

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Apendicitída u gravidních žen

Tereza Štěpánová

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Štěpánová**
Osobní číslo: **Z11087**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Apendicitida u gravidních žen**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2003. ISBN 80-86225-33-X.
2. FERKO, A., Z. VOBOŘIL, K. ŠMEJKAL A J. BEDRNA. Chirurgie v kostce. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0230-4.
3. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv autorů. Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii. Brno: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví, 1998. ISBN 80-7013-255-8.
4. VOMELA, Jindřich a kolektiv autorů. Chirurgie pro sestry: I. část. Brno: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví, 1998. ISBN 80-7013-262-0.

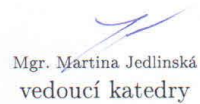
Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Dalibor Bis
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 14. července 2014


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

Prohlášení autora

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 1. 7. 2014

Tereza Štěpánová

Poděkování

V první řadě bych ráda poděkovala panu MUDr. Daliboru Bisovi za odborné vedení, ochotu, trpělivost, cenné připomínky a názory. Dále bych chtěla poděkovat paní učitelce Anežce Pecinové za trpělivou a pečlivou korekci pravopisu. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za velkou podporu při studiu, která pro mne byla velice důležitá.

ANOTACE

Bakalářská práce na téma „Apendicitída u gravidních žen“ je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část se zabývá anatomií, klinickými příznaky a průběhem onemocnění, diagnostikou, léčbou a ošetrovatelskou péčí v dané problematice.

Praktická část ukazuje 3 kazuistiky pacientek s různým věkem a délkou těhotenství. Sběr anamnestických dat probíhal nahlédnutím do lékařské a ošetrovatelské dokumentace, nebo i pozorováním a rozhovorem. Poté byl dle kazuistik vypracován standardní ošetrovatelský plán a mapa péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

apendicitída, apendektomie, gravidita, kazuistiky, mapa péče

ANNOTATION

The Bachelor thesis with the topic “Appendicitis of pregnant women” is divided into part theoretical and practical.

The theoretical part deals with anatomy, clinical symptoms and course of disease, diagnostics, treatment and nursing care connected with this issue.

The practical part shows three cases of patients of different age and pregnancy length. The collection of case history took place with help of medical and nursing documentation or by observation and interview. Afterwards, has been elaborated standard medical care plan and a map of care according to the case history.

KEYWORDS

appendicitis, appendectomy, pregnancy, cases history, map of care

OBSAH PRÁCE

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 1 |
| CÍLE PRÁCE..... | 2 |
| 1. TEORETICKÁ ČÁST | 3 |
| 1. 1 Definice..... | 3 |
| 1. 2 Historie..... | 3 |
| 1. 3 Současná situace | 3 |
| 1. 4 Anatomie..... | 3 |
| 1. 4. 1 Polohy apendixu | 4 |
| 1. 4. 2 Patologicko – anatomická klasifikace (Ferko [ed.], 2002) | 5 |
| 1. 5 Patogeneze | 5 |
| 1. 6 Etiologie..... | 5 |
| 1. 7 Klinický obraz..... | 5 |
| 1. 8 Diferenciální diagnostika..... | 6 |
| 1. 9 Diagnostika | 7 |
| 1. 9. 1 Anamnéza | 8 |
| 1. 9. 2 Fyzikální vyšetření..... | 8 |
| 1. 9. 3 Laboratorní vyšetření | 8 |
| 1. 9. 4 Zobrazovací vyšetřovací metody (Kouda, 2004)..... | 9 |
| 1. 9. 5 Doplnující diagnostické metody (Kouda, 2004)..... | 9 |
| 1. 10 Komplikace (Ferko [ed.], 2002) | 9 |
| 1. 11 Léčba..... | 10 |
| 1. 12 Prognóza | 11 |
| 1. 13 Ošetrovatelská péče (Janíková, 2013) | 11 |
| 1. 13. 1 Předoperační příprava | 11 |
| 1. 13. 2 Pooperační péče | 11 |

| | |
|---|----|
| 2. PRAKTICKÁ ČÁST | 14 |
| 2. 1 Metodika | 14 |
| Kazuistika č. 1..... | 15 |
| Kazuistika č. 2..... | 28 |
| Kazuistika č. 3..... | 37 |
| DISKUZE | 47 |
| ZÁVĚR | 48 |
| POUŽITÁ LITERATURA | 49 |
| PŘÍLOHY | 51 |
| Příloha A – Mapa péče..... | 52 |
| Příloha B – Barthelův test základních všedních činností..... | 55 |
| Příloha C – Klasifikace funkčních úrovní sebepéče podle M. Gordonové..... | 57 |
| Příloha D – Rozšířená stupnice podle Nortonové..... | 58 |
| Příloha E – Vizuální analogová škála | 59 |
| Příloha F – Seznam uvedených diet..... | 60 |
| Příloha G – Seznam uvedených léčiv a indikačních skupin | 61 |
| Příloha H – Gravidita vs. laparoskopie | 62 |
| Příloha I – Fotografie z laparoskopické apendektomie u gravidní ženy..... | 63 |
| SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK..... | 66 |
| SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK | 67 |
| TERMINOLOGIE | 69 |

ÚVOD

Zdraví je důležité pro každého z nás. Tím spíše je důležité pro ženu, která čeká nový přírůstek do své rodiny a doufá, že těhotenství proběhne bez vážnějších komplikací a po 9 měsících porodí zdravé miminko. Každá situace, která souvisí s ohrožením našeho zdraví, je zatěžující nejen pro nás, ale i pro naše blízké. Nemusí jít vždy o závažné onemocnění, ale i tak nás ovlivní a omezí v každodenním životě. Apendicitída sem bezpochyby zapadá.

Mezi nejčastější chirurgické příhody v těhotenství patří právě apendicitída s incidencí 1:1000. Nejvyšší výskyt je kolem 3. měsíce. Těhotenství jako takové nemá vliv na celkový výskyt apendicitíd, ale ovlivňuje jejich průběh, diagnostiku a léčbu.

Apendicitída se řadí do náhlých příhod břišních, což jsou akutní onemocnění břicha, která se nevyhýbají žádné věkové kategorii ani pohlaví. Vždy vyžadují rychlé stanovení diagnózy a následné zahájení terapie. Neléčení těchto příhod může vést k závažným komplikacím a někdy až k fatálním následkům.

V těhotenství není apendicitídou ohrožena pouze žena, ale i plod. Plod je ohrožen potratem nebo předčasným porodem. Je-li zánět lokalizovaný pouze na appendix, je frekvence předčasného ukončení těhotenství cca 10 %, pokud se vytvoří absces, je až 25 % a při vzniku peritonitidy dosahuje 50 %. (Roztočil, 2007)

Téma mé bakalářské práce „*Apendicitída u gravidních žen*“ jsem si zvolila, neboť se domnívám, že není dostatečně publikováno a probíráno. Během své praxe při studiu jsem se setkala s apendicitídou u gravidní ženy a podílela jsem se na péči o ni a její nenarozené dítě. Posléze jsem došla k závěru, že já a ani někteří zdravotníci nemají dostatečné informace o této problematice, a proto mým dalším důvodem výběru tohoto tématu bylo prohloubení svých vědomostí a získání nových poznatků. Věřím, že budu schopna použít své znalosti v praxi, bude-li toho třeba.

CÍLE PRÁCE

Prvním cílem mé práce je popsat problematiku apendicitídy u gravidních žen, diagnostické postupy a možnosti léčby.

Druhým cílem je vytvoření tří kazuistik, vypracování ošetrovatelských procesů po laparoskopické apendektomii a následné zpracování plánů ošetrovatelské péče.

Třetím cílem je sestavit vzorový proces formou mapy péče (viz příloha A).

1. TEORETICKÁ ČÁST

1. 1 Definice

Apendicitida je infekční bakteriální zánět červovitého výběžku slepého střeva, vyvolaný mikroby běžně osidlujícími zažívací ústrojí.

1. 2 Historie

Výskyt a historie tohoto onemocnění jsou velmi záhadné. Téměř do konce 19. století bylo relativně neznámé.

V roce 1848 popsal Henry Hancock z nemocnice Charing Cross v Londýně drenáž periapendikálního abscesu u mladé ženy v 8. měsíci těhotenství. Pacientka se zhojila. (Schein [ed.], 2005, překl. Ferko, 2011)

1. 3 Současná situace

Ve vyspělých zemích onemocní apendicitidou během života asi 7 % populace. Apendicitida se vyskytuje méně v některých částech Afriky a Asie, zřejmě díky vysokému podílu vlákniny v potravě (Kouda, 2004). Podílí se z 28 % na mateřské úmrtnosti všech chirurgických příhod v graviditě. Progrese zánětlivého procesu je v graviditě 2 – 3x vyšší, a tím je zvýšené riziko perforace appendixu. (Hájek, 2004)

1. 4 Anatomie

Caecum – slepé střevo vytváří vak v pravé jámě kyčelní, kaudálně od ileocekálního přechodu. Je 6 – 8 cm dlouhé, asi 6 – 7, 5 cm široké. Dozadu se opírá o m. iliacus a o m. psoas major. Od jejich fascií je odděleno nástěnným peritoneem, pod nímž zpravidla probíhá nervus cutaneus femoris lateralis. Caecum je (krom dolního slepého konce) přirostlé k nástěnnému peritoneu jen malou částí svého dorsálního obvodu.

Appendix vermiformis – červovitý výběžek – je slepý výběžek caeka, dlouhý 5 – 10 cm (někdy i více) a tlustý asi jako tužka.

Mesoappendix je peritoneální duplikatura – závěs, na němž je appendix připojen. Přichází k appendixu od kaudální strany mesenteria konce ilea. Tudy jde od ileálního mesenteria arteria appendicularis zásobující appendix.

Ostium appendicis vermiformis, ústí appendixu do caeka, je kruhové, opatřené nekonstantní slizniční řasou.

Část průběhu apendixu se promítá na povrch břicha do místa zvaného **Lanzův bod**, který leží na linea bispinalis, na rozhraní její pravé a střední třetiny.

McBurneyův bod je místo, kam se promítá začátek apendixu nebo (při vzestupném průběhu – např. při retrocékální poloze) část jeho průběhu. Tento bod leží na spojnici spina iliaca anterior superior s pupkem, vzdálen asi 6 cm od spiny. Oba uvedené body slouží pro vyhledání apendixu.

Stěna apendixu má úpravu obdobnou jako stěna tlustého střeva. Sliznice a podslizniční vazivo jsou prostoupeny lymfatickou tkání se zárodečnými centry, takže připomínají tonsilu. Sliznice, zvětšená o masy lymfocytů, promínuje do nitra apendixu. Svalovina má typický souvislý plášť podélných snopců, odkud se na cékum rozbíhají tři taeniae. Na některých místech apendixu může být svalovina přerušena a submukosa se přímo stýká se subserosním vazivem. Serosa povléká celý apendix (s výjimkou proužku, kde je připojen mesoappendix), pod serosním povlakem je areolární subserosní vazivo. (Čihák, 2002)

Apendix nemá pro trávicí činnost praktický význam, ale dojde-li k jeho podráždění a zánětu, může člověka ohrozit přímo na životě.

1. 4. 1 Polohy apendixu

Apendix zaujímá vůči caeku individuálně různé polohy, označované názvy:

1) positio pelvina – apendix leží mediálně od caeka a přes linea terminalis zasahuje do malé pánve (asi 40 % případů).

2) positio retrocaecalis – apendix zasunutý za caekem míří volným koncem kranialně (cca 15 % až 33 % případů).

3) positio ileocaecalis – mediálně od caeka, rovnoběžně s dolním koncem ilea (cca 15 % případů).

4) positio laterocaecalis – apendix zevně od caeka, míří volným koncem vzhůru (cca 2 % až 16 % případů).

5) positio subcaecalis – apendix jde od caeka ventrokaudálně (cca 2 % až 12 % případů).

6) positio praecaecalis – nejméně častá – apendix je ventrálně od caeka, volným koncem míří kranialně (cca 5 % případů). (Čihák, 2002)

7) subhepatální (při graviditě) a **levostranná** (vzácně – při situs viscerum inversus). (Ferko [ed.], 2002)

U pokročilého těhotenství cékum s připojeným apendixem jsou posunuty výše a laterálně směrem k žlučníku. Navíc se apendix posouvá pryč z „bezpečnější“ polohy, kde se mohl balit do omenta (Schein [ed.], 2005, překl. Ferko, 2011) a ohraničit probíhající zánět, proto je u těhotných žen vyšší riziko perforace apendixu do volné dutiny břišní se vznikem difúzního zánětu pobřišnice s horší prognózou.

1. 4. 2 Patologicko – anatomická klasifikace (Ferko [ed.], 2002)

1. Katarální zánět.
2. Flegmonózní zánět.
3. Ulceroflegmonózní zánět.
4. Gangrenózní zánět.

1. 5 Patogeneze

Nejdůležitější úlohu v patogenezi apendicitídy má zřejmě obstrukce lumen apendixu. Intraluminární tlak působí tepennou obstrukci a ischemii ve stěně. Na sliznici vznikají ulcerace nebo může být zcela zničena. Střevní mikroorganismy proniknou poškozenou sliznicí a způsobí intramurální zánět. Obstrukce se najde až ve 2/3 případů. (Kouda, 2004)

1. 6 Etiologie

Etiologie není zcela známá, ale jsou zde určité faktory, které napomáhají vzniku zánětu – stravování (zejména nedostatek vlákniny v potravě), polohová anomálie a délka apendixu, disbalance střevní flóry (po častém užívání antibiotik), parazitární onemocnění (škrkavky), zaklínění cizího tělesa v apendixu (po náhodném spolknutí), obstrukce způsobené zbytky stolice (koprolitem) a nestrávenými zbytky potravy (pecky, ovocná zrníčka).

