



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V CHIRURGICKÝCH OBORECH II

STUDIJNÍ TEXT

**Hana Heiderová
Hana Hozová**

Opava, 2022/2023

Tato studijní opora vznikla v rámci realizace projektu ISIP 2018 „Zpracování studijních opor pro kombinovanou formu studia profesních studijních oborů a programů“.

Studijní opora: Opora je určena pro studenty bakalářského programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Klíčová slova: Chirurgie, ošetřovatelská péče, chirurgie břicha, náhlé příhody břišní.

Anotace studijní opory: Cílem studijní opory je seznámit studenty s vybranými klinickými stavy a onemocněními v chirurgických oborech. Předmět popisuje příznaky, symptomy a léčbu u jednotlivých chirurgických stavů a předkládá komplexní ošetřovatelskou péči u vybraných chirurgických onemocnění.

Výstupy z učení
Oborové znalosti: Student umí charakterizovat příznaky, symptomy a léčbu u daných chirurgických onemocnění, umí definovat specifika chirurgických zákroků a pooperační péči.

Oborové dovednosti: Student se dokáže orientovat u daných chirurgických stavů, dokáže naplánovat a poskytnout ošetřovatelskou péči.

Obecné způsobilosti: Student je schopen u chirurgických onemocnění samostatně odebrat ošetřovatelskou anamnézu, diagnostikovat ošetřovatelský problém, naplánovat péči, nastavit intervenci a vyhodnotit aktuální zdravotní stav pacienta.

Autor studijní opory: PhDr. Hana Heiderová, Ph.D

Revize studijní opory: PhDr. Mgr. Hana Hozová

Poznámka: Studijní opora: „Ošetřovatelská péče v chirurgických oborech II“ 2. vydání, je revizí a rozšířením studijní opory 1. vydání z roku 2012. Literatura využitá pro 1. vydání byla ponechána, jelikož s ní bylo autorkou studijní opory prvního vydání čerpáno. Pro revizi byla použita nová literatura, která se uvádí u zdrojů. Revize byla provedena se souhlasem autorky 1. vydání.

Tato studijní opora vznikla v rámci realizace projektu ISIP 2018 „Zpracování studijních opor pro kombinovanou formu studia profesních studijních oborů a programů“.

Obsah

ÚVOD	7
1 ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO TRAKTU	8
1.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY	8
1.2 CÍLE KAPITOLY	8
1.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY	8
1.4 CHARAKTERISTIKA ZAŽÍVAHO ÚSTROJÍ	8
1.4.1 Rozdělení horní a dolní části zažívacího ústrojí	8
1.5 ONEMOCNĚNÍ JÍCNU	9
1.5.1 Symptomatologie onemocnění jícnu	10
1.5.2 Diagnostika a vyšetřovací metody	10
1.5.3 Onemocnění jícnu	11
1.5.4 Vybraná onemocnění jícnu	11
1.6 ONEMOCNĚNÍ ŽALUDKU	13
1.6.1 Vybraná onemocnění žaludku	13
1.7 ONEMOCNĚNÍ TENKÉHO A TLUSTÉHO STŘEVA	16
1.7.1 Vybraná onemocnění duodena a tenkého střeva	17
1.8 ONEMOCNĚNÍ TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU	18
1.8.1 Vybraná onemocnění tlustého střeva a konečníku	18
1.8.2 Operační výkony na tlustém střevě	23
1.8.3 Specifika ošetrovatelské péče v předoperačním, intraoperačním a pooperačním období u operací na tlustém střevě	26
1.9 SHRUTÍ	31
1.10 KORESPONDENČNÍ ÚKOL	31
1.11 KONTROLNÍ OTÁZKY	31
1.12 ZDROJE KAPITOLY 1	32
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O STOMIE	34
2.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY	34
2.2 CÍLE KAPITOLY	34
2.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY	34
2.4 DEFINICE	34
2.5 ROZDĚLENÍ STOMIÍ	35
2.5.1 Typy derivačních stomií trávicího traktu	36

2.5.2	Nejčastější chirurgické výkony spojené se založením kolostomie	38
2.5.3	Komplikace stomií.....	39
2.6	OŠETŘOVÁNÍ STOMIÍ A VÝMĚNA POMŮCKY	40
2.6.1	Typy stomických pomůcek.....	41
2.6.2	Postup výměny stomického sáčku.....	42
2.7	PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	43
2.7.1	Výživa pacienta se stomií.....	43
2.7.2	Další součásti života stomiků	44
2.7.3	Psychické změny stomika.....	44
2.8	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	45
2.9	SHRNUTÍ.....	46
2.10	KONTROLNÍ OTÁZKY	47
2.11	KORESPONDENČNÍ ÚKOL	47
2.12	ÚKOL K ZAMYŠLENÍ	47
2.13	ZDROJE KAPITOLA 2.....	48
2.14	PŘÍLOHA 1.	50
2.14.1	Charta práv stomiků	50
2.14.2	Zásady pro edukaci stomika	50
2.14.3	Stomie.....	51
2.14.4	Obrázek výměny stomické pomůcky	52
2.14.5	Popis výměny stomické pomůcky	53
2.14.6	Výživa stomiků.....	53
2.15	PŘÍLOHA 2	58
2.15.1	Ošetřovatelský proces u pacientky s nově vytvořenou kolostomií.....	58
3	NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ	60
3.1	RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY	60
3.2	CÍLE KAPITOLY	60
3.3	KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY	61
3.4	NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ.....	61
3.5	ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ NÁHLÝCH PŘÍHOD BŘIŠNÍCH	61
3.6	VYŠETŘENÍ NEMOCENÉHO	61
3.6.1	Anamnéza.....	61
3.6.2	Symptomatologie.....	62
3.6.3	Objektivní příznaky	63

3.6.4	Laboratorní vyšetření.....	63
3.6.5	Vyšetřovací metody.....	64
3.6.6	Léčebné postupy u NPB.....	64
3.7	NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ ZÁNĚTLIVÉ.....	65
3.7.1	Appendicitis acuta.....	65
3.7.2	Choleccystis acuta.....	65
3.7.3	Pancreatitis acuta.....	65
3.7.4	Diverticulitis acuta.....	66
3.7.5	Peritonitis acuta.....	66
3.8	NÁHLE PŘÍHODY BŘIŠNÍ ILEÓZNÍ.....	67
3.9	KRVÁCENÍ DO GASTROINTESTINÁLNÁHO TRAKTU.....	67
3.10	ÚRAZOVÉ NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ.....	68
3.10.1	Otevřené.....	68
3.10.2	Zavřené.....	68
3.11	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S NÁHLOU PŘÍHODOU BŘIŠNÍ.....	69
3.11.1	Přijetí nemocného.....	69
3.12	PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	69
3.12.1	Monitoring vitálních funkcí pacienta.....	69
3.12.2	Kanylace periferní nebo centrální žíly.....	70
3.12.3	Zavedení nazogastrické sondy.....	70
3.12.4	Zavedení permanentního močového katetru.....	71
3.12.5	Aplikace naordinovaných léků a infuzí.....	72
3.13	POOPERAČNÍ PÉČE.....	72
3.13.1	Monitoring vitálních funkcí.....	73
3.13.2	Sledování laboratorních výsledků.....	73
3.13.3	Sledování diurézy a bilance tekutin.....	73
3.13.4	Péče o pooperační ránu.....	73
3.13.5	Péče o zavedené drény a nazogastrickou sondu.....	73
3.13.6	Tlumení pooperační bolesti.....	74
3.13.7	Aplikace ordinovaných léků a infuzní terapie.....	74
3.13.8	Prevence pooperačních komplikací.....	75
3.14	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S NPB.....	75
3.15	SHRNUTÍ.....	78
3.16	KONTROLNÍ OTÁZKY.....	78

3.17	KORESPONDENČNÍ ÚKOL	78
3.18	ZDROJE KAPITOLA 3.....	79
4	ZÁVĚR	80
5	ZDROJE.....	81

ÚVOD

Vážení studenti,

tato studijní opora poskytuje rámcový náhled na ošetrovatelské péči v chirurgických oborech. Cílem opory je vtáhnout studenta do problematiky daných chirurgických onemocnění a předat takové informace, které povedou k patřičným znalostem s využitím v praxi.

Chirurgie je samostatný vědní obor, patřící k nejstarším medicínským oborům, ale zároveň nejrychleji rozvíjející se. Problematika ošetrovatelství v chirurgii je dosti rozsáhlá, technologické postupy a znalosti se neustále vyvíjejí a posunují dopředu. Opора poskytuje informace a dané postupy v chirurgické péči, ovšem pro získání hlubších znalostí je potřeba využít také jinou odbornou literaturu zabývající se touto problematikou.

Studijní text je určen především studentům ošetrovatelských oborů. Opора je členěna do kapitol, které poskytují ucelené informace a specifika k dané problematice jednotlivých onemocnění. Onemocnění, vybrána pro tuto studijní oporu, jsou podrobně rozebrána tak, aby každý student získal alespoň základní povědomost o postupech chirurgické péče a léčbě daného onemocnění.

Odpovědným přístupem k získání teoretických znalostí, nejen pomocí této studijní opory, budete moci aplikovat veškerou teorii do praxe. Výsledkem Vaší péle, bude poskytování odborné a kvalitní ošetrovatelské péče, vedoucí ke spokojenosti pacienta, a to je naše společná priorita.

Součástí této studijní opory jsou kontrolní otázky a korespondenční úkoly k dané problematice, které najdete v závěru každé kapitoly. Tímto si můžete ověřit své získané znalosti. Odpovědi na otázky najdete na konci této opory.

Studentům nabízím, mimo tuto studijní oporu a seminářů, také individuálního přístup s možností stáže v chirurgických oborech mimo plán praxe. Individuální stáž získá student zcela jiný pohled na danou problematiku.

1 ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO TRAKTU



1.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V kapitole je predstavena stručná anatomie trávicího ústrojí, vymezení základních pojmů a charakteristika jednotlivých onemocnění zažívacího traktu. Úkolem této kapitoly je seznámení s ošetrovatelskou péčí u jednotlivých onemocnění a s přípravou pacienta k vyšetření a následné léčbě.

1.2 CÍLE KAPITOLY

Cílem kapitoly je umět definovat typy onemocnění, znát jejich rozdělení, popsat anatomii a fyziologii trávicího ústrojí. Umět specifikovat symptomatologii zažívacího traktu. Znat a pochopit postupy ošetrovatelské péče, charakterizovat předoperační a pooperační péči a umět své získané teoretické znalosti aplikovat do praxe.



1.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Onemocnění trávicího traktu, ošetrovatelská péče, plán ošetrovatelské péče, předoperační a pooperační péče.



1.4 CHARAKTERISTIKA ZAŽÍVAHO ÚSTROJÍ

Trávicí trakt je trubicový systém skládající se z horní části a dolní částí trávicího ústrojí. Celá soustava slouží k příjmu potravy a jejímu následnému zpracování, vstřebávání živin získaných z potravy a následnému vyloučení nestravitelných zbytků (odpadových produktů) z organismu. Trávicí trubice začíná dutinou ústní, vede přes mezihrudí do dutiny břišní a končí konečníkem.

1.4.1 Rozdělení horní a dolní části zažívacího ústrojí

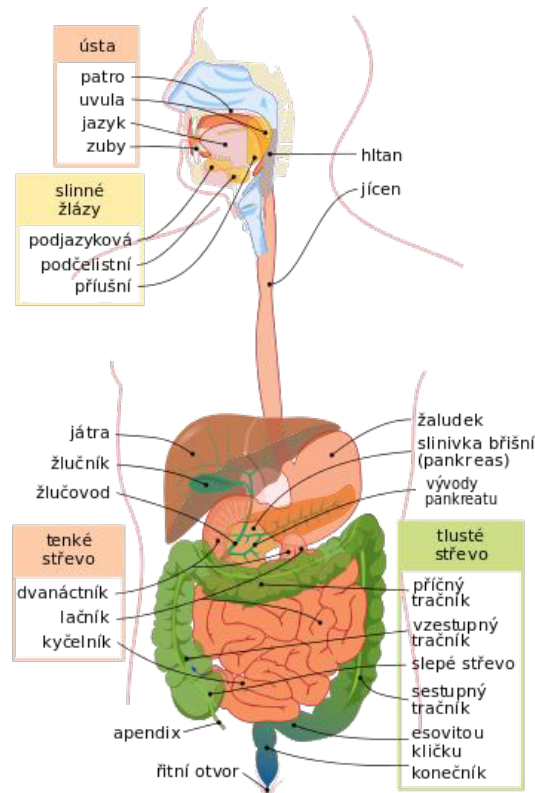
Horní část zažívacího ústrojí dělíme:

- dutinu ústní (*cavitas oris*),
- hltan (*pharynx*),
- jícnu (*oesophagus*),
- žaludku (*gaster*).

Dolní část zažívacího ústrojí dělíme:

- tenké střevo (*intestinum tenue*), které se dělí na části:
 - dvanáctník (*duodenum*),
 - lačník (*jejunum*)
 - kyčelník (*ileum*).
- tlusté střevo, jehož části jsou:
 - slepé střevo (*caecum*),

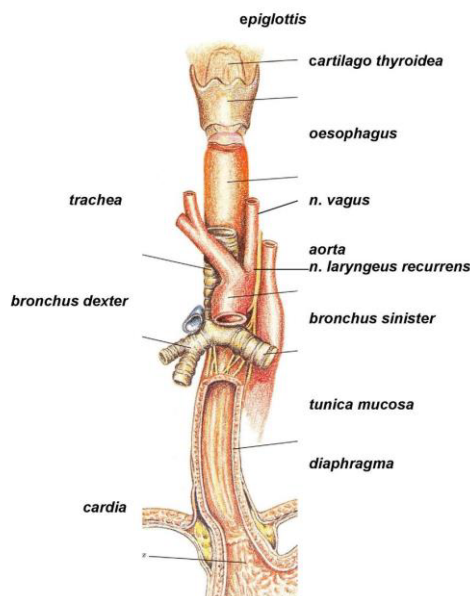
- o tračník (*colon*), který dále dělíme na colon ascendens, colon transversum, a colon descendens et sigmoideum,
- o konečník (*rectum*)



Obrázek 1-1: Schéma trávicí soustava člověka

1.5 ONEMOCNĚNÍ JÍCNU

Jícen je svalová trubice, dlouhá přibližně 26 cm, spojuje hltan s žaludkem a společně s trávicím traktem tvoří jednotnou funkční jednotku. Nemoci jícnu řadíme k vážným onemocněním, které pacienty mohou ohrozit i na životě. Choroby jícnu mnohdy vedou k zúžení průsvitu trubice, k vytvoření uzávěru nebo až ke komplexní neprůchodnosti, což velmi často končí chirurgickou léčbou – operativně.



Obrázek 1-2: Jícen

1.5.1 Symptomatologie onemocnění jícnu

V diagnostice jakéhokoli onemocnění hraje velkou roli anamnéza. Pacient při onemocnění jícnu má různé příznaky mezi, nazýváme je symptomy, které bez léčby neustoupí. Pomocí těchto symptomů, můžeme určit pravděpodobnou příčinu nemoci.

K nejčastějším symptomům u onemocnění jícnu patří:

- Dysfágie – porucha polykání s pocitem váznutí potravy v hrdle, pacient nepociťuje bolest.
- Odynofágie – porucha polykání provázená bolestí při polknutí.
- Paradoxní dysfágie – porucha polykání tekutin, ovšem tuhou stravu je možno polknout
- Afázie – nemožnost polykání úplná.
- Pálení žáhy (pyróza) – palčivý pocit v epigastriu s pocitem pálení za sternem, propagující někdy až do hltanu. Není provázen bolestí a je způsoben vracením se žaludeční sekrece.
- Regurgitace – navracení žaludečního obsahu přes jícen do dutiny ústní.

1.5.2 Diagnostika a vyšetřovací metody

Diagnostika a vyšetřovací metody pomohou k přesnému stanovení diagnózy (onemocnění pacienta). V současné době máme k dispozici rozsáhlou škálu vyšetřovacích metod. Od základních až po speciální. Nejčastěji se využívá RTG s kontrastem, počítačová tomografie, magnetická rezonance, scintigrafie, endoskopické vyšetření jícnu, jícnová manometrie, jícnová pH metrie. Mnohdy vyšetřovací metody kombinujeme.

1.5.3 Onemocnění jícnu

Onemocnění jícnu dělíme dle specifikací na:

- Vrožené a získané vývojové vady: zde řadíme atrezie, divertikly, cysty, prstence a membrány a různé duplikatury.
- Funkční poruchy: refluxní onemocnění jícnu a achalázii (kardiospasmus, idiopatická dilatace jícnu).
- Nádory jícnu: benigní a maligní.
- Poranění jícnu: jedná se převážně o bodná či střelná zranění s poraněním okolních orgánů (srdce, plíce, cévy), dále iatrogenní poranění a poleptání jícnu.

1.5.4 Vybraná onemocnění jícnu

Atrezie jícnu

Atrezie jícnu patří mezi vrožené vývojové vady a jedná se o slepé ukončení jícnu, které je většinou spojeno píštělí s tracheou nebo bronchem. Existuje několik typů a k jejich klasifikaci nejčastěji využíváme stupnici dle Vogta.

Klinické příznaky se projeví záhy po narození, novorozenec nemůže polykat. Při krmení dochází k dušení a cyanóze z aspirace.

Pro diagnostiku použijeme sondáž cévkou, kdy po zavedení narazíme na překážku. Můžeme provést nástřik kontrastní látkou, na snímku se prokáže zaslepení (pahýl). Rychlé stanovení diagnózy má vliv na život novorozence.

Léčba je jediná a to akutní operace do několika málo hodin po porodu. Prognosticky je to velmi vážné onemocnění, kde je rozhodující mnoho faktorů, mezi které patří i aspirační pneumonie. Je-li možno provést primární anastomózu jícnu, naděje na záchranu novorozence je velká.

Divertikly

Divertikly je onemocnění postihující převážně pacienty středního a vyššího věku a patří mezi získané vady jícnu. Divertikl je výchlipka na stěně jícnu a rozlišujeme dva typy – pulzní (epifrenální) a trakční (hrudní). Co do lokalizace se nejčastěji vyskytují v části přechodu hltanu a krčního jícnu (Zenkerův divertikl), dále pak ve střední části jícnu (Trakční divertikl) a těsně nad průchodem jícnu bránicí (Epifrenický divertikl).

Klinické příznaky jsou zápach z úst, regurgitace nenatrávené potravy do dutiny ústní, dysfagické potíže, odynofagie.

Diagnostika je pomocí RTG vyšetření s kontrastní látkou a ezofagoskopie.

Léčba malých divertiklů, které nečiní výrazné potíže, není potřeba. Větší divertikly se řeší operačně. Prognóza je dobrá a potíže obvykle po operativním řešení vymizí.

Refluxní onemocnění jícnu

Refluxní onemocnění je poměrně časté a postihuje starší věkové kategorie. Vyznačuje se opakovaným pronikáním kyselé žaludeční šťávy do jícnu, čímž způsobuje dráždění epitelu a vzniku zánětu (refluxní ezofagitida). Neléčené refluxní onemocnění, vede ke komplikacím, jakými jsou například stenóza jícnu, peptický vřed, metaplázie, zkrácení jícnu a může dojít i malignitě.

Klinické příznaky jsou bolesti v epigastriu, říhání, nejčastěji je pyróza (pálení žáhy), pro niž je typické, že se zhoršuje v předklonu či vleže, později dysfagie.

Diagnostika je za pomoci vyšetřovacích metod, jakými jsou endoskopie s biopsií, pH metrie (24 hodinová), jícnová manometrie, RTG – pasáž, scintigrafie.

Léčba je konzervativní podáním prokinetik, blokátorů protonové pumpy, H₂ blokátorů, dietní a režimová opatření. Není-li konzervativní léčba úspěšná a dostačující přistupujeme k léčbě endoskopické, popřípadě chirurgické. Prognóza a úspěchem na vyléčení je velmi dobrá.

Nádorová onemocnění

Nádorová onemocnění nejsou příliš časté, ale jejich prognóza je velmi závažná. Dělíme je na benigní a maligní. Benigní jsou méně časté a řadíme k nim leiomyom a GIST. Maligní nádory jsou častější, zde řadíme spinocelulární karcinom a adenokarcinom.

Klinické příznaky zpočátku onemocnění nejsou téměř žádné, většinou se projeví až v době, kdy je nádor v pokročilém stádiu. Nastává úbytek hmotnosti a dysfagie. Někdy se mohou projevit bolesti při polykání, zvracení, chrapot a podobně. Karcinom jícnu postihuje více muže než ženy a to až 3x častěji.

Diagnostika se opírá o vyšetřovací metody endoskopie, RTG, CT a PET.

Léčba je limitující stádiem nemoci. Přistupujeme k chirurgické léčbě radikální nebo paliativní a dále k onkologické (chemoterapie, radiologie). Prognóza vyléčení je velmi nízká. Pacienti jsou převážně operováni pouze paliativně a přežijí jen několik měsíců.

Poranění jícnu

Poranění jícnu tato poranění jsou velmi vzácná, jedná se převážně o bodná či střelná zranění s poraněním okolních orgánů (srdce, plíce, cévy), které nazýváme traumatická poranění. Pravděpodobnější jsou však poranění tak zvaně iatrogenní, která vznikají například při endoskopickém vyšetření jícnu a dále poleptání jícnu.

Iatrogenní poranění se mohou vyskytnout při endoskopickém vystření jícnu, kde narazíme na zúžení jícnu či jiné překážky, nebo při dilataci stenóz způsobených nejčastěji tumorem.

Další poškození jícnu může být spontánní perforací, nebo polknutím cizího tělesa. K poleptání jícnu dochází při požití kyseliny nebo louhu. Louh vyvolá kolikvační nekrózu a kyselina koagulační nekrózu. Horší je poleptání louhem, který způsobí zásah nekrózu až do hlubokých vrstev stěny jícnu.

Klinické příznaky jsou zřetelné ihned po požití. Pacient ihned pocítí pálivou bolest v dutině ústní, která se objevuje až v epigastriu. Přidá se těžká dysfágie a bolestivé polykání.

Diagnostika není nijak náročná, vyšetří se dutina ústní s podrobnou anamnézou.

Léčba, zde hraje roli druh požití látky, od toho se odvíjí následující postup léčby. Pacient je vždy hospitalizován na intenzivní péči pro intoxikaci. Základem je co nejvíce snížit možné poškození jícnu. Zavedení centrální žíly zajistí snadnější parenterální výživu, podáváme antibiotika, analgetika, kortikoidy. Snažíme se nepodávat nic per os, maximálně tekutiny, to ale dle celkového stavu pacienta. Léčba je zdlouhavá i několik měsíců. S odstupem provedeme endoskopické vyšetření jícnu k zjištění stavu poškození. U některých pacientů se musí, s časovým odstupem, přistoupit k chirurgickému řešení – náhrada jícnu. Prognóza závisí na vážnosti poranění a poškození jícnu.

1.6 ONEMOCNĚNÍ ŽALUDKU

Žaludek (*gaster, ventriculus*) je důležitým orgánem trávicího ústrojí, který slouží jako zásobník pro přijatou potravu. Je to svalovitý vak nacházející se v dutině břišní pod levou brániční klenbou. Skládá se z česla (*cardie*), klenby (*fundus*), těla (*corpus*) a zúžené místo je vrátník (*pylorus*) ten navazuje na dvanáctník (*duodenum*). Žaludek má tvar zahnutého vaku s pravým konkávním a s levým konvexním okrajem neboli zakřivením. Zakřivení levého okraje je vyklenuté doleva dolů (*curvatura major*), zakřivení pravého okraje je obrácené konkavitou doprava nahoru (*curvatura minor*), (Čihák, 2016).

1.6.1 Vybraná onemocnění žaludku

S onemocnění žaludku se setkáváme poměrně často. Za nejčastější považujeme záněty žaludku, vředové choroby, polypy a nádorová onemocnění. K méně častým řadíme vrozené vývojové vady například pylorostenóza.

Pylorostenóza je vrozená hypertrofie musculus sphincter pylori, který odděluje antrum žaludku od duodena. Projevuje se přibližně v 6 týdnech života a příznakem je opakované zvracení potravy tak zvaně zavrcení obloukem. Důležitá je anamnéza a věk dítěte. Vyšetření ultrazvukem převážně vždy prokáže ztlustění stěny žaludku v oblasti pyloru, v případě, že není nález jasný, můžeme k diagnostice využít RTG s kontrastem. Pylorostenóza se léčí pouze operativně. Prognóza je dobrá a potíže po operaci vymizí.

Gastritida je zánět sliznice žaludku. Postihuje převážně dospělé jedince. Mezi příznaky akutní i chronické gastritidy řadíme naseu, zvracení, křeče, bolest a tlak v oblasti žaludku. **Léčba** akutní i chronické gastritidy je konzervativní. Gastritidu dělíme na akutní a chronickou.

Akutní gastritida může být vyvolána například infekčními chorobami z řad mikroorganismu, nevhodnou stravou, alkoholem, kyselinami, kouřením, léky a podobně.

Chronická gastritida se projevuje dlouhodobým trváním potíží, kdy v převážné většině se jedná o bakterie vyvolávající dráždění žaludku, například *Helicobacter pylori*. Nemoc nemá tak rychlý průběh, potíže se pozvolna stupňují a dochází k porušení žaludeční sliznice. Chronický zánět žaludeční sliznice může vést ke vzniku vředů, které mohou být předstupněm vzniku nádoru žaludku.

