrozená přecitlivělost na fruktozu, náhlé příhody břišní, zánětlivá onemocnění střev

Fortrans

Léková skupina: osmoticky působící laxativum

Účinná látka: macrogolum

Indikace: k vyprázdnění před endoskopickým vyšetřením nebo před chirurgickým zákrokem na střevě

Kontraindikace: přecitlivělost na účinnou látku, střevní obstrukce

Guttalax - kapky

Léková skupina: laxativum

Účinná látka: natrii picosulfas

Indikace: zácpa, k občasnému použití pro usnadnění vyprázdnění

Kontraindikace: náhlé příhody břišní, zánětlivé onemocnění střev

3.2.2 Léky použité před koloskopickým vyšetřením

Tramal 50 mg , injekční roztok

Léková skupina: Analgetikum, anodynum

Účinná látka: Tramadoli hydrochloridum

Indikace: léčba středně těžké až silné bolesti

Kontraindikace: intoxikace alkoholem, analgetiky a hypnotiky

Midazolam - injekční roztok

Léková skupina: Hypnotikum, sedativum

Účinná látka: midazolami hydrochloridum

Indikace: k navození sedace před a v průběhu diagnostického vyšetření

Kontraindikace: vážná nedostatečnost ledvin, alergie na benzodiazepam

Buscopan - injekční roztok

Léková skupina: spasmolytikum

Účinná látka: butylscopolaminii bromidum

Indikace: pro zklidnění peristaltiky a spazmů při diagnostických a terapeutických výkonech, spazmy v oblasti gastrointestinálního, biliárního a urogenitálního traktu

Kontraindikace: glaukom, mechanické stenózy trávicího traktu, megakolon

3.2.3 Antiseptika a dezinfekce

Betadine

Léková skupina: antiseptikum, lokální dezinfekce

Účinná látka: povidonum iodinum

Indikace: dezinfekce pokožky před invazivními výkony

Kontraindikace: přecitlivělost na jod, onemocnění štítné žlázy (hyperthyreóza, adenom štítné žlázy)

Peroxid vodíku 3%

Léková skupina: antiseptikum, lokální dezinfekce

Účinná složka : hydrogenii peroxidum

Indikace: antiseptikum k ošetření drobných poranění

Kontraindikace: přecitlivělost na účinnou složku

Řepíková nať

Léková skupina : fytofarmaka, antiflogistika

Účinná látka: agrimoniae herba

Indikace: zevně- obklady při lehkých kožních zánětech

Kontraindikace: nejsou uvedeny

3.2.4 Léky tlumící bolest

Dolsin injekční roztok

Léková skupina : analgetikum, anodynum

Účinná látka: pethidini hydrochloridum

Indikace: léčba silné akutní bolesti po těžkých úrazech a operacích, léčba chronické bolesti při maligních tumorech

Kontraindikace: respirační insuficience, křečové stavy, akutní infarkt myokardu, těžká porucha funkce jater

Tramal 50 mg kapsle, injekční roztok

Léková skupina: analgetikum, anodynum

Účinná látka: tramadoli hydrochloridum

Indikace: léčba středně těžké až silné bolesti

Kontraindikace: intoxikace alkoholem, analgetiky a hypnotiky

Paralen 500

Léková skupina: analgetikum, antipyretikum

Účinná látka: paracetamolum

Indikace: léčba bolestivých a horečnatých stavů dospělých

Kontraindikace: akutní hepatitida, renální a hepatální insuficience

3.2.5 Léky užívané k prevenci trombotické nemoci

Fraxiparine - injekční roztok

Léková skupina: antitrombotikum, antikoagulant

Účinná látka: nadroparinum calcicum 9500

Indikace: pooperační stavy, prevence krevního srážení během hemodialýzy

Kontraindikace: krvácivé stavy, akutní endokarditida, trombocytopenie

(Medical Tribune, 2010)

4 Ošetrovatelská část

V této části mé práce popisují péči o pacienta na chirurgickém oddělení, který je zde hospitalizován s diagnózou perianální píštěle. Zabývám se ošetrovatelskou péčí první pooperační den a následnou péčí při propouštění do domácího ošetření.

4.1 Ošetrovatelský proces

„Ošetrovatelský proces je soubor vědecky zdůvodněných a prakticky ověřených metod a pravidel, podle kterých se plánovitě uskutečňují různé úkoly ošetrovatelství.“ (Pacovský, 1994, s.9)

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti na sebe navazujících kroků, které sestra vykonává během své práce. Jsou to:

- posuzování
- diagnostika
- plánování
- realizace
- vyhodnocení

Posuzování - zahrnuje sběr dat , jejich ověřování a třídění . Tato součást ošetrovatelského procesu probíhá po celou dobu péče o pacienta. Cílem této činnosti je vyhledávání informací o zdravotním a i sociálním stavu nemocného pro stanovení další péči o pacienta. Sestra tyto údaje získává pozorováním, rozhovorem s pacientem a s jeho blízkými. Další součástí této činnosti je měření základních fyzikálních vyšetření a jejich správné posouzení. Mezi další faktory, které sestra musí hodnotit patří dále stav vědomí, stav výživy, riziko vzniku dekubitů, stav rány a údaje , které jsou nutné pro další ošetřování nemocného.

Diagnostika - v této fázi sestra analyzuje data z předchozího kroku a na jejich výsledku stanovuje ošetrovatelskou diagnózu. Ošetrovatelská diagnóza je v podstatě stanovení ošetrovatelských problémů pacienta. Řadí se vždy od nejzávažnějšího problému po méně závažné.

Plánování - je stanovení ošetrovatelského plánu pro konkrétního pacienta. Stanovuje se na základě ošetrovatelské diagnózy. Zde se stanovují konkrétní ošetrovatelské intervence, včetně cílů a kritérií pro hodnocení těchto cílů.

Realizace - zde dochází k provedení ošetrovatelských výkonů, které jsou nutné k dosažení cílů .

Vyhodnocení – v tomto kroku dochází ke zhodnocení účinnosti péče o pacienta, zda se dosáhlo cílů, které byly stanoveny u konkrétního pacienta (Plevová, 2011, s.105).

4.2 Ošetrovatelský model Marjory Gordonové

Marjory Gordonová vytvořila “Model fungujícího zdraví” na základě holistické filozofie. Tento model je zatím nejkompletnější pojetí člověka v ošetrovatelství. Pomocí tohoto modelu sestra může hodnotit zdravotní stav jak nemocného, tak i zdravého jedince. Podle M. Gordonové může být zdravotní stav jedince buď funkční nebo dysfunkční (Archalousová ,2005).

Funkční je odrazem chování zdravého jedince.

Dysfunkční stav je buď projevem současného onemocnění anebo může být znakem budoucího možného zdravotního problému. Při zjištění dysfunkčních vzorců chování sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy, na základě kterých vytvoří adekvátní ošetrovatelský plán. Ošetrovatelské diagnózy může sestra stanovit i u relativně zdravých jedinců, u kterých může dojít k onemocnění nebo narušení zdraví, pokud jedinci nebude včas poskytnuta adekvátní péče.

Strukturu ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové tvoří 12 oblastí, které sestra hodnotí po získání informací o pacientovi (Trachtová, 2001, s.167):

- Ad 1) Vnímání zdravotního stavu
- Ad 2) Výživa a metabolismus
- Ad 3) Vylučování
- Ad 4) Aktivita, cvičení

- Ad 5) Spánek , odpočinek
- Ad 6) Vnímání, citlivost a poznávání
- Ad 7) Sebepojetí, sebeúcta a vnímání sebe sama
- Ad 8) Plnění rolí, mezilidské vztahy
- Ad 9) Sexualita, reprodukční období
- Ad 10) Stres, tolerance, zátěžové situace, jejich zvládnání
- Ad 11) Víra, životní hodnoty, přesvědčení
- Ad 12) Jiné

4.3 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení zdravotního stavu pacienta v 1. pooperační den na lůžkovém oddělení

4.3.1 Vnímání zdraví

Pan M.T. sám sebe vnímá jako zdravého člověka. Pravidelně absolvuje preventivní prohlídky u stomatologa a obvodního lékaře. U obvodního lékaře bylo provedeno očkování proti tetanu v roce 2010. Od roku 2004 se léčí s hypertenzí a navštěvuje interního specialistu. Jako svůj hlavní zdravotní problém vnímá obtíže s konečníkem, které recidivují posledních 5 let.