1. 7 Klinický obraz

V první polovině se klinické příznaky neliší od průběhu mimo těhotenství, ve druhé polovině je průběh modifikován. Hlavním příznakem svědčící pro zánět v těhotenství je zrychlení pulsu v nepoměru s tělesnou teplotou.

Na začátku těhotenství může být bolest v pravém podbříšku vysvětlována jako vzplanutí chronického zánětu děložních přívěsků, zvracení může být považováno za těhotenské, stejně jako zácpa. Napětí břišních stěn nebývá výrazné, jedním z určujících příznaků může být tachykardie. (Pařízek, 2009)

V druhé půli těhotenství se příznaky zánětu apendixu mění. Slepé střevo je vysunuto vzhůru a zatlačeno doprava a dozadu za zvětšenou těhotnou dělohu. Onemocnění se začíná projevovat bolestmi v pravé jámě kyčelní vystřelujícími do nadbříšku a do bederní krajiny, někdy se dostaví bolesti v pravé dolní končetině. Zvracení někdy chybí, místo zácpy může být i průjem. Teplota je zvýšená (rozdíl mezi axilární a rektálně měřenou teplotou je větší než 0,5°C = Lennanderova známka), značně je zrychlený pulz. (Hájek, 2004) Stěna podbříšku není napjatá, při hluboké palpaci je bolestivost výše a stranou. Tlak na dělohu zleva doprava vyvolá bolest vpravo. Při vyšetření na levém boku je bolest při pravé děložní hraně. Někdy je třeba odlišit projevy zánětu apendixu od těhotenského zánětu ledvinné pánvičky = akutní pyelonefritidy, který bývá častěji pravostranný. (Pařízek, 2009)

Hormonálním vlivem mnohdy chybí peritoneální příznaky (défense musculaire, Plenies, Rowsingovo a Blumbergovo znamení). (Hájek, 2004)

1. 8 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika NPB je obtížnější v graviditě z následujících důvodů:

(Schein [ed.], 2005, překl. Ferko, 2011)

1. Stoupající děloha mění normální abdominální anatomii. Přemístěním orgánů mění typický klinický obraz.

2. Fyziologie těhotné ženy je jiná, během 1. trimestru nauzea a zvracení nejsou neobvyklé, později tachykardie, mírné zvýšení teploty a leukocytóza jsou považovány za „normální“.

3. Abdominální „tlak a bolesti“ jsou v průběhu těhotenství do určitého stupně normální.

Má vyloučit choroby způsobující podobné příznaky: (Hoch, 2011)

1. **Lymphadenitis mesenterialis** – často následuje po viróze. Pro postižení uzlin svědčí přítomnost hmatných uzlin také v jiných lokalizacích. V rozlišení pomáhá ultrazvukové vyšetření.

2. **Gastroenteritis acuta** – průjem, zvracení a teploty bez peritoneálního dráždění.

3. **Cholecystitis acuta** – záměna možná při subhepatické poloze červu; rozlišení – pozitivní biliární (= týkající se žlučového systému) anamnéza, propagace bolesti, UZ nález.

4. Perforace gastroduodenálního vředu – peritonitidy, na RTG pneumoperitoneum, při apendicitidě chybí.

5. Morbus Crohn – akutní manifestace – hmatná rezistence, UZ nález.

6. Diverticulitis Meckeli, event. diverticulitis sigmatis – prakticky neodlišitelné choroby, výjimečně rozlišení při UZ vyšetření.

7. Afekce pravé ledviny a močovodu.

8. Afekce pravých adnex u žen včetně mimoděložního těhotenství.

1. 9 Diagnostika

Diagnostika zahrnuje anamnézu, fyzikální vyšetření, sledování TK, P, D, SpO₂, TT, laboratorní vyšetření, zobrazovací vyšetřovací metody, doplňující diagnostické metody.

Do 4. měsíce gravidity se diagnostika neliší od případů mimo těhotenství. Po 4. měsíci je ztížena zvětšující se dělohou, která překáží vyšetření, a dislokací cékální krajiny směrem kraniálním (v 8. – 9. měsíci leží appendix pod pravým obloukem žeberním). Je třeba rozlišit trvalou bolest při apendicitidě od periodických bolestí děložních kontrakcí. (Hájek, 2004)

Diagnostika v těhotenství je obtížná vzhledem k možnosti záměny příznaků pramenících z apendicitidy za změny provázející těhotenství (změny chuti, bolesti v podbříšku, subfebrilie). Místo bolestivosti a vzniku défense musculaire v oblasti McBurneyova bodu může překrytí appendixu těhotnou dělohou vést pouze k bolestivosti v pravém hypochondriu.

V těhotenství se diagnostika akutní apendicitidy opírá o následující skutečnosti:

(Roztočil, 2008)

1. Bolest břicha s predilekční lokalizací v pravém hypochondriu.

2. Gastrointestinální příznaky (anorexie, nauzea, zvracení, průjem) bývají v těhotenství méně vyznačeny než mimo něj.

3. Zvýšená teplota až horečka nemusí být v těhotenství přítomny. Rozdíl větší než 0,5 °C mezi axilární a rektální teplotou potvrzuje diagnózu akutní apendicitidy.

4. Abdominální znaky apendicitidy (Blumberg, Plenies, Rowsing) se v I. trimestru neliší od netěhotných. Ve II. a III. trimestru dochází tlakem zvětšující se dělohy ke kraniálnímu posunu appendixu a jeho retrouterinní lokalizací. Nebývají proto přítomny peritoneální jevy v oblasti McBurneyova bodu.

1. 9. 1 Anamnéza

A) **Rodinná** anamnéza, **sociální** anamnéza, **pracovní** anamnéza, **toxikologická** anamnéza – alkohol, kouření, drogy, **osobní** anamnéza, **farmakologická** anamnéza, **alergie**, **gynekologická** anamnéza – menarche, cyklus, porody, potraty, gynekologická onemocnění, antikoncepce, poslední menstruace.

B) **Nynější onemocnění** – začátek, průběh a okolnosti vzniku obtíží, horečky, poslední strava, bolest, nauzea, zvracení, zástava odchodu větrů a stolice,...

1. 9. 2 Fyzikální vyšetření

Lokální příznaky:

Diagnóza se opírá o **hlubokou palpační citlivost** za pravou děložní hranou, která se zvyšuje v okamžiku náhlého odtažení ruky od břišní stěny (= známky peritoneálního dráždění). (Hájek, 2004)

Aldersův test – těhotnou převracíme na levý bok za stálého tlaku na bolestivé místo, pokud bolest ustane, je děložního původu a nesvědčí pro apendicitidu.

Sitkovského příznak – při převrácení na pravý bok se objeví bolesti v ileocekálním krajině, to svědčí pro apendicitidu. (Breckwoldt, 1997)

Při vyšetření konečníkem je bolestivý Douglasův prostor za dělohou, zejména vpravo. (Pařízek, 2009)

Celkové příznaky:

Celková slabost, malátnost, tachykardie, zvýšená TT, zvýšený axilo-rektální rozdíl = Lennanderova známka.

1. 9. 3 Laboratorní vyšetření

Hematologické vyšetření krve – KO, FW, KO + diff.

FW erytrocytů a hodnoty leukocytů jsou obecně v graviditě zvýšené, až hodnoty leukocytů na $15\ 000/\text{mm}^3$ mají diagnostický význam. V laboratorní diagnostice je důležité dynamické sledování růstu počtu leukocytů. (Hájek, 2004)

Diferenciální rozbor leukocytů s posunem doleva svědčí pro apendicitidu.

Biochemické vyšetření krve – CRP

Nárůst hodnot CRP svědčí pro apendicitidu. (Roztočil, 2008)

Biochemické vyšetření moče – M + S

Ve 20 % případů je přítomna pyurie a ve 12 % hematurie. (Roztočil, 2008)

1. 9. 4 Zobrazovací vyšetřovací metody (Kouda, 2004)

Vyšetření ultrazvukem – pro diagnózu akutní apendicitidy je sonografie s odměřenou kompresí neinvazivní a snadno přístupná vyšetřovací metoda s vysokou senzitivitou a specificitou. Vyšetřuje se celý appendix. Ve zdravém appendixu je obsah hyperechogenní (stolice), vytlačitelný, stěna slabší než 3 mm.

Pro apendicitidu svědčí jeden nebo více z uvedených nálezů: obraz terče se stěnou širší než 3 mm a celkově širší než 7 mm, rozšířené lumen s hypoechogenním obsahem, tekutina periapendikulárně nebo difúzně, hypoechogenní obraz s perforací stěny appendixu. Vyšetřením se zjistí i rozvoj periapendicitidy nebo vzniklý absces.

Vyšetření ileocékální krajiny výpočetní tomografií – CT není u apendicitidy součástí standardního vyšetření. Význam má u nemocných s atypickými symptomy a při diagnostických rozpacích, např. při rozlišení periapendikálního infiltrátu, abscesu nebo nádoru. U těhotných se běžně neprovádí z důvodu zvýšené RTG zátěže pro plod. Na místě je zde zvážení méně zatěžující NMR.

1. 9. 5 Doplnující diagnostické metody (Kouda, 2004)

Gynekologické vyšetření – k vyloučení zánětu adnex,...

Urologické vyšetření – k vyloučení pyelonefritidy,...

RTG vyšetření – je v diagnostice apendicitidy nepřínosné. Asi u poloviny pacientů lze nalézt lokalizované hladinky nebo zvýšenou denzitu měkkých tkání v pravém dolním kvadrantu břicha. V graviditě se běžně pro RTG zátěž pro plod neprovádí.

1. 10 Komplikace (Ferko [ed.], 2002)

1. Perforace gangrenózního appendixu a vznik difúzní peritonitidy – nejzávažnější komplikace. Nutná urgentní operace – apendektomie, laváž a drenáž dutiny břišní. Výskyt perforace je 25 % v těhotenství. Pokud je operace zpožděna o více než 24 hodin, výskyt perforace se zvyšuje na 66 %. (Taylor, 2014)

2. Periapendikální infiltrát – u nemocných s méně virulentní infekcí a dobrou schopností zánět ohraničit mohou být projevy onemocnění mírnější a po 1 – 2 dnech trvání

zánětu se k červu přilepí omentum a střevní kličky, které zánět ohraničí. Hmatný jako resistence v pravém podbřišku.

3. Periapendikální absces – zánět infiltrátu progreduje, dochází ke kolikvaci (horečka, alterace tepu, schvácenost, bolestivá elastická resistence v podbřišku).

4. Pyleflebitída – trombóza žil mezenteriola se může šířit až do vena portae a způsobit jaterní abscesy.

5. Srůsty v malé pánvi.

6. Pooperační komplikace – ileózní stav – paralytický ileus.

Progrese zánětlivého procesu je v graviditě 2x – 3x vyšší, a tím je zvýšené riziko perforace apendixu. (Hájek, 2004)

Apendix je v těhotenství vlivem hormonů překrvený a prosáklý, snadněji podléhá gangréně. Vysunutí céka a jeho izolace dělohou nedovolí ohraničení zánětu, ten snadno přechází na dělohu a vede k jejím kontrakcím (Breckwoldt, 1997), čímž může způsobit stahy vedoucí k potratu nebo předčasnému porodu. Infekce může přejít na plod a usmrtit jej.

1. 11 Léčba

Léčení je jedině chirurgické, odstranění zaníceného apendixu nemá být odkládáno pro nebezpečí vývoje v hnisavé formy s postižením pánevní pobřišnice. (Pařízek, 2009)

Diagnostická laparoskopie anebo laparoskopická apendektomie v průběhu těhotenství jsou považovány za bezpečné pro matku i plod v I. a II. trimestru těhotenství. (Schein [ed.], 2005, překl. Ferko, 2011)

Při léčbě je vhodné postupovat podle následujících doporučení: (Roztočil, 2008)

1. Pokud nelze vyloučit apendicitidu, je doporučeno apendektomii provést buď laparoskopicky, nebo klasickým řezem. Vyčkávací strategie zvyšuje rizika jak pro matku, tak pro plod.

2. Kožní řez vést příčně v oblasti maximální bolestivosti (operační stůl natočit doleva pro zlepšení žilního návratu a srdečního výdeje matky). Další možností je dolní střední laparotomie, jejíž výhodou spočívá v možnosti revize orgánů dutiny břišní u pokročilé peritonitidy.

3. Apendektomie se provede i v případě, pokud na apendixu nejsou přítomny zánětlivé změny. Toto vyloučí omyly při následujících recidivujících obtížích.

4. Pokud není ohrožen stav plodu, není vhodné provádět současně

s apendektomií císařský řez. Zamezí se tím rozšíření infekce do dělohy z hysterotomie.

5. Provádět apendektomii za současné aplikace tokolytik, nejlépe betamimetik, v kontinuální infuzi. Aplikace progesteronu nezabrání předčasnému ukončení těhotenství ani v I. trimestru.

Chirurgický výkon je nejlépe snášen během 2. trimestru, v 1. trimestru může vyvolat potrat (plod je více náchylný potencionálnímu škodlivému efektu léků), operace v průběhu III. trimestru mohou být příčinou předčasného porodu. (Schein [ed.], 2005, překl. Ferko, 2011)

1. 12 Prognóza

Perforace a tvorba abscesu jsou pravděpodobnější u těhotných pacientek s apendicitidou než u netěhotných. Míra generalizované peritonitidy se vztahuje přímo k časovému intervalu od nástupu příznaků do stanovení diagnózy. Mateřská a fetální morbidita a mortalita se zvyšují, jakmile dojde k perforaci. (Taylor, 2014)

Prognóza je relativně dobrá, když dojde k brzké a správné diagnostice a následné léčbě.