Vředová choroba žaludku se řadí mezi nejčastější onemocnění žaludku. Peptický vřed naruší žaludeční sliznici a vytvoří přesně ohraničené místo na stěně žaludku. Může být chronický nebo akutní. Oba se projevují bolestí v nadbříšku, nauzeou či zvracením po jídle. Dále je to nechutenství, dyspeptické potíže a úbytek na váze.

Akutní vřed je ve velikosti jen několik milimetrů a do podslizniční tkáně zasahuje méně než chronický vřed. **Chronický vřed** je větší, může být hluboký a může zasáhnout až přes stěnu žaludku či jiných struktur, říkáme, že se jedná o penetraci.

Vřed může být v různých místech žaludku a dokonce i duodena. Mezi žaludečním a dvanácterníkovým vředem jsou rozdíly v příčině vzniku i v komplikacích. Přesná příčina není zcela známá, nejčastěji hovoříme o špatné životosprávě, psychickém stresu či depresí, kouření, nadměrné požívání alkoholu a podobně.

K diagnostice řadíme podrobnou anamnézu potíží. Dále přistupujeme k endoskopickému vyšetření žaludku, kdy můžeme odebrat vzorek sliznice žaludečních šťáv.

Vředová choroba může probíhat s celou řadou komplikací, které mohou být závažné s potřebou hospitalizace na intenzivní péči. Mezi tyto závažné komplikace řadíme krvácení z vředu, perforace, penetrace, stenóza, malignita.

Léčba může být konzervativní i chirurgická, záleží na celkovém stavu a rozvoji onemocnění. Ke konservativní léčbě užíváme kombinaci léků a dietních opatření. Pokud pacient dodržuje léčbu a dietní opatření, bude konzervativní přístup úspěšný.

Chirurgická léčba se indikuje při vážných komplikacích vředové choroby, například penetrace, perforace, či masivní krvácení. Operace je pro nemocného velkou zátěží a proto indikujeme k operačnímu výkonu s velkou obezřetností a ve chvíli nevyhnutelné.

Nádory žaludku

Nádory žaludku se vyskytují poměrně často, naopak nádory duodena jsou spíše vzácné.

K benigním nádorům řadíme: adenomy sliznice, polypy. Například **Leiomyom** žaludku vychází z hladkých svalů žaludeční stěny, dle lokalizace se dá excidovat. Polypy žaludku odstraníme endoskopicky.

Mezi maligní nádory řadíme: Adenokarcinom je nejzávažnějším a nejčastějším nádorem žaludku, vycházející z buněk žaludeční sliznice. **Lymfom** vyskytuje se minimálně a vychází z lymfatických buněk. Dalším spíše vzácným nádorem je gastrointestinální **stromální nádor (GISTom)**.

Gastrointestinální stromální nádor (GISTom)

GISTom je tvořen vřetenovitými buňkami a roste převážně ve stěně žaludku, ale může také prorůst z tenkého, tlustého střeva nebo z mesenteria. Tvarem připomíná uzly žluté barvy, je dobře ohraničený a může dorůst do poměrně značné velikosti, čímž vytváří překážku v trávicím systému. Metastázuje do jater.

Léčba je operační, dochází k odstranění nádoru ve zdravé tkáni. Je nutné přistoupit k resekci žaludku nebo střeva.

Karcinom žaludku (adenocarcinoma ventriculi)

Karcinom žaludku patří k jednomu z deseti nejčastějších nádorů v ČR a to i přesto, že za poslední léta se jeho výskyt snižuje.

Nádor se v žaludku vyskytuje prakticky kdekoliv – výskyt může být v kardií, pyloru i na malé křivině, kde bývá lokalizován nejčastěji. Metastázuje do regionálních lymfatických uzlin a dále do uzlin okolo duodena a slinivky břišní. Taktéž může metastázovat do jater, plic, peritonea, kostí a mozku. Mezi rizikové faktory patří například kouření, špatná životospráva, alkohol, polypy, adenomy, chronické onemocnění žaludku – gastritidy, porucha vstřebávání živin z nedostatku tvorby kyseliny chlorovodíkové a podobně.

Klinika karcinomu žaludku je dlouho bezpříznaková. Později má pacient pocit tlaku v nadbříšku, trpí nechutenstvím, často popisují odpor k masu a zaznamenají úbytek na váze.

Diagnostika je gastrokopie s biopsií, CT vyšetření, odebíráme onkologické markery – CA 19-9, CA 72-4, CEA a dále základní biochemické a hematologické odběry.

Léčba karcinomu žaludku musí být komplexní, do řešení léčby se zapojuje chirurgicko-onkologický tým. V případě operace je nutné provést odstranění nádoru ve zdravé tkáni s odstraněním patologických uzlin. Dle lokalizace nádoru můžeme provést totální gastrektomii, nebo částečnou resekci. Někdy se bohužel přistupuje pouze k paliativní resekci,

kdy odstraníme pouze nádor, ale pacient se nevyлéčí a metastázy postupují dále. Po operaci pacient podstupuje onkologickou léčbu chemoterapií.

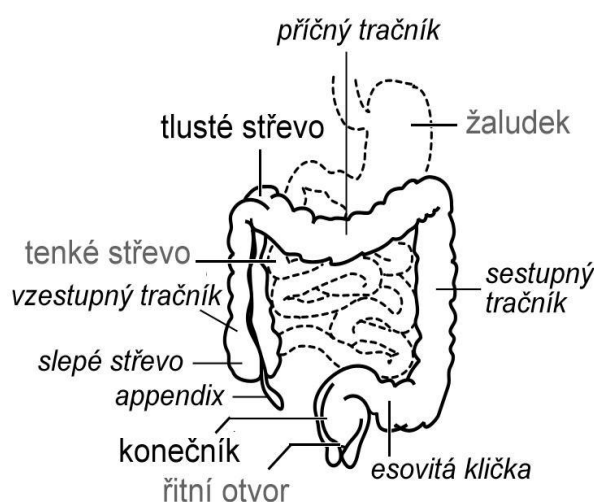
Prognóza je závislá na brzké diagnostice a radikálnosti operace. Bývá lepší než u jiných karcinomů a velmi často se projeví recidiva onemocnění.

1.7 ONEMOCNĚNÍ TENKÉHO A TLUSTÉHO STŘEVA

Tenké střevo (*intestinum tenue*) jako součást trávicího traktu se nachází mezi žaludkem a tlustým střevem. Má trubicovitý tvar o délce 3 – 5 m a šířku 3 – 3,5 cm. Fyziologická barva sliznice tenkého střeva je bledě růžová, posetá střevními řasami (*plicae intestinales*) a drobnými výběžky, které nazýváme střevní klky (*villi intestinales*). Klky mají cylindrický epitel a slouží k vstřebávání látek v tenkém střevě. Mezi klky se nachází žlázy tenkého střeva (*glandulae in-testinales*), které produkují isotonickou tekutinu, tak zvanou střevní šťávu.

Tenké střevo dělíme na tři úseky:

- dvanáctník (duodenum)
- lačník (jejunum)
- kyčelník (ileum)



Obrázek 1-3: Schématické zobrazení tlustého střeva

Dvanáctník je podkovitého tvaru a tvoří první a nejkratší úsek tenkého střeva. V sestupné části se nachází malá a velká papila (*papilla duodeni mi-nor et papilla duodeni major*), zde vyúsťují vývody slinivky a žlučovodů.

Lačník a kyčelník tvoří volně pohyblivé kličky vyplňující prostor pod játry, žaludkem a příčným tlustým střevem, obě části jsou připojené závěsem (*mesenteriem*) k zadní stěně břišní.

Tenké střevo slouží k enzymatickému štěpení potravy na vstřebatelné komponenty. Krátce po příjmu potravy začíná vylučování střevní šťávy, které trvá přibližně 6 – 7 hodin. V duodenu a jejunu je resorpce rychlá, naopak v ileu pomalá.

1.7.1 Vybraná onemocnění duodena a tenkého střeva

V současné medicíně, v rámci diagnostiky, považujeme duodenum za samostatnou část tenkého střeva, tudíž hovoříme o onemocnění duodena a tenkého střeva.

K onemocněním duodena, vedoucím k operativnímu řešení, řadíme vrozené poruchy, jakými jsou atrézie, duplikatury, stenózy, megaduodenum, pohyblivý dvanáctník, vrozené divertikly a podobně. Vrozené vady duodena se řeší vždy operativně. Mnohé z nich se projeví bezprostředně po porodu tím, že nenastane u novorozence odchod první stolice, pak je nutné zvolit patřičnou diagnostiku k zjištění příčiny.

Divertikly jsou poměrně častým onemocněním duodena, jsou to výchlípky na sliznici střeva a dělíme je na pravé a nepravé. Divertikly se diagnostikují převážně endoskopicky, popřípadě RTG s kontrastem. Onemocnění nazýváme divertikulitida. U toho onemocnění může docházet k zánětu až nekróze divertiklu, ke krvácení, velmi vzácně může dojít k perforaci. Chirurgické řešení nastává při komplikacích. Karcinoid duodena je taktéž onemocnění, které končí operační léčbou.

U tenkého střeva vedou k operačnímu řešení například atrézie, adhéze, nádory, stenózy, různé vrozené rotace, meckelův divertikl, nádory, či poranění tenkého střeva. Vrozené vady tenkého střeva se taktéž, jako u duodena mnohdy projeví již časně po narození dítěte.

V ojedinělých případech, hlavně při komplikacích může skončit operační léčbou také Crohnova choroba tenkého střeva, kdy dochází k resekci postiženého úseku.

Adheze jsou srůsty mezi kličkami tenkého střeva a okolních orgánů, čímž vzniká neprůchodnost na podkladě srůstů.

Meckelův divertikl řadíme do vrozených onemocnění tenkého střeva, kdy dojde k tomu, že ductus omphaloentericus se neúplně uzavře. Jedná se o výduť na antimezenterální části tenkého střeva, před ileocekálním přechodem. Vyskytuje se přibližně u 2,5 až 3 % lidí a chová převážně bezpříznakově. Většinou se potíže dostaví při zánětu střeva a projeví se jako komplikace, kterými jsou:

- krvácení z peptického vředu,
- torze či perforace divertiklu,
- strangulaci tenkého střeva,
- zánětem, který imituje apendicitidu.

Klinický obraz je shodný s obrazem náhlé příhody břišní. V době krvácení se objeví ve stolici přítomnost krve tmavočervené barvy (*melena*).

Nádory tenkého střeva

Nádory tenkého střeva nemusí mít specifické projevy, mnohdy se zjistí náhodně, při operacích provedených zcela z jiné příčiny, například obstrukce, hledání metastáz, krvácení a podobně. Tvoří 2,5 – 3 % všech nádorů trávicího ústrojí. Většinou se projeví anémií, enterorrhagií, subileozně a ileózně. Rozdělujeme na benigní a maligní.

Benigní: adenom, leiomyom, hemangiom, lipom, polypy, fibron, nearimon, lymfangiom a karcinoid – histologicky se řadí k benigním nádorům, ale může metastázovat

Maligní: adenokarcinom lokalizovaný obvykle na jejunu a sarkom. Sarkomy nejčastěji sídlí v ileu a mají mezenchymový původ.

Diagnostika nádorů je za pomoci RTG vyšetření – prostý snímek břicha a irigografie, CT, sonografie, magnetická rezonance.

Léčba je jen operační – resekce střeva s tumorem, pokud je to možné. V některých případech inoperability je možno obejít překážku entero-entero anastomózou.

1.8 ONEMOCNĚNÍ TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU

Tlusté střevo (*intestinum crassum*), je jednou z posledních částí trávicího ústrojí. Dosahuje délky cca 1,5 m a šířky 5–8 cm. Skládá se z několika částí – slepé střevo (*caecum*) s červovitým přívěskem (*apendix vermiformis*) v pravé jámě kyčelní, vzestupný tračník (*colon ascendens*), jaterní ohbí (*flexura hepatica*), příčný tračník (*colon transversum*), slezinné ohbí (*flexura lienalis*), sestupný tračník (*colon descendens*), esovitá klička (*colon sigmoideum*). Na začátku tlustého střeva je anatomické uzpůsobení připomínající chlopeč (*ileocekální*), která umožňuje průchod tráveniny pouze jedním směrem. Poslední částí tlustého střeva je konečník (*rectum*), který ústí na povrch těla análním otvorem.

Tlusté střevo má charakteristický vzhled střídavých výdutí, tzv. haustra coli. Sliznice tlustého střeva je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem se žlázkami produkujícími hlen. Svalová vlákna mají vlastní pohybovou aktivitu, která je ovlivňována autonomním nervovým systémem a trávicími polypeptidy. Peristaltické pohyby střeva tráveninu posunují až do konečníku, kde vyvolává defekační reflex. V průběhu tráveniny tlustým střechem je již většina živin vstřebána a zde dochází k regulaci objemu a elektrolytového složení. Vstřebávání vody a uchování stolice před vyprázdněním jsou hlavními funkcemi tlustého střeva (Pokorný a kol., 2002; Dylevský, 2009).

1.8.1 Vybraná onemocnění tlustého střeva a konečníku

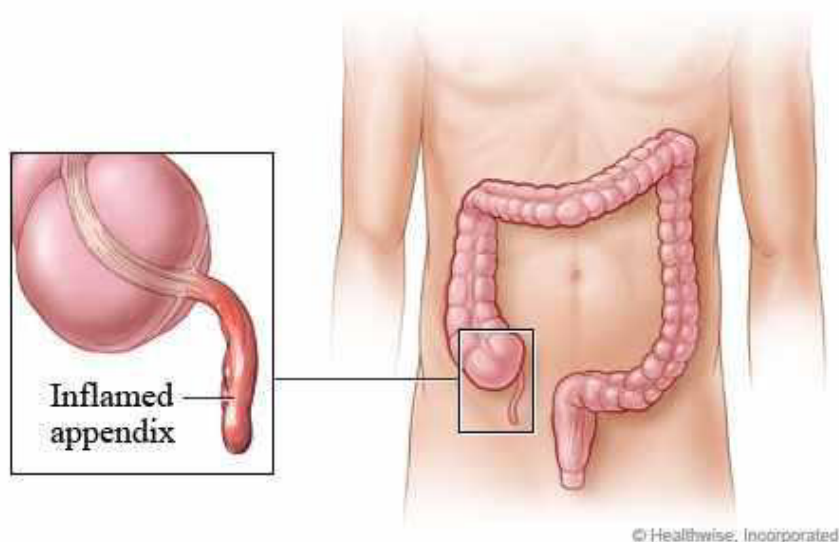
Vrozené vady tlustého střeva

Mezi vrozené vady patří např. Hirschprungova choroba (*megacolon congenitum*), rozšíření tlustého střeva způsobené chyběním gangliových buněk ve svalové vrstvě stěny nejčastěji v rektosigmoidální oblasti. Hlavními příznaky jsou porucha pasáže, obstipace, vzedmuté břicho. Terapie je pak především v segmentační resekci postiženého úseku tlustého střeva (Slezáková a kol., 2010, Zeman a kol., 2006).

Atrézie tlustého střeva se vyskytuje podstatně méně často než atrézie střeva tenkého. Příznaky, diagnostika a léčba je totožná jako u atrezie tenkého střeva.

Zánětlivá onemocnění tlustého střeva

Apendicitis (zánět červovitého výběžku) řadíme mezi zánětlivé náhlé příhody břišní, kde léčba je většinou chirurgická spočívající v odstranění appendixu (apendektomie).



Obrázek 1-4: Appendix

Divertikulitis (zánět střevních výchlipek – divertiklů), **Colitis ulcerosa** či **Morbus Crohn** jsou příkladem zánětlivých nemocnění, která se mohou vyskytnout v kterémkoliv věku a mohou mít akutní či vleklý průběh. K chirurgické léčbě však vedou pouze v ojedinělém případě při výskytu progresu či komplikací.

Colitis ulcerosa

Proktokolitida je zánětlivé onemocnění sliznice tlustého střeva vedoucí tvorbě vředů s následným krvácením a septickými komplikacemi. Tento zánět postihuje sliznici a nepostihuje hlubší vrstvy. Většinou zasahuje celé tlusté střevo, ale často začíná v konečníku. Vzhledem k průběhu onemocnění řadíme toto onemocnění jako prekancerózu. Příčina není známa a největší výskyt bývá u mladých lidí. Projevuje se četnými průjmovitými stolicemi s příměsí krve a hlenu, kolikovitými bolestmi zejména v levém podbříšku a subfebriliemi. Následkem bývá dehydratace, nechutenství až kachexie.

Diagnostikou u proktokolitid je kolonoskopie, doplňující jsou pak krevní vyšetření (krevní obraz – anémie, leukocytóza, biochemické vyšetření), fyzikální vyšetření (pohled, poslech, poklep, pohmat a per rectum). Důležité je odlišení od dalších zánětlivých onemocnění, zejm. Crohnovy nemoci, což bývá někdy velmi těžké.

Léčba zahrnuje především dietní opatření, doporučuje se dieta s dostatečným příjmem bílkovin a vitamínů. Medikamentózní léčba se skládá z ATB, imunosupresiv, kortikoidů a podobně.

U akutního stavu přistupujeme k parenterální výživě a snažíme se zabránit operačnímu řešení. Nedojde-li ke zvládnutí akutního stavu do 72 hodin nebo se projeví komplikace (perforace střeva, krvácení) je třeba zvážit chirurgickou léčbu (subtotální kolektomie s dočasnou ileostomií), která bývá často kurativní (Zeman a kol., 2006, Lukáš, 2011).

Morbus Crohn

Stejně jako ulcerózní kolitidu i Crohnovu nemoc řadíme mezi idiopatické střevní záněty. Jedná se o postižení celé střevní stěny, které se objevuje nejčastěji v oblasti ileocekální chlopně (40 % výskytu), ale může se vyskytnout v průběhu celého GIT. Střevo nemusí být postiženo souvisle, ale obvykle se úseky s patologickým nálezem střídají s úseky bez postižení. Jedná se o onemocnění multifaktoriální s nejasnou příčinou. Roli hraje genetika, psychogenní vlivy apod.

Morbus Crohn se projevuje atakami průjmovitých stolic s příměsí krve a hlenu, bolestivostí, úbytkem hmotnosti až malnutrice.

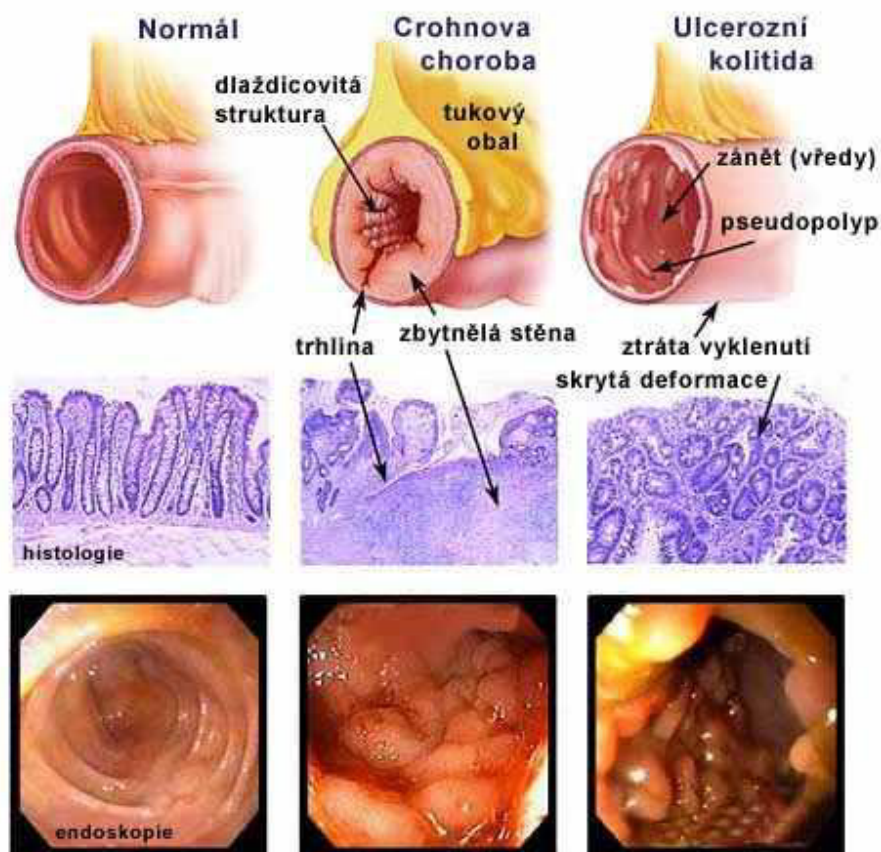
Diagnostika je stejná jako u proktokolitidy, základem je koloskopie s odebráním vzorku tkáně a další doplňující vyšetření (fyzikální vyšetření, odběr krve – KO, biochemie, vyšetření per rektum).

Léčba taktéž zahrnuje přísná dietní opatření a užívání chronické medikace. U onemocnění Morbus Crohn může být využita také biologická léčba. V případě, že se zánět rozšíří a vyskytnou se komplikace (píštěle, perforace střeva) je indikována chirurgická léčba (resekce s dočasným vyústěním střeva). Ale vzhledem k velmi častým recidivám je třeba vždy operační zásah pečlivě zvážit (Zeman a kol., 2006, Lukáš, 2011).

Tabulka 1-1: Obecné zásady stravování při těchto onemocnění

Colitis ulcerosa	Crohnova nemoc
Strava s vysokým obsahem bílkovin a balastních látek	Strava s vysokým obsahem bílkovin a kalorií
Nenadýmavá	Lehce vstřebatelná
Vyhnout se všem nesnášenlivým potravinám eventuálně bezmléčná strava	Přísné zamezení přísunu všech nesnášenlivých potravin

POZOR! V případě akutní ataky konzumovat výlučně lehce stravitelné potraviny!



Obrázek 1-5: Srovnání Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy

Nádory tlustého střeva

Nádorová onemocnění tlustého střeva dělíme taktéž na benigní a maligní. Benigní nádory tlustého střeva a konečníku, tzv. polypy se mohou vyskytovat samostatně nebo difúzně (polypóza). Zvýšenou pozornost je jim třeba věnovat pro jejich možný maligní zvrát. Maligní nádory colorekta jsou reprezentovány nejčastěji adenokarcinomem, maligním lymfomem, karcinoidem atd.

Benigní nádory

K benigním nádorům tlustého střeva řadíme leiomyomy, hemangiomy, lipomy, lymfomy, adenomy, polypy. Polypy je vyklenutí sliznice stopkatého nebo přisedlého charakteru, kdy příčina je zánět nebo nádor. Vyskytují se ojediněle nebo hromadně (*polypóza*) a mohou se zvrhnout do malignity. Příznaky svědčící pro benigní nádor nemusí být žádné, nebo se vyskytne krvácení ve stolici. U některých adenomů je to větší množství hlenu a řídkého obsahu, který odchází ve stolici.

Diagnostika zahrnuje kolonoskopii s biopsií. Dále fyzikální vyšetření, hlavně per rectum a laboratorní vyšetření (KO, FW, CRP, nádorové markery, odběr stolice na hemokult apod.).

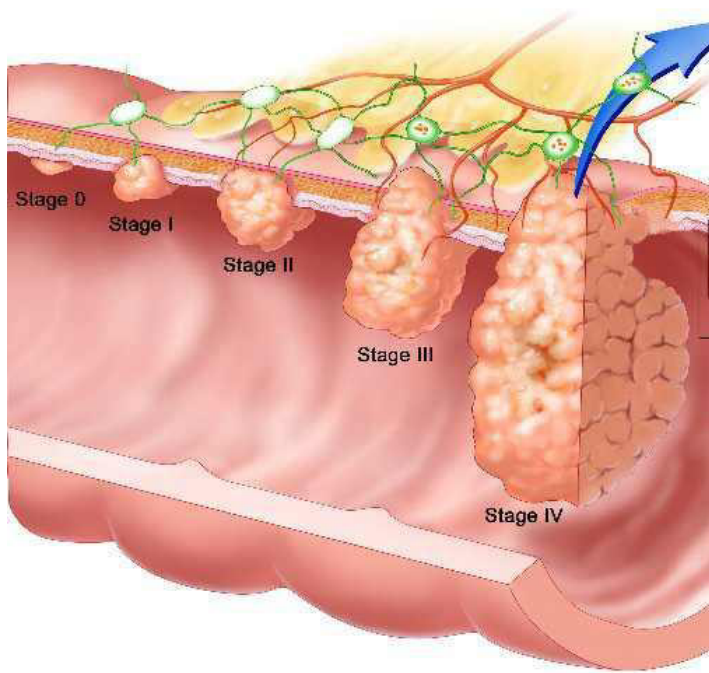
Léčba je převážně pomocí endoskopie, kdy endoskopicky odstraníme polypy (*endoskopická polypektomie*). V případě mnohočetných polypů či benigních nádorů přistupujeme k resekci postižené části, někdy je nutno provést totální kolektomii (*odstranění celého tračníku*).

Maligní nádory

Jedním z nejčastějších maligních nádorů tlustého střeva je kolorektální karcinom. Česká republika je v jeho incidenci na prvních místech v Evropě. Léčba většiny nádorových onemocnění tlustého střeva spočívá v chirurgickém založení trvalé nebo dočasné kolostomie či ileostomie.