Na začátku tohoto roku začal pociťovat pálení a tlak v oblasti konečníku. Asi za dva dny poté pozoroval také mírný výtok hlenu a krve na spodním prádle. S těmito obtížemi navštívil lékaře v proktologické ambulanci a po vyšetření mu byla stanovena diagnóza perianální píštěl. Lékař pacientovi vysvětlil podstatu onemocnění a další průběh vyšetření a zákroků , které by měly následovat. Pacient s léčbou souhlasil a absolvoval všechna vyšetření a ošetření.

4.3.2 Výživa a metabolismus

Pacient měří 172 cm, váží 121 kg, BMI:41

Pan M.T. se stravováním problémy neudává. Jí rád, žádným jídlům se nevyhýbá a po žádném jídle problémy nemá. Vzhledem k hypertenzi si

uvědomuje, že by měl upravit svůj jídelníček, ale protože se většinou stravuje v restauracích a fast foodech, kde je výběr omezený, nemá možnost nápravy. Udává, že jeho strava je během pracovního týdne velice nepravidelné, většinou se naobědvá v restauracích. Někdy sní hlavní jídlo až večer doma po návratu z práce, většinou bílé pečivo a uzeninu. Uznává, že vzhledem k hypertenzi by měl změnit jídelníček, ale “zatím se k tomu nedostal”. Pouze o víkendech, kdy se stravuje doma je jeho strava pravidelná. V současné době, vzhledem k jeho obtížím s konečnickem, ale omezil kořeněná a pálivá jídla. Při předchozích problémech s konečnickem zjistil, že tato jídla mu obtíže zhoršují.

Neví kolik tekutin přes den vypije. Uvádí, že ráno většinou vypije šálek čaje a v práci asi 2 kávy. Přes den pije minerálky nebo balené vody, ale jaké množství neví.

Pan M.T. kouří(asi 20 cigaret denně), alkohol konzumuje příležitostně.

První pooperační den má pan M.T. tekutou čajovou dietu (0s). Má k dispozici zelený čaj a balenou vodu. Během dne vypil 2l tekutin. Před vodou dává přednost zelenému čaji s citronovou příchutí, říká, že mu velmi chutná. Hlad nepociťuje. Stav kůže je v normě.

4.3.3 Vylučování

S močením pan M.T. žádné problémy neudává.

Na stolici chodí obvykle doma každé ráno. V dřívějších dobách sice někdy měl problémy se vyprázdnit, ale vyzoroval, že pokud ráno vypije šálek teplého čaje, je vše v pořádku.

Během pooperační noci byl pan M.T. jednorázově vycévkován. Dopoledne se pacient sám vymočil na toaletě. Neudává žádné pálení ani řezání při močení.

V průběhu dne se obnovila střevní pasáž a odchází plyny.

4.3.4 Aktivita a cvičení

Pan M.T. je velmi pracovně vytížený. V mládí hrál aktivně fotbal. Rád jezdí na kole a plave. Těmto aktivitám se však podle svých slov věnuje pouze sporadicky.

Bydlí v rodinném domě s rodinou, a tak skoro veškerý volný čas tráví drobnými opravami domu. Pomáhá také své manželce s úpravou zahrady.

Rád si čte a sleduje televizi. Zajímají ho hlavně sportovní přenosy.

Během hospitalizace je plně soběstačný, pokud jde o hygienu a stravování. Po dohodě s pacientem ho sestra pouze doprovází do koupelny a na toaletu, protože ráno při vstávání z lůžka pociťoval slabost a mírně se mu zatočila hlava.

4.3.5 Spánek a odpočinek

V domácím prostředí spí dobře. Pokud je hodně pracovně vytížený nebo má stresy v práci (blížící se termín odevzdání zakázky), má problém usnout. Sám ale říká, že stačí chvíli si číst a hned usne. O víkendu si rád zdřímne i po obědě. Žádné léky na spaní zatím neužíval.

Uplynulá noc byla pro pacienta únavná. Spal po chvilkách a mělce, protože ho trápila bolest operační rány a nemohl se vymočít. Po vycévkování a poté, co začala účinkovat analgetika pacient usnul. Ráno se probudil unavený a neodpočínutý. Přes den odpočíval a pospával, takže k večeru se již cítí svěží.

4.3.6 Vnímání a poznávání

Potíže se sluchem a zrakem nemá. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

Je plně orientovaný a živě se zajímá o vše, co se kolem něj děje. Aktivně se účastní všech aktivit, které souvisí s jeho rekonvalescencí a péčí o ránu. Vyhledává informace o své nemoci a o předcházení dalších exacerbací.

4.3.7 Sebepojetí , sebeúcta, vnímání sebe sama

Sám sebe hodnotí jako pohodového a přátelského člověka. Je velice pracovitý, během hospitalizace u sebe má pracovní telefon, ale všechny zakázky odkládá. Je rád, že si hospitalizaci mohl přesunout na období, kdy podle něj nemá příliš zakázek. Zároveň si uvědomuje, že v práci tráví mnoho času, a že by se měl věnovat více sobě a své rodině. Vzhledem ke svému zdraví (hypertenze) ví, že by se měl více sportovat, a tak po uzdravení plánuje pravidelné plavání.

4.3.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pan M.T. je ženatý a má dvě dcery, 17 a 19 let. Bydlí všichni společně v rodinném domku blízko Prahy. Je velmi pracovně vytížený, a tak se přes pracovní týden stará o domácnost a dospívající dcery jeho manželka. Pan M.T. se jim snaží svou nepřítomnost vynahradiť přes víkend. Pomáhá s údržbou domu, někdy podnikají společné výlety. Uvědomuje si, že dcery dospívají, ale nebere to jako problem. Je pyšný na to, že se osamostatňují. S manželkou má velmi pěkný partnerský vztah. Hodně navštěvují své přátele, společně pořádají pravidelné akce.

Během hospitalizace je mu rodina velkou oporou. Chodí na pravidelné návštěvy a snaží se s ním být co nejdelší dobu a co nejvíce mu pomáhat. Manželka se zajímá o to, jak co nejlépe o manžela pečovat po propuštění do domácího ošetření.

4.3.9 Sexualita, reprodukční období

Na toto téma jsem informace o pacientovi nezjišťovala.

4.3.10 Stres, tolerance a zvládání zátěžových situací

Pacient má svoji práci rád a je spokojený, že má hodně zakázek. Vznikají při tom sice nepříjemné a stresové situace, ale snaží se je zvládat. Pokouší se o úpravu pracovní doby. Někdy má ve vypjatých chvílích problémy se spaním. Snaží se relaxovat a odpočívat přes víkend. Setkává se se svými přáteli a snaží se přijít na jiné myšlenky.

4.3.11 Víra, životní hodnoty, přesvědčení

Pacient je křtěný římský katolík, ale víru nepraktikuje. Má rád svou práci, která je pro něj i koníčkem. Velice důležitá je pro něj jeho rodina. Bude rád, až se jeho nemoc vyléčí a bude se zase moc naplno věnovat své práci a rodině.

4.4 Ošetrovatelské diagnózy

4.4.1 Popis stavu pacienta při jeho převzetí do ošetrovatelské péče

Pacient byl přijat na chirurgické oddělení v 8 hodin ráno. Sestra pacienta zavedla na pokoj, kde ho seznámila s denním řádem oddělení, ukázala signalizační zařízení a nastínila mu, jak bude pravděpodobně vypadat průběh další hospitalizace. Poté co se pacient ubytoval, sestra zkontrolovala TK, P a TT a zavedla pacientovi periferní žilní katetr do předloktí pravé horní končetiny a podala Plasmalyte sol. 1000,0 ml intravenózně, který zvolna kapat na tři hodiny kudržení hydratace pacienta. V 10 hodin proběhlo koloskopické vyšetření. Kolem 11 hodiny navštívil pacienta anesteziolog, který pacienta vyšetřil a seznámil ho s průběhem anestezie. Ve 12:00 byl aplikován podkožně Fraxiparine 0,3 ml a pacient si nasadil kompresivní punčochy. Ve 12:30 následovalo operační řešení píštěle.

Během pooperačního průběhu se u pacienta v pravidelných intervalech monitorovaly základní fyziologické funkce, stav vědomí a prováděla se kontrola operační rány. V pravidelných intervalech docházelo také k aplikaci analgetik dle ordinace lékaře. Asi ve 2 hodiny ráno, tedy asi 8 hodin po operačním výkonu, informuje sestra lékaře o tom, že u pacienta po výkonu nedošlo ke spontánnímu vymočení a pacient sám pociťuje nutkání na močení bez satisfakce. Sestra palpačně prokazuje distenzi močového měchýře. Po vyšetření lékař přistupuje k jednorázovému vycévkování pacienta, je vycévkováno asi 650 ml čiré moči bez patologické příměsi. Poté se pacientu ulevilo a usíná.