1. 13 Ošetrovatelská péče (Janíková, 2013)

1. 13. 1 Předoperační příprava

Laboratorní příprava zahrnuje statimové odběry krve, kde jde především o KO, biochemické hodnoty a zánětlivé markery, dále odběry moče, HCG.

Psychická příprava spočívá v edukaci pacientky o výkonu, anestezii, rizicích a možných komplikacích. Dále přiblížení pooperačního průběhu a také zodpovězení otázek ze stran pacientky, které se týkají nejen vlivu operace na plod.

Do **tělesné přípravy** patří interní a anesteziologické předoperační vyšetření, gynekologické konziliární vyšetření + UZ, příprava operačního pole, zajištění i. v. vstupu, v případě nutnosti NG sonda a PMK, prevence TEN a lačnění.

Medikamentózní příprava obsahuje léky v rámci premedikace, možná je i ATB profylaxe, LMWH a podávání tekutin parenterálně.

1. 13. 2 Pooperační péče

Bezprostřední péče 2 – 4 hodiny po výkonu. Pacientka je uložena na JIP či ARO, kde probíhá monitorace TK, P, D, SpO₂, TT, vědomí po 30 – ti minutách, za stabilizace

po 1 hodině. Dále se sleduje operační rána, odpady z drénu a případně NGS, projevy bolesti, nauzea, vomitus, tělesná teplota, celkový stav pacientky. Zajišťuje se parenterální podávání tekutin a úprava vnitřního prostředí.

Krátkodobá péče je vymezena na 24 hodin, kdy se sleduje vyprazdňování především močového měchýře, které by mělo proběhnout do 6 – 8 hodin po výkonu, operační rána, odpady z drénu, TK, P, D, SpO₂, TT, vědomí. Probíhá tišení bolesti, podávání medikace dle ordinace lékaře. Dle stavu pacientky se podává čaj po lžičkách a nadále se pokračuje v infuzní terapii. Zajišťuje se bezpečnost pacienta, podání základních informací lékařem o výkonu a jeho průběhu, kontakt s rodinou po souhlasu pacientky.

V rámci **dlouhodobé péče** je pacientka dle stavu přeložena na standardní oddělení chirurgie či gynekologie.

Dlouhodobá péče zahrnuje:

1. prevenci komplikací – sledování TK, P, D, SpO₂, TT, vitality plodu, krvácení, gastrointestinálních potíží, obtíží v močovém systému, dodržování aseptických postupů při ošetřování ran a vstupů.

2. tišení bolesti – adekvátním způsobem vzhledem ke graviditě.

3. zajištění polohy a pohybového režimu i RHB – dle stavu pacientky polohování, posazování na lůžko, první vstávání se sestrou, nutná včasná mobilizace i v rámci prevence TEN.

4. hygienickou péči – v prvních dnech dopomoc s hygienou, dále ji zvládá pacientka sama. Důležité je dávat pozor na invazivní vstupy, aby nedošlo k vytažení či zanesení infekce.

5. výživu – 0. a 1. den po operaci má pacienta dietu 0/S, 2. den začíná postupné zatěžování GIT dietou č. 0, 3. pooperační den je dieta č. 1, 4. pooperační den již dostává dietu č. 2, kterou bude dodržovat minimálně 3 týdny, poté může přejít na normální stravu s omezením nadýmavých potravin po dobu alespoň 6 týdnů.

6. vyprazdňování – postupným zatěžováním GIT stravou dochází k obnovování peristaltiky. Sleduje se odchod moče, P + V tekutin, plynů do 48 hodin a stolice do 72 hodin po výkonu.

7. péči o operační ránu – kontrola okolí rány, aseptický převaz 1. den po operaci nebo dle potřeby v závislosti na prosáknutí krytí. 2. – 3. den po operaci překrytí jizev tekutým obvazem. Odstranění stehů 7. – 10. den po výkonu. Následuje edukace pacientky v péči o rány, jejich promazávání a masáži jizev.

8. péči o drén – po laparoskopických výkonech se používá Redonova drenáž – odsávání sekretu za pomoci podtlaku v nádobě. Kontroluje se funkčnost, množství a vzhled odváděné tekutiny. Drenáž se odstraňuje dle množství odvedeného sekretu

1. – 2. pooperační den.

9. péči o odpočinek a spánek – zajištění dostatečného tlumení bolesti a odstranění nežádoucích faktorů narušujících odpočinek a spánek.

10. zajištění psychosociálních potřeb – uklidnění pacientky, dostatek informací, kontakt s rodinou.

11. edukaci v domácí péči – omezení fyzické zátěže minimálně 6 týdnů po výkonu, dietní opatření – vyloučit nadýmavé potraviny a preferovat bezsezbytkovou stravu, ambulantní odstranění stehů, péči o ránu, kontrolu u obvodního lékaře, u gynekologa a v případě laparoskopického výkonu kontrolu v laparoskopické poradně.

12. kontrolu plodu gynekologem po operaci – UZ, srdeční ozvy, vitalitu plodu.

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Metodika

Pro zpracování praktické části jsem vybrala 3 pacientky. Na každou z nich je vypracovaná kazuistika a posouzení stavu potřeb dle modelu funkčního zdraví podle M. Gordonové. Dále jsem zpracovala plány ošetrovatelské péče a ošetrovatelské diagnózy dle NANDA TAXONOMIE II. Informace ke zpracování jsem získala anamnestickými rozhovory, pozorováním a dále nahlédnutím do lékařské a sesterské dokumentace, která mi byla poskytnuta se souhlasem vedení zdravotnického zařízení a pacientek. Výstupem práce je vzorový proces formou mapy péče (viz příloha A).

Kazuistika č. 1

Gravidní pacientka V. F. 28 let, přišla na gynekologickou ambulanci pro zhoršující se bolesti v nadbřišku s postupným přesunem do podbřišku. Od rána netoleruje příjem p. o., zvrací, nekrvácí, problémy s močením neguje, udává přechodně průjmovitou stolicí a třesavku se subfebriliemi.

Ambulantně provedeno:

- Fyzikální vyšetření – pacientka v celkově dobrém stavu, břicho měkké s citlivostí ve středním podbřišku.

- P 84', TK 120/70, TT 37, 9°C, Váha 59 kg, Výška 167 cm.

- Vyšetření per vaginam – děloha v RVF norm., nebolestivá, pohyblivá, adnexa bpn, cD citlivý.

- Gynekologický UZ – děloha v ostré RVF, vysoká sliznice, při fundu dutinka s hyperechogenním lemem, bez zřejmých embryonálních struktur, odpovídá: 4+6, dle PM 5+6. V cD volná anechogenní tekutina 30x20 mm.

- Odběry krve

- krevní obraz – B-LE: 17, 87 10⁹/l, B-ER: 4, 38 10¹²/l, B-HB: 130 g/l, B-TROM: 225 10⁹/l

- sérum – S-BIL: 5 μmol/l

- minerály – S-Na: 132 mmol/l, S-K: 4,0 mmol/l, S-Cl: 98 mmol/l

- dušíkaté metabolity – S-UREA: 1,6 mmol/l, S-KREA: 42 μmol/l

- enzymy – S-ALT: 0,28 μkat/l, S-AST: 0,41 μkat/l

- proteiny – S-CRP: 86 mg/l

- hormony – S-HCGB: 2973 IU/l

Po ambulantním vyšetření byla pacientka přijata na gynekologické oddělení k observaci a dovyšetření obtíží. Lékař naordinoval nic per os, zajištění žilního vstupu, Torecan 1 A i. v. při zvracení, infuze Isolyte 1000 ml na 8 hod, Indometacin 50 mg supp.

Anamnéza:

Osobní anamnéza: st. p. SC 2010, úrazy: 0

Rodinná anamnéza: nevýznamná

Sociální anamnéza: vdaná, žije s rodinou

Pracovní anamnéza: MD

Toxikologická anamnéza: nekouří, alkohol: 0, drogy: 0

Alergie: neguje

Farmakologická anamnéza: 0

Gynekologická anamnéza:

- menarche: 14, cyklus: 28/5
- porody: 1x SC
- abort spontánní: 0
- abort umělé: 0
- gynekologické onemocnění: 0
- antikoncepce: 0
- PM: před cca 2 měsíci

Hlavní diagnóza: Dolores hypogastrii, suspektní GEU

Vedlejší diagnóza: 0

Základní screeningové vyšetření sestrou při příjmu:

Pacientka je upravená, měří 167 cm, váží 59 kg, BMI 21,16. Pacientka je při vědomí, GCS 15 bodů, puls 84' pravidelný, krevní tlak 120/70, dech 18' pravidelný, tělesná teplota 37,7°C. Poloha aktivní, chůze přirozená, postoj vzpřímený, zornice izokorické, chrup sanován, jazyk bez povlaku, sliznice růžové, zrak v pořádku, slyší dobře, kůže fyziologická bez defektů.

Informace získané objektivním pozorováním:

Pacientka zcela orientovaná, pozornost úmyslná, oční kontakt udržuje, chápe myšlenky a otázky, řeč plynulá, dobrá slovní zásoba.

Testy a hodnocení:

Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů = nezávislý

Vizuální analogová škála (VAS) – 6 – silná bolest

Úroveň soběstačnosti dle Gordonové (0 – 5)

- najíst se – 0
- umýt se – 0
- vykoupat se – 0
- obléci se – 0
- pohybovat se – 0

Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace

Pacientka přijata na oddělení gynekologie.

Zajištěn periferní žilní vstup, aplikována 1 A Torecanu a podána infuze Isolytu na 8 hod.

Na bolest dán čípek Indometacinu 50 mg, po kterém pacienta udává zmírnění bolesti na VAS 2.

2. den hospitalizace, 0. pooperační den

Z ranní vizity ordinováno nic per os, infuze, led na podbříšek, sonografické vyšetření břicha, kontrolní odběry moče na M+S, krve na KO, CRP a hladina HCG, odběry stolice na K+C, konziliární chirurgické a gynekologické vyšetření.

Sonografické vyšetření celého břicha – přiměřený nález na játrech, žlučníku, žlučových cestách, pankreatu, slezině, ledvinách, močovém měchýři. Střevní kličky bez zjevné patologie. V pravém hypogastriu zřetelný tubulární útvar, není stlačitelný, šíře 7 mm, okolí prosáklé. Minimální množství volné tekutiny v malé pánvi.

Závěr: suspektní akutní apendicitída.

Výsledky odběrů krve

- **krevní obraz** – B-LE: $12,35 \cdot 10^9/l$, B-ER: $4,32 \cdot 10^{12}/l$, B-HB: 129 g/l,
B-TROM: $213 \cdot 10^9/l$

- **proteiny** – S-CRP: 250 mg/l

- **hormony** – S-HCGB: 3525 IU/l

Výsledky odběrů moče:

- **moč – kval.:** U-HUST: $1003,0 \text{ kg}/m^3$, U-pH: 7,0

- **moč – sediment:** U-LEUc: $4,0 \cdot 10^6/l$, U-ERYc: $4,4 \cdot 10^6/l$,

U-EPIc: $3,8 \cdot 10^6/l$, U-EPIKc: $1,7 \cdot 10^6/l$, U-BAKTc: $8,1 \cdot 10^6/l$, U-KVASc: $0,0 \cdot 10^6/l$

Gynekologické konziliární vyšetření – vzhledem k přiměřené elevaci HCG se GEU jako zdroj aktuálních bolestí břicha zdá nepravděpodobný. Bolest břicha zesiluje, hraničně peritoneální příznaky, elevace zánětlivých markerů. Na základě chirurgického konzilia překlád pacientky do chirurgické péče k operačnímu řešení. Kontrolní gynekologický UZ den až dva po zákroku.

Chirurgické konziliární vyšetření – gravidita laboratorně a klinicky 4+6, bolesti v nadbřišku, postupně do podbřišků, zvracela, TT 37,9°C, řídká stolice, dle ošetřujícího lékaře gynekologický původ obtíží méně pravděpodobný, vzestup CRP, klinický nález progreduje, Plenies +-, Rousing pozitivní, Blumberg ++.

Závěr: appendicitis acuta k OP laparoskopicky dnes.

Doporučení: anesteziologické vyšetření, z gynekologického oddělení na operační sál, po výkonu na chirurgii JIP.

Pacientka poučena o laparoskopické apendektomii, s výkonem souhlasí, veškeré dotazy zodpovězeny lékaři. Sestra připravila operační pole – oholení a vyčištění pupku. Dle anesteziologa prevence TEN – elastické bandáže DK.

Operační nález gangrenózní appendix, proveden stěr z appendixu na K+C.

Po výkonu pacientka uložena na chirurgickou JIP. Zaujímá polohu na zádech s mírně vyzdviženou horní částí těla.

Probíhá monitorace TK – 108/53, P – 59', SpO₂ – 99 % + O₂, TT – 36,9°C. Podpora dýchání pomocí kyslíkových brýlí, kdy O₂ nastaven na 3 l/min.

Operační rány bez prosaků, pacientka má zaveden 1x Redonův drén, který odvádí zbytky proplachové tekutiny.

PŽK 2. den funkční, bez známek zánětu, podávány infuzní roztoky 2 x 1000 ml Isolyte. Po domluvě s gynekologem podána po operaci ATB – Augmentin 1,2 g i. v. á 8 hod a Gentamicin 240 mg i. v. á 24 hod.

Dieta nic per os, večer čaj po lžičkách.

K tlumení bolesti Indometacin 50 mg supp. eventuelně Paralen 100 mg supp.

Pacientka měla pooperační nauzeu, nezvracela, močila spontánně, spává po narkóze.

3. den hospitalizace, 1. pooperační den

Pacientka nadále hospitalizovaná na chirurgické JIP.