Karcinom tlustého střeva

Příčina vzniku karcinomu tlustého střeva není přesně známa. Jsou stanoveny pouze rizikové faktory, které mohou vést k jeho vzniku. Mezi tyto patří zejména zánětlivá onemocnění tlustého střeva, prekancerózy (dysplazie, polypy, adenomy atd.), nesprávné životní návyky (zvýšený příjem masa, tuků, nedostatek zeleniny, ovoce apod.). Určitou roli hraje také genetická zátěž, věk či pohlaví. Jen 7 % nádorů se vyskytuje u osob pod 50 let věku a průměrně se toto onemocnění vyskytuje v 70 letech. Muži jsou postiženi více (Becker a kol., 2005, s. 456; Zeman a kol., 2006, s. 300).



Obrázek 1-6: Stadia kolorektálního karcinomu

Klinický obraz – symptomatologie se odvíjí od lokalizace nádoru. Při postižení pravé části tlustého střeva, vzhledem k širokému lumen, roste nádor dlouho bezpříznakově. Pokud jsou nějaké projevy, jsou nespecifické (*nechutenství, občasný výskyt krve ve stolici, anémie apod.*). V případě postižení levé části tračníku, jsou projevy například změny v charakteru stolice

(*střídání průjmu a zácpy*), krev ve stolici, bolest, zažívací problémy atd. Při postižení rekta se projevuje krvácení, střídání průjmu a zácpy, pocit neúplného vyprázdnění, tzv. syndrom falešného přítele (*pacient má pocit, že odejdou plyny, ale odchází i malé množství stolice*), (Zeman a kol., 2006, s. 302, Way a kol., 1998, s. 821-822).

Kolorektální karcinom má vysokou pravděpodobnost tvorby metastáz. Tyto se objevují nejčastěji v játrech a v plicích. Velmi často dochází k recidivě onemocnění v samotném tlustém střevě. Proto u každého pacienta po diagnostice kolorektálního karcinomu je potřeba provést vyšetření zjišťující pokročilost nádoru doplňujícími vyšetřovacími metodami (Kříž, Oliverius, Šalanda, 2009; Kala, 2008).

Diagnostika, zde má významnou roli anamnéza, dále vyšetření stolice na okultní krvácení, fyzikální vyšetření per rektum a kolonoskopie. Doplňujícími jsou vyšetření krve (zejména tumorové markery, KO), SONO, CT/PET, MR, kterými zjišťujeme výskyt případných metastáz (Urban, 2008, s. 9-11).

Léčba se odvíjí od celkového stavu pacienta, lokálním nálezem a přítomnosti metastáz. Pokud se nádor diagnostikuje v raných stádiích, má dobrou prognózu. Chirurgická léčba je v tomto případě hlavním léčebným postupem. Zvolený chirurgický výkon, například resekce postižené části střeva spolu se spádovými mízními uzlinami, může být proveden v jedné či dvou fázích dle zvoleného výkonu a operační techniky (chirurgické výkony viz níže). Chirurgická léčba může být dle aktuálního stavu doplněna chemoterapií, radioterapií a dalšími metodami onkologické léčby (Zavoral, Ladmanová, 2001, s. 2–6; Becker a kol., 2005, s. 474–477; Penka, Kala, 2008, s. 12–16).

Kolorektální karcinom (adenocarcinoma colorectale)

Zhoubný nádor vycházející ze sliznice tlustého střeva a konečníku. Kolorektální karcinom je 2. nejčastější nádor u mužů. Nádor může být lokalizován na tlustém střevě kdekoliv, ale v 50 % se vyskytuje v rektu, rektosigmoideálním přechodu a kolon sigmoideum.

1.8.2 Operační výkony na tlustém střevě

Laparoskopie – endoskopické vyšetření dutiny břišní; technika břišních operací s pokročilou technikou stále rozšířenější.

Laparotomie – endoskopické vyšetření dutiny břišní; technika břišních operací s pokročilou technikou stále rozšířenější.

Lokální excize – vyříznutí části tkáně pro další vyšetření (např. excize nádoru).

Střevní bypass – dočasné či trvalé obejítí překážky.

Anastomóza – spojka mezi dvěma dutými orgány (na tlustém střevu např. ileotransverzoanastomóza, transversosigmoideoanastomóza atd.).

Polypektomie – snesení polypu.

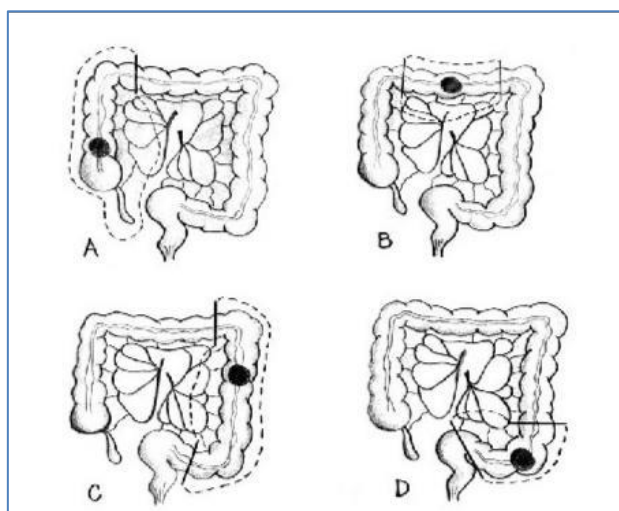
Resekce střeva – chirurgické odstranění části orgánu (na tlustém střevu např. ileocekální resekce).

- *Segmentová resekce* – resekce úseku tlustého střeva odpovídající povodí jedné z artérií.
- *Kontinentní resekce* – zachování fyziologické cesty vyprazdňování stolice (na rozdíl např. od Milesovy operace).

Kolektomie – úplné chirurgické odstranění tlustého střeva s vyústěním tenkého střeva do konečníku nebo na povrch těla (ileorektoanastomóza, ileostomie se slepě uzavřeným rektom – operace dle Hartmana).

Hemikolektomie – chirurgické odstranění poloviny tlustého střeva.

- **Pravostranná hemikolektomie** – odstranění 5 – 8 cm terminálního ilea a vzestupného tračníku, např. pro nádory caeca a vzestupného tračníku.
- **Rozšířená pravostranná hemikolektomie** – pravostranná hemikolektomie rozšířená o resekci příčného tračníku; při nádorech lokalizovaných do oblasti jaterního ohbí a příčného tračníku.
- **Resekce příčného tračníku** – chirurgické odstranění příčného tračníku, např. pro lokalizaci nádorového bujení v této oblasti tlustého střeva; méně častá.
- **Levostranná hemikolektomie** – odstranění části příčného tračníku, slezinného ohbí až po esovitou kličku; indikací k tomuto výkonu bývají nádory umístěné v tomto úseku.
- **Nízká přední resekce** – bývá volena pro nádory esovité kličky a proximálního rekta, výsledkem je descendentorektoanastomóza.



Obrázek 1-7: Operační výkony na tlustém střevě – Resekce střeva (s rekonstrukcí trávicí trubice): pravostranná hemikolektomie (A), resekce kolon transversum (B), levostranná hemikolektomie (C), resekce sigmoidea (D)

Proktokolektomie – úplné odstranění tlustého střeva a rekta (event. s análním kanálem), výsledkem je terminální ileostomie nebo ileoanální anastomóza.

Subtotální kolektomie – resekce celého tračníku až po rektum, výsledkem je ileorektoanastomóza.

Operace dle Milese – nejradikálnější chirurgický výkon na tlustém střevě; jedná se o amputaci konečníku a distální poloviny sigmoidea s vyvedením střeva na povrch těla (kolostomie); často pro velmi nízko lokalizované tumory.

Ttransanální endoskopická mikrochirurgie (TEM), technika operačního výkonu na konečníku (např. transanální exstirpace).

Epidemiologie novotvarů

Do roku 2015 se řadila Česká republika na první místo v počtu výskytu zhoubného nádoru tlustého střeva a konečníku. Masarykův onkologický ústav uvádí: „*V současné době má kolorektální karcinom klesající tendenci, nyní je u nás diagnostikováno 4 a půl tisíce nových onemocnění ročně. Častěji se nádory tlustého střeva vyskytují u mužů, nejvyšší výskyt je mezi 65. a 80. rokem. Ve výskytu rakoviny tlustého střeva jsou obě pohlaví zastoupena stejně a četnost odpovídá zhruba 80 případům rakoviny na 100 000 obyvatel České republiky*“ (zdroj: <https://www.mou.cz/nadory-tlusteho-streva-a-konecniku/t1451>).

Data o epidemiologii zhoubných nádorů shromažďuje Národní onkologický registr ČR (NOR), který je nedílnou součástí komplexní péče v onkologii, shromažďuje 100% data o výskytu zhoubných nádorů v ČR a za období 1977 – 2022 disponují s více než třemi miliony záznamů. Hlášení novotvarů je legislativně zakotvená v zákoně a je povinná. Veřejnosti jsou tato data přístupná na Portál epidemiologie novotvarů v ČR www.svod.cz.

Screeningový test okultního (TOKS) v rámci prevence

V současné době se screeningový test okultního krvácení provádí imunochemickým testem v padesátém roku člověka v rámci preventivní prohlídky u praktického lékaře. Jedná se o screeningový test rakoviny tlustého střeva a konečníku.

Dřívější test tak zvaný Hemokult se již nepoužívá, jedna z nevýhod byla, že pacient musel tři dny předem držet dietu ve smyslu žádné maso, žádnou čerstvou zeleninu a žádné léky obsahující vitamín C. Také bylo doporučeno neužívat nesteroidní antiflogistika s výjimkou nízkých antiagregačních dávek kyseliny acetylsalicylové. Vzorky byly sbírány po dobu 3 dnů. Po třetím vzorku musel být test okamžitě vyšetřen.

Na rozdíl od hemokultu, nový způsob odběru stolice, je pro pacienta uživatelsky příjemnější. Není potřeba dodržovat dietní opatření, stačí jeden vzorek stolice do speciální zkumavky a výsledek je nezávislý i na případné medikamentózní léčbě. Jediný parametr u odběru je ten, aby se stolice před odběrem, nedostala do kontaktu s vodou, to znamená, že musí být suchý odběr stolice. Po odběru se odnese zkumavka k lékaři, který odběr indikoval a ten jej odešle do laboratoře. Pokud se zjistí vyšetřením, že vzorek obsahuje stopy krve, považujeme ho za pozitivní a pacientovi je doporučena kolonoskopie, kde k diagnostickému vyšetření střeva.

1.8.3 Specifika ošetrovatelské péče v předoperačním, intraoperačním a pooperačním období u operací na tlustém střevě

Ošetrovatelská péče v rámci předoperační, intraoperační a pooperační přípravy k operaci tlustého střeva a konečníku je v základu stejná, jako u jakékoliv operace. Některé operace si však vyžadují svá specifika a těmi jsou právě operace na tlustém střevě a konečníku.

1.8.3.1 Předoperační příprava

Mezi specifika předoperační přípravy patří, mimo běžné ošetrovatelské intervence, doplňující vyšetření zpřesňující diagnostiku a staging nádoru. Dále je potřeba kompenzace a celkového stavu, prevence malnutrice a anémie. Tuto přípravu řadíme do dlouhodobé předoperační přípravy.

V rámci krátkodobé přípravy zajistíme invazivní vstupy (PŽK, případně PVK, PMK dle zvyklosti odd., NGS dle stavu pacienta), pacientovi se podává ATB profylaxe dle ordinace lékaře. V případě plánu vyšití stomie, si lékař si označí místo, na břicho s přihlédnutím ke kožním záhybům, změnám na kůži, tělesné konstituci, stylu oblékání (výška pásku, kalhot), druhu zaměstnání, volnočasovým aktivitám apod.

Následuje maximální vyprázdnění tlustého střeva pomocí ortográdní přípravy (den před operací) a ráno v den operace aplikace klyzmatu, které podáváme minimálně 2 hodiny před krátkodobou přípravou.

Ortográdní příprava:

- **Fortrans** – prášek rozpuštěný ve vodě či čaji (1 sáček na 1 litr tekutiny, obvykle se podávají 4 ve dvou dávkách), může být špatně tolerován díky slané chuti a velkému množství. Je možno přichutit sirupem, nebo
- **Fosfátový roztok** – 45ml roztoku připraveného v lékárně smíchaného se sklenicí vody pacient vypije ve dvou dávkách (po každé dávce je nutno vypít litr jiné tekutiny), menší množství, kontraindikací podání je jaterní, srdeční, metabolické a ledvinové selhání, dále pak,
- dietoterapie (od oběda den před operací pouze tekutá strava),
- lačnění nejméně 6 – 8 hodin před výkonem.

1.8.3.2 Intraoperační období

Převzetím pacienta na operační sál začíná doba intraoperační, ve které péči o pacienta zajišťuje personál operačního sálu. Dle zvoleného operačního výkonu se pacient napolohuje (nejčastěji poloha na zádech, neúplná gynekologická či gynekologická poloha – usnadňuje přístup k břišní i perineální oblasti).

V případě potřeby je možno polohy nemocného měnit dle požadavků operátora. Nejčastějším přístupem při operacích pro kolorektální karcinom je dolní střední laparotomie. Po ukončení operace pacienta odvážíme přímo na chirurgickou jednotku intenzivní péče, případně na ARO. Překladem pacienta do intenzivní péče končí intraoperační období.

1.8.3.3 Pooperační období

Pacienta přivezeného na oddělení intenzivní péče či ARO napojíme na monitor a zahájíme komplexní monitoring, kdy sledujeme jeho celkový stav po dobu nezbytně nutnou, přibližně 2 až 3 dny. Pokud je potřeba, tak i déle. Období prvních hodin po operaci je doba velmi riziková pro vznik pooperačních komplikací.

Monitoring v pooperační péči: sledujeme vitální funkce, operační ránu, odpady z drénů, bilanci tekutin. Dodržujeme postup léčebné a ošetrovatelské péče jako u každé náročné operace, pečlivě je vše zaznamenáváno do zdravotnické dokumentace pacienta.

1.8.3.3.1 Péče o operační ránu a invazivní vstupy

V případě operačního výkonu s vyšitím stomie je tato v prvních dnech krytá pouze sterilním krytím (u dětí) nebo je hned na operačním sále přiložena odpovídající stomická pomůcka (velkoobjemový stomický sáček, jednodílný, výpustný, průhledný, aby umožňoval kontrolu vyšité stomie).

Při sledování stomie si všímáme barvy (ideálně růžová, svědčící o dobrém prokrvení), velikosti (zpočátku může být stomie mírně oteklá) a s postupem času odchodu plynů a stolice (svědčí o obnovení střevní peristaltiky). Při operačním výkonu je střevo fixováno ke kůži vstřebatelnými stehy a atonie je zajištěna fixačním kroužkem, který se po 5 – 7 dnech odstraňuje (důležité je individuální posouzení stavu). V případě jiných operačních ran (laparotomie, laparoskopie) jsou tyto operační dny označovány jako nultý a ponechány bez převazu. Pravidelně sledujeme krytí a případné známky krvácení. Při prosáknutí krytí nadvážeme a pokud pokračuje, informujeme lékaře. Následují aseptické převazy min. 1x denně (dle stavu a použitých přípravků a materiálů). Stehy se vytažují za cca 9 – 10 dnů nebo později, vždy indikuje lékař.

U drénů sledujeme jejich okolí a sekreci (množství, vzhled atd.), která může být svedena do sběrného sáčku (spádová drenáž) nebo odváděna pod tlakem (např. Re-donova drenáž). Drén je vytahován dle sekrece (neměl by se nechávat zbytečně dlouhou dobu, protože se ukázalo, že se může podílet na vzniku dehiscence sutury nebo anastomózy). Vzhledem k typu operačního výkonu je nemocnému zajištěn žilní vstup (PVK u menších, např. laparoskopických, operací, CVK např. u vyšité stomie), který převazujeme dle potřeby a použitých materiálů, ale kontrolujeme pravidelně jeho funkčnost a případné známky infekce. Jejich prostřednictvím je pacientovi aplikována parenterální výživa a další léky dle ordinace lékaře.

Mezi pooperační komplikace v oblasti operační rány řadíme krvácení, zánět s možným vznikem abscesu, dehiscenci střevní anastomózy s rizikem peritonitidy, prolaps (vyhřeznutí) střeva, tvorba píštělí (např. retrovaginální), později kýla v jizvě apod. Případná infekce v operační ráně se projeví příznaky místními (začervenání, bolest, otok, sekrece hnisu apod.) a celkovými (subfebrilie, únava atd.). Hojení infikované rány označujeme jako hojení per secundam. Ke zvládnutí infekce se aplikují ATB, lokální terapie (rozpuštění rány, výplachy

rány dezinfekčním roztokem, případně drenáž atd.). Nejzávažnější komplikací kolorektálních operací je dehiscence anastomózy, která vzniká mnohdy při výkonech na rektu nebo u obézních pacientů s DM. Nejčastěji k ní dochází 4. – 5. den po operaci. Projeví se septickým stavem (tachykardie, febrilie atd.) s nutností operační revize.

1.8.3.3.2 Výživa

Po operačním výkonu pacient dodržuje NPO (nic per os), až do doby odeznění účinků anestézie. V případě střevních operací záleží na rozsahu operačního výkonu (resekce, vyšítky stomie apod.). Obecně platí, že zatížit stravou můžeme organismus až po návratu střevní peristaltiky, která se projeví odchodem plynů či stolice.

Do té doby je výživa zajištěna parenterální cestou. Čiré tekutiny se však dle doporučení ESPEN mohou začít podávat již několik hodin po operaci, což usnadňuje pooperační rekonvalescenci GIT. Množství perorálního příjmu je přizpůsobeno stavu funkcí zažívacího traktu a individuální toleranci. Po zahájení perorálního příjmu se přechází přes čajovou (0S) a tekutou (0) dietu až po dietu bezezbytkovou (č. 5, s omezením nerozpustné vlákniny), případně dle přidruženého onemocnění (např. u DM 9/5 apod.).

Postupná realimentace se odvíjí od aktuálního stavu pacienta a na další dietu se přechází až v případě, že toleruje stravu stávající. V tlustém střevu dochází ke vstřebávání vody, proto je po operaci riziko dehydratace. Na toto je třeba myslet při edukaci pacienta o výživovém doporučení v době propuštění a také při samotném zajištění náhradní výživy v době pooperační. Z důvodu snížené tvorby vitamínu K střevními bakteriemi může dojít ke krvácivým.

1.8.3.3.3 Vyprazdňování

Po operačním výkonu by mělo dojít do 6 – 8 hodin k vyprázdnění moči. Po výkonech na tlustém střevě mají pacienti většinou zaveden PMK a diuréza je sledována v pravidelných intervalech. U moči sledujeme množství, barvu, příměsi, což nám může ukázat na peroperační poranění močových cest. V případě zjištění patologie informujeme lékaře.

Vyprazdňování stolice je rovněž důležitým ukazatelem pooperační rekonvalescence, zejména u operací v dutině břišní. K odchodu plynů a stolice by mělo dojít do 48 – 72 hodin po operaci. Pokud se tak nestane je podezření na pooperační ileus. Střevní peristaltiku podporujeme dostatkem tekutin, včasnou mobilizací pacienta a medikamentózně. V případě stomie nejdříve začnou odcházet větry, posléze tekutý obsah hnědé barvy a s postupem času formovaná stolice (v případě kolostomie). V případě resekce velké části střeva (subtotální kolektomie, proktokolektomie) se mohou objevit problémy s vyprazdňováním stolice (tzv. syndrom krátkého střeva). Tyto se projeví zvýšenou frekvencí průjmovité stolice, která může být doprovázena poruchou kontinence.

1.8.3.3.4 Aktivita, psychická podpora, edukace, ERAS

Bezprostředně po operaci přebírá péči v oblasti hygieny ošetrovatelský personál. Postupem času s přihlédnutím k individuálnímu stavu pacienta je stále více zapojen do této péče

samotný pacient. Péče se řídí všeobecnými zásadami hygieny s důrazem na preventivní opatření.

Aktivita (pohyb, rehabilitace) a odpočinek

Cílem pooperační rehabilitace je aktivizace pacienta, prevence pooperačních komplikací a rychlý návrat k předchozímu životu. Měla by začít hned po probuzení pacienta z narkózy, nejprve pasivním cvičením a polohováním, posléze stále s větší aktivitou samotného klienta. Dechová rehabilitace by měla navázat na cvičení z doby předoperační.

Vertikalizace navazuje na nácvik správného vstávání a sedu přes bok s ohledem na prevenci ortostatických kolapsů.

Rehabilitace jako taková má bezesporu vliv na všechny orgánové soustavy a také na psychiku pacienta. Součástí rehabilitace je pečlivý monitoring bolesti, která může průběh aktivizace pacienta negativně narušovat. Individuálně sestavený cvičební plán vychází vždy z aktuálního stavu nemocného a ve spolupráci s fyzioterapeutem.

Psychická podpora a edukace pacienta

Saturace vyšších potřeb je náplní práce zdravotnického personálu nejen v období hospitalizace. Do popředí se však dostává po zvládnutí akutního stavu, v době, kdy pacient začíná přemýšlet o své budoucnosti apod.

U pacientů s vyšítou stomií je pooperační doba spojena s akceptací sebe sama s vývodem a problematikou přijetí okolí. Pacient v této době vyžaduje trpělivý přístup a kvalifikovanou edukaci, která mu umožní získat jistotu v péči o stomii a s případnou spoluprací s dalšími odborníky zvládne vyrovnání se s touto situací.

Edukační plán

V rámci hospitalizace nastavíme edukační plán s cílem zajištění kvalitní rekonvalescence pacienta a následné péče při propuštění.

Příklady edukačního plánu:

- pooperační pohybový režim,
- péče o operační ránu,
- možné pooperační komplikace a jejich projevy,
- dietní opatření,
- užívání předepsaných léků,
- dispenzarizace v rámci sekundární a terciální prevence,
- organizační záležitosti (návštěva PL, stomatologické poradny aj.).

Koncepcie ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)

Představuje soubor opatření s cílem snížit perioperační stres, časně obnovit fyziologické funkce a pooperační rehabilitaci. Dodržování těchto nastavených doporučení vede k rychlejší rekonvalescenci pacienta, ke snížení pooperačních komplikací a ke zkrácení délky hospitalizace.

Koncepcie ERAS prokazatelně přispívá k lepším léčebným výsledkům u pacientů podstupující náročný chirurgický výkon (Adamová, 2019).

Propuštění pacienta do domácího ošetřování

Po stabilizaci stavu, nekomplikovaném hojení operační rány je možné pacienta propustit do domácího ošetření. Před odchodem z nemocnice by měl být pacient poučen o pooperačním režimu (pohybovém, stravovacím, medikaci), péči o operační ránu a v případě výskytu komplikací pacienta poučíme o nutnosti navštívení chirurgické ambulance.

Pacient odchází s propouštěcí lékařskou zprávou, kterou předá do tří dní svému praktickému lékaři. U některých pacientů je doporučována kvalifikovaná péče i v domácím prostředí, v tomto případě zajistíme ADP – agenturu domácí péče.

1.8.3.4 Ošetrovatelské diagnózy v souvislosti s operačním výkonem

1. Bolest – ve vztahu k zhoršenému stavu a chirurgickému výkonu.
2. Snížení objemu tělesných tekutin – vzhledem na aktivní ztráty (krváčení, zvracení, zavedená nasogastrická sonda), pooperační omezení příjmu tekutin.
3. Nedostatečná výživa – v souvislosti se změnou zdravotního stavu, s chirurgickým výkonem
4. Narušená verbální komunikace – v souvislosti s intubací, se zavedenou nasogastrickou sondou, zastřeným vědomím po operaci.
5. Deficit vědomostí – ve vztahu k omezenému přístupu k informacím, nedostatek motivace, nedostatku zkušeností.
6. Únava – v souvislosti s operačním výkonem, stavem celkového diskomfortu.
7. Riziko aspirace – v souvislosti s doznívajícím účinkem anestezie, zavedenou nasogastrickou sondou, pooperačním zvracením, nevhodnou polohou.
8. Zácpa – vzhledem na zpomalenou peristaltiku střev po výkonu, nedostatek pohybu, snížený příjem tekutin.
9. Opožděné pooperační zotavení - v souvislosti s celkovým stavem, komplikacemi v hojení rány, s multimorbiditou pacienta.
10. Deficit sebedpěče při oblékání a úpravě zevnějšku, při koupání a hygieně, při jídle a vyprazdňování – v souvislosti s operačním výkonem.
11. Narušený obraz těla – vzhledem změny při operaci (ablace prsu, stomie, amputace).
12. Riziko pádu – v souvislosti s operačním výkonem.

1.9 SHRNUŤÍ



Kapitola onemocnění trávicího traktu měla za úkol seznámit studenty s charakteristikou vybraných onemocnění zažívacího ústrojí a se specifiky ošetrovatelské péče. Studenti by měli po prostudování této problematiky, umět pochopit v plném kontextu základní a rozšířené postupy ošetrovatelské péče u pacientů s uvedenými diagnózami.

1.10 KORESPONDENČNÍ ÚKOL



V České republice neustále stoupá počet nemocných s kolorektálním karcinomem, znáte preventivní programy zaměřené na tuto problematiku?

Myslíte si, že laická veřejnost je dostatečně informována o této problematice a využívá tyto preventivní programy?