4.4.2 Stanovení a realizace ošetrovatelských diagnóz

S péčí o pacienta začínám v 7:00 ráno 27.2.2014, tedy 1. pooperační den.

Na základě informací od službu mající sestry, aktuálního stavu pacienta a po dohodě s ním stanovuji tyto **ošetrovatelské diagnózy**:

1. Bolest z důvodu operačního výkonu v oblasti konečníku.
2. Riziko pádu z důvodu kolapsu či v souvislosti výskytu vedlejších účinku při podávání analgetik
3. Riziko retence moči z důvodu operačního výkonu
4. Riziko infekce z důvodu zavedení periferní žilní kanyly
5. Riziko trombolické nemoci z důvodu operačního výkonu
6. Strach z vyprazňování stolice v souvislosti s chirurgickým výkonem
7. Riziko vzniku infekce v souvislosti s ránou v oblasti konečníku
8. Obava pacienta z inkontinence v souvislosti s chirurgickým výkonem v oblasti konečníku

Ad 1) Bolest z důvodu operačního výkonu v oblasti konečníku

Cíl: U pacienta dojde ke snížení bolesti na VAS 2.

Plán:

- rozhovorem s pacientem získám od pacienta informace o lokalizaci, charakteru, intenzitě, době trvání a vyvolávajících faktorech bolesti
- vysvětlím pacientu nutnost tlumení bolesti, ať už farmakologickou či alternativní možnosti tlumení bolesti
- dám pacientu možnost verbalizovat své obtíže (zvýšení bolesti)
- budu sledovat neverbální projevy bolesti(změny nálad, vyhledávání úlevových poloh) a zároveň fyziologické projevy zvýšení bolesti(monitorace TK a P, bledost ,zvýšené pocení)
- podávání analgetik přesné dávky
- sledování účinnosti analgetik a umožnění pacientu vyjádřit stupeň bolesti pomocí vizuální analogové škály (VAS)

- při ošetření rány(převazu) pacienta, vždy předem vysvětlím postup a upozorním pacienta, že může dočasně dojít ke zvýšení bolestivosti
- budu pacienta informovat o podávání analgetik, o časovém plánu jejich podávání a jejich vedlejších nežádoucích účincích
- budu aktivně vyhledávat možnosti úlevy pro pacienta a nechám pacienta samostatně verbalizovat projevy a bolestivé pocity

Realizace:

Při ošetření pacienta se dotazuji na jeho potíže. Pacient uvádí jako hlavní problém bolest operační rány, kterou specifikuje jako ostrou a bodavou. Zároveň pozoruji, že pacient je pobledlý a opocený. Informuji pacienta o podání analgetik, které má předesané po 8 hodinách. Po intramuskulárním podání analgetik (Tramal 50 mg intramuskulárně) bolest ustupuje asi po čtvrt hodině. Převaz rány jsme naplánovali právě na dobu po podání analgetik, kdy se sníží bolestivost ošetření. S pacientem se dohodneme, že pokud bude pociťovat zvyšování bolesti během dne, má informovat ošetřovatelský personál, aby nedošlo k prudkému zhoršení bolesti. Zároveň se s pacientem dohodneme, že bolest budeme hodnotit podle vizuální analogové škály od 0-10, kde 0 znamená žádnou bolest a 10 nesnesitelnou bolest. Dále jsem pacienta upozornila na možnost výskytu vedlejších účinku analgetik, jako je nevolnost, sucho v ústech či závratě. Proto zdůrazním pacientovi, že pokud bude vstávat z lůžka, má informovat personál. Během dne monitoruji fyziologické funkce pacienta, které jsou stabilní. Kolem desáté hodiny dopolední zjišťuji, že pacient pociťuje větší úlevu od bolesti (VAS- 4) a cítí se lépe, proto s mou asistencí vstává z lůžka a krátce se prochází. Během dne se analgetika podávají v pravidelných 8 hodinových intervalech, na vedlejší účinky léků si pacient nestěžuje. Zkouší i alternativní způsob tlumení bolesti (odpoutání pozornosti)- poslouchá hudbu a chvíli si čte. Po odpoledním spánku, asi kolem 16 hodiny, pociťuje vyšší intenzitu bolesti (VAS- 7), podávám tedy další dávku analgetik (Tramal 50 mg), tentokrát již v perorální podobě. Účinek léku

přichází asi do 40 minut, kdy pacient udává úlevu(VAS -4). V době předávání služby pacient uvádí pouze tupý tlak v operační ráně, který pociťuje jako nepříjemný, ale ne bolestivý (VAS- 2).

Hodnocení:

Pacient udává snížení bolesti, ví o možnostech jak bolest snížit.

Ad 2) Riziko pádu z důvodu kolapsu či v souvislosti výskytu vedlejších účinku při podávání analgetik

Cíl: Pacient ví o riziku pádu, zná techniku vstávání z lůžka a bude vstávat za asistence druhé osoby.

Plán:

- pacient je poučen o možnosti pádu při prudké změně polohy u vstávání z lůžka či ze židle
- pacient je seznámen s vedlejšími účinky léků
- pacient je seznámen s postupem vstávání z lůžka
- pacient má v dosahu signalizační zařízení a ví , jak se používá

Realizace:

Při první návštěvě pacienta upozorňuji na možnost rizika pádu při změně polohy. Seznámím ho s počínajícími náznaky kolapsu, závratě, pocení, zrychlení tepu, nevolnost. Vysvětluji mu techniku vstávání z lůžka, kdy se má nejprve obrátit na bok, pomalu se posadit. Pokud má pocit slabosti či pociťuje nevolnost, má se opět položit na lůžko. Jestli je vše v pořádku, může se postavit a opřít se buď o postel či o noční stolek a znovu chvilku počkat. Teprve pokud se neprojeví žádné příznaky, může pomalu chodit. První vstávání má vždy být za asistence sestry. Signalizační zařízení ukládám na noční stolek v dosahu pacienta a ujistím se, že pacient umí signalizační zvonek použít a že rozuměl všem pokynům. Po podání analgetik pacienta seznamuji s jejich vedlejšími účinky a upozorňuji znova pacienta, že pokud bude chtít vstát z lůžka, musí to být za asistence sestry.

Po podání analgetik přichází pro pacienta úleva od bolesti a pacient chce zkusit vstát z lůžka a provést ranní hygienu. Upozorní mě zvonkem a za mé asistence pomalu vstává. Vše probíhá v pořádku a po provedení krátké hygieny pacient opět uléhá na lůžko. Během celého dne pacient dodržuje pokyny sestry. Odpoledne, po monitoraci fyziologických funkcí, které jsou v pořádku, již pacient vstává samostatně, ale je si vědom, že potíže mohou přijít z důvodu užívání analgetik. Chodí pouze kolem lůžka, na toaletu stále chodí v doprovodu druhé osoby.

Hodnocení: Pacient je obeznámen s rizikem pádu, používá techniku vstávání z lůžka, vstává za asistence druhé osoby

Ad 3) Riziko retence moči v souvislosti s chirurgickým výkonem, kontrola močení

Cíl: Včasné odhalení retence moči.

Plán:

- pacienta upozorním na nutnost kontroly močení
- vysvětlím, jak bude kontrola probíhat
- vysvětlím možnosti alternativních postupů
- pacienta upozorním na nutnost dostatečného pitného režimu
- zajistím pacientu dostatek tekutin

Realizace:

Při předávání služby sestra upozorňuje, že v noci nedošlo ke spontánnímu vymočení a tak se provedlo jednorázové vycévkování. Při plánování péče s pacientem tuto skutečnost zohledňuji a upozorňuji pacienta na nutnost kontroly močení. Pacient udává, že zatím se vymočit nechce, nemá žádné bolesti v podbřišku. Zajistím tedy, aby pacient měl dostatek tekutin a zdůrazním mu nutnost dostatečného pitného režimu. Asi po dvou hodinách, kdy pacient vypil po sklenkách kolem 600 ml tekutiny, pociťuje nutnost se vymočit. Vzhledem k tomu, že je pacient první den po operaci a u pacienta hrozí riziko pádu, odchází na toaletu

v doprovodu sestry. Sestra zanechává pacienta na toaletě a odchází do vedlejší místnosti. Asi po minutě pacient uvádí, že se mu nepodařilo se vymočit. Zkousíme pustit tekoucí vodu z kohoutku a zároveň se pacient na toaletě postaví. Po chvíli se pacientu podaří vymočit. Při dodržování pitného režimu a dodržení vyprazdňovacího stereotypu dochází k návratu spontánního močení.