Monitorace TK – 116/57, P – 83', SpO₂ – 99 % + O₂, TT – 36,8°C 3x denně. Podávání O₂ kyslíkovými brýlemi rychlostí 3 l/min.

Převaz operačních ran – dezinfekce okolí, toaleta ranek, překrytí sterilními

čtverci + zetuvit. Redonův drén odvádí zkalenou serózní tekutinu cca 200 ml/den.

PŽK 3. den funkční, bez známek zánětu, podáván infuzní roztok 1x 1000 ml Isolyte.

Dieta č. 0/S. Pacientka příjem čaje toleruje, nauzea není.

Břicho citlivé v podbříšku, větry ani stolice neodcházejí. Pacientka udává obtížné močení, následně dle ordinace lékaře zacévkována.

Gynekologické konzilium – normální gynekologický nález odpovídající stavu pacientky.

Medikace pokračuje dle ordinací lékaře z předchozího dne.

U pacientky probíhá ošetrovatelská rehabilitace, první vstávání se sestrou a nácvik sebeobslužnosti dle stavu – pacientka zvládá, cítí se zesláblá.

Elastické bandáže snáší.

4. den hospitalizace, 2. pooperační den

Monitoring TK – 137/75, P – 95', SpO₂ – 99 %, TT – 37,2°C 3x denně.

Kontrolní odběry krve – sérum: S-GLU: 4,93 mmol/l, **minerály:** S-Na: 134 mmol/l, S-K: 4,1 mmol/l, S-Cl: 104 mmol/l, **proteiny:** S-CRP: 155 mg/l.

Převaz OP ranek – dezinfekce okolí, toaleta ran, z ranky u pupku vytažen vrapový drén, sterilní krytí. Redonův drén odvádí cca 690 ml zkalené tekutiny.

PŽK 4. den funkční, bez známek zánětu. PMK odvádí čistou moč. Podávání ATB pokračuje.

Dieta č. 0, pacientka udává nauzeu.

Břicho stále citlivé v podbříšku, bolesti snesitelné, stolice neodchází, větry +.

Pacientka zvládá hygienu samostatně s malou dopomocí, přechází si okolo lůžka, cítí se lépe.

Dle současného stavu pacientky domluven překlád na standardní oddělení chirurgie, kde nadále probíhá monitorace FF 1 x denně. Kontrola drenáže a celkového stavu pacientky. Vytažení PMK – pacientka po vytažení cévky močila spontánně.

Elastické bandáže snáší.

5. den hospitalizace, 3. pooperační den

Pacientka na standardním oddělení chirurgie.

Monitorace FF 1 x denně.

Převaz operačních ran – dezinfekce okolí, toaleta ran, krytí tekutým obvazem Opsitem, vytažení Redonova drénu a rána po něm kryta sterilními čtverci. Rány klidné a stehy ponechány.

PŽK 5. den ex a napíchnut nový PŽK. Podávání ATB.

Dieta č. 1. nauzea není.

Břicho meteoristické, vzedmuté, citlivé v pravém podbřišku. Bolesti má pacientka snesitelné. Moči bez obtíží. Větry +, stolice nebyla.

Pacientka soběstačná, přechází si.

Elastické bandáže sundány, pacientka poučena o nutnosti pohybu.

6. den hospitalizace, 4. pooperační den

Hospitalizace na standardním oddělení chirurgie.

Operační rány klidné, stehy ponechány, rána po Redonovu drénu překryta Opsitem.

Po snídani pacientka zvrací, zástava odchodu plynů, stolice stále nebyla. Lékař naordinoval UZ celého břicha – tenké kličky rozšířené na 40 mm, vyplněné tekutinou a plynem, bez zřejmé peristaltiky. Mezi kličkami zobrazen lem tekutiny.

Závěr: Pooperační komplikace, paralytický ileus.

Pacientka stále zvracela, dle ordinace lékaře zavedena NGS k odsávání žaludečního obsahu.

PŽK 2. den funkční, bez známek zánětu, podávány infuzní roztoky 3 x 1000 ml Fyziologického roztoku s 1 A Syntostigminu.

Dieta nic per os.

Monitorace FF 3 x denně, kontrola zvracení, odchodu plynů.

Pacientka zaujímá úlevovou polohu na boku s pokrčenými koleny.

7. den hospitalizace, 5. pooperační den

Monitorace FF 2 x denně.

Kontrolní odběry krve – **minerály:** S-Na: 132 mmol/l, S-K: 4,3 mmol/l, S-Cl: 101 mmol/l, **proteiny:** S-CRP: 103 mg/l.

Operační rány klidné, stehy ponechány.

PŽK 3. den funkční, bez známek zánětu, podávány infuze Fyziologických roztoků i. v. 3 x 1000 ml, 1x s 1 A Syntostigminu. ATB terapie pokračuje i. v.

Pacientka snáší příjem čaje per os s mírnou nauzeou.

NGS stále odvádí malé množství žaludečního obsahu, větry odcházejí za pomoci rektální rourky.

Pacientka už se cítí trochu lépe, bolesti pomalu ustupují.

NGS odpoledne vytažena. Lékař ordinuje postupné zatěžování GIT, dnes bujón k večeři dle tolerance.

8. den hospitalizace, 6. pooperační den

Operační rány klidné, stehy ponechány.

PŽK 4. den funkční, bez známek zánětu, podán 1 x 1000 ml Fyziologického roztoku na 8 hod i. v., ATB ponechány.

Dieta č. 0, pacientka snáší.

Bolesti v podbříšku jsou snesitelné. Odchod větrů +, odchod malého množství průjmovité stolice. Postupné obnovování střevní peristaltiky.

Pacientka se cítí lépe, přechází si po chodbě s návštěvou.

9. den hospitalizace, 7. pooperační den

Operační rány klidné, hojí se per primam, stehy ponechány.

PŽK 5. den ex. ATB p. o. Augmentin 1g 2 x denně.

Dieta č. 1 pacientka toleruje. Dodržuje pitný režim.

Bolesti v podbříšku ustupují. Větry +, průjmovitá stolice 1 x, močení bez obtíží.

Pacientka zcela soběstačná.

10. den hospitalizace, 8. pooperační den

Operační rány klidné, stehy ex.

ATB p. o. ponechány.

Dieta č. 2.

Bez bolestí a obtíží. Větry +, stolice +.

Dle stavu pacientky a gynekologického konzilia možná dimise 10. den hospitalizace.

11. den hospitalizace, 9. pooperační den

ATB ex.

Pacientka bez obtíží.

Konziliární gynekologické vyšetření – UZ: děloha v RVF, v dutině děložní 1 amniální dutinka o průměru 17 mm, 2 žl. vajíčky o průměru 4 mm, 2 embryonální póly s AS, oba CRL 4mm. Na sondě čistý sekret.

Doporučení: dimise možná, kontrola v ženské poradně do 2 týdnů.

Pacientka se cítí dobře, nález na břiše je klidný, ranky zhojeny, stehy ex.

Dle gynekologického konzilia a po chirurgické stránce je pacientka propuštěna do domácího ošetření. Poučena v péči o jizvy, o dodržování šetrící stravy, bez fyzické zátěže 6 týdnů, následně domluvena kontrola v laparoskopické poradně za 3 týdny, kontrola u obvodního lékaře do 3 – 5 dnů a kontrola u obvodního gynekologa do 14 dnů.

U edukace přítomen manžel, pacientka všemu rozumí, cítí se na propuštění do domácího ošetření.

Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách: (Herdman [ed.], 2009, překl. Kudlová, 2010)

Diagnostická doména č. 1 – PODPORA ZDRAVÍ

Pacientka hodnotí své zdraví jako dobré. Před těhotenstvím aktivně cvičila aerobik a chodila plavat. Po zjištění těhotenství chodí na procházky s dítětem, pracuje na zahradě, chodí rekreačně plavat. Nekuřačka, před těhotenstvím příležitostně pila skleničku vína, nyní nepije žádný alkohol. Vždy dodržuje nařízení lékařů i sester.

Diagnostická doména č. 2 – VÝŽIVA

Pacientka neměla doposud větší dietní omezení. Nyní dietu dodržuje dle nařízení lékaře. Chuť k jídlu má normální. Snaží se jíst zdravě a dodržovat pitný režim. Typický denní příjem jídla je snídaně, oběd, svačina a večeře, občas si dá 2. večeři, především v těhotenství. Potíže s příjmem per os již nemá. Denně vypije cca 2000 ml tekutin a preferuje především čaje a ovocné šťávy, občas si dá skleničku mléka. Poranění kůže sliznic se hojí dobře.

Diagnostická doména č. 3 – VÝLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Pacientka problémy s močením nemá, po operaci měla retenci moči, která se upravila. Moč je bez příměsí a zápachu. S defekací měla problémy v rámci pooperačního paralytického ileu, již má stolici pravidelnou 1 x denně. Občas trpí ranními nevolnostmi, vztahujícími se k probíhajícímu těhotenství, které postupně ustupují.

Diagnostická doména č. 4 – AKTIVITA/ODPOČINEK

Momentálně pacientce brání v tělesné aktivitě onemocnění, kvůli kterému je hospitalizovaná a fyzické omezení v rámci rekonvalescence. Jinak chodí na procházky, odreagovává se sledováním televize, čtením knih a ráda relaxuje v zahradní houpací síti. Většinou spí celou noc, pokud ji neprobudí pocit na močení a po probuzení se cítí odpočatá.

Diagnostická doména č. 5 – VNÍMÁNÍ/POZNÁVÁNÍ

Pacientka problémy se zrakem ani sluchem nemá. Je zcela orientovaná místem, časem i osobou. Oční kontakt udržuje, pozornost je stálá. Problémy s komunikací nemá, má velmi dobrou slovní zásobu. Informace o svém zdravotním stavu má dostačující.

Diagnostická doména č. 6 – VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Pacientka se hodnotí jako optimistická osoba. Se svým vzhledem je spokojená, stará se o svůj vzhled a je upravená. Nyní se trochu obávala o zdraví svých nenarozených dvojčat a samozřejmě o své, ale díky lékařům, sestřičkám a rodině se její obavy zmírnily.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY A SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ

Pacientka je na mateřské dovolené se svým 1. dítětem. Bydlí s manželem v rodinném domku. Vztahy v rodině hodnotí jako velmi dobré, všichni ji podporují a těší se na příchod nových přírůstků. Po propuštění bude o pacientku pečovat manžel a nejbližší rodina, která projevuje velký zájem o pacientčin zdravotní stav, což dokazují častými návštěvami. Pacientka je velmi milá, má příjemné vystupování, i když měla bolesti, nikdy nebyla nepříjemná k personálu.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Pacientka žádné sexuální obtíže neudává. Menstruaci má od 14 let, v pravidelném cyklu 28/5, nebolestivou střední intenzity. Jednou již těhotná byla, rodila císařským řezem, těhotenství proběhlo bez problémů. Potraty neměla žádné. Gynekologické onemocnění neprodělala. Antikoncepci nebere. Poslední menstruace před cca 2 měsíci.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE/ODOLNOST VŮČI STRESU

Pacientka stresové situace moc nezažívá. Největším stresem pro ni bylo nynější onemocnění, které ale nakonec zvládla. Nejvíce ji se zvládáním stresu pomáhá rodina a

zejména manžel, dále také relaxace a také dostatek času na vyřešení situace. Problémy neodkládá, řeší je co nejdříve.

Diagnostická doména č. 10 – ŽIVOTNÍ PRINCIP

Pro pacientku je momentálně důležité zcela se uzdravit a donosit zdravé děti. Velkou oporu má v manželovi. Je pyšná na svou rodinu a hlavně na své dítě, které je poprvé odloučené od matky na delší dobu. V žebříčku hodnot je pro ni nejdůležitější zdraví, dále pak rodina, práce a na posledním místě má víru.

Diagnostická doména č. 11 – BEZPEČNOST/OCHRANA

Pacientka nemá žádnou alergii. Měla riziko infekce z důvodů invazivních vstupů, ale k žádné infekci nebo komplikaci s nimi spojenými nedošlo. Během hospitalizace se v prostředí nemocnice orientuje dobře. Cítí se v bezpečí díky pečujícímu personálu.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Pacientka měla silné bolesti při přijetí, které se postupně zmírňovaly. Myslí si, že bolest snáší přiměřeně. Nechce zbytečně analgetika kvůli probíhajícímu těhotenství.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST A VÝVOJ

U pacientky se nevyskytla žádná odchylka v růstu ani ve vývoji.

Plán ošetrovatelské péče – ošetrovatelské diagnózy NANDA: (Herdman [ed.], 2009, překl. Kudlová, 2010)

1. Akutní bolest 00132

- **doména 12:** Komfort.
- **třída 1:** Tělesný komfort.
- **definice:** Náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.
- **určující znaky:** Antalagická poloha z důvodu vyhnutí se bolesti, pozorované známky bolesti, slovní vyjádření bolesti.
- **související faktory:** Fyzikální původci zranění.
- **cíl:** Pacientka udává zmírnění bolestí a zvládá sebeobsluhu bez omezení bolestí.
- **ošetrovatelská intervence:** Doporučit vhodnou polohu, zjistit lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti, podat medikaci dle ordinace lékaře a sledovat účinky.

- **hodnocení:** Pacientka udává zmírnění bolestí po zaujmutí úlevové polohy a podání analgetik.

2. Narušená integrita tkáně 00044

- **doména 11:** Bezpečnost/ochrana.

- **třída 2:** Fyzické poškození.

- **definice:** Poškození sliznic, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.

- **určující znaky:** Poškozená tkáň (kůže, podkoží).

- **související faktory:** Mechanické faktory.

- **cíl:** Operační rány pacientky se hojí per primam, nedochází k dalšímu poškození.

- **ošetřovatelská intervence:** Dodržovat aseptické postupy při převazech ran, sledovat známky poruch hojení ran, převazy provádět dle ordinací lékaře.