1.11 KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Meckelův divertikl je vrozené onemocnění:
 - a) tlustého střeva
 - b) tenkého střeva
 - c) konečníku
2. Popište rozdíl mezi Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou?
3. Hemikolektomie je chirurgické odstranění:
 - a) poloviny tlustého střeva
 - b) celého tlustého střeva
 - c) poloviny tenkého střeva
 - d) celého tenkého střeva
4. Vyjmenujte specifika ošetrovatelské péče v předoperačním období při výkonech na tlustém střevě?
5. Pacient má zavedeno Redonové sání, co musíte sledovat z pohledu sestry?
6. Vypracujte edukační plán na libovolné téma, které souvisí s pooperačním stavem pacienta (pooperační komplikace, výživa atp.).
7. Vysvětlete, co je to koncepce ERAS a kde se využívá.



1.12 ZDROJE KAPITOLY 1

ADAMOVIČ, Z. *Předoperační příprava v onkochirurgii – ERAS doporučení v ambulanci praktického lékaře* [online]. *Medicína pro praxi* 2019; 16(4): 277–279. Dostupné z: Dostupné z: www.medicinapropraxi.cz.

BECKER, H. D. a kol. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 854s. ISBN 80-247-0720-9.

ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. 3. upravené a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. 1272 s. ISBN 978-80-247-9552-2.

ČLS JEP. Česká gastroenterologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně [online]. <https://www.kolorektum.cz/cs/lekari/epidemiologie-a-vysledky-screeningu/>

DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

DUDA, M. a kol. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.

DUDA, M. a kol. *Speciální chirurgie – chirurgie jícnu* [online]. II. chirurgická klinika FN a LF Univerzity Palackého v Olomouci. [cit. 2024-01-17]. Dostupný z: http://portal.chirurgie.upol.cz/portal_final/?page_id=241

DUŠEK, L. a kol. 2009. *Epidemiologie kolorektálního karcinomu* [online]. C2009, poslední revise 1. 10. 2009 [cit. 2011-08-08]. Dostupný z: <<http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky-epidemiologiekolorektalniho-karcinomu-epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu-v-cr>>.

JUŘENÍKOVÁ, P. a kol. *Ošetrovatelství 2. část - chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 236 s.

JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*, 1.vyd. Ostravská univerzita v Ostravě, 2011,121s. ISBN 978-80-7464-051-3.

JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium* 1.vyd. Grada Publishing, 2013. 256 s. 978-80-2474-412-4.

KALA, Z., PENKA, I. a kol. *Perioperační péče v obecné chirurgii*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.

KRŠKA, Z. A kol. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.

LUKÁŠ, K. *Idiopatické střevní záněty*. *Zdravotnické noviny*, 2011. roč. 2011, č. 10, s. 28. ISSN 1214-7664.

MARKOVÁ, M. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 68 s. ISBN 80-7013-434-8.

MÁJEK, O., ZAVORAL, M., SUCHÁNEK, Š. a kol. *Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České republice* [online]. Masarykova univerzita, Brno, 2022. [cit. 2024-01-17]. Dostupný z: <https://www.kolorektum.cz>. ISSN 1804-0888.

MICHALSKÝ, R., VOLFOVÁ, I. *Kapitoly z obecné chirurgie pro studující ošetrovateľství*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 83 s. ISBN 978-80-7248-464-5.

MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovateľské péče II*. Aktualizované a doplněné vydání v této době první. Praha: Grada Publishing, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.

NANDA International. *Ošetrovateľské diagnózy Definice a klasifikace 2009 – 2011*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.

PENKA, I., KALA, Z. *Chirurgická léčba kolorektálního karcinomu*. *Onkologie*, 2008. roč. 2, č. 1, s. 12 – 16. ISSN 1802-4475.

POKORNÝ a kol. *Přehled fyziologie člověka*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2002. 255s. ISBN 80-246-0229-6.

ŘEHÁK, F. *Komplikace operačních ran. Doporučené postupy pro praktické lékaře*. ČLS JEP, 2002.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovateľství v chirurgii I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.81.

SKŘIČKA, T., KOHOUT, P., BALÍKOVÁ, M. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. 1. vyd. Praha: Forsapí, 2007. 68 s. ISBN 978-80-903820-6-0.

ŠIROKÁ, P., VOTAVOVÁ, M. *Pooperační komplikace a ošetrovateľská péče o stomického pacienta*. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 5, s. 52. ISSN 1210-0404.

VYHNÁNEK, F. A kol. *Chirurgie II*. 2.vyd. Praha: Informatorium, 2003. 238 s. ISBN 80-7333-007-5.

ZAVORAL, M., LADMANOVÁ, P. *Kolorektální karcinom – diagnostika a léčba*. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ČLS JEP, 2001.

ŽALOUDÍK, J., VYZULA, R., VORLÍČEK, J. *Onkoprevence pro Českou republiku*. *Klinická onkologie*, roč. 19, č. 1 s. 35 – 36. ISSN: 1802-5307. dostupné z [www: http://www.linkos.cz/odbornici/vzdelavani/1_06/09.pdf](http://www.linkos.cz/odbornici/vzdelavani/1_06/09.pdf).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O STOMIE

2.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



V této kapitole se seznámíte s problematikou stomií, budou charakterizovány základní pojmy a definice, hlavní část je však zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta se stomií. Na závěr budete seznámeni s ošetrovatelskými diagnózami.

2.2 CÍLE KAPITOLY



Po prostudování této kapitoly budete umět objasnit základní pojmy této kapitoly, vysvětlit druhy stomií, umět je popsat, vysvětlit rozdíly, vyjmenovat intervence VS v rámci ošetrování stomií, orientovat se v základních ošetrovatelských diagnózách.

2.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Stomie, druhy stomií, pomůcky pro stomiky, kvalita života stomiků.

2.4 DEFINICE



Stomie vychází z řeckého slova *stoma*, *stomatos* a v přeneseném významu znamená ústa, otvor, ústí. Stomie na trávicím traktu představuje vyústění některé části trávicí trubice na povrch těla chirurgickou procedurou. Stomie jsou zakládány nejčastěji při onemocnění střeva, některých nitrobřišních orgánů a při poraněních střeva. Stomii je občas nutno založit i při léčení chirurgických komplikací (Zachová, 2010).



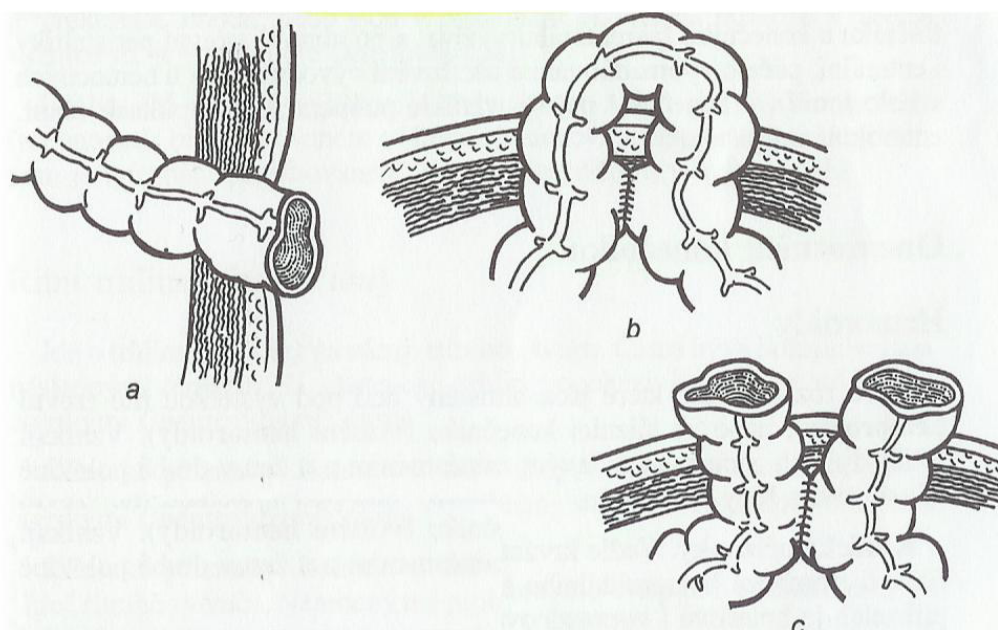
Obrázek 2-1: Stomie

2.5 ROZDĚLENÍ STOMIÍ

Dle časového trvání rozeznáváme stomie **trvalé a dočasné**. Trvalé jsou založeny tehdy, pokud není možné obnovit přirozenou cestu odchodu stolice konečníkem. Dočasné stomie bývají vytvořeny na dobu, kterou stěna trávicí trubice potřebuje na obnovení své plné funkce; např. po poranění střeva, zánětu nebo při dočasné neprůchodnosti střeva. Pokud již stomik nechce další operaci (tj. resekci s uzávěrem stomie) nebo to nedovoluje jeho zdravotní stav, může se z dočasné stomie stát i stomie trvalá.

Dle účelu, pro který byla stomie založena, dělíme stomie na **výživné a derivační**. Na horní části zažívacího ústrojí se zakládají stomie výživné (gastrostomie, jejunostomie), které slouží k zajištění přísunu speciálně upravené stravy do zažívacího ústrojí, tzv. enterální výživa. K odvodu střevního obsahu do sběrného systému (sáčku), při nemožnosti přirozeného vyprazdňování, slouží stomie derivační (Zachová, 2010, s. 31).

Z hlediska technického provedení se rozlišují stomie na **jednohlavňové a dvojhavňové**. Jednohlavňová (terminální) stomie má jedno ústí, kdy se po resekci střeva horní část vyvede na povrch kůže. Distální konec je z důvodu patologického procesu odstraněn nebo slepě uzavřen. Dvojhavňová (axiální) stomie má ústí dvě. Celá střevní klička je vyvedena na povrch kůže a podkládá se drénem, tzv. můstkem, který slouží k přidržení stomie. Příčným protnutím střevní kličky vzniknou dvě ústí. Tzv. aktivní ústí vylučuje střevní obsah. Druhá hlaveň stomie slouží k derivaci plynů a hlenu.



Obrázek 2-2: Vývod tlustého střeva (kolostomie) a – osová (axiální); b, c – dvojhavňová kolostomie (s následným proříznutím střeva)

2.5.1 Typy derivačních stomií trávicího traktu

Kolostomie

Kolostomie znamená vyústění **tlustého střeva** na povrch kůže. Podle lokalizace rozlišujeme:

- **Cékostomii** – vývod je v tomto případě umístěn na céku (slepé střevo). Dnes se vytváří ojediněle v případě paralytického ileu (neprůchodnosti střeva) nebo při nádoru umístěném v této oblasti. Vyústění je v pravém dolním kvadrantu.
- **Transverzostomii** – znamená vyústění příčného tračníku. Často se jedná o dvojhlavňovou stomii, která se provádí především u dětí z důvodu vrozených vývojových vad. Umisťuje se do horní části břicha nad pupkem vlevo nebo vpravo od střední čáry.
- **Sigmoideostomii** – vývod je založen na esovitě kličce v levé polovině břišní stěny, kde se nachází i ústí stomie. Dle typu operace může být konečník zachován nebo odstraněn.

Kolostomie má nejčastěji kruhový tvar a její jasně červené zbarvení a odlišení od okolní kůže je dáno barvou střevní sliznice. Povrch sliznice kolostomie je hladký a lesklý. Kolostomie mívá v průměru 2-5 centimetrů a bývá mírně vyvýšena nad povrch kůže. Sliznice kolostomie není citlivá na pohmat, protože ve střevní sliznici nejsou nervová zakončení pro vnímání bolesti. Frekvence a konzistence obsahu vyprazdňování záleží na místě vyústění kolostomie. Pro pacienty nebývá příjemné to, že ze střevního vývodu odcházejí i střevní plyny. Střevní obsah, který odvádí kolostomie je tužší konzistence, tudíž je její ošetřování mnohem jednodušší než ošetřování ileostomií. Potrava, množství a druh přijímaných tekutin a mimo jiné i užívání některých druhů léků dokáže ovlivnit konzistenci vylučované stolice. Kolostomie je nejčastější druh vývodu.

Ileostomie

Ileostomií se rozumí vyústění konečné části **tenkého střeva** nad břišní stěnu. Nejčastějším důvodem pro založení ileostomie je odstranění celého tlustého střeva. Mezi další indikace patří colitis ulceróza a Crohnova choroba. Vývod na ileu se provádí méně často než vývod tlustého střeva a nejčastěji je umístěn v pravém podbříšku (Zachová, 2010).

Vzhledem a povrchem se ileostomie od kolostomie příliš neliší. Ileostomie je malý kruhový otvor červené barvy o průměru 2-2,5 cm, který mírně vyčnívá nad úroveň kůže břicha. Ošetřování ileostomie je mnohem náročnější, protože obsah tenkého střeva je tekutý a mnohem agresivnější pro pokožku než je obsah kolostomie. Obsah ileostomie leptá okolní kůži. Množství a konzistence střevního obsahu z ileostomie se dá částečně ovlivnit stravou i medikamentózně, přesto je množství stolice velmi objemné a frekvence vyprazdňování je několikrát denně. Ileostomie mohou rovněž být dočasné a trvalé. Dočasné jsou vytvořeny na dobu nezbytně nutnou pro zhojení operovaného úseku střeva; bývají zpravidla dvojhlavňové (tzv. Williamsova ileostomie) nebo jednohlavňové terminální ileostomie podle Brooka (Zachová, 2010).

Ezofagostomie

Ezofagostomie znamená vyústění jícnu na krku, kudy se derivují sliny. Indikací k výkonu je vrozená nebo získaná neprůchodnost jícnu.

Gastrostomie

Gastrostomie znamená chirurgické vyústění žaludku skrze břišní stěnu. Jde nejčastěji o výživnou stomii, která se zakládá u nemocných s nemožností polykat, s neprůchodností jícnu, u onkologicky a neurologicky nemocných, ale i ve stavech akutní ataky psychiatrického onemocnění.

Jejunostomie

Jejunostomie je vyústění proximální části tenkého střeva a provádí se u nemocných s nedostatečným příjmem potravy a se zachovanou funkcí gastrointestinálního traktu, kteří nemohou potravu přijímat perorálně např. po operacích horních částí trávicího traktu nebo po traumatech. Tento vývod slouží jako výživný. Enterální výživa má speciální složení a je aplikována pomocí setů pro enterální výživu enterální pumpou (Zachová, 2010).

Ostatní typy stomií

Podle podobných principů jako stomie na trávicí trubici se v medicíně používají i neanatomická vyústění jiných orgánů na povrch těla. Jedná se o vyústění močových a dýchacích cest. Tyto stomie se zakládají rovněž chirurgicky.

Urostomie

Urostomie představuje vývod moči mimo přirozenou cestu. Lze jej provést ze všech částí močového systému:

- **Nefrostomie** – je vývod z ledviny, kdy se přes kůži zavádí drén přímo do ledvinné pánvičky a moč je vedena na povrch kůže do jímacího sáčku. Je to dočasný zákrok před definitivním chirurgickým řešením. Indikace jsou diagnostické i terapeutické.
- **Ureterostomie** – je vyústění močovodu na povrch břišní stěny. Podle operační techniky může jít o ureterostomii kontinentní, která spočívá v tom, že se vytvoří rezervoár ze střeva a moč si pacient vyprazdňuje sám po zavedení katétru do rezervoáru. U inkontinentní ureterostomie moč odchází samovolně, takže pacient musí používat sběrné sáčky.
- **Epicystostomie** – je vývod močového měchýře. Indikací jsou onemocnění močové trubice i močového měchýře.

Tracheostomie

Tracheostomie je chirurgické vytvoření otvoru v průdušnici (trachea), průchodnost je zajištěna tracheostomickou kanylou. Důvodem pro založení tracheostomie je zprůchodnění dýchacích cest, zmenšení mrtvého dýchacího prostoru, odstraňování sekretů z dýchacích cest a zajištění dýchání na dobu dočasnou nebo trvalou (Zachová, 2010).

Indikace k založení kolostomie

Základní rozdělení chorob gastrointestinálního traktu, jejichž léčba může být spojena se založením stomie, zahrnuje: idiopatické střevní záněty (ISZ), ileózní stavy, perforaci střeva, ischemii, prekancerózy, nádorová onemocnění, inkontinenci i úrazové stavy. Následkem těchto chorob se může rozvinout ileózní stav, který je charakterizován poruchou posunu střevního obsahu neboli střevní neprůchodností (Zachová, 2010).

Kolorektální karcinom tlustého střeva a rekta patří k nejčastějším indikacím k založení stomie.

Mezi ostatní indikace patří vrozené vývojové vady (dále jen VVV), které vznikají v embryonálním období působením teratogenů. Do VVV patří **atrézie rekta, tzv. neperforovaný anus**, což je vrozená střevní neprůchodnost, kdy je uzavřeno rektum nebo řitní otvor. Další vadou je **Hirschprungova choroba**, která je také označována jako megacolon congenitum a vyznačuje se poruchou vývoje nervových pletení v určitém úseku střevní stěny. V postiženém úseku chybí peristaltika, tudíž jím neprochází střevní obsah a stolice měštná nad zúžením.

Traumata, poranění břicha a střev jsou spojena s vysokou morbiditou a mortalitou. Vyskytují se samostatně nebo mohou být součástí mnohočetných poranění. Náhlým stlačením nebo přetlakem, které jsou způsobeny náhlým přímým úderem do orgánu, vzniká **poranění tupé**. Je často přítomno u autohavárií a pádů z výšky. Poranění ostrým předmětem a jeho proniknutím do dutiny břišní se označuje jako **penetrující**. Střevo může perforovat i při invazivním vyšetření tlustého střeva nebo při komplikovaných zlomeninách v oblasti pánevních kostí. Léčbou je dočasné vyvedení kolostomie a drénování postižené oblasti (Zachová, 2010).

Do **gynekologických indikací** patří zejména onkologická onemocnění: karcinom ovaria, vejcovodu, děložního čípku či zevních pohlavních orgánů, kdy založení stomie je součástí radikálního gynekologického výkonu. Důvodem k založení kolostomie či ileostomie jsou také traumata v oblasti malé pánve, zánětlivá onemocnění malé pánve, rektovaginální píštěle a endometrióza.

2.5.2 Nejčastější chirurgické výkony spojené se založením kolostomie

V dnešní době je snahou provádět resekční chirurgické výkony, které se obejdou bez založení stomie. Postižená část trávicího traktu se resekuje a oba konce trubice se spojí anastomózou. Chirurgické přístupy mohou být laparoskopické nebo laparotomické. U karcinomů rekta uložených blízko análního kanálu se provádí tzv. **abdominoperineální amputace rekta podle Milese**. Jedná se o radikální operační výkon, při němž je odstraněno rektum a distální část sigmoidea. Derivace stolice je zajištěna jednohlavňovou terminální sigmoideostomií. Při **Hartmannově operaci** se odstraní nádor střeva, proximální část střeva se vyvede jako terminální stomie a rektum je slepě uzavřeno.

Odstranění celého tlustého střeva se nazývá **kolektomie**. U nemocného je nutno založit terminální ileostomii. Tato ileostomie je lokalizována v pravém podbříšku. **Axiální transverzostomie** se provádí v případě paliativního řešení chorobných stavů levého tračníku. Před stěnu břišní se vytáhne klička střeva, pod střevem se protáhne jezdec a následně se vytvoří přívodné a odvodné ústí stomie, která jsou fixována stehy ke kůži.

2.5.3 Komplikace stomií

Stomickými komplikacemi se rozumí nežádoucí okolnosti a stavy, které zatěžují adaptaci na nové podmínky života se stomií, a to v časném a pozdním období. Časné komplikace vznikají v krátkém pooperačním období a pozdní v delším časovém úseku od operace. Vzniku komplikací se občas dá správným ošetřováním stomie předejít.

Parastomální absces znamená lokální zánětlivou komplikaci, která může způsobit až dehiscenci spojení střeva se stěnou břišní. Provádí se vydrénování abscesu a toaleta rány (sprchování, oplachové roztoky) většinou i s antibiotickou léčbou, která je závislá na výsledku bakteriální kultivace sekretu.

Nekróza je odumření střevní sliznice vznikající nedostatečným prokrvením střevní sliznice, které se projeví změnou barvy stomie z jasně červené na fialovou až černou. Dochází k změknutí nekrotické tkáně a postupnému odlučování. Příčinou této změny je nedostatečný přítok krve do tkáně, který může být způsoben suturou stomie pod napětím, otokem, malým otvorem v kůži nebo nedostatečně vystřiženým otvorem v podložce.

Stenóza neboli zúžení vývodu stomie může být následkem postupného zužování ústí stomie vlivem jizvení nebo prorůstáním tumorové tkáně, která vývod zužuje. Pacient má problémy s vyprazdňováním nebo může dojít k úplnému zastavení odchodu stolice. Často bývá v kombinaci s retrakcí stomie.

Retrakce neboli vtažená stomie vzniká při výkyvech tělesné hmotnosti (obezita) nebo nedokonalou operační technikou. Retrakce komplikuje přikládání stomických pomůcek a jejich fixaci, které se řeší používáním konvexních pomůcek (prohloubených pomůcek) a vyrovnávacích past.

Prolaps neboli výhřez stomie, bývá častou pozdní komplikací. Může ho způsobit nedostatečná fixace střeva, příliš velký otvor ve stěně břišní a zvýšený nitrobřišní tlak např. při ascitu nebo kašli. Střevo může před břišní stěnu prolabovat od několika centimetrů po několik desítek centimetrů. Při ošetřování střeva se musí dbát veliké opatrnosti a bránit mechanickému poškození. Aby nedošlo k uskřinutí prolabovaného střeva, musí se manuálně reponovat a při otoku sliznice přikládat studené obklady. Nikdy se nesmí střevo reponovat násilím, vždy je vhodná konzultace s odborníkem a následná chirurgická úprava stomie.

Parastomální hernie představuje zevní získanou kýlu, která je jednou z nejčastějších komplikací stomií. Jde o vyklenutí peritonea skrze štěrbinu tzv. kýlní branku, která vzniká oslabením břišní stěny nebo uvolněním fascie od střevní kličky. K rozvoji této kýly přispívá

zvýšený nitrobrišní tlak (zvedání těžkých břemen, úporný kašel, přírůstek hmotnosti). Léčba spočívá v operační plastice brišní stěny s použitím síťky pro zpevnění u velkých hernií, nebo se vývod vyvede na jiné místo brišní stěny. U malých hernií pacienti používají podpurný kýlní pás.

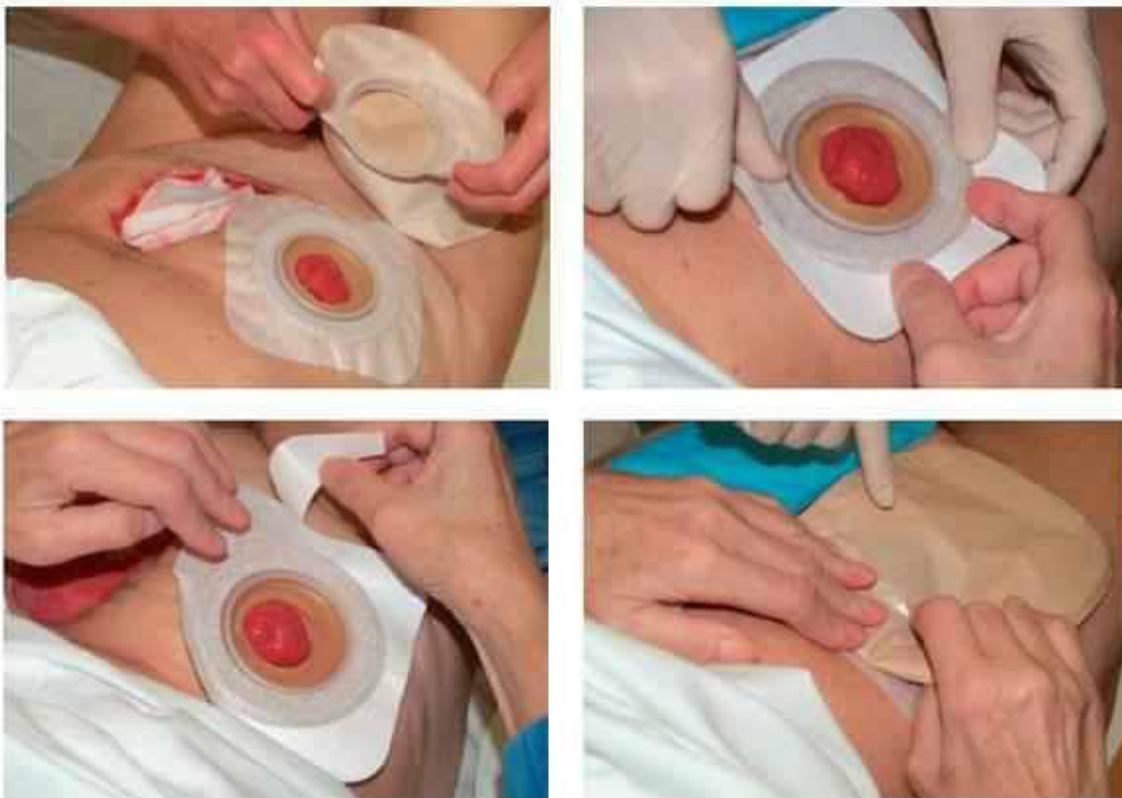
Drobné **krvácení** z okrajů stomie je nezávažné, protože střevní sliznice je bohatě prokrvena. Více může krvácet céva narušená nádorem v terminálním stádiu nemoci. Drobné krvácení se zastavuje opichem. Dlouhotrvající a masívní krvácení musí být odborně zastaveno.