Hodnocení: Nedošlo k retenci moči, pacient se během dopoledne spontánně vymočil.

Ad 4) Riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katetru

Cíl: U pacienta budou včas odhaleny známky infekce v oblasti zavedení periferního žilního katetru.

Plán:

- pacient bude znát známky zánětu v okolí zavedení periferního žilního katetru
- na každou změnu upozorní ošetřující personál
- aplikace léčiv bude probíhat asepticky
- bude prováděna pravidelná kontrola okolí vstupu, převazy á 24 h za dodržení asepsy

Realizace:

Před operací byl pacientu zaveden periferní žilní katetr do předloktí levé ruky. Ráno jsem zkontrolovala žilní vstup, který byl bez známek zánětu. Pacienta jsem upozornila na možnost vzniku zánětu a popsala jsem mu příznaky, jako je bolestivost při aplikaci léčiv, bolestivost v okolí vstupu či zarudnutí okolí vstupu. Protože během prvního pooperačního dne pacient přijímal tekutiny sám, neměl nevolnosti, došlo k návratu spontánního močení a léky přijímal perorálně, došlo po indikaci lékaře v 15:00 ke zrušení žilního přístupu. Po vytažení jsem přiložila

kompresní obvaz. Za dvacet minut jsem zkontrolovala ranku po vytažení kanyly, která byla klidná, nekrvácela a byla bez známek infekce.

Hodnocení:

U pacienta nedošlo k infekci v okolí zavedení periferního žilního katetru.

Ad 5) Riziko tromboembolické nemoci z důvodu operačního výkonu

Cíl: U pacienta budou včas odhaleny známky tromboembolické nemoci a pacient bude seznámen s prevencí tromboembolické nemoci.

Plán:

- pacientovi bude aplikován antitrombotický lék dle ordinace lékaře
- pacient bude seznámen s preventivními opatřeními, kterými se předejde vzniku tromboembolické choroby
- po operaci dojde k časnému vstávání z lůžka
- pacient bude nosit kompresivní punčochy

Realizace:

Dle ordinace lékaře aplikuji ráno v 9:00 podkožně Fraxiparine 0,3 ml. Zároveň pacientovi vysvětlím, že tato injekce slouží jako prevence tromboembolické nemoci. Upozorním ho, že jako prevence poslouží také chůze kolem lůžka nebo pohyby nohama vleže na lůžku. Další prevencí je také nošení kompresivních punčoch, které dostal před operací, ale vzhledem k tomu, že se kvůli hojení operační rány bude chodit často sprchovat, bude si punčochy nasazovat až před spaním. Pacient byl s tímto postupem srozuměn. V odpoledních hodinách, kdy více odpočíval na lůžku, prováděl cvičení, na kterých jsme se dohodli. Večer, asi kolem 21:00, kdy provedl večerní hygienu, si s pomocí sestry nasadil kompresivní punčochy.

Hodnocení:

Pacient se seznámil s opatřením proti tromboembolické nemoci a provádí je.

Ad 6) Strach ze změny vyprazdňovacího stereotypu v souvislosti s chirurgickým výkonem

Cíl: Pacient bude seznámen s opatřeními, které zajistí normální vyprazdňování v pooperačním období .

Plán:

- zjištění každodenního stereotypu ve vyprazdňování
- poskytnutí informací, co je fyziologický stav vyprazdňování
- poskytnutí informací o stravovacích zvyklostech, které ovlivňují konzistenci a odchod stolice
- informuji o podávání farmakologické léčby, která ovlivní vyprazdňování v průběhu rekonvalescence

Realizace:

V průběhu péče o nemocného mi pacient svěřuje své obavy z bolesti při defekaci, protože při posledním operačním řešení pacient trpěl zácpou a odchod stolice byl pro něho velice bolestivou záležitostí. Naslouchám mu a vysvětluji, že k odchodu stolice dojít musí a popisuji mu opatření, kterými se zajistí hladký odchod stolice s co nejmenšími traumatickými zážitky pro pacienta. Nejprve se pacienta ptám na jeho normální defekační rytmus. Dozvídám se, že pacient chodí na toaletu pravidelně a stolice hladce odchází. K průjmům dochází pouze po dietních chybách, kterých si je pacient vědom. Uvádí, že někdy trpí zácpou, obzvláště, když nemůže použít vlastní toaletu(dovolená, služební cesty). Vysvětluji, že frekvence odchodu stolice je velice individuální záležitostí. Je dobré vyprázdnit se ve stejný čas, na který byl zvyklý v každodenním životě. Normou je odchod stolice každý den, ale akceptuje se i frekvence

odchodu 1x za 3 dny nebo také 3x denně. Není dobré stolici zadržovat, vyprázdnění tuhé stolice je daleko bolestivější. V jeho současném stavu, kdy se po operaci dodržuje tzv. bezezbytková strava, pomůže pacientovi s vyprázdněním podávání laxativ (Gutalax kapky). Zároveň jsem panu M.T. vysvětlila, že po dobu 5 týdnů po operaci je nutné zachovávat stravu, která neobsahuje vlákninu, kvůli množství a objemu odcházející stolice. Podrobně jsem panu M.T. vysvětlila, že tzv. bezezbytková strava neobsahuje vlákninu, proto je třeba vyloučit z jídelníčku celozrnné pečivo, ovoce, zeleninu a maso. V prvním týdnu se doporučuje konzumace vývaru, do kterého si může přidat vajíčko, pudingu a bílého jogurtu. Po týdnu si již do jídelníčku může přidat těstoviny, sýry a bílé pečivo. Tuto dietu musí dodržovat 5 týdnů po operaci, teprve potom může pozvolna přecházet na stravu racionální. Dále jsem panu T. vysvětlila, že v tuto chvíli dostává analgetika, která utlumí bolest při odchodu stolice. V dalším průběhu hojení může použít perorální analgetika, která si vezme asi půl hodiny před defekací. Pro pacienta nejsou dietetická pravidla neznámou věcí a snaží se je dodržovat. Pouze dodržování pitného režimu mu dělá starosti, rád pije kávu a není si jistý, zda opravdu vypije 3 litry tekutiny. Doporučuji proto kupovat balení pitné vody v pet lahvích, které může vozit ve voze a snadno pozná množství vypité vody. Pacient pozorně naslouchá a akceptuje informace, které mu podávám.

Hodnocení:

Pacientova obava z vyprazdňování je znatelně menší.

Ad 7) Riziko vzniku infekce v souvislosti s operační ránou v oblasti konečníku

Cíl: Včasné odhalení známek infekce a zajištění opatření, která omezí možnost vzniku infekce operační rány.

Plán:

- sleduji stav operační rány, množství a barvu sekrece z rány

- sleduji, zda se v okolí rány nevyskytují známky infekce(zduření, zarudnutí..)
- během převazu postupuji asepticky , použiji jednorázové pomůcky
- sleduji celkové známky zánětu (schvácenost, zvýšená TT)
- informuji pacienta o nutnosti zvýšené osobní hygieny

Realizace:

Ráno po operačním dnu dochází k prvnímu převazu operační rány. Po sejmutí krycího obvazu, lékař dezinfikuje ránu Betadine roztokem a přikládá sterilní mulové čtverce. K zachycení čtverců používám pouze proužky papírové náplasti a pacientu pomohu obléknout jednorázové síťované kalhotky. Lékař informuje pacienta o nutnosti časté výměny krycích čtverců. Po odchodu lékaře se s pacientem domlouvám na pravidelných kontrolách obvazu a doporučuji sprchy konečníku, které pomáhají udržet čistotu rány. Stav rány kontroluji pravidelně v intervalech dvou hodin. Během dopoledne výměnu čtverců provádím sama, měním 3 čtverce, které jsou prosáklé krvavě serózním. Převazy rány zaznamenávám do dokumentace. Před polednem si pacient poprvé ránu sprchuje a sám si přikládá mulové čtverce. Po sprše cítí úlevu. Přes den pacient leží na lůžku spíše na boku a tato poloha je výhodná, protože nedochází k zapáření rány. Při poslední kontrole a výměně krytí je rána bez lokálních známek infekce. Během dne také monitoruji fyziologické funkce, které zůstávají nezměněny.