- **hodnocení:** Pacientce se operační rány zhojily per primam a nedošlo k dalšímu poškození tkáně ani kůže.

3. Dysfunkční gastrointestinální motilita 00196

- **doména 3:** Vylučování a výměna.

- **třída 2:** Funkce gastrointestinálního traktu.

- **definice:** Zvýšená, snížená, neefektivní nebo nepřítomná peristaltická aktivita uvnitř gastrointestinálního traktu.

- **určující znaky:** Bolest břicha, nauzea, potíže s odchodem stolice, změna střevních zvuků (nepřítomnost).

- **související faktory:** Farmaceutické látky (ATB), operace.

- **cíl:** Pacientce se obnoví peristaltika střev po zatížení stravou, po podání podpůrných léčiv a doplnění tekutin.

- **ošetřovatelská intervence:** Sledovat známky navrácení peristaltiky střeva, zhodnotit frekvenci a množství stolice, sledovat odchod větrů, podávat medikaci dle ordinace lékaře a sledovat její účinky, poučit pacientku o dostatečném příjmu tekutin.

- **hodnocení:** Pacientce se obnovila střevní peristaltika, stolici má pravidelnou 1x denně normální barvy a konzistence, větry odcházejí.

4. Retence moči 00023

- **doména 3:** Vylučování a výměna.

- **třída 1:** Funkce močového systému.

- **definice:** Neúplné vyprazdňování močového měchýře.
- **určující znaky:** Malé močení, pocit plnosti močového měchýře, reziduální moč.
- **související faktory:** 0.
- **cíl:** Pacientka nebude mít problémy s vyprazdňováním močového měchýře po vyprázdnění reziduální moči PMK a po jeho vytažení.
- **ošetřovatelská intervence:** Sledovat výdej tekutin, PMK dle ordinace lékaře, edukovat pacientku o nácviku spontánního močení po vytažení PMK.
- **hodnocení:** Pacientce se po zavedení PMK ulevilo, byla odvedena reziduální moč, následně po vytažení PMK pacientka močí bez obtíží.

5. Nauzea 00134

- **doména 12:** Komfort.
- **třída 1:** Tělesný komfort.
- **definice:** Subjektivní nepříjemný, vlnovitý pocit v zadní části hrdla, epigastria nebo břicha, který může vést k nutkání nebo potřebě zvracet.
- **určující znaky:** Dávivý pocit, kyselá chuť v ústech, uvádí pocit na zvracení, zvýšené polykání a slinění.
- **související faktory:** Bolest, těhotenství.
- **cíl:** Pacientka bude bez nauzey a zvracení po podání antiemetik a upravení současného onemocnění.
- **ošetřovatelská intervence:** Podávat antiemetika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek, sledovat pacientčiny projevy nauzey, při zvracení sledovat množství a obsah, informovat lékaře o stavu pacientky.
- **hodnocení:** Pacientka nemá nauzeu ani nezvrací po podání antiemetik a upravení původního onemocnění. Občasná ranní nevolnost se objevuje ve vztahu k těhotenství.

6. Strach 00148

- **doména 9:** Zvládání/tolerance zátěže.
- **třída 2:** Reakce na zvládání zátěže.
- **definice:** Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.
- **určující znaky:** Sděluje obavy a strach.
- **související faktory:** Oddělení od podpůrného systému v potenciaálně stresující situaci (hospitalizace), přirozené (bolest).

- **cíl:** Pacientce se zmírní strach za podpory rodiny a ošetřujícího personálu a po odstranění souvisejících faktorů.
- **ošetřovatelská intervence:** Vyslechnout pacientčiny obavy, podávat dostatek informací, účinně tlumit bolest, informovat lékaře o pacientčiny obavách, dopřát pacientce klid a soukromí při návštěvách.
- **hodnocení:** Pacientka udává zmírnění strachu, pomohl jí hlavně manžel a dostatek informací od lékaře a sester.

7. Riziko infekce 00004

- **doména 11:** Bezpečnost/ochrana.
- **třída 1:** Infekce.
- **definice:** Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.
- **rizikové faktory:** Farmaka (antibiotika), invazivní procedury, nedostatečná primární ochrana (porušená kůže).
- **cíl:** Pacientka nemá lokální ani celkové projevy infekce po správném přístupu a ošetřování.
- **ošetřovatelská intervence:** Postupovat asepticky při práci s invazivním vstupem a při převazování operačních ran, dodržovat doporučenou délku kanylance (5 dnů), sledovat známky projevů infekce a případně informovat lékaře.
- **hodnocení:** U pacientky se neobjevily místní ani celkové známky infekce.

Kazuistika č. 2

25 – ti letá pacientka J. M. v 11. týdnu gravidity, přišla na chirurgickou ambulanci pro půl dne trvající píchavé bolesti v pravém podbřišku bez propagace. Nezvracela, nekrvácí, problémy s močením nejuje, stolice normálního charakteru, zimnici ani třesavku neměla. Udává zvýšenou TT.

Ambulantně provedeno:

- Fyzikální vyšetření – břicho měkké, prohmatné, palpačně citlivé v pravém podbřišku s naznačeným peritoneálním drážděním.

- P 86', TK 115/65, TT 37, 3°C, Váha 63 kg, Výška 170 cm.

- Odběry krve

- krevní obraz – B-LE: 22, 4 $10^9/l$, B-ER: 5, 23 $10^{12}/l$, B-HB: 136 g/l,

B-TROM: 214 $10^9/l$

- sérum – S-BIL: 7 $\mu\text{mol}/l$

- minerály – S-Na: 134 mmol/l, S-K: 4,5 mmol/l, S-Cl: 100 mmol/l

- dušikaté metabolity – S-UREA: 2,1 mmol/l, S-KREA: 53 $\mu\text{mol}/l$

- enzymy – S-ALT: 0,31 $\mu\text{kat}/l$, S-AST: 0,35 $\mu\text{kat}/l$

- proteiny – S-CRP: 2 mg/l

- hormony – S-HCGB: 126 351 IU/l

Pacientka byla z ambulance poslána k přijetí na chirurgické oddělení k dovyšetření obtíží. Po přijetí na oddělení ordinoval lékař sonografické vyšetření břicha, gynekologické konziliární vyšetření, nic per os, zajištění žilního vstupu a podání infuze 1000 ml Fyziologického roztoku i. v.

Anamnéza:

Osobní anamnéza: nevýznamná, úrazy: 0

Rodinná anamnéza: nevýznamná

Sociální anamnéza: svobodná, žije s přítelem

Pracovní anamnéza: prodavačka

Toxikologická anamnéza: nekouří, alkohol: 0, drogy: 0

Alergie: pyl

Farmakologická anamnéza: 0

Gynekologická anamnéza:

- menarche: 13, cyklus: 27/5
- porody: 0
- abort spontánní: 0
- abort umělé: 0
- gynekologické onemocnění: 0
- antikoncepce: 0
- PM: před cca 3 měsíci

Hlavní diagnóza: Dolores hypogastrii, susp. appendicitis acuta

Vedlejší diagnóza: 0

Základní screeningové vyšetření sestrou při příjmu:

Pacientka měří 170 cm, váží 63 kg, BMI 21,80. Vzhledově je upravená. Pacientka je při vědomí, GCS 15 bodů, puls 86' pravidelný, krevní tlak 115/65, dech 16' pravidelný, tělesná teplota 37,3°C. Polohu zaujímá aktivní, chůze je přirozená, postoj vzpřímený, zornice izokorické, chrup vlastní, jazyk bez povlaku, sliznice růžové, vidí, slyší dobře, kůže fyziologické barvy bez defektů.

Informace získané objektivním pozorováním:

Pacientka orientovaná osobou, místem i časem, pozornost úmyslná, oční kontakt udržuje, chápe myšlenky a otázky, řeč plynulá, dobrá slovní zásoba.

Testy a hodnocení:

Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů = nezávislý

Vizuální analogová škála (VAS) – 4 – střední bolest

Úroveň soběstačnosti dle Gordonové (0 – 5)

- najít se – 0
- umýt se – 0
- vykoupat se – 0
- obléci se – 0
- pohybovat se – 0

Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace, 0. pooperační den

Pacientka přijata na chirurgické oddělení.

Zajištěn periferní žilní vstup.

Pacientka odeslána na sonografické vyšetření celého břicha a na gynekologické konziliární vyšetření.

Sonografické vyšetření celého břicha – hůře přehledný terén bez jistého průkazu volné tekutiny v dutině břišní. Přiměřený nález na játrech, žlučníku, žlučových cestách, pankreatu, slezině, ledvinách, močovém měchýři. Střevní kličky bez zjevné patologie. Appendix spolehlivě nediferencován.

Závěr: suspektní akutní apendicitída.

Gynekologické konziliární vyšetření – potvrzující graviditu 11 + 0 s normálním gynekologickým nálezem.

Po návratu na oddělení podána infuze 1000 ml Fyziologického roztoku i. v. na 8 hod.

Dieta nic per os.

Pacientka byla po konzultaci s gynekologem indikována k laparoskopické apendektomii.

Pacientka poučena lékařem o výkonu, s operací souhlasí, dotazy kladené pacientkou zodpovězeny. Sestra připravila operační pole – oholení a vyčištění pupku. Dle anesteziologického konzilia prevence TEN – elastické bandáže DK a preventivní dávka nízkomolekulárního heparinu.

Operační nález flegmonózně – ulcerózní appendix se seropurulentním výpotkem v Douglasově prostoru.

Po výkonu pacientka uložena na chirurgickou JIP. Zaujímá Fowlerovu polohu.

Probíhá monitorace TK – 105/70, P – 62', SpO₂ – 97 %, TT – 37,1 °C. Dýchání spontánní bez nutnosti podpory O₂.

Operační rány bez prosaků, pacientka má zaveden 1 x Redonův drén z důvodu nálezu výpotku v Douglasově prostoru, který odvádí seropurulentní tekutinu.

PŽK 1. den funkční, bez známek zánětu, podávány infuzní roztoky 2 x 1000 ml IsoLyte. Po domluvě s gynekologem podána po operaci ATB – Cefazolin 1g i. v. á 8 hod.

Dieta nic per os, večer čaj po lžičkách.

K tlumení bolesti Indometacin 50 mg supp.

Pacientka v celkově dobrém stavu, nauzeu neměla, nezvracela, močila spontánně, bolesti má snesitelné.

2. den hospitalizace, 1. pooperační den

Pacientka hospitalizovaná na chirurgické JIP.

Monitorace TK – 125/74, P – 69', SpO₂ – 98 %, TT – 36,7°C 3 x denně.

Převaz operačních ran – dezinfekce okolí, toaleta ranek, sterilní krytí + zetužit.

Redonův drén odvádí malé množství seropurulentní tekutiny cca 100 ml/den.

PŽK 2. den funkční, bez známek zánětu, podávání ATB 2. den, vykapání jedné infuze 500 ml Fyziologického roztoku.

Dieta č. 0/S. Pacientka snáší příjem čaje bez nauzey či zvracení.

Břicho měkké, nebolestivé, citlivé okolo ran a Redonova drénu. Větry ani stolice neodcházejí.

Pacientka absolvovala první vstávání se sestrou, nadále již zvládá hygienu samostatně s malou pomocí, přejde si po pokoji.

Po domluvě pacientka přeložena na standardní oddělení chirurgie. Po překladu domluveno konziliární gynekologické oddělení.

Gynekologické konzilium – plod vitální s normálním vývojem.

K večeri pacientka dostala dietu č. 0, toleruje bez obtíží.

Sestry prováděly u pacientky ošetrovatelskou rehabilitaci. Pacientka se cítí dobře, bolesti udává snesitelné, objevují se především po zátěži, analgetika na noc.

Elastické bandáže toleruje.

3. den hospitalizace, 2. pooperační den

Pacientka hospitalizována na standardním oddělení chirurgie.

Monitorace TK – 115/70, P – 59', SpO₂ – 96, TT – 36,7°C 1 x denně ráno.

Lékařem ordinovány kontrolní odběry krve na KO a CRP.

Výsledky odběrů krve

- **krevní obraz** – B-LE: 10,2 10⁹/l, B-ER: 4,58 10¹²/l, B-HB: 136 g/l,

B-TROM: 198 10⁹/l

- **proteiny** – S-CRP: 1 mg/l

Převaz operačních ran – dezinfekce okolí, toaleta ran, překrytí tekutým obvazem Opsitem. Vytažení Redonova drénu a překrytí vstupu sterilními čtverci.

PŽK 3. den funkční, bez známek zánětu, 3. den ATB i. v.

Dieta č. 0. Pacientka udává normální chuť k jídlu.

Břicho měkké, prohmatné, lehce citlivé okolo vstupu po drénu. Větry +, stolice +.

Pacientka soběstačná, bez obtíží, elastické bandáže sundány, edukována o pohybu.

4. den hospitalizace, 3. pooperační den

Monitoring TK – 120/75, P – 65', SpO₂ – 97 %, TT – 36,6°C 1 x denně.

Operační rány klidné, vstup po drénu překryt Opsitem.

PŽK 4. den, ATB i. v. 8 – 16 – 24 a ex.

Dieta č. 1. Pitný režim dostačující.

Pacientka bez bolestí a obtíží. Větry +, stolice +.

5. den hospitalizace, 4. pooperační den

Pacientka na standardním oddělení chirurgie.

Sledování TK – 118/72, P – 70', SpO₂ – 98 %, TT – 36,7°C 1 x denně.

Operační rány klidné, hojí se per primam, okolí ran bez zarudnutí.

PŽK 5. den ex

Dieta č. 2.

Větry +, stolice +. Pacientka bez bolestí.

6. den hospitalizace, 5. pooperační den

Pacientka v celkově dobrém stavu, cítí se dobře, po výkonu bez komplikací.