Kožní komplikace a problémy s kůží v okolí stomie jsou nejčastější, se kterými se může stomik potýkat. Závažnou komplikací, která vzniká v souvislosti se selháním ošetrovatelských postupů a pomůcek je **kontaktní iritační dermatitida**. K podráždění v tomto případě dochází vlivem sekrece, působením enzymů nebo mechanickým a chemickým drážděním kůže. Kůže je zarudlá a v místě zánětu pálí. Další komplikací je **macerace** okolní kůže, která se projevuje vyblednutím, odlučováním povrchové vrstvy kůže a zvrásněním. Je způsobena vlivem zvýšené vlhkosti pod podložkou, např. při podtékání pomůcky. Macerovaná kůže je více náchylná ke vzniku mykotických nebo bakteriálních infekcí, kterým se dobře daří ve vlhkém prostředí, proto je důležité dbát na správnou hygienu při ošetřování stomie. Infekce se projevuje malými puchýřky s červenými skvrnkami. Vystupňováním zánětlivých reakcí na hranici kůže – sliznice jsou tzv. **parastomální granulace**. Jde o semicirkulární výrůstky granulační tkáně, které jsou drážděním stolicí velmi bolestivé. Granulace se leptají a ošetřují ochrannou pastou.

Alergická reakce je způsobena přítomností alergenu obsaženého v používané stomické pomůcce nebo alergií na používaný přípravek. Projevuje se zarudnutím a přítomností puchýřků naplněných tekutinou. V dnešní době mají stomiční pacienti možnost vybrat si z širokého výběru hypoalergenních pomůcek a příslušenství k ošetřování stomie.

2.6 OŠETŘOVÁNÍ STOMIÍ A VÝMĚNA POMŮCKY

U pacientů po zavedení stomie se vyskytuje řada přidružených onemocnění a komplikací, které vyžadují sledování na jednotce intenzivní péče. Zdravotní stav pacienta, intenzivní léčba a monitoring často ovlivňuje edukační proces pacienta. Jednotlivé fáze edukačního procesu, tj. ošetřování a výměnu stomické pomůcky, má zpočátku v kompetenci stomická sestra (stomasestra), která se o pacienta stará za hospitalizace, v pooperačním období i v následné ambulantní péči – stomické poradně. Ke každému pacientovi je třeba přistupovat individuálně, s trpělivostí a je vždy nutné akceptovat jeho požadavky a přání. Úkolem stomasestry je také navazování kontaktu s pacientem a psychická podpora. Při ošetřování stomie je nutné šetrné zacházení, aby nedošlo k jejímu poškození. Některé zásady ošetřování jsou společné pro všechny typy stomií.



Obrázek 2-3: Výměna stomického sáčku

2.6.1 Typy stomických pomůcek

Založením stomie pacient ztrácí schopnost regulovat vlastní vůlí odchod stolice, proto je zapotřebí používat stomické pomůcky, do kterých je stolice jímána. Ve velké většině jsou stomické pomůcky hrazeny zdravotními pojišťovnami, ale musí se dodržet stanovený limit. Při jeho překročení si pacient za pomůcky hrađí plnou cenu. Na náš trh dodává stomické pomůcky několik firem, např. Braun, Convatec, Coloplast, Dansac, Eakin a Welland. Stomické pomůcky předepisuje smluvní lékař pojišťovny s odborností, např. praktický lékař, chirurg, urolog. Podmínkou zajištění uspokojivého komfortu a dobré kvality života u stomických pacientů je snadná manipulace s pomůckou, nenápadnost, zadržení zápachu, dobrá přilnavost ke kůži a snadná dostupnost. Do ochranných prostředků patří ochranný film, ochranná pasta, adhezivní pasta, zásypový pudr a ochranná destička. K zahuštění stolice se využívá absorpční gel, který rovněž brání zpětnému chodu obsahu směrem ke stomii. Do zvláštních pomůcek dále patří krytky stomií, stomické zátky a irigační soupravy, ty jsou společně s výše uvedenými pomůckami limitovány zákonem a jsou hrazeny částečně.

Pomůcky pro ošetření stomie

Mezi základní stomické pomůcky patří **sběrné sáčky**. Tyto jsou buď jednodílné, nebo dvoudílné. Jednodílný systém se skládá ze sáčku a flexibilní podložky, která umožňuje přímou aplikaci na kůži. Sáčky mohou být uzavřené nebo výpustné, transparentní (umožňující zrakovou kontrolu) nebo neprůhledné (většinou tělové barvy) a mohou být různé

velikosti. Tento systém je výhodnější pro aktivní stomiky. Dvoudílný systém je složen z podložky, která se samostatně připevní ke kůži a následně je přichycen stomický sáček. Tento může být opět uzavřený nebo výpustný, opět různých velikostí. Podložka může zůstat nalepena 3 – 4 dny a pacient si vyměňuje pouze sáček. Výhodou je širší sortiment výrobků a průměrů a také finanční stránka.

Krytka (zátky) slouží ke krátkodobému uzavření stomie v případě nutnosti (např. společenská událost aj.). Mezi ochranné pomůcky patří **ochranný film**, který slouží k ochraně kůže před nežádoucími vlivy odcházející stolice a s tím související vznik macerací, puchýřků apod. Může být buď ve formě ubrousku napouštěného ochrannou látkou nebo v tubě s aplikátorem (roll-on).

Adhezivní a ochranná pasta se aplikuje kolem stomie pro vyrovnání povrchu okolí, čímž umožňuje dokonalejší přilnutí stomické podložky či sáčku. Slouží tak jako ochrana proti podráždění kůže.

Mezi další pomůcky patří **zásyp** na mokravá místa, **absorpční gel** (používaný zejm. u ileostomií, slouží k zahuštění tekutého střevního obsahu), **ochranná destička** (používá se jako „druhá“ kůže a slouží k vyrovnání nerovností a ochraně před vylučovanou stolicí), **těsnící vkládací kroužky** (používané při vpadlé stomii) a **fixační pásek**.

Mezi **čisticí prostředky** patří odstraňovač náplastí, čisticí roztok či pohlcovač pachu. Další pomůckou umožňující kvalitní péči a plnohodnotný život stomika je **irigační souprava** sloužící pro výplach střeva. Pacient tyto pomůcky dostává na předpis při pravidelných kontrolách ve stoma poradně či u svého praktického lékaře. Pojišťovnou jsou dány limity na maximální počet stomických pomůcek, které může stomická sestra předepsat (Krška a kol., 2011, s. 210– 217; Zachová a kol., 2010, s. 73 – 78; Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006, s. 120 – 121; Marková, 2006, s. 42 – 44).

2.6.2 Postup výměny stomického sáčku

- Použitý stomický systém šetrně odstraníme jednou rukou tahem shora dolů, v případě potřeby použijeme odstraňovač náplastí. Použitou pomůcku vložíme do malého odpadkového sáčku, který před vyhozením zavážeme.
- Zbytky stolice oťreme buničitou vatou a kůži omyjeme vlažnou vodou nebo čisticí pěnou a osušíme čistou gázou (nepoužíváme benzín, který kůži vysušuje a může narušit přiloženou stomickou pomůcku.
- V případě potřeby okolí stomie oholíme a opět omyjeme vodou.
- Kůži ošetříme podle stavu ochranným filmem, pudrem apod.
- Změříme velikost stomie pomocí šablony a podle naznačených okrajů vystříhneme otvor tak, aby byl o 2 – 3 mm větší, než je průměr stomie. Zkontrolujeme, zda otvor odpovídá

tvaru a velikosti stomie a vystříženou šablonu přiložíme k lepicí ploše sáčku, obkreslíme a vystříhneme. Lepicí plochu zahřejeme (promnutím v rukách) a odstraníme plastový kryt/folii z podložky.

- Sáček přeložíme v polovině a přiložíme ke stomii lepicí plochou (nejdříve na dolní polovinu a poté směrem nahoru), přitiskneme k tělu tak, aby dobře přilnula k pokožce, na lepicí plochu nesaháme.
- Nově nalepená pomůcka se musí 5-6 minut prohrát, aby dobře přilnula. Ujistíme se, že sáček na těle pevně drží.

2.7 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Můžeme ji rozdělit do dvou částí:

1. **psychická** – tzn. taktně a srozumitelně vedený rozhovor o charakteru výkonu.
2. **technická** – zakreslení místa stomie po zhodnocení anatomických poměrů, seznámení se s typem systému, aplikace podložky nebo celého dvoudílného systému.

Pooperační péče u plánované operace navazuje na rozhovor před operací. U akutní operace mnohem důležitější psychologický přístup, trpělivost, pochopení, protože pro nemocného, který po operaci zjistí, že má vytvořený vývod na břicho, znamená často tato skutečnost velký problém. Péče začíná pohledem na stomii, seznámení se s ní. Snažíme se pacienta zapojit do spolupráce nejprve pasivní účastí a postupně podle jeho schopností ho vedeme k samostatnosti, k samostatnému ošetření a výměně pomůcek. Informujeme ho o nabídce sortimentu s doporučením toho nejvhodnějšího. Pomůcky vybíráme kvalitní, dbáme na správnou aplikaci. Dodržujeme včasnou výměnu nebo vypouštění sáčku, je-li to potřeba, i v noci. Velmi důležitá je také péče o zdravou kůži v okolí stomie. Vhodné je očistit vlažnou vodou a neдрáždivým mýdlem, používáme také Menalind pěnu.

2.7.1 Výživa pacienta se stomií

Životospráva každého člověka by měla být vyvážená, tzn. obsahovat správný poměr všech živin. U stomiků to platí obzvláště, s důrazem na dostatek tekutin a další požadavky vyplývající z anatomicko fyziologických zákonitostí. V době po operaci by měla strava obsahovat dostatek bílkovin, železa, vápníku a vitamínů – látek podporujících hojení. Později si pacient upravuje jídelníček podle individuální snášenlivosti jednotlivých potravin.

Při úpravě životosprávy velmi záleží na rozsahu chirurgické resekce – čím delší část střeva je odňata, tím větší následky to může mít na nutriční stav pacienta (vstřebávání živin v tenkém střevu apod.).

V případě ileostomie je doporučován příjem potravin v malých porcích 5 – 7x denně. Tekutiny se doporučují s vyšším obsahem kuchyňské soli a glukózy (např. rehydratační roztok) a jejich množství by mělo být cca 2 – 2,5 litru denně. Vhodné tekutiny jsou čaj,

minerálky bez CO₂, slabé ovocné šťávy apod. Ze stravy se doporučuje vyloučit nestravitelné zbytky (špenát, vlákna citrusových plodů, některé druhy syrové zeleniny, semena a oříšky, sušené ovoce, celozrnné výrobky apod.), dráždivou a nadýmavou stravu (kořeněná jídla, luštěniny, pře-palované tuky aj.). Naopak doporučená je úprava ovoce a zeleniny vařením, dušením či ve formě přesnídávek a šťáv. Pozornost je třeba věnovat potravinám, které mohou zvyšovat zá-pach (ryby, vejčeka, tekutiny s obsahem CO₂ aj.). Čím níže je vývod vyveden tím menší omezení stravy pacient musí dodržovat. U sigmoideostomie jsou to pouze doporučení obecná, bez speciálních nároků.

2.7.2 Další součásti života stomiků

Co se týče **aktivity a odpočinku**, zaměstnání a vhodných aktivit pro pacienty se stomií je vždy na místě individuální posouzení konkrétního pacienta. Při práci doma či v zaměstnání by se stomik měl vyvarovat zvedání těžkých břemen (více než 2 – 3kg) a aktivit vedoucích k přetěžování organismu.

Pracovní schopnost je posuzována dle zákona o důchodovém pojištění (je možné přiznání různého stupně invalidního důchodu) s přihlédnutím k celkovému zdravotnímu stavu nemocného. Všeobecně můžeme říci, že život stomika se postupně může vrátit do předešlých kolejí s důrazem na preventivní opatření a drobné modifikace týkající se mnoha oblastí života. Při tomto návratu je možné využít pomoci odborníků (psycholog, psychoterapeut, stomická sestra apod.).

V pravidelných **kontrolách ve stomické poradně** může pacient kromě poukazu na pomůcky získat spoustu informací a odpovědí na své dotazy, kontakt na kluby stomiků a předplatné časopisu Radim, který je specializován na péči o stomie. Pacient tak má přístup k nejnovějším poznatkům z této oblasti i zkušenostem od ostatních, stejně postižených pacientů (Zachová a kol., 2010).

2.7.3 Psychické změny stomika

V přijetí stomie a samotné nemoci hraje důležitou roli psychická kondice nemocného. Ne každý dokáže přijmout změnu životních podmínek, kterou s sebou stomie přináší. Z pohledu holistické teorie, která vidí živé organismy jako biopsychosociální celek, kdy každá jeho část je v přímé souvislosti s ostatními, vyplývá, že dojde-li k narušení psychické složky nemocného, je ohrožena i funkce celého systému. Snaha o vytvoření profesionálního vztahu, který je založen na důvěře, činí první krok v psychické podpoře nemocného. Za uvědomění stojí, že zdravotník občas bývá jediným rádcem a přítelem v životě nemocného. Profesionalita v roli zdravotníka spočívá v individuální komunikaci, empatii a psychické podpoře u nemocných, kterým se založením stomie posunul žebříček hodnot. V současné době je také stomická sestra přínosem v řešení stomické problematiky. Stomasestra je v individuálním kontaktu s nemocným, který v klidné atmosféře stoma – poradny může pomoci.

2.8 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Akutní bolest v souvislosti s operačním řešením, projevující se subjektivně bolestí břišní krajiny a objektivně neverbálními projevy, úlevovou polohou.

Cíl: Po podání opiátů nebude nemocný pociťovat bolest do 30 minut; bude pociťovat minimální bolest během hospitalizace.

Ošetrovateľské intervence: Podej opiáty i. m. podle ordinace lékaře; pravidelně hodnot interval a intenzitu bolesti; ved' záznam bolesti; převazy operační rány prováděj automaticky; vše dokumentuj; informuj ošetrujícího lékaře o změně stavu; rozlišuj somatickou bolest od duševní.

2. Porucha spánku v souvislosti s bolestí operační rány, projevující se subjektivně pocitem nedostatečného spánku a objektivně únavou během dne, kruhy pod očima.

Cíl: Nemocný bude v noci spát alespoň 6 hodin nepřerušovaně; nemocný nebude unavený během dne.

Ošetrovateľské intervence: Tiš bolest podle ordinace lékaře, podej hypnotika podle ordinace lékaře; zajisti noční klid na oddělení; zajisti přísun čerstvého vzduchu na pokoj; zajisti pohodlí nemocného na lůžku.

3. Porucha přijetí vzhledu vlastního těla v souvislosti s vyvedením stomie, projevující se subjektivně obavou z odmítavé reakce okolí a objektivně vyhýbání se pohledu na břišní krajinu.

Cíl: Nemocný se naučí pečovat o stomii do pěti dnů od operace.

Ošetrovateľské intervence: Edukuj nemocného o stomických pomůckách; vytvoř mezi ošetrovateľským týmem a nemocným vztah plný důvěry; edukuj rodinu o ošetrování stomie; připrav nemocného na překonávání obtíží v nových podmínkách; zajisti nemocnému soukromí, malý pokoj; doporuč nemocnému podpůrný klub stomiků v rámci regionu, časopis Radim.

4. Úzkost a strach ze smrti v souvislosti se základním onemocněním, projevující se subjektivně zvýšeným neklidem a objektivně tachykardií a apatií.

Cíl: Během hospitalizace bude důvěřovat ošetrovateľskému týmu, dokáže vyjádřit své pocity.

Ošetrovateľské intervence: Všímej si chování nemocného; podporuj relaxaci, přítomnost členů rodiny; chovej se empaticky; podej srozumitelné informace o zdravotním stavu nemocnému v rámci svých kompetencí, eventuálně zajisti konzultaci s psychologem.

5. Riziko poruchy kožní integrity v okolí stomie v souvislosti s nesprávným ošetřením jejího okolí.

Cíl: Za dobu hospitalizace nedojde k poruše kožní integrity v okolí stomie.

Ošetrovatelské intervence: Používej správně vybrané pomůcky k ošetření stomie; zajisti kontakt se stomickou sestrou; pravidelně kontroluj a hodnot' okolí stomie.

6. Porucha soběstačnosti, k níž došlo v pooperačním období

Cíl: Pacient bude alespoň částečně soběstačný.

Ošetrovatelské intervence: Zjisti stupeň soběstačnosti. Používej kompenzační pomůcky. Spolupracuj s fyzioterapeutem. Poskytni pacientovi dostatek času.

7. Prevence tromboembolické nemoci z důvodu operace

Cíl: Pacient nebude ohrožen tromboembolickou chorobou.

Ošetrovatelské intervence: Prováděj dechová cvičení. Zajisti časnou rehabilitaci. Kontroluj funkčnost bandáží DK. Po-dávej antikoagulancia podle ordinace lékaře.

8. Riziko pádu

Cíl: Pacient nebude ohrožen pádem.

Ošetrovatelské intervence: Uprav vhodně okolí lůžka. Zajisti signalizaci k ruce. Označ lůžko rizikového pacienta. Kontroluj jej zvýšeným dohledem.

9. Porucha soběstačnosti při vyprazdňování stolice z důvodu nově založené ileostomie

Cíl: Pacient bude zvládat péči o stomii sám nebo s malou dopomocí.

Ošetrovatelské intervence: Edukace stomasestrou. Návčik péče o stomii a okolí. Kontrola obsahu a frekvence stolice.

2.9 SHRNU TÍ

Studenti v této kapitole našli základní informace o stomiích různého druhu a typu. Dále se mohli seznámit s péčí o stomie, s předoperační přípravou výživou. Na konci kapitoly našli nastavení možných ošetrovatelských diagnóz, které vyvstávají s ošetrovatelské péče o pacienty.





2.10 KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Napište rozdělení stomií podle účelu vzniku?
2. Vyjmenujte základní typy derivačních stomií trávicího traktu?
3. Prolaps stomie je:
 - a) vtažená stomie
 - b) zúžená stomie
 - c) výhřez stomie
 - d) zánětlivá reakce na stomii
4. Vyjmenujte pomůcky pro ošetření stomie (min. 5).
5. Specifikujte intervence VS v pooperační péči o stomického pacienta?
6. Během své praxe na chirurgické oddělení se pokuste získat praktické zkušenosti v ošetrovatelské péči o stomického pacienta.



2.11 KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Ve studijním textu máte uvedeno několik ošetrovatelských diagnóz týkající se problematiky stomií, pokuste se tento soubor rozšířit a další ošetrovatelské diagnózy.



2.12 ÚKOL K ZAMYŠLENÍ

Počet pacientů se stomií neustále narůstá, co je podle vás nejtěžší pro takového pacienta v pooperačním období (můžete porovnat pacienty, kteří mají stomii pro zánětlivé či jiné onemocnění a ty kteří mají stomii z důvodu maligního bujení)?



2.13 ZDROJE KAPITOLA 2

BECKER, H. D. a kol. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 854s. ISBN 80-247-0720-9.

DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

DUDA, M. a kol. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.

DUŠEK, L. a kol. 2009. *Epidemiologie kolorektálního karcinomu* [online]. C2009, poslední revise 1. 10. 2009 [cit. 2011-08-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky--epidemiologiekolorektalniho-karcinomu--epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu-v-cr>>.

JUŘENÍKOVÁ, P. a kol. *Ošetrovatelství 2. část - chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 236s.

JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. 1.vyd. Ostravská univerzita v Ostravě, 2011,121s. ISBN 978-80-7464-051-3

KALA, Z., PENKA, I. a kol. *Perioperační péče v obecné chirurgii*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.

KRŠKA, Z. a kol. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.

LUKÁŠ, K. *Idiopatické střevní záněty*. Zdravotnické noviny, 2011. roč. 2011, č. 10, s. 28. ISSN 1214-7664.

MARKOVÁ, M. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 68 s. ISBN 80-7013-434-8.

MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Aktualizované a doplněné vydání v této době první. Praha: Grada Publishing, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.

MISCONIOVÁ, B. *Hospicová péče*. [online]. c2006 [cit. 2011-08-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/hospicova-pecel>>.

NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2009 – 2011*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.

PENKA, I., KALA, Z. *Chirurgická léčba kolorektálního karcinomu*. Onkologie, 2008. roč. 2, č. 1, s. 12 – 16. ISSN 1802-4475.

POKORNÝ a kol. *Přehled fyziologie člověka*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2002. 255s. ISBN 80-246-0229-6.

ŘEHÁK, F. *Komplikace operačních ran. Doporučené postupy pro praktické lékaře*. ČLS JEP, 2002.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.81

SKŘIČKA, T., KOHOUT, P., BALÍKOVÁ, M. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2007. 68 s. ISBN 978-80-903820-6-0.

ŠIROKÁ, P., VOTAVOVÁ, M. *Pooperační komplikace a ošetrovatelská péče o stomického pacienta*. Sestra. 2008, roč. 18, č. 5, s. 52. ISSN 1210-0404.

VYHNÁNEK, F. a kol. *Chirurgie II*. 2.vyd. Praha: Informatorium, 2003. 238 s. ISBN 80-7333-007-5.

ZAVORAL, M., LADMANOVÁ, P. *Kolorektální karcinom – diagnostika a léčba*. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ČLS JEP, 2001.

ŽALOUDÍK, J., VYZULA, R., VORLÍČEK, J. *Onkoprevence pro Českou republiku*. Klinická onkologie, roč. 19, č. 1 s. 35 – 36. ISSN: 1802-5307. dostupné z www: http://www.linkos.cz/odbornici/vzdelavani/1_06/09.pdf.

2.14 PŘÍLOHA 1

2.14.1 Charta práv stomiků

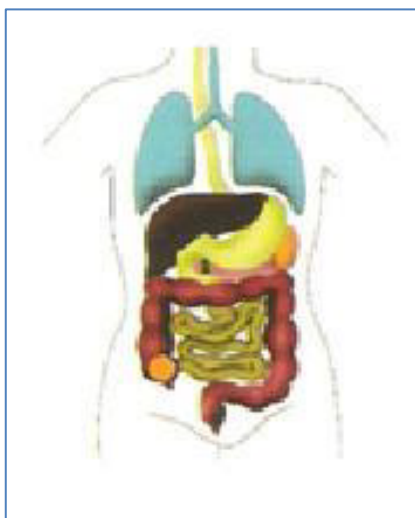
Pacient má právo na:

- Kvalitní informace před operací
- Vybrat vhodné místo pro umístění stomie
- Dobře udělanou stomii
- Kvalitní pooperační ošetrovatelskou péči
- Psychickou podporu
- Informaci o pomůckách, které jsou k dispozici
- Individuální edukaci
- Pooperační sledování a poradenskou péči do konce života
- Využívání výsledků týmové spolupráce všech zainteresovaných pracovníků
- Informace a poradenskou činnost organizace stomiků a jejich členů
- Informace o způsobu financování pomůcek

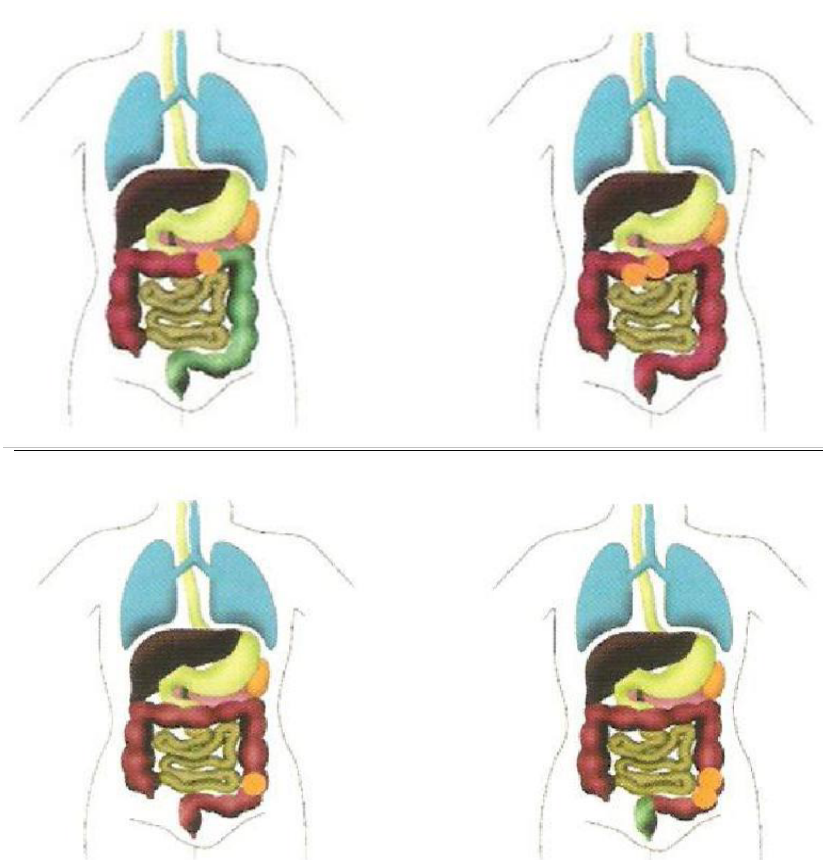
2.14.2 Zásady pro edukaci stomika

- Ke každému stomikovi přistupuj individuálně a respektuj jeho zájem.
- Urči stupeň citlivosti pacienta, informace podávej srozumitelné a stručné, nepodávej jich mnoho najednou.
- Ověř si, zda pacient informace chápe.
- pokud si nejsi sama jista informací, ověř si ji
- nezapomínej na povzbuzení, zvláště při nezdaru
- pomůcky vybírej kvalitní a správně je aplikuj
- upozorni pacienta, pokud používáš pomůcky jinak, než je uvedeno v návodu
- informuj a kontroluj likvidaci pomůcek
- připomeň kontakt na stoma sestru při každé nejasnosti
- informuj pacienta o možnosti výskytu komplikací a nezbytnosti jejich včasného řešení

2.14.3 Stomie



Obrázek 2-4: Cékostomie, Zdroj: Příručka stomika. Dansac.