Zhodnocení:

U pacienta se neprojevují známky infekce operační rány ani jejího okolí.

Ad 8) Obava z inkontinence v důsledku operačního výkonu v oblasti konečníku

Cíl: Pacient je dostatečně informován o svém zdravotním stavu a vývoji hojení rány.

Plán :

- vysvětlím pacientovi předpokládaný průběh hojení a rekonvalescence
- vyslechnu pacientovi obavy z inkontinence stolice
- informuji lékaře o obavách pacienta

Realizace:

Při ošetřování pacienta se pacient svěřuje se svými obavami z inkontinence stolice. Během dne, kdy začala fungovat peristaltika, došlo k odchodu plynů, kdy pacient nebyl schopen ovládat svěrač vůlí. Má velké obavy, že inkontinence zůstane trvalá. Vyslechnu pacienta a nebagatelizuji jeho obavy. Vysvětlím pacientovi průběh hojení a snažím se ho uklidnit. Neudávám přesný časový údaj o obnovení odchodu stolice. O obavách pacienta informuji lékaře, který s pacientem jeho problém prodiskutuje a vysvětlí z lékařského hlediska. Ujistění lékaře, že výkon proběhl normálně a tento vývoj je normální, pacienta uklidnilo. Během dne je pacient klidnější.

Hodnocení:

Pacient je klidný, nemá obavy z inkontinence.

4.4.3 Péče o pacienta 3 pooperační den – dlouhodobý plán péče(1.3.2014)

S péčí o pacienta začínám v 7 hodin ráno. Podle informací noční sestry byl pacient klidný, po aplikaci analgetik (Tramal, 50 mg, intramuskulárně) ve 22:00 pacient usíná. Noc probíhala bez bolestí a klidně.

Pacient se probouzí kolem půl osmé. Po proběhlé ranní hygieně dochází k převazu operační rány. Lékař ránu hodnotí jako je klidnou, okolí rány rovněž. Na čtverci je pouze znatelná mírná sekrece z rány. Pacient ránu pravidelně sprchuje, má k dispozici dostatek převazového materiálu

na výměnu. Stěžuje si na mírné bolesti v oblasti operační rány(VAS-4), ale podle jeho slov bolest pomocí analgetik zvládá. Vždy se mu také uleví po osprchování rány, proto sprchu provádí asi každou hodinu a půl.

Má obavy z odchodu první stolice. Dosud na toaletě nebyl, ale plyny odchází normálně. S radostí uvádí, že každý odchod plynů cítí, takže už nemá obavy z inkontinence. Nicméně ví, že odchod stolice bude bolestivou záležitostí. Po dohodě s lékařem tedy zvyšuje podávání Guttalaxu ze 5x 4 kapky na 3x 10 kapek. Pacienta zároveň s podáváním kapek upozorňuji na nutnost zachování si hladce odcházející kašovitě stolice jednou až dvakrát za den. Pokud by docházelo k průjmům, musí snížit počet kapek. Zároveň s pacientem znovu hovoříme o úpravě stravy, aby se zachovával pravidelný odchod stolice.

Také upozorňuji pacienta na nutnost dodržování pitného režimu.

Protože u pacienta přetrvávají obavy z bolesti při vyprazdňování, doporučujeme naplánování si podání analgetik (Tramal 50 mg tbl) asi $\frac{3}{4}$ hodiny před odchodem stolice, což sníží bolestivost při odchodu stolice. Tato analgetika bude pacient užívat asi jeden týden po operaci. Při kontrolách na chirurgické ambulanci lékaři sdělí, zda stále pociťuje velké bolesti (VAS- 8), a pokud ano, lékař zváží jaká jiná analgetika pacientovi předepsat.

Tento den je zároveň dnem, kdy pacient odchází do domácího ošetřování. Při propouštění jsou pacient i jeho manželka seznámeni s péčí o operační ránu.

Při propouštění jsou s pacientem naplánovány následné kontroly v chirurgické ambulanci, které budou ze začátku probíhat v 3 denních intervalech. Další individuální návštěvy budou naplánovány podle stavu hojení. Pacient dostal domů také poukaz na převazový materiál, který jeho manželka vyzvedla ještě před tím, než jsme pacienta propustili do domácího ošetření.

4.5 Edukace pacienta před propuštěním

Edukace: „proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“ (Juřeníková,2010,s.9)

Edukace provázela pacienta po celou dobu ošetřování a hospitalizace. Již při objednání na první vyšetření pacient dostává instrukce k přípravě na vyšetření konečníku. Při dalších návštěvách, kdy se s pacientem plánuje další postup léčby, se edukace stává nedílnou součástí každé návštěvy. Protože se snažíme minimalizovat počet návštěv a co nejvíce zkrátit dobu hospitalizace pacienta, pacientovi se dostává velké množství instrukcí. Každá edukace probíhala klidně, vždy jsme pacientovi vysvětlili z jakého důvodu se lékařský výkon nebo vyšetření provádí. Nejprve mu důvody vysvětlil lékař, poté si pacient se sestrou dohodl časový rozvrh výkonů a vyšetření. Sestra pacientovi vysvětlila přípravu na vyšetření, a také dietetická opatření, která je nezbytné dodržovat, aby vyšetření bylo co nejvíce efektivní. Pacientovi byl následně popsán průběh celého výkonu a následná možná pooperační omezení. Pacient měl během edukace možnost ptát se na nejasnosti, sestra se zároveň otázkami ujišťovala, že pacient instrukcím rozumí. Všechny instrukce jsou dávány i v písemné formě. Pacient má možnost ptát se i mimo návštěvy u lékaře, pro tento účel dostává k dispozici telefonní číslo na recepci pracoviště.

U pacienta se prováděla mnohá vyšetření, kde edukace byla nutná, jako byla koloskopie a další. Edukace se prováděla i po operačním výkonu, hospitalizace totiž probíhá pouze po nezbytně dlouhou dobu a správná edukace pacienta je nutná pro další průběh hojení a správnou péči o operační ránu.

Edukace režimových opatření:

Při propuštění do domácího ošetření seznamuji nemocného a jeho manželku se zásadami správné péče o operační ránu. Opakuji a kladu důraz na časté výměny obvazového materiálu. Doporučuji čtverce se zvýšenou schopností savosti. Také časté sprchy jsou nedílnou součástí

péče. Ráno a večer pacient bude provádět sedací koupele v heřmánkovém odvaru. Poučuji pacienta o koncentraci výluhu z heřmánku, kdy jeho barva má být světle žlutá. Teplota vody má být kolem 37 °C. Během koupele si má dolévat teplou vodu, aby nedošlo k prochladnutí. Také příliš horká koupel neprospívá, protože může podporovat vznik zánětu v okolí operační rány. Během dne je vhodné nosit bavlněné volné spodní prádlo, aby nedošlo k zapaření rány, nebo chodit bez spodního prádla.

Další téma, kterému se během edukace při propouštění do domácího ošetření budu věnovat, je tlumení bolesti. V pooperačním průběhu jsou operační rány kolem konečníku bolestivé, proto je třeba bolesti tlumit podáváním analgetik. Pacient na tlumení bolesti používá Tramal cps. Poučuji pacienta, že analgetika může užívat v maximální dávce 3x1 cps. denně. Je tedy vhodné užívat je po osmi hodinách. Pokud by pro něj byla bolest nesnesitelná nebo se její intenzita stupňovala, doporučuji pacientovi v mezidobí užívat ještě Paralen tbl. v maximální analgetické dávce dvou 500 mg tablet po dvanácti hodinách. Zároveň s tím pacienta upozorňuji na možnost vedlejších účinků léků. Zvláště upozorňuji pacienta na možnost výskytu nauzey při užívání Tramalu. Pokud se objeví, pacient bude informovat lékaře. Na hodnocení bolesti stále používáme vizuální analogovou škálu. Protože pacient v den propuštění nebyl od operace na stoličce a obává se bolestivosti tohoto úkonu, doporučuji, aby si v prvních pooperačních dnech asi 30 minut před vyprázdněním vzal jednu kapsli Tramalu.