Operační ranky klidné, stehy ponechány.

Z chirurgického hlediska možná dimise do domácího ošetření. Pacientka poučena v péči o jizvy, o dodržování šetřící stravy, bez fyzické zátěže 6 týdnů, za 3 týdny domluvena kontrola v laparoskopické poradně, kontrola u obvodního lékaře do 3 – 5 dnů, stehy ex 7. – 10. pooperační den u obvodního lékaře či na chirurgické ambulanci a kontrolní gynekologické vyšetření za 14 dní.

Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách: (Herdman [ed.], 2009, překl. Kudlová, 2010)

Diagnostická doména č. 1 – PODPORA ZDRAVÍ

Pacientka hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý. Je to její první těhotenství a moc se těší na dítě. Před těhotenstvím nijak zvlášť nesportovala, občas chodila na procházky. Po potvrzení těhotenství začala cvičit na gymnastickém míči a chodit častěji na procházky. Nekuřačka, abstinentka. Lékařská a ošetrovatelská nařízení dodržuje důsledně.

Diagnostická doména č. 2 – VÝŽIVA

Pacientka nikdy nemusela dodržovat nějaká dietní opatření. Po operaci dodržovala všechna omezení v dietě dle doporučení lékařů. Chuť k jídlu má normální. Pitný režim dodržuje a téměř vždy jí zdravě. Typický denní příjem jídla je snídaně, oběd, svačina a večeře. Denně vypije cca 2500 ml tekutin a preferuje především vodu a minerální vody. Poranění kůže sliznic se hojí dobře.

Diagnostická doména č. 3 – VÝLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Problémy s vyprazdňováním moče pacientka neměla. Moč je bez zápachu a příměsí. S defekací větší problémy neměla, stolice je pravidelná 1 x denně.

Diagnostická doména č. 4 – AKTIVITA/ODPOČINEK

Pacientce brání v tělesné aktivitě hospitalizace. Odpočívá při čtení časopisů o těhotenství, relaxací pro ni je i zařizování dětského pokoje. Před usínáním má zvyk vyvětrat místnost, poté spí dobře a celou noc. Po probuzení se cítí zcela odpočatá.

Diagnostická doména č. 5 – VNÍMÁNÍ/POZNÁVÁNÍ

Pacientka problémy se zrakem ani sluchem nemá. Je orientovaná místem, časem i osobou. Oční kontakt udržuje, pozornost je úmyslná a stálá. Problémy s komunikací nemá. Informace o svém zdravotním stavu má dostačující.

Diagnostická doména č. 6 – VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Pacientka se hodnotí jako optimistka. Se svým vzhledem je relativně spokojená. Věří lékařům a sestřám, takže strach z budoucna nemá.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY A SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ

Pacientka pracuje jako prodavačka. Bydlí s přítelem v bytě. Vztahy v rodině hodnotí jako dobré. Její nejbližší se zajímají o její zdravotní stav. Kontakt s lidmi během hospitalizace byl častý. Po propuštění bude o pacientku pečovat přítel. Pacientka má příjemné vystupování, je klidná a trpělivá.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Pacientka žádné sexuální obtíže neudává. Menstruaci má od 13 let v pravidelném cyklu 27/5 s občasnou bolestivostí a slabou intenzitou. Je to její první těhotenství. Potraty

neměla žádné. Gynekologické onemocnění neprodělala. Antikoncepci nebere. Poslední menstruace cca před 3 měsíci.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE/ODOLNOST VŮČI STRESU

Pacientka podle svých slov zvládá stresové situace dobře, pokud se necítí dobře nebo má nějaké problémy, řeší to s přítelem a rodinou. Nenechává řešení problémů na poslední chvíli, snaží se je řešit, hned když nastanou.

Diagnostická doména č. 10 – ŽIVOTNÍ PRINCIP

Nejdůležitějšími hodnotami pro pacientku je rodina a zdraví. Jako svůj cíl si pacientka dává mít zdravou a šťastnou rodinu. Je pyšná sama na sebe a na svého přítele, že spolu zvládají někdy těžké životní zkoušky. Pacientka je nevěřící, nepotřebuje náboženské kontakty.

Diagnostická doména č. 11 – BEZPEČNOST/OCHRANA

Pacientka má alergii na pyl, která je u ní nejhorší na jaře. Měla riziko infekce z důvodů invazivních vstupů, ale k žádné infekci nedošlo. Během hospitalizace se v prostředí oddělení orientuje dobře. Cítí se bezpečně, protože není na pokoji sama.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Pacientka měla silnější bolesti při přijetí, v pooperačním období již byly snesitelné. Myslí si, že bolest snáší dobře, dle jejich slov má zřejmě vysoký práh bolesti.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST A VÝVOJ

U pacientky se nevyskytla žádná odchylka v růstu ani ve vývoji.

Plán ošetrovatelské péče – ošetrovatelské diagnózy NANDA: (Herdman [ed.], 2009, překl. Kudlová, 2010)

1. Akutní bolest 00132

- **doména 12:** Komfort.

- **třída 1:** Tělesný komfort.

- **definice:** Náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

- **určující znaky:** Antalgická poloha z důvodu vyhnutí se bolesti, pozorované známky bolesti, slovní vyjádření bolesti.
- **související faktory:** Fyzikální původci zranění.
- **cíl:** Pacientka udává zmírnění nebo vymizení bolesti. Zná možnosti ovlivnění bolesti.
- **ošetřovatelská intervence:** Doporučit vhodnou úlevovou polohu, zjistit lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti, sledovat verbální a neverbální projevy bolesti, podat medikaci dle ordinace lékaře a sledovat účinky.
- **hodnocení:** Pacientka udává vymizení bolesti po zaujmutí úlevové polohy a podání analgetik.

2. Narušená integrita tkáně 00044

- **doména 11:** Bezpečnost/ochrana.
- **třída 2:** Fyzické poškození.
- **definice:** Poškození sliznic, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.
- **určující znaky:** Poškozená tkáň (kůže, podkoží).
- **související faktory:** Mechanické faktory.
- **cíl:** Operační rány pacientky se hojí per primam, nedochází k dalšímu poškození. Pacientka ví, jak se má o rány starat.
- **ošetřovatelská intervence:** Dodržovat aseptické postupy při převazech ran, sledovat známky poruch hojení ran, převazy provádět dle ordinací lékaře, edukovat pacientku v péči o rány.
- **hodnocení:** Pacientce se operační rány zhojily per primam a nedošlo k dalšímu poškození tkáně ani kůže.

3. Riziko infekce 00004

- **doména 11:** Bezpečnost/ochrana.
- **třída 1:** Infekce.
- **definice:** Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.
- **rizikové faktory:** Farmaka (antibiotika), invazivní procedury, nedostatečná primární ochrana (porušená kůže).
- **cíl:** Pacientka nejeví lokální ani celkové známky infekce po správném přístupu a ošetřování.
- **ošetřovatelská intervence:** Postupovat asepticky při práci s invazivním vstupem a při převazování operačních ran, dodržovat doporučenou délku kanylace (5 dnů), sledovat známky projevů infekce a případně informovat lékaře.

- **hodnocení:** U pacientky se neobjevily místní ani celkové známky infekce.

Kazuistika č. 3

Pacientka A. P. 22 let ve 13. týdnu těhotenství byla odeslána obvodním gynekologem na chirurgickou ambulanci pro druhý den trvající svíravé, křečovitě a píchavé bolesti v pravém nadbříšku. Doma zvracela 2x, 1x průjmovitá stolice, problémy s močením nemá, nekrvácí. Měla třesavku a zvýšenou TT.

Ambulantně provedeno:

- Fyzikální vyšetření – břicho měkké, prohmatné, palpačně citlivé za pravou děložní hranou.

- P 91', TK 106/69, TT 37, 7°C, Váha 75 kg, Výška 174 cm.

- Odběry krve

- krevní obraz – B-LE: 28, 2 $10^9/l$, B-ER: 4, 82 $10^{12}/l$, B-HB: 134 g/l,

B-TROM: 218 $10^9/l$

- sérum – S-BIL: 10 $\mu\text{mol}/l$

- minerály – S-Na: 137 mmol/l, S-K: 4,2 mmol/l, S-Cl: 102 mmol/l

- dušikaté metabolity – S-UREA: 2,82 mmol/l, S-KREA: 50 $\mu\text{mol}/l$

- enzymy – S-ALT: 0,27 $\mu\text{kat}/l$, S-AST: 0,38 $\mu\text{kat}/l$

- proteiny – S-CRP: 28 mg/l

- hormony – S-HCGB: 196 824 IU/l

- Odběry moče

- moč – kval.: U-HUST: 1004,0 kg/m³, U-pH: 6,9

- moč – sediment: U-LEUC: 4,2 $10^6/l$, U-ERYC: 4,1 $10^6/l$,

U-EPIc: 3,6 $10^6/l$, U-EPIKc: 1,5 $10^6/l$, U-BAKTc: 8,6 $10^6/l$, U-KVASc: 0,0 $10^6/l$

- Gynekologické konziliární vyšetření – potvrzující graviditu 13 + 2, plod vitální, gynekologická příčina bolestí nepravděpodobná.

Závěr: normální gynekologický nález, susp. akutní apendicitída?

- Sonografické vyšetření celého břicha – hůře přehledný terén, díky zvětšující se děloze, bez jistého průkazu volné tekutiny v dutině břišní. Přiměřený nález na játrech, žlučníku, žlučových cestách, pankreatu, slezině, ledvinách, močovém měchýři. Střevní kličky bez zjevné patologie. Appendix spolehlivě nediferencován.

Závěr: suspektní akutní apendicitída.

Pacientka lačná, informována o zdravotním stavu, po domluvě s gynekologem byla přijata na chirurgické oddělení k operačnímu řešení. Lékař z ambulance naordinoval nic per os, anesteziologické vyšetření, zajištění žilního vstupu, podání infuze 1000 ml Isolytu i. v., Indometacin 50 mg supp., Torecan 1 A i. v. při zvracení.

Anamnéza:

Osobní anamnéza: nevýznamná, úrazy: commotio cerebri v 10 letech

Rodinná anamnéza: otec AH

Sociální anamnéza: svobodná, žije s přítelem u rodičů

Pracovní anamnéza: osobní asistentka

Toxikologická anamnéza: kouří 2 – 3 cigarety za den, alkohol: 0, drogy: 0

Alergie: 0

Farmakologická anamnéza: 0

Gynekologická anamnéza:

- menarche: 13, cyklus: 28/5
- porody: 0
- abort spontánní: 0
- abort umělé: 0
- gynekologické onemocnění: 0
- antikoncepce: 0
- PM: před cca 4 měsíci

Hlavní diagnóza: Dolores epigastrii, susp. appendicitis acuta

Vedlejší diagnóza: 0

Základní screeningové vyšetření sestrou při příjmu:

Pacientka měří 174 cm, váží 75 kg, BMI 24,77. Vzhledově upravená. Pacientka je při vědomí, GCS 15 bodů, puls 91´ pravidelný, krevní tlak 106/69, dech 18´ pravidelný, tělesná teplota 37,7°C. Poloha aktivní, chůze je přirozená, postoj vzpřímený, zornice izokorické, chrup vlastní sanovaný, jazyk bez povlaku, sliznice růžové, vidí, slyší dobře, kůže fyziologické barvy bez defektů.

Informace získané objektivním pozorováním:

Pacientka je orientovaná osobou, místem i časem, pozornost udržuje úmyslnou, oční kontakt udržuje, chápe myšlenky a otázky, řeč plynulá, dobrá slovní zásoba.

Testy a hodnocení:

Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů = nezávislý

Vizuální analogová škála (VAS) – 6 – silná bolest

Úroveň soběstačnosti dle Gordonové (0 – 5)

- najít se – 0
- umýt se – 0
- vykoupat se – 0
- obléci se – 0
- pohybovat se – 0

Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace, 0. pooperační den

Pacientka přijata na chirurgické oddělení.

Zajištěn periferní žilní vstup, podána infuze 1000 ml Isolytu i. v., podán čípek Indometacinu 50 mg.

Dieta nic per os.

Anesteziologické konzilium – prevence TEN – elastické bandáže DK, podání preventivní dávky nízkomolekulárního heparinu.

Pacientka poučena o výkonu, s operací souhlasí. Sestra připravila operační pole – oholení a vyčištění pupku. Pacientce nasazeny elastické bandáže.

Operační nález flegmonózní apendix.

Po výkonu pacientka uložena na chirurgickou JIP. Zaujímá Fowlerovu polohu.

Probíhá monitorace TK – 92/53, P – 58', SpO₂ – 98 %, TT – 37,1 °C. Dýchání spontánní bez nutnosti podpory O₂.

Krytí operačních ran suché, pacientka má zaveden 1 x Redonův drén, který odvádí zbytky proplachové tekutiny.

PŽK 1. den funkční, bez známek zánětu, podávány infuzní roztoky 2 x 1000 ml FR. Po domluvě s gynekologem podána po operaci ATB – Medoclav 1,2 g i. v. á 8 hod.

Dieta nic per os, večer čaj po lžičkách.

K tlumení bolesti Indometacin 50 mg supp.

Pacientka v celkově dobrém stavu, pooperační nauzea, nezvracela, močila spontánně, bolesti snesitelné. Večer mobilizována do stoje, s pomocí sestry došla na WC.

2. den hospitalizace, 1. pooperační den

Pacientka hospitalizovaná na chirurgické JIP.

Výsledky odběrů krve

- **krevní obraz** – B-LE: 24, 1 $10^9/l$, B-ER: 4, 79 $10^{12}/l$, B-HB: 132 g/l,
B-TROM: 216 $10^9/l$

- **proteiny** – S-CRP: 15 mg/l

Monitorace TK – 105/69, P – 68', SpO₂ – 98 %, TT – 36,7°C 3 x denně.