Obrázek 2-5: Transverzostomie, Zdroj: Příručka stomika. Dansac.



Obrázek 2-6: Ileostomie [online] Dostupné z: <http://www.medicitalia.it/02it/notizia.asp?idpost=106287> [cit. 2012-02-06].

2.14.4 Obrázek výměny stomické pomůcky



Obrázek 2-7: Příprava a připevnění dvojdílně stomické pomůcky

2.14.5 Popis výměny stomické pomůcky

- Nejprve se za použití speciálního odstraňovače sejme původní nalepená pomůcka.
- Kůže v okolí se jemně očistí mycí pěnou, osuší a před nalepením nové pomůcky potře speciálním ochranným filmem, který zajistí lepší přilnavost podložky ke kůži.
- Typ a velikost otvoru stomické pomůcky je třeba si dopředu připravit.
- Stomasestra sama určí, která pomůcka je pro daný typ stomie vhodná.
- V podložce nové pomůcky se podle šablony vystříhne otvor dle tvaru stomie tak, aby stomii obkružovala, ale neškrtila.
- Z podložky se snese ochranná fólie, přehne se na půl, opatrně se přiloží na spodní okraj stomie a pomalu se přikládá a tiskne po celé ploše. Je důležité, aby se podložka na okrajích nevrásnila a neodchlipovala. Pro lepší přilnavost můžeme pacientovi doporučit nahřátí podložky v dlaních nebo na topení.
- Pacienta po nalepení poučíme, aby alespoň 15 minut setrval v poloze, při které mu byla podložka nalepena.
- Jednodílná pomůcka by se měla vyměňovat po naplnění obsahu do 1/3 sáčku.
- Stejným způsobem se okolo stomie přilepuje i flexibilní podkladová destička, která může vydržet při-lepená i několik dnů. Na ni se pak mechanicky fixují sběrné sáčky.
- Výměnu je vhodné provádět v diskrétním prostředí a zajistit tak pacientovi intimitu.

2.14.6 Výživa stomiků

Zásady výživy kolostomiků

- Je vhodné vypěstovat stereotyp vyprazdňování – nejlépe ráno doma. Za tímto účelem by se měla strava přijímat třikrát denně ve stejnou dobu. Snídaně a obědy by měly být vydatné.
- Důležitý je dostatečný příjem tekutin, aby množství moče nekleslo pod jeden až dva litry za den.
- Není vhodné nadměrné omezování v jídle. Zpravidla potraviny, které pacient snášel před založením stomie, nečiní problémy ani poté.
- Čím více bílkovin strava obsahuje, tím je stolice více tuhá. Udržujeme stolicí mírně tekutou.
- Vhodné je vyhýbat se jídlům, která působí projímavě: tučná jídla, celozrnný chléb, luštěniny, zelí, kapusta, květák, řepa, fazolky, okurky, houby, syrové ovoce, aromatická zelenina (paprika, česnek, cibule, ředkvičky), ostré koření, syrové mléko, šumivé nápoje, koncentrované alkoholické nápoje.

Zásady výživy ileostomiků

- Dieta má být kaloricky vydatná a chutná. Pokrmy mají být raději jednoduché, nepřilíš tučné ani sladké.
- Důležitý je přísun vitamínů nejlépe v ovocných šťávách. Příjem soli by neměl klesat pod šest až devět gramů denně. Důležitý je i dostatek ostatních minerálů.

- Ileostomik musí mít dostatek tekutin. Vhodné je pít zejména při jídle, alespoň jeden a půl až dva litry denně. Při pití mimo jídlo je vhodné sníst něco menšího, aby se tekutina smísila s potravou.
- K zahušťování obsahu se doporučuje rýže, borůvky, černý čaj, strouhaná jablka.
- Vyhýbat se jídlům, která mohou způsobit koliku, např. pomerančová dužnina, slupky z rajčat, okurky, ořechy, kukuřice.
- Přijímat stravu častěji, pravidelně a v menších dávkách. Večeřet málo a brzy. Hladovění střevo nezklidňuje, ale naopak podněcuje k tvorbě plynů.
- K dobré funkci ilea přispívá duševní klid a přiměřený pohyb na čerstvém vzduchu.
- Pozor na možnou nesnášenlivost některých potravin (mléko, med).
- Při průjmech omezit kávu, cukr, sladkosti, luštěniny, alkohol, švestky, třešně, hrušky, fíky, kyselé zelí. Vhodné jsou masové vývary, čokoláda, banány, strouhaná jablka, svařené mléko, brambory.
- Při nadýmání je nutno vynechat zelí, kapustu, luštěniny, květák.

2.14.6.1 Charakter diety

Správným výběrem potravin můžeme ovlivnit činnost střeva. Volíme stravu bezezbytkovou, netučnou, nenadýmavou.

- V prvních šesti až osmi týdnech po operaci omezit nerozpustnou vlákninu (celozrnné výrobky, luštěniny, ovoce se slupkami, nezralé ovoce, tučná masa, tučné uzeniny, nadýmavou zeleninu, aby se předešlo podráždění stomie, případně její obstrukci (snížení průchodnosti). Po přizpůsobení organismu změněným podmínkám by se měl pacient snažit o co nejrozmanitější stravu.
- Jíst pravidelně, dodržovat pitný režim. Vydatné má být ranní jídlo a zejména oběd. Večeře by měla být lehčí a delší dobu před spaním.
- Snášenlivost potravin je velmi individuální. Vyhýbat se těm pokrmům, které způsobují opakovaně potíže.
- Pravidelný režim stravování. Nekázeň vede k plynatosti a k nepravidelnému vylučování stolice.
- U ileostomiků dochází k nedostatku vitamínů, minerálních látek a vody. Proto je nutné podávání ovocných či zeleninových šťáv a nápojů obohacených vitamíny.

Účinek potravin

- Nadýmavý účinek
 - luštěniny, čerstvý chléb a pečivo, zelí, květák, vejce, pivo, cibule, šumivé nápoje a nápoje s obsahem oxidu uhličitého
- Proti nadýmání
 - jogurt, brusinky
- Zápach podporuje

- chřest, houby, luštěniny, vejce, ryby, cibule, zelí, česnek, květák, ostrá koření a některé druhy sýrů
- Zápach tlumí
 - jogurt, petržel, šťáva z brusinek a brusinky
- Projímavě působí
 - káva, cukr, alkohol, švestky, hrušky, fíky, kyselé zelí, kapusta, luštěniny, mléko, masové vývary, ryby, šumivé nápoje a sladkosti
- Průjem tlumí
 - čokoláda, bílý chléb, rýže, banány, strouhané jablko, brambory, vývar z rýže a mrkve, je důležité doplňovat tekutiny, soli a glukózu
- Zácpa
 - prospěje sklenice čerstvé pomerančové šťávy ráno před jídlem, důležitý je příjem tekutin
- Břišní koliku mohou způsobit
 - ořechy, luštěniny, hlávkové zelí, kapusta, cibule, houby, křížaly, kukuřice

K nalezení správného režimu pomáhá vedení denního záznamu, v průběhu jednoho měsíce:

- co jsme jedli,
- v jakém množství,
- kdy a jak často se vyprazdňujeme,
- jaká je stolice,
- plynatost,
- eventuální bolesti po jídle,
- množství moče.

2.14.6.2 Obecná doporučení

- jíst pomalu a pečlivě rozkousávat, nerozžvýkaná potravina se nestráví a vytvoří hmotu, která může způsobit neprůchodnost střeva,
- žvýkat se zavřenými ústy, aby nedošlo k polykání vzduchu, nemluvit při jídle, nedoporučuje se kouření,
- jíst střídavě a pravidelně, aby se vytvořil rytmus pravidelného vylučování,
- jíst v klidu, nejíst, při rozrušení nebo rozčilení,
- může se vyskytnout nesnášenlivost nebo alergie na některé potraviny (např. mléko, vejce),
- doporučená technologická úprava potravin – vaření, dušení, smažená jídla jen ojedinele, vždy do měkka upravená,
- individuální snášenlivost poživatin je rozdílná; každou novou potravinu je třeba vyzkoušet nejprve v malém množství,
- dušená, vařená zelenina a kompotované ovoce je ochuzeno o vitamíny,
- u ileostomií je potřeba podávat potravu osolenou a hojně pít (až dva litry) mezi jednotlivými jídly. Vhodné jsou ovocné a zeleninové šťávy, minerální vody až jeden litr

denně. Nepít nápoje hodně vychlazené, ledové, s obsahem kysličníku uhličitého, které mohou vyvolat bolesti, pálení žáhy, říhání, nadýmání. Vhodná je Magnesia, Dobrá voda, Rudolfka, Aqua plus, nenasyčené minerálky.

2.14.6.3 Vhodná a nevhodná jídla

Tabulka 2-1: Obecné zásady stravování při těchto onemocnění

Potraviny	Vhodné	Nevhodné
Polévky	obilninové z ovesných vloček, rýžové, krupicové, masové vývary s kapáním, s rýží, s těstovinami, bramborové, zeleninové	luštěninové, dršťkové, gulášové, zelné, v sáčcích, ze sušené zeleniny
Masa	hovězí, telecí, vepřové, drůbež, šunka, drůbeží salámy	husa, kachna, tučná, uzená masa, tla-Čenka, jelita, jitrnice, vnitřnosti, konzervy
Omáčky	masová, bešamelová, rajská, koprová, svičková, játrová	
Vejsce	naměkko i natvrdo, omeleta smažená	
Mléko	sušené sojové mléko Oves-milk, které má čtyřikrát více vápníku než kravské	syrové mléko je nutno vyzkoušet
Jogurty	jíst pravidelně pro udržení střevního prostředí	
Mléčné výrobky	tvaroh, žervé, nízkotučné tavené sýry	tvrdé sýry, uzené, pikantní a tučné sýry (45% tuku)
Tuky	máslo, rostlinné oleje, Flora proactiv	sádlo, škvarky, slanina, přepalované tuky
Pečivo	bílé pečivo, veka, starší chléb	celozrnný chléb a pečivo, topinky
Moučníky	piškotová a třená těsta, pěny, pudinky, krémy	tučná kynutá těsta, koblihy
Příkrmy	těstoviny, houskové knedlíky, brambory, rýže	kynuté knedlíky, smažené brambory, hranolky
Ryby	filé pečené, grilované, okoun, pstruh	tučné ryby, konzervované ryby v omáčce, tuňák, makrela, sardinky
Zelenina	mrkev, hlávkový salát, loupaná rajčata nebo šťáva z nich, mladá zelenina, vařená, strouhaná a lisovaná	kapusta, zelí, květák, česnek, cibule, ředkev, fazolka, kedlubny, salátové okurky, houby, paprika, luštěniny
Ovoce	pyré, loupané, kompotované ovoce, lisované ovoce a šťávy, dobře vyzrálé banány	švestky, třešně, hrušky, ryngle, rybíz, angrešt, fíky, sušené ovoce, mandle a ořechy
Nápoje	nenasyčené minerální vody, čaje, bylinné čaje a ovocné šťávy; občas dle snášenlivosti slabá káva, kakao, pivo, červené víno	sodovka, mošty, silný alkohol, šumivé nápoje

Sladidla	glukopur, cukr, umělá sladidla, med	pozor na nadváhu
Koření	bylinné koření, pažitka, kopr, sladká paprika, majoránka, opatrněji – tymián, pepř, nové koření, bobkový list	hořčice, ocet, kari, pálivá paprika, sójová omáčka, magi, nakládané okurky a olivy

Poznámka: Potraviny tepelně upravujeme vařením, dušením, pečením do měkka bez kůrek. Chybějící stopové prvky a vitamíny dodáváme ve formě Multivitaminů.

2.15 PŘÍLOHA 2

2.15.1 Ošetrovatelský proces u pacientky s nově vytvořenou kolostomií

Pacientce byla provedena resekce postiženého sigmoidea a vyvedena terminální sigmoideostomie. Postup podle Hartmanna: Vytvořeným otvorem ve stěně břišní se vyvede konec střeva a ve dvou vrstvách se ke stěně břišní fixuje suturou. Sigmoideostomie bývá umísťována do levé dolní části břišní stěny.

U paní A. K. sledujeme vitální funkce, výsledky laboratorních vyšetření a podáváme ordinované léky a infuze: Augmentin 1,2 g i. v. (ATB), Metronidazol (chemoterapeutikum), Ceru-cal (antiemetikum, prokinetikum), Stilnox (hypnotikum, sedativum), Coxtral (antirevma-tikum, antiflogistikum, antiuratikum), Tramal (analgetikum, anodynum), glukosa 10% + 12 i. u. Humulin R + 20 ml KCl 7,5 % + 10 ml MgSO₄ 10 %, izotonický elektrolytový roztok Plazmalyte 1000.

Vzhledem k tomu, že pacientka trpí námahovou dušností, je součástí léčebného režimu i dechová rehabilitace. Ve věci uspokojování běžných denních potřeb je paní A. K. soběstačná, dopomoc vyžaduje pouze při hygieně. Přeazy operační rány zatím provádí sestry dvakrát denně a podle potřeby. Stomie je funkční a odvádí střevní obsah. Již třetí pooperační den je stolice pravidelná. Okolí stomie je klidné. Vzhledem k mobilitě pacientky a řízené postupné vertikalizaci je riziko vzniku dekubitů minimální. Potenciálním zdrojem infekce může být periferní žilní katétr, který má pacientka zaveden v levé horní končetině. Týden po prvním výkonu podstupuje paní A. K. další chirurgický zákrok - evakuaci hnisu z abscesu v Douglasově prostoru. Obsah je zaslán k mikrobiologickému vyšetření.

Funkční vzorce zdraví podle Gordonové (zkrácená verze)

Model Majory Gordonové je odvozen z interakcí **osoba-prostředí**. Zdravotní stav jedince je vyjádřením **biopsychosociální interakce**. Základní strukturou modelu je dvanáct oblastí, které Gordonová označuje jako funkční vzorce zdraví. Každý vzorec pak představuje určitou část zdraví, která může být funkční nebo dysfunkční. Následuje výběr nejrelevantnějších vzorců zdraví pro případ naší pacientky.

Vnímání zdraví: Pacientka je se svou diagnózou seznámena. Hospitalizaci vnímá jako nepříjemnou, ale důležitou a přínosnou pro svůj zdravotní stav. Chápe nutnost operace, ale se stomií se vyrovnává těžce. Obává se, že nebude schopna o stomii samostatně pečovat.

Výživa a metabolismus: Pacientka připouští, že trpí výraznou nadváhou (BMI 31). Během hospitalizace zhubla 2 kg. Po operaci se její chuť k jídlu změnila. Před příchodem do nemocnice jí přestávalo chutnat jíst. Byla zvyklá na typicky českou stravu s vysokým podílem tučných a sladkých jídel. Nyní má šetrící dietu, ale na stravu si nestěžuje. Je si vědoma, že po propuštění bude muset dodržovat dietní omezení. Denní příjem tekutin 1-1,5 litru odpovídá příjmu tekutin, na který je zvyklá z domácího prostředí.

Vylučování: Před hospitalizací měla paní A. K. pravidelnou stolicí 1krát denně. Posledních 14 dní před výkonem udává bolestivost při odchodu stolice. První obtíže s odchodem stolice po založení stomie odezněly díky dietním opatřením. Obtíže přimočení neguje.

Fyzická aktivita a cvičení: Pacientka je soběstačná. Již v domácím prostředí se jako vdova v důchodu dokázala postarat sama o sebe i svého psa. Mezi její aktivity patří pletení, čtení, a především procházky se psem. Nyní za přítomnosti nemocničního fyzioterapeuta pravidelně rehabilituje. Bolesti a jistá pohybová omezení souvisejí s artrotickými změnami v pravém kyčelním kloubu, přičemž nejvýraznější obtíže pociťuje při rehabilitaci.

Spánek a odpočinek: Před příjmem do nemocnice nikdy nepoužívala hypnotika a svůj spánek hodnotila jako dobrý. Nespavost vznikla teprve v souvislosti s přechodem z domácího do nemocničního prostředí. Pacientka má tendence přes den spát a v noci bdít.

Sebepojetí a sebeúcta: Paní A. K. je se svou diagnózou seznámena. Když se má vyjádřit, jak tuto skutečnost vnímá, soustřeďuje se výhradně na stomii. Má strach, jak bude po propuštění z nemocnice zvládat život se stomií. Její obavy se týkají především zápachu a zvuků způsobených peristaltikou. Pacientka je připravena dodržovat dietní pokyny, od kterých si slibuje eliminaci výše zmíněných projevů.

Role a vztahy: Pacientka žije sama se psem ve dvoupokojovém bytě v Praze. Nejbližší osoby jsou pro ni dcery, vnučka a její sestra. Všichni ji pravidelně navštěvují a podporují v přijetí současného zdravotního stavu, čímž jí pomáhají v adaptaci na život se stomií.

Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské problémy a plán ošetrovatelské péče jsme si s pacientkou stanovily v průběhu prvního dne, kdy jsem ji dostala do své péče, tj. 5. den hospitalizace a 3. den po chirurgickém zákroku.

- Bolest v důsledku operační rány.
- Porucha sebepojetí z důvodu vytvoření stomie.
- Porušení integrity kůže jako důsledek operačního zákroku.
- Změna ve vyprazdňování stolice z důvodu vytvoření stomického vývodu.
- Porucha tělesné hybnosti v důsledku bolesti pravého kyčelního kloubu (koxartróza).
- Poruchy spánku z důvodu změny prostředí.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy: riziko vzniku infekce z důvodu vytvořené stomie a periferní žilní kanylace, deficit informací o ošetřování stomie a péče o její okolí z důvodu nedostatečné edukace, poruchy sociální interakce v důsledku střevního vývodu (nekontrolovaný odchod stolice, zápach).

3 NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ



Obrázek 3-1: Úlevová poloha, Zdroj: Profimedia.cz



3.1 RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V první kapitole Náhlé příhody břšní se budeme věnovat vymezení základních pojmů a specifikovat různé typy tohoto onemocnění. Hlavní úkolem této kapitoly je vás seznámit s ošetrovatelskou péčí u NPB, seznámení s plánem péče a definování základních ošetrovatelských diagnóz. Nakonec si můžete své znalosti ověřit testem.

3.2 CÍLE KAPITOLY



Po prostudování této kapitoly budete umět:

- definovat náhlé příhody břšní,
- popsat symptomatologii toho onemocnění,
- znát základní rozdělení náhlých příhod břšních,
- specifikovat nejčastější druhy NPB,
- znát ošetrovatelskou péči u NPB ,
- orientovat se v ošetrovatelských diagnózách u NPB,
- aplikovat tyto teoretické poznatky do praxe.



3.3 KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

náhlé príhoda břišní, ošetrovatelská péče u NPB, plán ošetrovatelské péče, ošetrovatelské diagnózy

3.4 NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ

Za náhlé příhody břišní (dále jen NPB) označujeme onemocnění břicha s obvykle náhlým začátkem, většinou z plného zdraví a velmi rychlým průběhem. NPB vyžadují včasné stanovení diagnózy (vyšetřující lékař by měl mít dobré znalosti a praktické zkušenosti v oblasti diferenciální diagnostiky onemocnění orgánů dutiny břišní), kvalitní odebrání anamnézy, důkladné fyzikální vyšetření a následnou adekvátní terapii.

Pokud nejsou NPB včas diagnostikovány a léčeny, ohrožují nemocného na životě vážným poškozením zdraví nebo mohou končit i smrtí nemocného.

3.5 ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ NÁHLÝCH PŘÍHOD BŘIŠNÍCH

- Neúrazové
- Zánětlivé
 - ohraničený zánět na orgán,
 - ohraničený zánět s přechodem na okolí,
 - difuzní peritonitida.
- Ileózní
 - mechanický ileus (obturační, strangulační),
 - neurogenní ileus (paralytický, spastický),
 - cévní ileus.
- Krvácení do GIT
- Gynekologické
- Perioperační

3.6 VYŠETŘENÍ NEMOCENÉHO

Základem pro diagnostiku NPB je anamnéza a fyzikální vyšetření. Komplementární laboratorní a paraklinická vyšetření mají význam hlavně při určování stadia onemocnění.

3.6.1 Anamnéza

Pro stanovení správné diagnózy je anamnéza velmi důležitá a lékař by jí měl věnovat dostatek času a pozornosti. Lépe je začít se zjišťováním údajů, které se vztahují k nynějšímu onemocnění.

Lékař se ptá na tyto údaje:

- zda se u pacienta NPB objevuje poprvé nebo měl podobné potíže již dříve, pokud ano, jak vypadaly, kdy ustaly, popř. jak byly léčeny,
- kdy a za jakých okolností začaly obtíže, co jim bezprostředně předcházelo (námaha, sport, úraz, rozčilení, těžko stravitelné jídlo, přejedení apod.),

- jaký byl charakter bolesti na začátku a jak se bolest postupně vyvíjela od začátku NPB (intenzita, lokalizace, periodičnosť, vyzařování),
- přítomnosť nevoľnosti, zvraceni alebo poruch pri vyprazdňovaní plynů a stolice (zácpa, údaj o posledni stolici, zda měl nemocný průjem, nebo stolici s příměsí krve nebo hlenu),
- celkové projevy onemocnění (únavu, mdloba, teplota, subikterus a jiné),
- jaké léky nemocný trvale užívá,
- co a kdy naposledy nemocný jedl a pil,
- u žen nezapomeneme na gynekologickou anamnézu (datum posledni menstruace, počet těhotenství, porodů a potratů).
- Informace o nynějším onemocnění doplníme osobní, rodinnou a pracovní anamnézou.

3.6.2 Symptomatologie

Mezi hlavní příznaky NPB patří bolest břicha, nauzea, zvraceni, zástava větrů a stolice.

Subjektivní příznaky

Bolest je nejčastějším a klíčovým příznakem v diagnostice NPB. Sledujeme:

- **intenzitu bolesti** (silná, slabá, prudká, zničující a jiné),
- **nástup bolesti** (náhlý, pozvolný),
- **vyzařování bolesti**.

Dle typu rozlišujeme:

- **kolikovitou bolest**, která mění intenzitu, je typická pro ileózní NPB, ucpání močových cest a torzi stopek sleziny, vaječníků a ledvin.
- **trvalou bolest**, která je typická pro zánětlivé NPB. Bolest přibývá s rostoucím zánětem, ale není záchvatovitá. Trvalá bolest nejčastěji provází akutní apendicitidu, akutní pankreatitidu, akutní cholecystitidu a peritonitidu.

S postupem času se může měnit nejen intenzita a ráz bolesti, ale i její lokalizace.

Nauzea a zvraceni se také řadí mezi pravidelné klinické příznaky NPB. Na začátku bývají původu reflexního nebo jsou způsobeny překážkou v GIT. Důležitá je frekvence zvraceni a charakter zvratků, např. prudké zvraceni ihned po požití tekutiny svědčí pro vysoký uzávěr GIT. Při nižších uzávěrech GIT nebývá zvraceni časným příznakem. Při uzávěrech na tlustém střevě může být zvracena dokonce tekutina charakteru stolice (miserere). Přítomnost krve ve zvracích (hematemeza) se objevuje při krvácení do horních částí GIT.

Zástava odchodu plynů a stolice provází téměř všechny NPB. Může se jednat o reflexní stav, projev překážky na GIT nebo projev parézy GIT. V případě uzávěru GIT ve vyšších partiích může stolice i plyny dále odcházet, proto má význam sledování barvy stolice, popř. patologické příměsi ve stolici.

Jako meléna se označuje černá až dehtovitá stolice, která obsahuje natrávenou krev a má vést k úvaze o krvácení z horní oblasti GIT. Naproti tomu enterorágie je stolice, která obsahuje jasně červenou, nenatrávenou krev a jedná se tedy spíše o postižení dolní části trávicí trubice.

Jako další subjektivní příznak u NPB se může **objevit škytavka**, která může provázet reflexní zvracení nebo ji způsobí dráždění pobřišnice.

Někdy náhlou příhodou provázejí i **potíže při močení**. Makroskopická *hematurie* (krev v moči) může napovídat o zánětu, nádoru, nebo možném konkrementu v močových cestách. *Dysurie* (obtížné močení) nebo *polakisurie* (časté močení) obvykle provází zánětlivé NPB.

3.6.3 Objektívni příznaky

Mezi celkové příznaky patří chování a poloha nemocného, výraz obličeje, hodnota tepové frekvence, dechu, krevního tlaku a tělesné teploty.