Nedílnou součástí edukace je také péče o vyprazdňování. Již během první pooperačního dne s pacientem diskutujeme o nutnosti zachování normálního vyprazdňování. To znamená, že nebude stoličce zadržovat. Je dobré pravidelné stravování s dodržováním dietních opatření. Pacient bude dbát na dodržování pitného režimu (asi 2,5- 3l tekutin denně). Vhodné jsou neperlivé vody, minerálky a slabé bylinkové čaje. Nedoporučuje se káva, silný čaj a alkoholické nápoje. Zároveň s pitným režimem má dojít také k úpravě jídelníčku. Ze stravy se musí vynechat vláknina, aby se nezvětšoval objem stolice. V pooperačním

období po prvních dnech, kdy pacient jí jogurty, pudinky, čisté bujóny s vajíčkem a mléčnou stravu, se postupně od 5.-7. dne přidají těstoviny a bílé pečivo. Zhruba 5. týden po operaci se pacient bude moci vrátit k racionální stravě a zařadit do výživy vlákninu tzn. zeleninu, ovoce a celozrnné pečivo. Stravu je dobré doplnit užíváním probiotik. Od začátku pooperačního období se klade důraz na dostatek vitaminů zejména vitaminu C v podobě citronád, oranžád a tabletových multivitaminů s přísadou minerálů. Z doplňků stravy se podává Nutridrink.

4.6 Psychologie nemoci a nemocného

Nemoc lze popsat jako poruchu duševních a tělesných funkcí, která může ovlivnit život jedince buď sníženou výkoností či zkrácením délky života (Farkašová,2006,s.51).

Každý člověk, který onemocní, se se svou chorobou musí vyrovnat, musí projít určitými kroky, kterými svou chorobu řeší.

Rozeznáváme tyto etapy boje pacienta s nemocí (Křivohlavý, 2002):

- A) Šok - dochází k němu, když se člověk o své chorobě dozvídá. Pacient může reagovat buď ustrnutím nebo naopak může dojít ke zděšenému chování. Tyto fáze se mohou střídát. Z hlediska psychologie jde o odpoutání se od reality.
- B) Usebrání - ve chvíli, kdy u pacienta mine fáze šoku, navrácí se zpět do reality. V této chvíli má pacient většinou velmi negativní emoce a ne zcela uspořádané myšlení, jak se s nemocí vyrovnat. Má strach, je smutný, má pocit bezmoci.
- C) Stažení se ze hry - v této fázi pacient vědomě popírá skutečnost, aby ulehčil psychice od nastalé těžké situace. Toto zlehčení mu umožňuje změnu pohledu na věc a dává mu možnost vypracovat další postup pro řešení jeho situace.

- D) Tvorba programu k řešení krize - v této fázi dochází k udržení celkové rovnováhy člověka, k vyrovnání se se situací a k jejímu řešení.

Pacient se musí během nemoci vyrovnat s mnoha změnami, které ho provází v tomto období života, jako jsou např.: změna identity, role, kterou pacient zastává, změna okolí a míst, kde se pacient pohybuje. Navíc se musí vyrovnat s nepředvídatelností vývoje choroby, nejasnostmi během diagnostiky, s chováním zdravotnického personálu, ale i se situací, která je pro pacienta zcela nová.

Během nemoci tedy pacient prochází těmito dílčími kroky (Křivohlavý, 2002, s.35-38):

- A) Kognitivní zhodnocení situace- pacient svou nemoc poznává. Zvažuje, co všechno se změní v jeho životě, jak moc se nemoc dotkne jeho budoucnosti v životě.
- B) Proces adaptace - přizpůsobuje se vlastní nemoci a přizpůsobuje i své okolí k boji s nemocí.
- C) Dovednosti zvládnání těžkostí - k tomu , aby se pacient se svou nemocí vyrovnal, nestačí jen nemoc poznat a přizpůsobit se jí, ale musí také zvládnout to, co ho v průběhu léčby čeká. Musí se vyrovnat s velkým emocionálním vypětím, zvládnout problémy, které onemocnění přináší a také najít smysl v situaci, která se mu zdá nepřehledná.

Náš pacient se se svým onemocněním vyrovnává dobře. Překonává s přehledem všechny nepříjemné stránky onemocnění. Během ošetření se vždy snažím brát ohled na pocity pacienta. Při léčbě dochází k obnažování intimních partií pacienta, které mu bylo ze samozřejmých důvodů nepříjemné. Proto jsme při kolonoskopickém vyšetření použili tzv. „kološortky“, které zakrývají intimní partie. Při ošetřování rány jsme postupovali vždy rychle a pacient byl odhalen pouze na nezbytně dlouhou dobu. I přesto, že pro pacienta byla celá léčba nepříjemná nejen z hlediska

délky trvání a bolesti, ale také z možných pocitů ztráty důstojnosti vzhledem k lokalizaci onemocnění, všechny překážky překonával bez problémů. Během celého léčení velmi ochotně spolupracoval a o vše se zajímal, jeho celkový přístup byl velmi optimistický. Pro pacienta je velkou oporou jeho rodina. Pokud při vyšetřeních či při zákrocích byl nutný doprovod, vždy ho doprovázela manželka. I ona se velmi zajímala o průběh onemocnění a snažila se mu všemožně pomáhat. Pan M.T. byl přístupný ke všem změnám a doporučením, které by mohly vést ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Sám vyhledával další možnosti, jak by mohl zlepšit svůj zdravotní stav, ale vše vždy konzultoval buď s lékařem nebo se mnou.

4.7 Prognóza onemocnění

Prognóza této recidivy je dobrá. Pacient pravidelně dochází ke kontrolám na chirurgickou ambulanci. Pečlivě se stará o ránu, a tím přispívá k dobrému a rychlému hojení.

Ví a z vlastní zkušenosti zná, že často dochází k recidivám abscesů a píštělí konečníku.

Během hospitalizace a léčení došlo k vyloučení Crohnovy choroby, proto je jistota, že pan M.T. nemá onemocnění, u kterého dochází k častým recidivám. Zároveň pacient postupně upravuje svou životosprávu, dodržuje pitný režim a změnou svého jídelníčku se snaží o vyloučení dalších faktorů, které by recidivu tohoto onemocnění mohly vyvolat.

5 Závěr

V mé práci jsem se snažila popsat péči o pacienta s perianální píštělí. Perianální píštěl je pro pacienta značně nepříjemné onemocnění, které sice pacienta neohrožuje na životě, ale výrazně omezuje jeho pracovní i soukromé aktivity.

V této práci popisuji hojení této nemoci s minimálním časem hospitalizace. Tato forma klade zvýšené požadavky jak na samotného pacienta, který se musí na léčbě výrazně podílet, tak klade požadavky i na práci sestry, která je pro pacienta partnerem, který mu pomáhá nejen svou péčí, ale také zvýšenou edukační schopností proaktivně vyhledávat případné možné problémy, které jsou s tímto onemocněním spojené. Zvláštní důraz se zde klade na soulad potřeb pacienta a zvýšených hygienických opatření, které jsou pro zdárnou léčbu zcela zásadní.

U sestry se zde předpokládá také velmi dobrá znalost možných pooperačních komplikací, průběhu hojení a přehled o možnostech jak zmírnit pacientovy pooperační těžkosti.

Při ošetřování nemocných s tímto typem onemocnění musí sestra věnovat zvláštní pozornost respektování intimity pacienta, jeho možného studu a vyhledávat možnosti, jak pacienta uchránit od nepříjemných situací, které mohou v rámci léčby vzniknout.

Během léčby došlo mezi námi k vytvoření dobrého vztahu, kdy pacient důvěřoval našim radám a věřil, že společnou silou dosáhneme zdárného výsledku.

Pacient byl po celou dobu naší spolupráce aktivní a detailně se zajímal o průběh léčby. Sdělovaná doporučení si zapisoval a následně je i dodržoval. Pana T. jsme v jeho aktivním přístupu podporovali a snažili jsme se, aby nás vnímal co nejvíce jako partnery. Není pochyb o tom, že jeho optimistická povaha a přístup k léčbě nám hodně usnadnily spolupráci a napomohly tak k úspěšné léčbě, která byla završena zhojením pacienta v květnu 2014.