Převaz operačních ran – dezinfekce okolí, toaleta ranek, sterilní krytí. Redonův drén odvádí malé množství krve cca 50 ml/den.

PŽK 2. den funkční, bez známek zánětu, podávání ATB 2. den.

Dieta č. 0/S. Pacientka toleruje příjem čaje p. o. bez nauzey či zvracení.

Břicho měkké, prohmatné, nebolestivé, citlivé okolo ran a Redonova drénu. Větry ani stolice neodcházejí.

Pacientka zvládá osobní hygienu s lehkou dopomocí. Přechází si okolo lůžka.

Po domluvě pacientka přeložena na standardní oddělení chirurgie.

K večeri pacientka dostala dietu č. 0, toleruje bez obtíží.

Pacientka se cítí lépe, bolesti má snesitelné, analgetika na noc. Přechází po pokoji.

Elastické bandáže toleruje.

3. den hospitalizace, 2. pooperační den

Pacientka hospitalizována na standardním oddělení chirurgie.

Výsledky odběrů krve

- **krevní obraz** – B-LE: 19, 6 $10^9/l$, B-ER: 4, 64 $10^{12}/l$, B-HB: 138 g/l,
B-TROM: 201 $10^9/l$

- **proteiny** – S-CRP: 5 mg/l

Gynekologické konzilium – gravidita 13 + 4, plod vitální s normálním vývojem.

Monitorace TK – 110/70, P – 61', SpO₂ – 98, TT – 36,6°C 1 x denně ráno.

Převaz operačních ran – dezinfekce okolí, toaleta ran, překrytí tekutým obvazem Opsitem. Vytažení Redonova drénu a překrytí vstupu sterilními čtverci.

PŽK 3. den funkční, bez známek zánětu, 3. den ATB i. v. 8 – 16 – 24 a ex.

Dieta č. 0. Pacientka nemá obtíže s příjmem jídla ani tekutin.

Břicho měkké, prohmatné, lehce citlivé okolo vstupu po drénu. Větry +, stolice nebyla.

Pacientka soběstačná, bez obtíží, mírné bolesti, problémy s pohybem nemá.

Elastické bandáže sundány, pacientka edukována o nutnosti pohybu.

4. den hospitalizace, 3. pooperační den

Monitoring TK – 115/70, P – 68', SpO₂ – 97 %, TT – 36,6°C 1 x denně.

Operační rány klidné, vstup po drénu překryt Opsitem.

PŽK 4. den ex.

Dieta č. 1. Pitný režim dodržuje.

Pacientka bez bolestí a obtíží. Větry +, stolice +.

5. den hospitalizace, 4. pooperační den

Pacientka na standardním oddělení chirurgie.

Sledování TK – 114/69, P – 65', SpO₂ – 98 %, TT – 36,7°C 1 x denně.

Operační rány klidné, hojí se per primam, okolí ran bez zarudnutí.

Dieta č. 2. Pacientka dodržuje dietní opatření.

Větry +, stolice +. Pacientka bez bolestí.

6. den hospitalizace, 5. pooperační den

Po výkonu nebyly žádné komplikace. Pacientka se cítí dobře, břicho nebolestivé, větry +, stolice +, močení bez obtíží.

Operační ranky klidné, stehy ponechány.

Dimise do domácího ošetření. Pacientka poučena v péči o jizvy, o dodržování šetrící stravy, bez fyzické zátěže 6 týdnů, za 3 týdny domluvena kontrola v laparoskopické poradně, kontrola u obvodního lékaře do 3 – 5 dnů, stehy ex 7. – 10. pooperační den u obvodního lékaře či na chirurgické ambulanci a kontrolní gynekologické vyšetření do 14 dnů.

Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách: (Herdman [ed.], 2009, překl. Kudlová, 2010)

Diagnostická doména č. 1 – PODPORA ZDRAVÍ

Svůj zdravotní stav hodnotí pacientka jako dobrý. Aby si udržela zdraví, chodí pravidelně na procházky se psem. Za poslední rok neprodělala žádné závažné onemocnění ani úrazy. Kouří 2 – 3 cigarety denně, alkohol nepije. Pravidelně navštěvuje obvodního

gynekologa. Lékařská a ošetrovatelská doporučení se snaží dodržovat důsledně.

Diagnostická doména č. 2 – VÝŽIVA

Pacientka nedržela žádnou dietu, teď vzhledem k onemocnění dodržuje šetřící dietu. Pravidelný příjem potravy je snídaně, oběd, svačina a večeře. Chuť k jídlu je normální. Neužívá žádné doplňky stravy. Poruchy polykání neudává. Denně vypije asi 2000 ml tekutin. Dává přednost minerálním vodám, ovocným čajům a mléku. Poranění kůže a sliznic se hojí bez větších problémů.

Diagnostická doména č. 3 – VÝLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Pacientka problémy s močením nemá. Moč bez příměsí, zápachu, světle žluté barvy. Stolice je fyziologické barvy, bez příměsí. Pacientka se vyprazdňuje pravidelně 1 – 2 x denně. Klientka se zvýšeně nepotí a nezvrací.

Diagnostická doména č. 4 – AKTIVITA/ODPOČINEK

Pacientka pravidelně necvičí. Svůj volný čas se snaží trávit aktivně prací na zahradě a okolo domu rodičů, ale odpočine si i u knihy, televize a při poslechu radia. Spí celou noc dobře. Po probuzení se cítí odpočatá.

Diagnostická doména č. 5 – VNÍMÁNÍ/POZNÁVÁNÍ

Pacientka problémy se zrakem ani sluchem nemá. Je orientovaná místem, časem i osobou. Oční kontakt udržuje, pozornost je úmyslná a stálá. Problémy s komunikací nemá. Informace o svém zdravotním stavu má dostačující, v čem si není jistá, zeptá se.

Diagnostická doména č. 6 – VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Pacientka se hodnotí jako střed mezi pesimistkou a optimistkou, podle toho v jaké situaci se ocitne. Se svým vzhledem je spokojená. Problémy řeší s nejlepší kamarádkou a přítelem. Obává se porodu, jinak strach nemá.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY A SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ

Pacientka pracuje jako osobní asistentka. Bydlí s přítelem v rodinném domku u rodičů. Vztahy v rodině hodnotí jako velice dobré. Její rodina i přátelé se zajímají o její zdravotní stav. Kontakt s rodinou a kamarádkou během hospitalizace byl častý. Po propuštění bude o

pacientku pečovat přítel s rodiči. Pacientka má příjemné vystupování, většinou je klidná, někdy bývá zbrklá a nervózní.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Pacientka žádné sexuální obtíže neudává. Menstruaci má od 13 let, v pravidelném cyklu 28/5, nebolestivou a slabé intenzity. Je to její první těhotenství, je z něj trochu nervózní, ale těší se. Potraty nebyly. Gynekologické onemocnění neprodělala. Antikoncepci nebere. Poslední menstruace cca před 4 měsíci.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE/ODOLNOST VŮČI STRESU

Napětí neprožívá moc často, ale chvíli ji trvá, než se s ním vyrovná. Nyní pociťuje napětí z onemocnění. Se svými problémy se svěřuje příteli a kamarádce, kteří jí jsou oporou.

Diagnostická doména č. 10 – ŽIVOTNÍ PRINCIP

Pacientce se splnil sen – mít dítě. Do budoucna by si s přítelem chtěli postavit malý domeček. Pacientka je ateista, o vyznávání náboženství nepřemýšlela. V žebříčku hodnot je pro ni nejdůležitější zdraví, a to jak její, tak i všech rodinných příslušníků. Dále pak rodina, práce, peníze, záliby a cestování.

Diagnostická doména č. 11 – BEZPEČNOST/OCHRANA

Pacientka nemá alergii. Měla riziko infekce z důvodů invazivních vstupů, ale k žádné infekci nedošlo. Během hospitalizace se v prostředí oddělení orientuje dobře. Cítí se bezpečně, protože má časté návštěvy.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Pacientka měla silné bolesti při přijetí, po operaci měla snesitelné bolesti 2 dny. Snaží se bolest snášet dobře a být silná kvůli miminku.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST A VÝVOJ

U pacientky se nevyskytla žádná odchylka v růstu ani ve vývoji.

Plán ošetrovateľskej péče – ošetrovateľské diagnózy NANDA: (Herdman [ed.], 2009, prekl. Kudlová, 2010)

1. Akutní bolest 00132

- **doména 12:** Komfort.
- **třída 1:** Tělesný komfort.
- **definice:** Náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.
- **určující znaky:** Antalgická poloha z důvodu vyhnutí se bolesti, pozorované známky bolesti, slovní vyjádření bolesti.
- **související faktory:** Fyzikální původci zranění.
- **cíl:** Pacientka udává zmírnění nebo vymizení bolesti. Zná možnosti ovlivnění bolesti.
- **ošetrovateľská intervence:** Doporučit vhodnou úlevovou polohu, snažit se odvést pacientčinu pozornost od bolesti, zjistit lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti, sledovat verbální a neverbální projevy bolesti, podat medikaci dle ordinace lékaře a sledovat účinky.
- **hodnocení:** Pacientka udává zmírnění bolesti při návštěvách a vymizení bolesti po zaujmutí úlevové polohy a podání analgetik.

2. Narušená integrita tkáně 00044

- **doména 11:** Bezpečnost/ochrana.
- **třída 2:** Fyzické poškození.
- **definice:** Poškození sliznic, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.
- **určující znaky:** Poškozená tkáň (kůže, podkoží).
- **související faktory:** Mechanické faktory.
- **cíl:** Operační rány pacientky se hojí per primam, nedochází k dalšímu poškození. Pacientka ví, jak se má o rány starat.
- **ošetrovateľská intervence:** Dodržovat aseptické postupy při převazech ran, sledovat známky poruch hojení ran, převazy provádět dle ordinací lékaře, edukovat pacientku v péči o rány.
- **hodnocení:** Pacientce se operační rány zhojily per primam a nedošlo k dalšímu poškození tkáně ani kůže.

3. Nauzea 00134

- **doména 12:** Komfort.
- **třída 1:** Tělesný komfort.

- **definice:** Subjektivní nepříjemný, vlnovitý pocit v zadní části hrdla, epigastria nebo břicha, který může vést k nutkání nebo potřebě zvracet.
- **určující znaky:** Dávivý pocit, kyselá chuť v ústech, uvádí pocit na zvracení, zvýšené polykání a slinění.
- **související faktory:** Bolest, těhotenství.
- **cíl:** Pacientka bude bez nauzey a zvracení po podání antiemetik a upravení současného onemocnění.
- **ošetřovatelská intervence:** Podávat antiemetika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek, sledovat pacientčiny projevy nauzey, při zvracení sledovat množství a obsah, informovat lékaře o stavu pacientky.
- **hodnocení:** Pacientka nemá nauzeu ani nezvrací po podání antiemetik a upravení původního onemocnění.

4. Strach 00148

- **doména 9:** Zvládání/tolerance zátěže.
- **třída 2:** Reakce na zvládání zátěže.
- **definice:** Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.
- **určující znaky:** Sděluje obavy a strach.
- **související faktory:** Oddělení od podpůrného systému v potencionálně stresující situaci (hospitalizace), přirozené (bolest).
- **cíl:** Pacientce se zmírní strach a obavy za podpory rodiny a rozhovoru s lékařem.
- **ošetřovatelská intervence:** Vyslechnout pacientčiny obavy, podávat dostatek informací, doporučit literaturu, účinně tlumit bolest, informovat lékaře o pacientčiny obavách, dopřát pacientce klid a soukromí při návštěvách.
- **hodnocení:** Pacientka udává zmírnění strachu, pomohl jí hlavně manžel a dostatek informací od lékaře a sester.

5. Riziko infekce 00004

- **doména 11:** Bezpečnost/ochrana.
- **třída 1:** Infekce.
- **definice:** Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.
- **rizikové faktory:** Farmaka (antibiotika), invazivní procedury, nedostatečná primární ochrana (porušená kůže).
- **cíl:** Pacientka nejeví lokální ani celkové známky infekce po správném přístupu a ošetřování.

- **ošetřovatelská intervence:** Postupovat asepticky při práci s invazivním vstupem a při převazování operačních ran, dodržovat doporučenou délku kanylance (5 dnů), sledovat známky projevů infekce a případně informovat lékaře.
- **hodnocení:** U pacientky se neobjevily místní ani celkové známky infekce.

DISKUZE

Ve své práci se věnuji gravidním pacientkám s apendicitidou. Dle mého názoru, je tato problematika velice zajímavá.

Jedním z cílů bylo vytvoření 3 kazuistik, vypracování ošetrovatelských procesů po laparoskopické apendektomii a následné zpracování plánů ošetrovatelské péče. Kazuistiky ukazují rozdílnost pacientek se stejnou problematikou. Vybrala jsem si pacientky po laparoskopické operaci, protože si myslím, že tento přístup je šetrnější a méně bolestivý a traumatizující než klasická operace, pro matku i plod. Majerník a kol. (2012) ve svém článku uvádí, že *„Laparoskopická apendektomie u těhotných pacientek je srovnatelně bezpečná metoda jako klasická apendektomie. Laparoskopie poskytuje výhody jako lepší operační vizualizaci a exploraci celé dutiny břišní, menší pooperační bolest, rychlejší pooperační rekonvalescenci a nižší riziko vzniku kýly v jizvě.“* U každé kazuistiky je popsán průběh hospitalizace, která trvá, pokud se nevyskytnou komplikace, v průměru 6 dní. V první kazuistice se vyskytla pooperační komplikace, paralytický ileus, kvůli které byla prodloužena doba hospitalizace na 11 dní. Do plánů ošetrovatelské péče patří ošetrovatelské diagnózy, které jsou stanovené ke každé kazuistice. Nejčastějším problémem byla akutní bolest z důvodu náhlé příhody břišní, dále narušená integrita tkáně po invazivních procedurách a riziko infekce, kterému se dá předcházet dodržováním aseptických postupů při ošetřování invazivních vstupů a při převazech operačních ran.