Chování a poloha nemocného

Při zánětlivých NPB nemocný špatně snáší transport, pokud je schopný jít sám, má antalgickou chůzi, drží se rukou v oblasti břicha, zaujímá neměnnou, plevovou polohu. Brání se každé změně polohy, bojí se kýchnout, zakašlat. Naopak neklidný je nemocný s kolikou, nitrobřišním krvácením, ileózními stavy.

Výraz obličeje

U peritonitid je patrný propadlý výraz obličeje, bledost až popelavá barva, halonované oči (bez lesku), oschlý povleklý jazyk – *facies Hippocratica*. Nápadná bledost může upozornit na anémii nebo možné krvácení do dutiny břišní.

Puls, dech a krevní tlak

Na počátcích NPB nejsou velké odchylky od normy, ale s postupujícím rozvojem onemocnění se hodnoty mění a znalost těchto změn může být velmi užitečná. *Tachykardie* provází rozvinutou peritonitidu a krvácení, *bradykardie* může provázet perforaci gastroduodenálního vředu nebo může být znakem výlevu žluči do břišní dutiny. U dechu hodnotíme nejen frekvenci a hloubku, ale také postup dechové vlny, u peritonitid brání bolest v břišním dýchání, dech je rychlý, povrchní. *Hypertenze* je spíše známkou rozrušení nemocného a reakcí organismu na bolest. *Hypotenze* provází intraabdominální krvácení, pokročilý hypovolemický nebo septický šok, u pokročilých ileů je způsobená poruchou vodního a minerálního hospodářství.

Příznaky místní

Místní příznaky zjišťujeme pomocí *fyzikálního vyšetření břicha*. Nemocný se položí na záda, má pokrčené dolní končetiny v kolenou, horní končetiny má volně podél těla, aby stěna břišní byla maximálně uvolněná. Vyšetření má probíhat ohleduplně k nemocnému, v klidu, vhodné je také, aby vyšetřující lékař neměl studené ruce a nepoužíval hrubé vyšetřovací manévry.

- **Pohled – aspekce**
- **Poslech – auskultace**
- **Per rektum**

3.6.4 Laboratorní vyšetření

Krevní obraz

Pro zánětlivé NPB je typická leukocytoza, která je také prvotním příznakem akutního krvácení. Pokles erytrocytů a hemotokritu je projev krvácení, může se objevit ale se zpožděním. U

pokročilých NPB, těžkých úrazů a pankreatitidách je vhodné hemokoagulační vyšetření. Před operací a u podezření na krvácení se provádí stanovení krevní skupiny.

Biochemické vyšetření séra

O metabolickém stavu organismu informují elektrolyty (Na, K, Cl), urea, kreatinin a glykémie. Zvýšení orgánově specifických enzymů může ukázat na příčinu NPB. U pankreatitidy (amyláza, lipáza), u onemocnění hepatobiliárního systému (ALT, AST, GMT, ALP a bilirubin).

Vyšetření moče

Vyšetření močového sedimentu je nezbytné pro odlišení bolestí břicha z metabolických nebo urologických příčin.

3.6.5 Vyšetřovací metody

- **RTG vyšetření**
- **Ultrasonografie**
- **CT**
- **Endoskopie**

Endoskopická vyšetření mají nejen diagnostický, ale v mnohých případech i terapeutický význam (krvácení a obstrukce horní a dolní části GIT). Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP) má nezastupitelnou roli v diagnostice a řešení obstrukce vývodných žlučových a pankreatických cest.

- **Laparoskopie**

Umožňuje pohled do dutiny břišní a tím stanovení příčiny NPB. Dnes se laparoskopické výkony využívají především k terapeutickým účelům.

3.6.6 Léčebné postupy u NPB

Každý pacient s podezřením na NPB musí být hospitalizován a pravidelně sledován. Je nutné zastavit perorální příjem, nepodávají se žádná projímadla ani klyzmata. Před určením diagnózy jsou kontraindikovaná analgetika a především opiáty, protože by mohlo dojít k zastření klinického obrazu. Léčbu NPB je možné rozdělit na konzervativní a operační.

- **Konzervativní léčba**
- **Operační léčba**

3.7 NÁHLÉ PŘÍHODY BŘIŠNÍ ZÁNĚTLIVÉ

3.7.1 Appendicitis acuta

Jde o nejčastější NPB, vyskytují se ve všech věkových skupinách, nejvíce u dětí a mladších osob, její etiologie není zcela jasná. Vyznačuje se nevolností, zvracením, bolestí břicha nad pupkem, která se po několika hodinách přesunuje do pravého podbříšku.

Diagnóza vychází z anamnézy, fyzikálního vyšetření, přínosné je sonografické vyšetření. Z objektivních příznaků dominuje tachykardie, subfebrilie, pozitivní Pleniésovo znamení, Blumbergův a Rovsingův příznak. V krevním obraze je leukocytóza, zvyšuje se CRP.

Při ohraničeném procesu je možné zkusit konzervativní léčbu. Doporučuje se klid na lůžku, perorálně pouze čaj, podávají se infuze a širokospektrá antibiotika, může se ledovat podbříšek. Po zklidnění zánětu je plánovaná appendektomie laparoskopicky nebo laparotomicky řezem v pravém podbříšku. Nejzávažnější komplikací je perforace gangrenózního appendixu, kdy dojde k difúzní peritonitidě.

3.7.2 Choleccystis acuta

Toto onemocnění vzniká obvykle na podkladě cholecystolitiázy, někdy také začíná jako biliární kolika, která se projevuje typickou bolestí v pravém podžebří vyzařující do zad a pod lopatku.

Diagnózu potvrdí pozitivní sonografický obraz, leukocytóza, někdy jsou zvýšené jaterní enzymy a bilirubin. Mezi hlavní příznaky patří nauzea, zvracení, subfebrilie, bolestivost v pravém podžebří.

Léčení konzervativním způsobem spočívá v klidu na lůžku, čajové dietě a podáváním antibiotik. Po odeznění zánětu (3 – 6 týdnů) se doporučuje provést cholecystectomii otevřenou nebo laparoskopickou cestou. Mezi komplikace patří empyém žlučníku (žlučník je vyplněn hnisem), gangréna žlučníku a perforace, kdy hrozí velké riziko rozvoje peritonitidy.

3.7.3 Pancreatitis acuta

Akutní pankreatitida je závažné onemocnění slinivky břišní, postiženi jsou častěji muži mezi 30. a 50. rokem věku. Příčinou vzniku může být infekce, obstrukce žlučových cest, dietní chyba (tučné jídlo), alkohol, metabolické faktory, trauma pankreatu.

Rozlišujeme dvě formy akutní pankreatitidy: edematózní a hemoragickonekrotizující. Mezi hlavní příznaky patří náhle vzniklá, šokující, prudká bolest v nadbříšku, kolem pupku nebo v celém břiše, nevolnost, zvracení, nemocný je zchvácený, břicho je vzedmuté, bolestivé, tep-lota může být až 38 °C.

V diagnostice je laboratorně typická leukocytóza, zvýšená hladina amyláz v séru i moči, někdy také hyperbilirubinemie. Hladina CRP nad 200 ukazuje na nekrózu pankreatu. Velmi důležité je sonografické a CT vyšetření, které upřesní rozsah zánětu.

Akutní pankreatitida se léčí především konzervativně, kdy je kontraindikován jakýkoliv perorální příjem, je možné zavést NGS.

Intravenózně se podávají antibiotika, spazmolytika, pacient má totální parenterální výživu, zavedený močový katetr, sleduje se bilance tekutin. Následkem akutního zánětu se mohou objevit septické komplikace, pseudocysta nebo absces pankreatu, difuzní peritonitida, diabetes mellitus.

Chirurgická léčba je indikována u těžkých hemoragicko-nekrotických forem, provádí se otevřená laparotomie, laváž a drenáž dutiny břišní. Prognóza je závažná u těžkých forem, může dojít k šokovému stavu a multiorgánovému selhání.

3.7.4 Diverticulitis acuta

Akutní příhoda bývá častou komplikací divertikulózy. Projevuje se bolestí břicha, nejčastěji v levém podbříšku, bolest je provázena teplotou, zácpou nebo průjmem. Při perforaci zánětlivého divertiklu jsou znát místní i celkové známky akutní peritonitidy.

Diagnóza se stanoví na základě laboratorního vyšetření (leukocytóza), provede se nativní snímek břicha, kde se může prokázat pneumoperitoneum nebo obraz nízkého ileu. Na sonografickém vyšetření lze rozpoznat absces nebo volnou tekutinu v pánvi, CT vyšetření velmi usnadní diagnózu. Irrigografií lze dobře zobrazit divertikly i průkaz perforace (únik kontrastní látky), v akutní fázi se toto vyšetření však spíše nedoporučuje.

Konzervativní léčba doporučuje klid, parenterální výživu, podávání antibiotik, ledování podbříšku, postupné zatěžování perorálním příjmem a přísunem bezesbytkové stravy. Chirurgická léčba se provádí akutně při perforaci divertiklu a známkách peritonitidy. Provádí se sutura (zašití) perforačního otvoru, popřípadě se provádí resekce (odstranění) části postižené-ho střeva, někdy je nutné provést odlehčovací stomii. Velmi nutná je dokonalá drenáž dutiny břišní, vždy se podávají širokospektrá antibiotika.

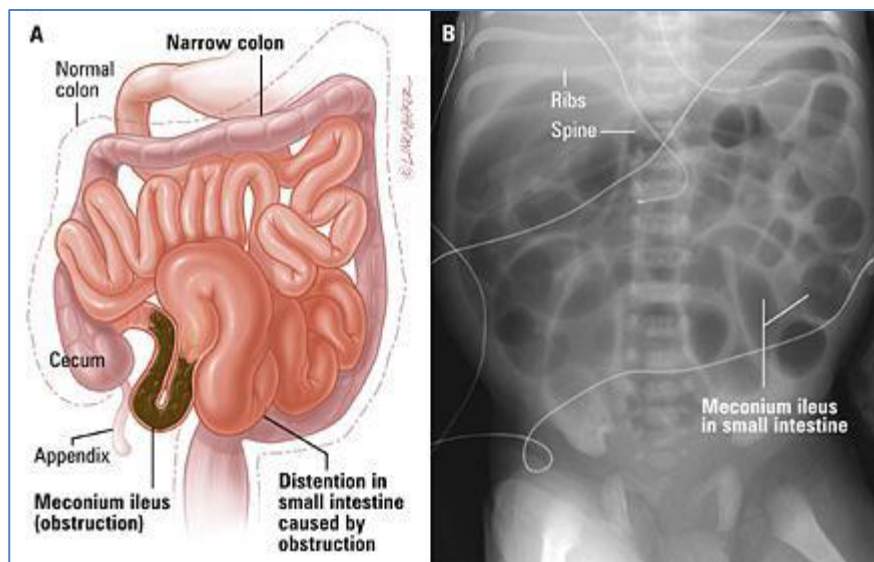
3.7.5 Peritonitis acuta

Akutní zánět pobříšnice, může být ohraničený nebo difuzní. U ohraničeného zánětu je bolest lokalizovaná v místě zánětem postiženého orgánu. Jsou přítomny známky peritoneálního dráždění (Blumbergovo znamení). Diagnóza se stanoví na základě klinického a laboratorního vyšetření, které doplní ultrazvuk a CT. Léčba je zpočátku konzervativní, doporučuje se klid na lůžku, dieta, studené obklady, podávání antibiotik, sleduje se další vývoj procesu.

Difuzní zánět vzniká často při perforaci GIT, nemocný má nauzeu, zvrací, zaujímá úlevovou polohu, dýchání je zrychlené, povrchní. Objektivním vyšetřením zjistíme tachykardii, teplotu, bolestivý poklep, stažení břišních svalů. Diagnostika se doplňuje sonografickým a CT vyšetřením. Léčba začíná infuzní přípravou s úpravou vnitřního prostředí, dále následuje otevřená laparotomie. Provede se důkladná toaleta dutiny břišní, zavádí se drenáž. Nadále se pokračuje v parenterální výživě, podávají se antibiotika.

3.8 NÁHLE PŘÍHODY BŘIŠNÍ ILEÓZNÍ

Střevní neprůchodnost (ileus) má ze všech neúrazových NPB nejvyšší úmrtnost, pokud není včas řešena. Toto onemocnění postihuje převážně starší věkovou kategorii, vážnost onemocnění je dána tím, že velmi rychle dochází k rozvratu vnitřního prostředí.



Obrázek 3-2: Ileózní stav na RTG snímku jsou viditelné „hladinky“

Dělení ileózních stavů:

- mechanický ileus
- obturační
- strangulační
- neurogenní ileus
- paralytický
- spastický
- cévní ileus

3.9 KRVÁCENÍ DO GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU

Krev se může do gastrointestinálního traktu (GIT) dostat při krvácení z různých částí trávicí trubice. Podle rozsahu dělíme krvácení na masivní a mikroskopické nebo taky utajené (okultní). Život ohrožující je především masivní krvácení, kdy dojde k postupnému rozvoji hemoragického šoku.

Nejčastějšími příčinami jsou jícnové varixy, peptický vřed, tumory GIT, střevní záněty, popř. chirurgické výkony v oblasti zažívacího traktu.

Krvácení se může projevit jako *meléna*, což je černá, mazlavá, dehtovitá stolice s natrávenou krví a svědčí o krvácení z horní části GIT.

Enteroragie je naopak stolice, která obsahuje nenatrávenou, červenou krev a napovídá spíše o možném zdroji krvácení z nižších GIT.

Hemateméza je zvracení čerstvé krve nebo může mít i vzhled „kávové sedliny“.

Masivní krvácení se projeví bledostí, slabostí, nemocný je opocení, zjistíme zrychlený puls. Tachykardie je významným příznakem, postupně se připojuje i hypotenze. Laboratorně dochází k poklesu červené krevní složky, z vyšetření jsou přínosné především endoskopické metody, které vedle diagnostiky umožňují často i vysoce efektivní terapii. U nemocného se hradí krevní ztráty, stabilizuje oběh a kompenzuje vnitřní prostředí. Chirurgicky se provádí otevřená laparotomie, zastaví se zdroj krvácení.

3.10 ÚRAZOVÉ NÁHLÉ PŘÍHODY BŘÍŠNÍ

3.10.1 Otevřené

- Při otevřené NPB do dutiny břišní vniká zraňující předmět, na kůži je patrná vstupní brána.
- Při poranění cév a vnitřních orgánů se rozvíjí hemoperitoneum a následně hemoragický šok.
- Při poranění GIT dochází k rozvoji peritonitidy.

Volnou tekutinu v dutině břišní a poranění parenchymatózních orgánů lze prokázat sonografickým a CT vyšetřením. Pokud je pacient oběhově stabilní, volí se laparoskopie k upřesnění diagnózy. Mnohdy je následně i terapeutickou metodou, lze ošetřit nevelké krvácení, zavést drenáž. Pokud jde o rozsáhlé poranění je indikována laparotomie.

3.10.2 Zavřené

Poranění vznikají většinou tupým úderem na stěnu břišní. Může se jednat o nekomplikovanou kontuzi břicha, velice často však dochází k traumatu parenchymatózních orgánů, někdy také k poranění střev. Rozvíjí se hemoperitoneum a hemoragický šok. Pacient je bledý, opocení, má tachykardii, hypotenzi a pokles v červeném krevním obrazu.

Při poranění GIT vzniká poúrazová peritonitida, pro kterou je typická přibývající, lokalizovaná a později difuzní bolest břicha, pozitivní *Pléniesovo znamení* (bolest při poklepu), tachykardie a laboratorní známky zánětu. Často se vyskytuje i smíšená forma, krvácení plus přítomnost střevního obsahu v dutině břišní.

V diagnostice významně pomáhá sonografické a CT vyšetření. Léčba může být konzervativní, pacient je hospitalizován na oddělení intenzivní péče, je pečlivě sledován, monitorují se vitální funkce. Pravidelně se doplňují laboratorní výsledky a sonografické vyšetření. Při známkách rozvíjejícího se krvácení nebo peritonitidy je indikována laparotomie

3.11 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S NÁHLOU PŘÍHODOU BŘIŠNÍ

Léčba NPB je po odborné i ošetrovatelské stránce velmi náročná. Ošetřování nemocného proto musí být prováděno s největší odpovědností, protože tu hrozí velké riziko vážných komplikací, které mohou nemocného ohrožovat i na životě.

3.11.1 Přijetí nemocného

Pacient se uloží na lůžko, pokud má velké bolesti, šetrně se s ním manipuluje.

Sestra asistuje lékaři při klinických vyšetřeních, změří krevní tlak, puls, tělesnou teplotu a vše zapíše do dokumentace.

Dle ordinace lékaře odebere krev a moč na potřebná laboratorní vyšetření, zajistí včasné dodání výsledků (označením vzorků STATIM). Pokud lékař požaduje u nemocného doplnění rentgenového, sonografického nebo CT vyšetření zajistí odvoz nemocného.

Nemocnému celou dobu vlídně a s porozuměním vysvětluje důležitost i průběh prováděných úkonů a vyšetření.

3.12 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Předoperační příprava se liší dle charakteru nemoci a stavu pacienta. Většina NPB vyžaduje akutní řešení, čímž se zkracuje celková příprava nemocného. Kromě masivního krvácení do dutiny břišní, které je nutné řešit urgentní operací, je vhodné a pro pacienta bezpečnější, pokud se operační výkon alespoň o 1 – 2 hod. odloží a pacient se k výkonu připraví.

V rámci předoperační přípravy je u nemocného třeba zajistit:

- monitoring vitálních funkcí pacienta,
- kanylaci periferní nebo centrální žíly,
- zavedení nazogastrické sondy (NGS),
- zavedení permanentního močového katetru (PMK),
- aplikaci naordinovaných léků a infuzí.

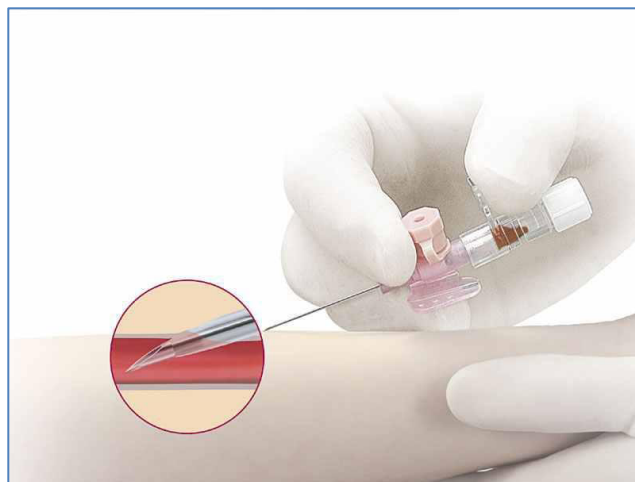
3.12.1 Monitoring vitálních funkcí pacienta

Monitoring je soustavné sledování fyziologických funkcí pacienta, jehož cílem je včasné odhalení abnormalit těchto funkcí, zhodnocení účinku podaných léků a posouzení aktuálního stavu pacienta. Sleduje se hodnota krevního tlaku, pulsu, tělesné teploty, počet dechů, bilance tekutin včetně diurézy.

Na odděleních intenzivní péče je pacient připojen na monitor (bed-side monitor), kde se navíc sleduje křivka EKG a saturace kyslíku v krvi.

3.12.2 Kanylace periferní nebo centrální žíly

Periferní žilní kanyla (PŽK) se nejčastěji zavádí do žilního řečiště na horních končetinách v oblasti předloktí. Sestra si nachystá potřebné pomůcky, důkladně edukuje pacienta. Místo vpichu řádně před zavedením kanyly dezinfikuje. Po zavedení PŽK místo vpichu překryje sterilním obvazem, napojí infuzní soupravu a vše zaznamená do dokumentace.



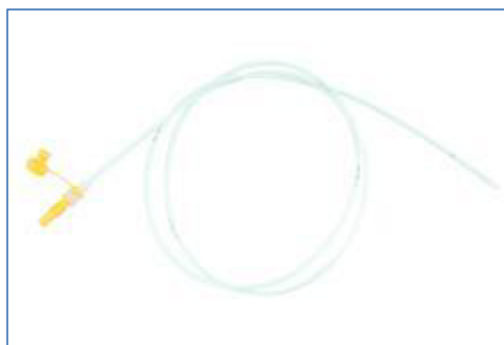
Obrázek 3-3: Kanylace periferní žíly

Centrální žilní kanylu (CŽK) zavádí lékař, sestra mu asistuje. Místem zavedení může být vena subclavia, vena jugularis, popř. vena femoralis. Před samotným výkonem je nutná příprava nemocného, která spočívá v důkladné edukaci o výkonu a psychické podpoře. Sestra upraví polohu pacienta a připraví pomůcky k zavedení CŽK. Po celou dobu výkonu asistuje lékaři, neustále sleduje stav pacienta.

Po zavedení ošetří místo vpichu, překryje ho sterilním obvazem, uklidí pomůcky a zajistí RTG vyšetření, kterým se ověřuje správnost zavedení. Vše je nutné opět pečlivě zaznamenat do dokumentace.

3.12.3 Zavedení nazogastrické sondy

Nazogastrická sonda (NGS) se zavádí především u ileózních stavů. Sondy zavádí ve většině případů sestra, pokud pacient nespolupracuje nebo určí-li lékař, že bude sondu zavádět sám, sestra mu asistuje. Sondy měří 75 – 120 cm, jsou barevně odlišeny dle velikostí.



Obrázek 3-4: Nasogastrická sonda

Dvořák (2003) uvádí: „Zavedení nazogastrické sondy před operací má niekoľikový význam:

- Umožňuje odsávanie mätnajícího žaludečného a duodenálneho obsahu pri prekážkach v GIT.
- Po odsátí obsahu dojde k tonizácii ochablé žaludečnej steny, čo má priaznivý vliv na hojenie anastomózy.
- Zmenšuje nebezpečie aspirácie zejména pri úvode do anestezie, u akútnych operáci krátce po požití potravy sa zavádza silná sonda k odstránení ešte nenatrávené potravy.
- Používa sa k predoperačnej príprave některými prostriedky enterálnej výživy.
- Odsávanie obsahu snižuje pankreatickú sekreciu
- V pooperačnom průběhu je prevenciou distenze pri paralytickém ileu.“

Před výkonem je dobré pacientovi celý výkon i účel zavedení sondy důkladně vysvětlit, dobrá spolupráce s nemocným je nezbytná. Sestra si nachystá všechny potřebné pomůcky, upraví polohu pacienta, nejvýhodnější je Fowlerova poloha.

Nejprve je nutné určit délku zavedení sondy změřením vzdálenosti od špičky nosu k ušnému lalůčku a dále ke konci sternu.

Na konec sondy se aplikuje lokální anestetikum (nejčastěji se používá Mesocain gel) a poté se opatrně zavede nosem přes hltan do žaludku. V průběhu zavádění je dobré pacienta vyzvat, aby polykal.

Kontrola správného umístění sondy se provádí několika způsoby např. aspirací žaludečného obsahu a změřením pH lakmusovým papírkem (hodnota pH má být menší nebo rovna 5). Pokud se nepodaří aspirace žaludečného obsahu, je možné provést poslechovou zkoušku. Do sondy se Janettovou stříkačkou aplikuje malé množství vzduchu a za pomoci fonendoskopu, který se položí na oblast žaludku, posloucháme, zda je slyšet zvuk vsřikovaného vzduchu. Pokud ano, je zavedena správně. Každá sonda je také RTG kontrastní. Po kontrole zavedení, sestra sondu fixuje náplastí k nosu pacienta, napojí konec na sběrný sáček a provede záznam do dokumentace.

3.12.4 Zavedení permanentního močového katetru

Permanentní močový katetr (PMK) se zavádí u delších a komplikovanějších operací. Močový katetr umožňuje sledování diurézy během výkonu, ale hlavně měření hodinové diurézy po operaci. Zavedení PMK je výhodné u operací břicha a v oblasti malé pánve, kde by rozepjatý močový měchýř působil technické potíže. Ženám zavádí močovou cévku sestra, mužům lékař za asistence sestry. Zavedení se provádí za přísně aseptických podmínek. Do dokumentace se zapíše den zavedení, na některých pracovištích se navíc uvádí i velikost katetru (k označení velikosti se využívá Charriérova stupnice nebo stupnice French).



Obrázek 3-5: Permanentní Nelatonův katetr

3.12.5 Aplikace naordinovaných léků a infuzí

Tuto činnost zajišťuje sestra ve spolupráci s lékařem. U NPB dochází k metabolickému rozvratu, infuzní léčba pacientovi zajišťuje přívod tekutin, minerálních látek, vitamínů a léků. Povinností sestry je aplikace a sledování infuzní léčby, zajištění technické stránky infuze a dodržování zásad sterility.

Důležitá je i dokumentační činnost.

Součástí předoperační přípravy je i antibiotická profylaxe. Jde o preventivní podání antibiotik, které je indikováno všude tam, kde je častý výskyt těžkých infekčních komplikací po operaci. U operací na trávicím ústrojí je právě toto riziko podstatně vyšší, proto se antibiotika nasazují již před operačním výkonem a užívají se i dále v pooperačním období.