Abecední seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra a Zuzana SLEZÁKOVÁ. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005, 107 s. ISBN 80-862-2563-1
2. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. Sestra. ISBN 978-802-4735-573
3. ČERNÝ, Ján. *Špeciálna chirurgia 1: chirurgia tráviacej rúry*. 2. vyd. Ilustrace Stanislav Černý. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1996, 497 s. Dérerova zbierka, Zv. 131. ISBN 80-888-2426-5
4. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2- druhé ,upravené a doplněné vydání*. Grada, 2001. ISBN ISBN 80-247-0143 -X
5. DÍTĚ, Petr. *Základy digestivní endoskopie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 229 s. ISBN 80-716-9237-9
6. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8
7. GRIM, Miloš a Rastislav DRUGA. *Základy anatomie: 3. Trávicí,dýchací, močopohlavní a endokrinní systém*. 1. vyd. Praha: Karolinum, c2005, 163 s. ISBN 80-246-0989-4
8. HORÁK, Ladislav. *Praktická proktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 218 s. ISBN 978-802-4735-955
9. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712
10. KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 790 s. ISBN 978-802-4730-684
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0
12. NOVÁK, Josef. *Základy proktologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985, 269 s
13. PACOVSKÝ, Vladimír. *Ošetrovatelská diagnostika: (teorie a praxe)*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1994, 65 s. ISBN 80-706-6871-7
14. DYLEVSKÝ, Ivan. *Systematická, topografická a klinická anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995, 138 s. ISBN 80-718-4112-9

15. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4
16. TROJAN, Stanislav. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. přepr. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2003, 771 s. ISBN 80-247-0512-5
17. MEDICAL TRIBUNE. *Medical Tribude brevír 2010* . 19. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2010, 1254 s. ISBN 978-80-87135-21-1

Seznam použitých zkratk

AFP- alfafetoprotein
ANCA- protilátky proti cytoplasmě neutrofilů (Wegenerova granulomatoza)
APPE- appendektomie
ASCA- autoprotiilátky(Crohnova choroba)
BMI- body mass index
CA 19-9- specifický nádorový marker
CEA-karcinoembryonální antigen
CRP- c- reaktivní protein
CT- computerová tomografie
D- dech
EKG- elektrokardiogram
FW- sedimentace krevní
ICHS- ischemická choroba srdeční
KO- krevní obraz
MgSO₄- magnesium sulfuricum
NMR- magnetická rezonance
N₂O- oxid dusný- Entonox
P- puls
RTG- rentgenové vyšetření
SpO₂- saturace kyslíku
TBC- tuberkulóza
TK- tlak krevní
TT- tělesná teplota
VAS- vizuální analogová škála

Seznam příloh

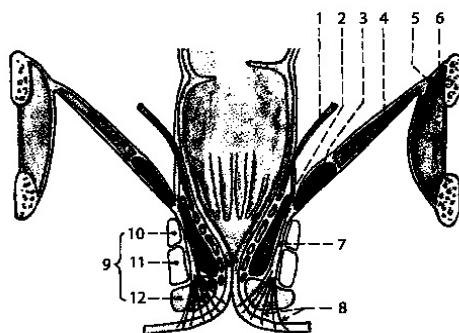
- Příloha 1** Anatomie konečníku a Salmonovo-Goodsalovo pravidlo
- Příloha 2** Ošetřovatelská anamnéza (zdroj formuláře: Ústav ošetřovatelství 3.LF UK)
- Příloha 3** Ošetřovatelský plán (zdroj formuláře: Ústav ošetřovatelství 3.LF UK)

Příloha 1

1. Anatomie konečníku

HORÁK, Ladislav. *Praktická proktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 218 s. ISBN 978-802-4735-955

Anatomie anorekta

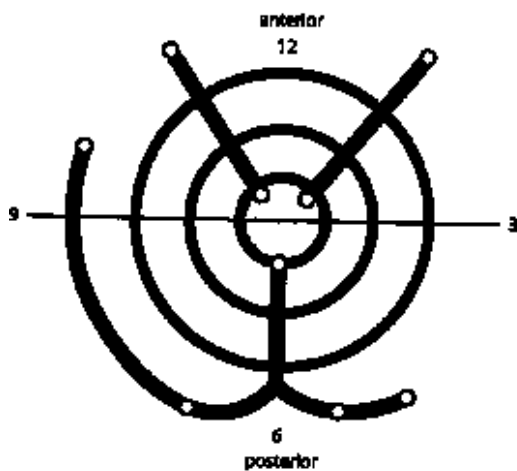


Svalové složky análního svěračního mechanismu

1 – žíly v oblasti canalis analis, 2 – m. sphincter ani Internus, 3 – m. puborectalis, 4 – diaphragma pelvis (m. levator ani) a jeho fascie, 5 – arcus tendineus musculi levatoris ani, 6 – m. obturatorius internus a jeho fascie, 7 – vazivo stěny rekta, 8 – vazivové pruhy pronikající ze stěny rekta a z podkožní části m. sphincter ani do kůže (součást m. corrugator ani), 9 – m. sphincter ani externus, 10 – pars profunda musculi sphincteris ani externi, 11 – pars superficialis musculi sphincteris ani externi, 12 – pars subcutanea musculi sphincteris ani externi

2. Salmonovo- Goodsallovo pravidlo

HORÁK, Ladislav. *Praktická proktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 218 s. ISBN 978-802-4735-955



Goodsallovo pravidlo

Příloha 2

Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení : CHIRURGIE - LIČKA
Datum a čas odběru anamnézy : 7.00-19.00
Jméno (iniciály) : M. T. Pohlaví : M Věk : 42
Datum přijetí : 26.2.2014 Datum propuštění : 1.3.2014
Stav : žena Povolání : OVČ

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní) : CHRONICKÁ PERIMÉLNÍ PÍŠŤĚL

Chronická onemocnění : HYPERTENZE - 2004

Infekční onemocnění : NE ANO
Režimová opatření : DIETNÍ VYPOVINÁNÍ Z LUKA V ZÁROVNĚM PŘÍP. DOKONČENÍ (PŘÍP. VÝCHOVY) ENDOVITÁLNÍ VÁK REVENČNÍ TECHNICKÝMI PŘÍP. METOD.

Léčba : CHIRURGICKÁ
Operační výkon : EXTRAPLE PERIMÉLNÍ PÍŠŤĚL Pooperační den : 1

Farmakoterapie : TRAPAL 50 mg amp.
GUITALAX 100 mg
TRIMETOPRIM 100 mg

Jiné léčebné metody : SPRACOVÁNÍ KONČETIN - NEFARMAKOLOGICKÝ PŘÍP. PŘÍP. PŘÍP. PŘÍP. PŘÍP.

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké :

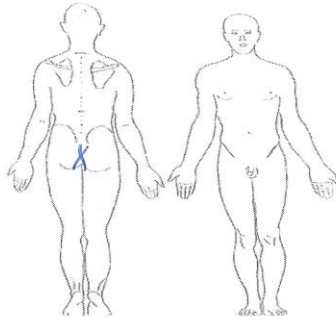
Fyziologické funkce : P : 73' TK : 119/82 D : 17' SpO2 : 9 TT : 36,7
Hmotnost : 127 Výška : 172

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC :
 Orientovaný Deorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne
lokalizace :



Intenzita : /-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

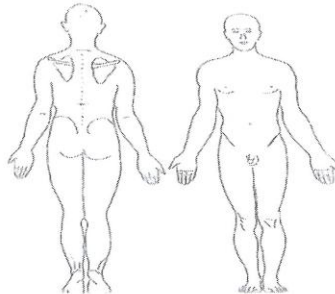
3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kušák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre:.....

lokalizace :



Ošetření rány: *2dno - dezinfekce Betadine, poté doplněno časté sprchování (pod hadičkou) a krytí několika čtverci, na noc krytí čtvercem s Betadine rostkou*
Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....

- vnímá se jako zdravý jedinec
- občasné ho pouze problémy s konečníkem

Úrazy: ano ne jaké:.....

Prodělaná dětská onemocnění : *točivá*.....

Infekční onemocnění : ano ne jaká :.....

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *DS - kultura, čapka* Nutriční skóre: *4,7 tabulka*.....

Chuť k jídlu : ano ne

Potíže s přijímáním potravy : ano ne jaké:.....

Jakým druhům potravin dává přednost : *v tento den pouze tekutiny*.....

Užívá doplňky výživy : ano ne jaké:.....

Enterální výživa *q*..... Parenterální výživa *q*.....

Denní množství tekutin : *2000 ml* Druh tekutin : *čaj, minerálka, voda*.....

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době : ano ne o kolik :.....

Umělý chrup : ano ne horní dolní

Potíže s chrupem : ano ne

7) Vyprazdňování

po operaci došlo k retenci moče, po porození
vyprazdňování úleva.
problémy s močením : ano pálení řezání retence inkontinence

ne *během dopoledne došlo k obtíž*
močení
problémy se stolicí : ano průjem zácpa inkontinence

ne

stolice pravidelná : ano ne

poslední stolice : *před 2 dny*.....