Před odjezdem nemocného na operační sál sestra oholí operační pole, provede bandáž dolních končetin, zajistí sejmutí šperků, vyjmutí zubní protézy. Pokud pacient nemá zavedený PMK je nutné, aby se před výkonem vymočil. Dále podá premedikaci předepsanou anesteziologem, součástí předoperační přípravy je i podepsání informovaného souhlasu nemocným. S kompletní dokumentací předá pacienta na operační sál.

3.13 POOPERAČNÍ PÉČE

Pooperační péče probíhá většinou na jednotkách intenzivní péče a zahrnuje:

- monitoring vitálních funkcí,
- sledování laboratorních výsledků,
- sledování diurézy a bilance tekutin,
- péči o operační ránu,
- péči o zavedené drény a nazogastrickou sondu,
- tlumení pooperační bolesti,
- aplikaci ordinovaných léků a infuzní terapie,
- prevenci pooperačních komplikací.

3.13.1 Monitoring vitálních funkcí

Po příjezdu z operačního sálu zkontroluje sestra vědomí pacienta. Hodnotí se reakcí na oslovení, případně na algický podnět, lze využít i hodnotící škály (např. Glasgow coma scale).

Pacient je připojen na monitor, kde jsou v pravidelných intervalech sledovány hodnoty krevního tlaku, pulsu, saturace O₂, dýchání a tělesné teploty. Vše se zaznamenává do dokumentace, která musí být přehledná a kompletní, musí obsahovat všechny potřebné údaje. Tyto informace slouží k tomu, aby lékař mohl v kteroukoli dobu získat rychle dostatečný přehled o pacientovi.

3.13.2 Sledování laboratorních výsledků

Pokud anesteziolog nebo operatér požaduje aktuální laboratorní vyšetření, odebere sestra krev a zajistí včasné dodání výsledků. Jednotlivé hodnoty výsledků jsou vždy zaznamenávány, postupným zápisem je možné získat přehled o vývoji onemocnění a pooperačního stavu.

3.13.3 Sledování diurézy a bilance tekutin

Nemocný by se měl do 8 hodin po operaci sám vymočit, pokud ne, je třeba ho jednorázově vycévkovat nebo zavést PMK. Většina pacientů po břišních operacích má PMK zavedený, protože je u nich nutné pravidelné sledování diurézy. Normální hodnota diurézy by neměla klesnout pod 60 ml/hod. Důležitou složkou monitoringu je i bilance tekutin (BT), hodnotí se nejčastěji po 6, 12, 24 hodinách. Do příjmu se počítá příjem per os, sondou a parenterálními roztoky. Do výdeje moč, zvracení, odpady z drénů a sondy, krevní ztráty, popř. stolice. Pokud je příjem výrazně vyšší než výdej (pozitivní bilance) může dojít k přetížení oběhu. Prevencí tohoto stavu je měření centrálního žilního tlaku (CVT), jehož normální hodnota je +4 – +8 cm H₂O. Dle hodnot CVT a bilance tekutin je možné korigovat přívod parenterální cestou, eventuálně podání diuretik.

3.13.4 Péče o pooperační ránu

Kontrola operační rány patří k pravidelným povinnostem sestry. Operační rány jsou kryty obvazem, sleduje se především, zda není prosáklý krví nebo jinou tekutinou.

Pokud dojde k prosáknutí krytí, doporučuje se, přidat další vrstvu sterilního krytí a ránu nadále sledovat. Výměna celého obvazu by narušovala incizi a bránila by srážení krve. Časový odstup prvního převazu rány se řídí ordinací operatéra.

3.13.5 Péče o zavedené drény a nazogastrickou sondu

Pacienta ukládáme po operaci do polohy na zádech s mírně zvýšenou polohou hrudníku. Tato poloha usnadňuje plicní ventilaci a je prevencí aspirace žaludečního obsahu. NGS je napojena na sběrný sáček, který se připevní k lůžku pacienta.



Obrázek 3-6: Chirurgické drény

Cílem drenáže je odvádět krev, sekrety nebo hnis z operační rány, tělních dutin a abscesů. Drény by měly být tak dlouhé, aby umožňovaly pacientovi potřebný pohyb v lůžku. U každého drénu a NGS se sleduje funkčnost, průchodnost, charakter a množství odváděného sekretu. Vše se zaznamenává do dokumentace, množství spočítá do výdeje v rámci bilance tekutin. Odstranění sondy i drénu určuje lékař, přičemž důležitým kritériem je nejen množství, ale především charakter odváděného sekretu.

3.13.6 Tlumení pooperační bolesti

Bolest rány a jejího okolí je pravidelným úkazem po operačním výkonu. Začíná po odeznění účinku anestetika a může přetrvávat i několik dnů. Dle ordinace lékaře podává sestra nemocnému v prvních pooperačních dnech analgetika (opiáty, později neopiátová analgetika) v pravidelných časových intervalech.

Množství, druh, intervaly a hodinu posledního podání analgetik je nutné zaznamenávat do dokumentace. Sleduje se přítomnost, charakter a intenzita bolesti, účinnost analgetik. K tomuto sledování se používají škály pro hodnocení bolesti.

3.13.7 Aplikace ordinovaných léků a infuzní terapie

Infuzní léčbu ordinuje lékař, sestra aplikuje ordinované léky a podává z pověření lékaře infuzní terapii. Parenterální výživa zajišťuje nemocnému přívod tekutin, energetický příjem pro látkovou výměnu, přívod minerálních látek, vitamínů a léků.

O nutnosti sledování vodní a elektrolytové rovnováhy u nemocného po operaci píše Pešková (2003): „Zvláště u operovaných, kde větší ztráty tekutin musíme předpokládat (drenáž žlučových cest, pankreatu, žaludeční sonda s větším odpadem, pištěle s větší sekrecí), je třeba trvale sledovat diurézu, specifickou hmotnost moči a pravidelně kontrolovat hladinu iontů v krvi, jejich ztráty močí a samozřejmě zajistit jejich včasnou a adekvátní náhradu.“

3.13.8 Prevence pooperačních komplikací

Pooperační komplikace jsou stavy, které zhoršují normální pooperační průběh a vznikají v souvislosti s anestezií nebo operačním výkonem. Znalost nejdůležitějších příznaků těchto stavů je velmi důležitá pro včasné rozpoznání možné komplikace a mnohdy je také rozhodující pro další osud pacienta.

Bezprostředně po operaci hrozí především krvácení z operační rány, respirační a kardiální komplikace, u nemocných po operacích pro NPB je velké riziko aspirace žaludečního obsahu.

Úkolem sestry je soustavné monitorování vitálních funkcí, uložení pacienta do správné polohy, sledování operačního pole a odpadů z drénů.

V dalších pooperačních dnech se mohou objevit infekční komplikace, poruchy funkce močového a trávicího systému, tromboembolická nemoc (TEN), komplikace v operační ráně, ale i duševní poruchy. Úkolem sestry v tomto období je důsledné dodržování aseptických postupů při ošetřování nemocného, aseptické ošetřování všech invazivních vstupů, sledování diurézy, peristaltiky a bilance tekutin. Prevencí TEN je aplikace nízkomolekulárního Heparinu dle ordinace lékaře, bandáže dolních končetin, dechová gymnastika a včasná mobilizace pacienta.

Nedílnou součástí je i nácvik šetrného vstávání z lůžka a odkašlávání, zejména u pacientů po laparotomických operacích, kdy hrozí riziko dehiscence (rozestupu) operační rány. Při ošetřování operační rány sestra hodnotí i stav hojení rány (zarudnutí, napětí kůže a bolestivost jsou prvotními příznaky počínající infekce). Duševní poruchy vznikají na základě predispozice pacienta, vyskytují se častěji u starších nemocných. Významnou roli zde hraje kromě vlivu operačního výkonu i změna prostředí, proto nezapomínáme i na péči o psychiku a pohodu pacienta.

3.14 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S NPB

1. Uložení pacienta

- podle závažnosti je pacient hospitalizován buď na JIP nebo standardní chirurgické ošetrovací jednotce,
- blízko sesterny na malý pokoj, dál od okna.

2. Poloha

- zajisti pacientovi úlevovou polohu (nejčastěji zaujímá polohu „na všech čtyřech“),
- klid na lůžku.

3. Sledování

- projevy bolesti, žádoucí a nežádoucí účinky analgetik a spasmolytik,
- fyziologické funkce (známky oběhového a respiračního selhání),
- podporuj individuální úlevovou polohu,
- nic per os, péče o dutinu ústní,
- nazogastrická sonda, její správná poloha a samospád, množství a charakter žaludečního obsahu, proplach sondy podle ordinace studeným fyziologickým roztokem
- nauzea, zvracení, odchod plynů či jejich zástavu, v případě zvracení zavádíme Nazogastrickou sondu,

- vyprazdňování moče a stolice (bilance tekutin – nezapomínej na odpady ze sondy nebo zvracením),
- žilní kanylace dle stupnice VIP, CLISA
- výskyt dekubitů a opruzenin.

4. Výživa

- v akutním stádiu nic per os
- nejdříve nic per os pak pankreatická dieta
- infúzní terapii (parenterální přívod tekutin, výživa)
- dodržování dietního režimu

5. Hygienická péče

- zhodnoť úroveň hygieny a soběstačnosti v této oblasti
 - ošetření žaludeční sondy -> denně přelepení
 - sondu je možno vždy povytáhnout a znovu zasunout, jako prevence tlaku na nosní křídlo
 - v akutním stádiu proved' hygienickou péče na lůžku

6. Vyprazdňování

- ved' záznam bilance tekutin, boj proti zácpě (nácvik defekačního reflexu)
- zajisti dostatek pomůcek k lůžku, doprovod na WC
- sleduj vyprazdňování moče (množství, frekvenci a příměsi)
- sleduj odchod plynů (zástava plynů), meteorismus, vyprazdňování stolice

7. Rehabilitace

- mobilizuj pacienta dle stavu a věku
- doporuč pacientovi správné techniky, aby eliminoval bolest (správné dýchání, úlevová poloha, nezatěžování břišní stěny nevhodnými pohyby)

8. Spánek a odpočinek

- zhodnoť úroveň aktivity a spánku pacienta
- zajisti klid a příjemné prostředí
- kontroluj intenzitu bolesti
- toleruj spánkovou inverzi, ale i možnou dezorientaci a vulgárnost P
- aplikuj léky dle ordinace Lékaře (analgetika, hypnotika, sedativa)
- dbej o bezpečnost pacienta (suicidní úmysly)

Ošetrovatelské diagnózy

1. Akutní bolesť související se zánětlivým onemocněním v dutině břišní.
2. Porucha dýchání ve vztahu k bolesti: snížené expanzi plic z omezeného pohybu na lůžku, omezený pohyb hrudníku.
3. Snížený objem tělesných tekutin vzhledem ke vzniku hemoragického exudátu, velkou ztrátu tělesných tekutin, snížený příjem tekutin, odsávání žaludečního obsahu sondou.
4. Porucha tkáňového prokrvení ve spojitosti s hypovolemickým šokem.
5. Strach a úzkost ve vztahu k náhlému vzniku onemocnění, nedostatku informací, k neznámému prostředí, odloučení od rodiny.
6. Hypertermie v souvislosti se zánětlivým onemocněním.
7. Intolerance aktivity ve vztahu k bolesti, pohybovému režimu.
8. Zácpa (riziko) funkční zpomalení peristaltiky.
9. Riziko změny sliznice dutiny ústní ve vztahu k zavedení nasogastrické sondy, dehydrataci, nedostatečné hygieně dutiny ústní.
10. Deficit sebeděže – nedostatky v oblasti hygieny, vyprazdňování, příjmu stravy.
11. Deficit vědomostí
12. Riziko infekce vzhledem na invazivní vstupy

Příklady plánování

K ošetrovatelské diagnóze 2:

Cíl: Dýchání bude účinné

Výsledné kritéria:

- efektivně se realizují dechová cvičení
- polohujeme do adekvátní polohy na podporu dýchání
- vyjadřuje zlepšení pohody
- má nepřerušovaný spánek,

Intervence sestry:

- posoudit dýchání (frekvence, typ, pravidelnost),
- posoudit faktory zhoršující dýchání (bolest, poloha, přítomnost nasogastické sondy, nausea, zvracení),
- aplikovat kyslík,
- monitorovat dýchání, vitální funkce,
- všimnout si emocionální reakcí,
- upravit v rámci možností Fowlerovu polohu,
- pomáhat překonávat strach, úzkost a bolest.

K ošetrovatelské diagnóze 7:

Cíl: p/k bude postupně tolerovat zvyšování aktivity

Výsledné kritéria: p/k se postupně při zlepšování zdravotního stavu zapojí do aktivit denního života

Intervence sestry:

- posoudit do jaké míry ovlivňuje zdravotní stav toleranci aktivity,
- naplánovat s k/p postup při zvyšování denních činností,
- zabezpečit pomoc při běžných aktivitách denního života,
- zapojit rodinu při povzbuzování a pomáhání k zlepšení tolerance aktivity.

K ošetrovatelské diagnóze 8:

Cíl: P/k se objeví peristaltika střev, defekace a flatulence

Výsledné kritéria – p/k

- verbalizuje nebolestivou defekaci,
- má stolicí normální konzistence,
- má přítomnou peristaltiku, břicho nebolestivě a dobře prohmatné.

Intervence sestry:

- zjistit způsob vyprazdňování před onemocněním,
- zhodnotit současný stav defekace a vlivy které ji nepříznivě ovlivňují,
- zjistit přítomnost nebo absenci střevních plynů,
- všimnout si zda je k/p vystaven nadměrnému stresu,
- při dlouhodobé zácpě podat léky nebo klyzma podle ordinace lékaře.

3.15 SHRNUTÍ

Kapitola náhlé příhody břišní shrnula v kostce základní parametry diagnostiky, které jsou pro stanovení diagnostického závěru u NPB velmi důležité. Naučili jste se základní rozdělení, příznaky, průběh, diagnostiku a léčebná postup.

Představili jsme si některé NPB, jejich příznaky, léčbu a péči o pacienta. Operativní řešení, pooperační péči a nastavení ošetrovatelských diagnóz, včetně ošetrovatelského plánu.

3.16 KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Definujte NPB a její základní rozdělení?
2. Popište základní objektivní příznaky u pacientů s NPB?
3. Vyjmenujte zánětlivé příhody břišní?
4. Charakterizujte základní sesterské intervence při přijetí pacienta s NPB?
5. Přemýšlejte, která ošetrovatelská diagnóza bude nejdůležitější při přijetí pacienta s akutní pankreatitidou a v následující hodině a tom diskutujte s pedagogem.

3.17 KORESPONDENČNÍ ÚKOL

V rámci praxe v chirurgické péči si vyberte pacienta s NPB a vytvořte si kazuistiku, pomocí které si zapamatujete celý průběh léčby pacienta od přijetí do propuštění.

Podle vzoru vytvoř plán péče u ostatních ošetrovatelských diagnóz nebo si kreativně vytvoř své vlastní ošetrovatelské diagnózy





3.18 ZDROJE KAPITOLA 3

JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, *Ošetrovateľská péče v chirurgii*, 1.vyd. Ostravská univerzita v Ostravě, 2011, 121s. ISBN 978-80-7464-051-3

KUBICOVÁ, E. et al. *Chirurgické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2000. 152 s. ISBN 80-8063-049-6.

MICHALSKÝ, R., VOLFOVÁ, I. *Kapitoly z obecné chirurgie pro studující ošetrova-telství*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 83 s. ISBN 978-80-7248-464-5.

NANDA International. *Ošetrovateľské diagnózy Definice a klasifikace 2009 – 2011*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.

VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.

ZEMAN, M. et al. *Chirurgická propedeutika*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2000. 520 s. ISBN 80-7169-705-2.

4 ZÁVĚR

Studijní opora je zaměřená na vybrané klinické případy a onemocnění v chirurgii. Cílem bylo seznámit studenty s příznaky, symptomy a léčbou vybraných chirurgických onemocnění, včetně zaměření se na ošetrovatelskou péči, plán péče a ošetrovatelské diagnózy. Opora se věnuje také speciální předoperační, intraoperační a pooperační péči u vybraných onemocněních a popisuje speciální přípravu, která se liší od té standardní.

Kapitoly na sebe logicky navazují a předkládají studentům výklad základních pojmů v chirurgické péči vybraných onemocnění. Pomocí této opory by se měl student naučit charakterizovat dané onemocnění, popsat soubor příznaků, navrhnout typy vyšetření k diagnostice, vyjmenovat možné způsoby léčby a nastavit ošetrovatelskou péči.

Po prostudování by měl umět student samostatně odebrat ošetrovatelskou anamnézu, stanovit ošetrovatelský problém, nastavit ošetrovatelskou diagnózu a v souvislosti s tím naplánovat péči s patřičnou intervencí a s vyhodnocením zdravotního stavu pacienta. Studenti budou moci své teoretické znalosti, získána v předmětu ošetrovatelská péče v chirurgických oborech, aplikovat do praxe.

Studijní opora je určena studentům bakalářského studia v oboru všeobecná sestra, dětská sestra a porodní asistentka. Nelékařským zdravotnickým pracovníkům poskytuje ucelený výukový materiál, který shrnuje do jednoho celku základní informace o vybraných chirurgických onemocněních.

Vážení studenti,

tato studijní opora slouží jen jako podpůrný materiál pro studium předmětu ošetrovatelská péče v chirurgických oborech, snahou bylo, aby se vám předmět dobře studoval a dostalo se vám základních informací pro studium tohoto oboru. Mějte prosím na paměti, že je nutné, abyste studium nepodcenili a plně využívali, pro doplnění znalostí, doporučenou literaturu ze sylabu.



5 ZDROJE

ADAMOVÁ, Z. *Předoperační příprava v onkochirurgii – ERAS doporučení v ambulanci praktického lékaře* [online]. *Medicína pro praxi* 2019; 16(4): 277–279. Dostupné z: www.medicinapropraxi.cz.

BECKER, H. D. a kol. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 854s. ISBN 80-247-0720-9.

ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. 3. upravené a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. 1272 s. ISBN 978-80-247-9552-2.

ČLS JEP. Česká gastroenterologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně [online]. <https://www.kolorektum.cz/cs/lekari/epidemiologie-a-vysledky-screeningu/>

DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

DUDA, M. *Poresekční syndromy (po resekcích na GIT). Doporučené postupy pro praktické lékaře*. ČLS JEP, 2002. Dostupný z: https://portal.chirurgie.upol.cz/portal_final/?page_id=173

DUDA, M. a kol. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.

DUDA, M. a kol. *Speciální chirurgie – chirurgie jícnu* [online]. II. chirurgická klinika FN a LF Univerzity Palackého v Olomouci. [cit. 2024-01-17]. Dostupný z: https://portal.chirurgie.upol.cz/portal_final/?page_id=173

DUŠEK, L. a kol. 2009. *Epidemiologie kolorektálního karcinomu* [online]. C2009, poslední revise 1. 10. 2009 [cit. 2011-08-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-odborniky-epidemiologiekolorektalniho-karcinomu-epidemiologie-kolorektalniho-karcinomu-v-cr>>.

DVOŘÁK, R. *Základy kinezioterapie*. 2.vyd. Olomouc: UP v Olomouci, 2003. 104 s. ISBN 80-244-0609-8.

Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče [online]. SKVIPM c2008 [cit.2011-08-08]. Guidelines ESPEN *Chirurgie a transplantace*. Dostupný z WWW: <<http://www.skvipm.cz/?action=changecategory&value=25>>.

HOCH, J. *Návrh standardu chirurgické léčby kolorektálního karcinomu*. Bulletin HPB chirurgie [online]. 2005, roč. 13, č. 2. [cit 2011-08-08]. Dostupný z WWW <<http://www.hpb.cz/index.php?pId=05-2>>.

JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*, 1.vyd. Ostravská univerzita v Ostravě, 2011,121s. ISBN 978-80-7464-051-3.

JUŘENÍKOVÁ, P. a kol. *Ošetrovatelství 2. část - chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 236 s.

KALA, Z. a kol. *Metastatický kolorektální karcinom*. Onkologická péče, 2008. roč. 12, č. 4, s. 15 – 18. ISSN 1214-5602.

KALA, Z., PENKA, I. a kol. *Perioperační péče v obecné chirurgii*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.

KALA, Z., PROCHÁZKA, V. a kol. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 237 s. ISBN 978-80-7013-519-8.

KALOUSOVÁ, J. a kol. *Bolest u dětí: hodnocení a některé způsoby léčby*. Pediatrie pro praxi [online]. Leden 2008, roč. 9, č. 1 [cit. 2011-08-08]. Dostupný z WWW <<http://www.pediatriepropraxi.cz/magno/ped/2008/mn1.php>>. ISSN 1803-5264.

KRŠKA, Z. a kol. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.

KŘÍŽ, R., OLIVERIUS, M., ŠAFANDA, M. *Multimodální léčba metastáz kolorektálního karcinomu*. Remedia [online]. Květen 2009, roč. 2009, č. 5 [cit. 2011-08-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.remedia.cz/Archivocniku/Rocnik-2009/5-2009/e-a7-ac.magissue.aspx>>.

LUKÁŠ, K. *Idiopatické střevní záněty*. Zdravotnické noviny, 2011. roč. 2011, č. 10, s. 28 ISSN 1214-7664.

MARKOVÁ, M. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 68 s. ISBN 80-7013-434-8.

MÁJEK, O., ZAVORAL, M., SUCHÁNEK, Š. a kol. *Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České republice* [online]. Masarykova univerzita, Brno, 2022. [cit. 2024-01-17]. Dostupný z: <https://www.kolorektum.cz>. ISSN 1804-0888.

MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Aktualizované a doplněné vydání v této době první. Praha: Grada Publishing, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.

MISCONIOVÁ, B. *Hospicová péče*. [online]. c2006 [cit. 2011-08-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>>.

NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2009 – 2011*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.

PENKA, I., KALA, Z. *Chirurgická léčba kolorektálního karcinomu*. *Onkologie*, 2008. roč. 2, č. 1, s. 12 – 16. ISSN 1802-4475.

POKORNÝ a kol. *Přehled fyziologie člověka*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2002. 255s. ISBN 80-246-0229-6.

ŘEHÁK, F. *Ošetření a převaz rány. Doporučené postupy pro praktické lékaře*. ČLS JEP, 2001.

ŘEHÁK, F. *Komplikace operačních ran. Doporučené postupy pro praktické lékaře*. ČLS JEP, 2002.

SAMAMA, Ch. M., GODIER, A. *Prevence perioperační hluboké žilní trombózy – co je a co není účinné a ovlivňuje to příznivě výsledný stav? Current opinion in Anesteziology*. České vydání. [online]. Červen 2011, roč. 2, č. 2. [cit. 2011-08-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.csarim.cz/Text/casopis-current-opinion-ceskaedice? MenuItemId=117>>. ISSN 1804-204X.

SCHEIN, M., ROGERS, P. N. *Urgentní břišní chirurgie*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. 448 s. ISBN 978-80-247-2357-0.

SKONCOVÁ, G. *Bezproblémové ošetřování stomie*. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 3, s. 58 –59 ISSN 1210-0404.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

SKŘIČKA, T., KOHOUT, P., BALÍKOVÁ, M. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2007. 68 s. ISBN 978-80-903820-6-0.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.81.

ŠIROKÁ, P., VOTAVOVÁ, M. *Pooperační komplikace a ošetrovatelská péče o sto-mického pacienta*. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 5, s. 52. ISSN 1210-0404.

ŠPIČÁK, J. a kol. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1783-8.

URBAN, O. *Diagnostika kolorektálního karcinomu*. Onkologie, 2008, roč. 2, č. 1. s. 9 – 11
ISSN 1214-7664.

VYHNÁNEK, F. a kol. *Chirurgie II*. 2.vyd. Praha: Informatorium, 2003. 238 s. ISBN 80-7333-007-5.

WAY, L. W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. 2. díl. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-397-9.

















ZAVORAL, M., LADMANOVÁ, P. *Kolorektální karcinom – diagnostika a léčba*. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ČLS JEP, 2001.

ZBOŘIL, V. *Biologická terapie v gastroenterologii*. Klinická farmakologie a farmacie [online]. Duben 2008, roč. 22, č. 2 [cit. 2011-08-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.klinickafarmakologie.cz/archiv.php>>. ISSN 1803-5353.

ZEMAN a kol. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. 575 s. ISBN 80-7262-260-9.

ŽALOUDÍK, J., VYZULA, R., VORLÍČEK, J. *Onkoprevence pro Českou republiku*. Klinická onkologie, roč. 19, č. 1 s. 35 – 36. ISSN: 1802-5307. Dostupné z [www: http://www.linkos.cz/odbornici/vzdelavani/1_06/09.pdf](http://www.linkos.cz/odbornici/vzdelavani/1_06/09.pdf).

6 PREHLED IKON

	Čas potrebný ke studiu		Ciele kapitoly
	Kľúčová slova		Nezapomente na odpočinek
	Průvodce studiem		Průvodce textem
	Rychlý náhled		Shrnutí
	Tutoriály		Definice
	K zapamatování		Případová studie
	Řešená úloha		Věta
	Kontrolní otázka		Korespondenční úkol
	Odpovědi		Otázky
	Samostatný úkol		Další zdroje
	Pro zájemce		Úkol k zamyšlení

Název: **Ošetrovateľská péče v chirurgických oborech II.**

Autor: PhDr. Mgr. Hana Heiderová

Revize, doplnění: PhDr. Mgr. Hana Hozová

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 85

Vydání II. vyd., upravené a doplněné vydání