Způsob vyprazdňování : podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:.....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim : *chůze s doprovodem*.....

Barthel test: *95 - lehce závislý*.....

Riziko pádu: ANO skóre: *2*.....

(NE)

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Pohyblivost : chodící samostatně *s doprovodem* chodící s pomocí
 ležící pohyblivý ležící nepohyblivý
 pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : *7-8 hodin* hodina usnutí : *asi 23,00*
poruchy spánku : ano ne jaké :
hypnotika : ano ne
návyky související se spánkem : *-otevřené okno*

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké :
potíže se sluchem: ano ne jaké :
porucha řeči: ano ne jaká :
kompenzační pomůcky: ano ne jaké :

orientace : orientován
 dezorientovaný místem časem osobou

11) Sebepojetí, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : sám v kolektivu
co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : *vhodný člověk bez kontinuí*
pocit zlosti, vzteku : ano ne
pocit strachu : ano ne z čeho : *inkontinence, bolest*
pocit úzkosti : ano ne
jak klient vyjadřuje negativní emoce:
emocionální stav : *dobry*
Úroveň komunikace a spolupráce: *komunikace a spolupráce dobrá*

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : *dobry, přátelský, bezkontinuí*
bydlí doma sám : ano ne
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *rodina*
kontakt s rodinou : ano ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů :

počet potratů :

antikoncepce : ano ne jaká:

pravidelnost menstruace : ano ne Klimakterium : ano ne

problémy s prostatou : ano ne jaké :

pohlavní onemocnění : ano ne jaké :

zvláštnosti v sexuálním chování :

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : klidný rozrušený úzkostný depresivní strach

prožívá nějaké napětí : ano ne jaké, z čeho : *inkompenzace, pooperační*

způsob odraťování : *čtení, televize* *hlí přístroj*

kouření : ano ne kolik : *asi 20 cigaret denně?*

alkohol : ano ne kolik : *párkrát ročně*

drogy : ano ne jaké :

15) Víra

Víra ano ne jaká : *pokřtěný, ale víru*

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení:

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení: *26.2.14* kde: *průhledná PHE*

Stav :

centrální datum zavedení: kde:

stav :

ne

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká: stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení:

Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
7.použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Zdroj: Staňková,M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

95

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Ne 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM,vysoká TT,anémie,kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 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

Zdroj: Staňková,M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

32

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutricional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta


Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input checked="" type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input checked="" type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespolepracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO 1 bod
} NE	
(2)	
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5 – 13 bodů	Střední riziko
14 – 19 bodů	Vysoké riziko


Ošetřovatelské zhodnocení


Pacient je při vědomí, spolupracující, aktivní.
 Po dohodě se sestrou vyhledá a pobytuje se s doprovodem
 druhé osoby. Správně dodrží ooperační režim.
 Dodržuje léčebný režim.

Příloha 3


Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetřovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
23.2.14	bolest s závažnou paracéťnou útlamí v oblasti kmenů ky	- dojde ke snížení intenzity bolesti na úroveň 2	<ul style="list-style-type: none"> - zjistění informací o lokalitě, charakteru, intenzitě a délce trvání bolesti - poskytnutí informace o farmakologické útlamí bolesti - sledování nevertikálního průběhu bolesti - sledování účinnosti analgetik - poskytnutí informací o nefarmakologické útlamí bolesti 	- pacient udává snížení bolesti	


Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Cieľ (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnutú péče	Podpis sestry
23.2. 2014	<p>získasť pacienta s životnou kópou a uť v novu- kosti výšetru vedlejšícht účinnke' pŕt! poznať! ANNA- CENK</p>	<p>- pacient u' o rŕku pŕku - bude zma' rŕk rŕku v rŕku! z kŕka - v rŕku zŕ asistka a amŕt' o rŕky</p>	<p>- poučim pacienta o možnosti rŕku pŕt, pŕku! zma' rŕk pŕky pŕt, v rŕku! z kŕka nebo ar ŕd ar ŕd - je s rŕku s rŕk pŕku! v rŕku! - s rŕku rŕku s rŕku v rŕku! rŕt z kŕka - v rŕku kŕka na v rŕku! signa! rŕku! rŕku!</p>	<p>- pacient byl s rŕku s rŕku rŕku! z kŕka, v rŕku! z kŕka v rŕku ar rŕku! o rŕky</p>	<p>Anna</p>

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Cieľ (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnutej péče	Podpis sestry
23.2. 2014	Riziko ZETBY BE MOCI v rovnakej LOSTI s CHYBNE- GIADY VÝKO- NEH, KONROLA MOCENI!	- pacient sa spo- -kahné vymocí, -kčtom opekaie	- upravená pacientka na nurnosť kontro- ly mocen! - štrnainim pacientka je nuda kontrola pre tržka - vyšetřim a oplyky! - možnosť alternatívne pochybie - dostatečný prmys! - re žim, - najštim dostatek re kurtin	- pacient sa - ratiou ope- - kane spomá - vymocí!	

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Cieľ (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnutej péče	Podpis sestry
27.2. 2014	Zvýšená intelektuálna funkcia z dôvodu zanedbania, žltá	- znižovanie intelektuálnych funkcií včas odhalených	<ul style="list-style-type: none"> - pacient je spokojný so zdravotnou starostlivosťou, zaňm. partnerného žilného krvácania - na zmeně uvoľnení personálu - aplikácia kúpeľov - probioka, ošetrovateľská kontrola krvnej ASTROU 	- pacient je spokojný s intelektuálnou funkciou v období péče	

Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetřovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
23.2.2014	LIDSKO TRAVIČO-ETHOLOKÉ KEMOCI Z ŽIVÓ- DU OZBĚŽNĚLÍHO VÝKOLU	-kvalitní ožhalek/ žmánek tromboem- boloidní nemoci; -pacient žna, přemý- š. tromboemboloidní nemoci.	-pacientovi posky- tí potřebný ommromas nolaz, kile dle ošetřiva- ce / lékař. -pacient bude stanov- má s preventivním opartním, kterým se předepíše vami leu tromboemboloidní dsa- vo by -po opava oppti k dalšímu vsočianí, z křikla -pacient bude nauit kompresivní punctoky	-pacient se rozmánil/ s opartním pro trombo- emboloidní n- moci a pravděp- ně	Jhu

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Cieľ (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnutej péče	Podpis sestry
27.12. 2014	STRAHA ZE ŽIVĚNÍ V PRÁZDNU. VÁŽNO STRAŠIT S OPERÁČNIM, ŽE V POUKLIKUJE LITERE ŽE JISŤ S OPERÁČNIM VÝKONEM	- pacient bude seznámený s operáčním, litere žejisť, normální, vypráskt vypráskt, ni v pooperačnín, ni v pooperačnín, obdobi	- žití, seznory, vypráskt, co ji, vyšetřím, ty do logické, stu, vypráskt, vypráskt, seznámit, pacie, o stravování, žak, loce, litere, ovliv, ni vypráskt, ni vypráskt, - informace o tar, makrologickém, ovlivní, vypráskt, ni	- strach, vypráskt, ni, ni, ni	

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Cieľ (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
27.2. 2014.	Základná potreba vzrušenie s ošetrovačkou pohody v období konvulzií	- sozrievaním, pa- ciem s oparic- mí, ktoré ones- kujú mobilitu vzhľadom na inflexiu v očiach vážny	- sledovaním stavu operatívny výstup (sekundárny...) - sledovaním očí, vážny - aspoň prvý prípad - sledovaním, akoukoľ- kým spôsobom - informovaním pacienta o nameraných výsledkoch osobným, výživným	- u pacienta sa neprejavujú žiadne inflexie po- časť výživným	

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Cieľ (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnutú péče	Podpis sestry
27.2. 2014	<p>1. OBRANA 2. INKONTINENCIA 3. BUISEJAN 4. POKRÝTĽIVOŠT' 5. KONTAKT 6. KONTAKT</p>	<p>- pacient bude osvedčený, že má schopnosť vykonávať základné životné funkcie</p>	<p>- informovať pacienta o problémoch vyvolaných inkontinenciou a o možnostiach jej riešenia - vykonať opatrenia na udržanie čistoty pokožky - informovať pacienta o dôležitosti pravidelného používania toalety</p>	<p>- pacient je informovaný o možnostiach riešenia inkontinencie a o dôležitosti pravidelného používania toalety</p>	