Na základě kazuistik jsem sestavila mapu péče, (viz příloha A), která monitoruje průběh hospitalizace a péči o gravidní pacientku po laparoskopické apendektomii.

ZÁVĚR

Má bakalářská práce pojednává o gravidních ženách s náhlou příhodou břišní – apendicitídou.

Prvním cílem mé práce bylo popsat problematiku apendicitídy u gravidních žen, diagnostické postupy a možnosti léčby. Cíl byl splněn. Problematice se věnuji v teoretické části práce, kde je mj. popsána anatomie, dále klinické příznaky, které se narůstajícím těhotenstvím mění, a ošetrovatelská péče o gravidní pacientku.

Druhým cílem bylo vytvoření 3 kazuistik, vypracování ošetrovatelských procesů po laparoskopické apendektomii a následné zpracování plánů ošetrovatelské péče. Vše zmíněné obsahuje praktická část mé práce, čímž je cíl naplněn.

Třetím cílem bylo sestavení vzorového procesu formou mapy péče. Je zde zachycena péče o pacientku od příjmu až po její propuštění do domácího ošetření. Mapa péče (viz příloha A) je výstupem mé bakalářské práce.

Vypracování této práce pro mne bylo přínosem. Získala jsem nové poznatky a znalosti o dané problematice, které bych mohla v budoucnu uplatnit ve své praxi.

POUŽITÁ LITERATURA

Tištěné zdroje:

1. BRECKWOLDT, Meinert. *Gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Překlad Vladimír Šabata. Martin: Osveta, 1997, 648 s. ISBN 80-888-2456-7.
2. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 470 s. ISBN 80-247-0143-X.
3. HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s., čb. obr. ISBN 80-247-0418-8.
4. HOCH, Jiří a Jan LEFFLER. *Speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2011, 589 s. Jessenius. ISBN 978-807-3452-537
5. HŮSKOVÁ, Jitka a Petra KAŠNÁ. *Ošetrovatelství - ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 88 s. ISBN 978-802-4728-551.
6. *Chirurgie v kostce: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Editor Alexander Ferko. Praha: Grada, 2002, 591 s. ISBN 80-247-0230-4.
7. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 978-802-4744-124.
8. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 269 s. ISBN 978-802-4731-841.
9. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace*. 1. české vyd. Editor T Herdman. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada, 2010, xxiv, 456 s. ISBN 978-802-4734-231.
10. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009, 738 s. ISBN 978-807-2626-533.
11. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.
12. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005, s. 214, ISBN 90-7262-365-6.
13. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

14. *Urgentní břišní chirurgie: Schein's common sense emergency abdominal surgery*. 1. české vyd. Editor Moshe Schein, Paul N Rogers. Překlad Alexander Ferko. Praha: Grada, 2011, xxi, 419 s. ISBN 978-802-4723-570.

Článek v elektronickém časopise:

1. KOUDA, Martin a Zbyněk JECH. Akutní apendicitida. *Interní medicína pro praxi* [online]. Konice: Solen, 2004, č. 8, 399 - 401 [cit. 2014-05-20]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/08/06.pdf>

2. MAJERNÍK, Josef, Dalibor BIS, Vladimír NINGER a Petr HANOUSEK. Laparoskopická apendektomie u těhotných - kazuistika a přehled literatury. *Rozhledy v chirurgii* [online]. Praha: Nákladem Československé chirurgické společnosti, roč. 91, č. 6, 327 - 329 [cit. 2014-05-20]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/rozhledy-v-chirurgii-clanek/laparoskopicka-apendektomie-u-tehotnych-kazuistika-a-prehled-literatury-38760>

Webový příspěvek:

1. TAYLOR, Dana a Robin Lynn PERRY. Acute Abdomen and Pregnancy. In: *Medscape* [online]. 2014-03-28 [cit. 2014-05-20]. Dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/195976-overview#aw2aab6c13>

Jiný dokument:

1. BIS, Dalibor. *Gravidita vs. laparoskopie: přednáška*.

PŘÍLOHY

Příloha A – Mapa péče

Příloha B – Barthelův test základních všedních činností (Topinková, 2005)

Příloha C – Klasifikace funkčních úrovní sebepéče podle M. Gordonové (Trachtová, 2013)

Příloha D – Rozšířená stupnice podle Nortonové (Trachtová, 2013)

Příloha E – Vizuální analogová škála (Hůsková, 2009)

Příloha F – Seznam uvedených diet (Mlýnková, 2010)

Příloha G – Seznam uvedených léčiv a indikačních skupin

Příloha H – Gravidita vs. laparoskopie (Bis)

Příloha I – Fotografie z laparoskopické apendektomie u gravidní ženy (Majerník a kol., 2012)

Příloha A – Mapa péče

| Den hospitalizace | | 1. | 2. | 3. |
|-----------------------|-------------|---|--|---|
| Pooperační den | | 0. | 1. | 2. |
| Umístění pacienta | | chirurgické oddělení po operaci chirurgická JIP | chirurgická JIP | chirurgická JIP překlád na chirurgické oddělení |
| Vyšetřovací metody | | sonografické vyšetření celého břicha, gynekologické konziliární vyšetření, anesteziologické konziliární vyšetření krevní obraz, biochemické vyšetření | gynekologické konziliární vyšetření | krevní obraz, CRP |
| Monitorace | FF | TK, P, SpO ₂ , EKG, TT (po 30 min.) | TK, P, SpO ₂ , TT (3x denně) | TK, P, SpO ₂ , TT (1x denně) |
| | Ostatní | bolest, nauzea, zvracení, mikce po operaci | bolest, nauzea, zvracení, větry, stolice | bolest, nauzea, větry, stolice |
| Farmakoterapie | Infuze | 1. 1000 ml FR 2. 1000 ml Isolyte 3. 1000 ml Isolyte | 1. 500 ml FR | - |
| | Analgetika | Indometacin 50 mg supp. | Indometacin 50 mg supp. | - |
| | Antibiotika | Cefazolin 1g i. v. po 8 hodinách | Cefazolin 1g i. v. 8 – 16 – 24 | Cefazolin 1g i. v. 8 – 16 – 24 |
| | Ostatní | - | - | - |
| Invazivní vstupy | | PŽK 1. den, RD 1. den | PŽK 2. den, RD 2. den | PŽK 3. den |
| Operační rána, převaz | | krytí ran bez prosaků | operační rány klidné, dezinfekce okolí, toaleta ranek, sterilní krytí + zetužit, RD ponechán | operační rány klidné, dezinfekce okolí, toaleta ranek, překrytí Opsitem, RD ex + překrytí vstupu sterilními čtverci |
| Prevence TEN | | elastické bandáže, preventivní dávka nízkomolekulárního heparinu | elastické bandáže | - |

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
| Výživa, dieta č. | nic per os, 4 – 6 hodin po operaci 0/S po lžičkách | 0/S, k večeři 0 | 0 |
| RHB a pohybový režim | klid na lůžku, poloha Fowlerova | první vstávání se sestrou, sama si přechází | bez omezení |
| Hygiena | - | u umyvadla s dopomocí | sama v koupelně |
| Vyprazdňování | podložní mísa | WC | WC |
| Riziko dekubitů (Nortonová) | 34 body, po operaci 28 bodů | 33 body | 34 body |
| VAS | 4 – střední bolest, po operaci 6 – silná bolest | 4 – střední bolest | 2 – mírná bolest |
| Hodnocení soběstačnosti (Barthel) | 100 bodů – nezávislá, po operaci 50 bodů – závislost středního stupně | 75 bodů – lehká závislost | 100 bodů – nezávislá |

| Den hospitalizace | | 4. | 5. | 6. dimise |
|--|--------------------|---|---|--|
| Pooperační den | | 3. | 4. | 5. |
| Umístění pacienta | | chirurgické oddělení | chirurgické oddělení | chirurgické oddělení |
| Vyšetřovací metody | | - | - | - |
| Monitorace | FF | TK, P, SpO ₂ , TT (1x denně) | TK, P, SpO ₂ , TT (1x denně) | - |
| | Ostatní | větry, stolice | větry, stolice | - |
| Farmakoterapie | Infuze | - | - | - |
| | Analgetika | - | - | - |
| | Antibiotika | Cefazolin 1g i. v. 8 – 16 – 24 a ex | - | - |
| | Ostatní | - | - | - |
| Invazivní vstupy | | PŽK | PŽK ex | - |
| Operační rána, převaz | | operační rány klidné, vstup po RD překryt Opsitem | operační rány klidné, hojí se per primam | operační ranky klidné, stehy ponechány, ex 7. – 10. pooperační den |
| Prevence TEN | | - | - | - |
| Výživa, dieta č. | | 1 | 2 | 2 |
| RHB a pohybový režim | | bez omezení | bez omezení | bez omezení |
| Hygiena | | sama v koupelně | sama v koupelně, sprchování | sama v koupelně, sprchování |
| Vyprazdňování | | WC | WC | WC |
| Riziko dekubitů (Nortonová) | | 34 body | 34 body | 34 body |
| VAS | | 0 – žádná bolest | 0 – žádná bolest | 0 – žádná bolest |
| Hodnocení soběstačnosti (Barthel) | | 100 bodů – nezávislá | 100 bodů – nezávislá | 100 bodů – nezávislá |

Příloha B – Barthelův test základních všedních činností

| | Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre |
|---------------|---------------------------------|--|---------------------|
| 1. | Příjem potravy a tekutin | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 2. | Oblékání | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 3. | Koupání | samostatně nebo s pomocí neprovede | 5 0 |
| 4. | Osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí neprovede | 5 0 |
| 5. | Kontinence moči | plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní | 10 5 0 |
| 6. | Kontinence stolice | plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní | 10 5 0 |
| 7. | Použití WC | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 8. | Přesun lůžko – židle | samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede | 15 10 5 0 |
| 9. | Chůze po rovině | samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede | 15 10 5 0 |
| 10. | Chůze po schodech | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| Celkem | | | |

Hodnocení stupně závislosti:

| | | |
|--------------|---------------|-----------------------------------|
| ADL 4 | 0 – 40 bodů | vysoce závislý |
| ADL 3 | 45 – 60 bodů | závislost středního stupně |
| ADL 2 | 65 – 95 bodů | lehká závislost |
| ADL 1 | 96 – 100 bodů | nezávislý |

Příloha C – Klasifikace funkčních úrovní sebepéče podle M. Gordonové

| | |
|----------|--|
| 0 | Nezávislí, soběstačný nemocný. |
| 1 | Potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75 % činností. |
| 2 | Potřebuje menší pomoc, dohled, radu. Sám zvládne 50 % činností. |
| 3 | Potřebuje velkou pomoc (od další osoby, přístroje). Sám zvládne méně než 25 % činností. |
| 4 | Zcela závislý na pomoci druhých. Potřebuje úplný dohled. |
| 5 | Absolutní deficit sebepéče, žádná aktivní účast. Potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat. |

- najíst se
- umýt se
- vykoupat se
- obléci se
- pohybovat se

Příloha D – Rozšířená stupnice podle Nortonové

Vyhodnocením počtu bodů na podkladě posouzení fyzického stavu, vědomí, aktivity, pohyblivosti či inkontinence lze určit riziko vzniku dekubitů.

| Schopnost spolupráce | | Věk | | Stav pokožky | | Další nemoci | | Tělesný stav | | Stav vědomí | | Pohyblivost | | Inkontinence | | Aktivita | |
|----------------------|---|-------|---|--------------|---|--------------|---|--------------|---|-------------|---|------------------|---|-----------------|---|------------------|---|
| úplná | 4 | do 10 | 4 | normální | 4 | žádné | 4 | dobrý | 4 | dobrý | 4 | úplná | 4 | není | 4 | chodí | 4 |
| malá | 3 | do 30 | 3 | alergie | 3 | * | 3 | zhoršený | 3 | apatický | 3 | částečně omezená | 3 | občas | 3 | S doprovodem | 3 |
| částečná | 2 | do 60 | 2 | vlhká | 2 | | 2 | špatný | 2 | zmatený | 2 | velmi omezená | 2 | převážně močová | 2 | sedáčka | 2 |
| žádná | 1 | 60+ | 1 | suchá | 1 | | 1 | velmi špatný | 1 | bezvědomí | 1 | žádná | 1 | stolice i moč | 1 | upoután na lůžko | 1 |

* diabetes, teplota, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom podle stupně závažnosti 3 – 1 bod

Zvýšené riziko vzniku dekubitů je u pacienta, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!)

Příloha E – Vizuální analogová škála

| | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|-------------|--------------|
| 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| žádná | mírná | střední | silná | velmi silná | nesnesitelná |

Příloha F – Seznam uvedených diet

Diety základní:

| | | |
|----------|-----------------|---|
| 0 | tekutá | Mechanicky šetrná, předepisuje se na kratší dobu, po operacích dutiny ústní, po odstranění krčních mandlí, při onemocnění, poranění a poleptání dutiny ústní, hltanu a jícnu. Přechodně po těžkých horečnatých stavech. |
| 1 | kašovitá | Po operacích trávicího systému v první fázi příjmu potravy, na delší dobu při změnách v dutině ústní, poleptání jícnu, v akutním stádiu vředové choroby. |
| 2 | šetrčí | Při poruchách trávicího traktu s dlouhodobým průběhem – vředová choroba, onemocnění žlučníku, slinivky břišní, dále při horečnatých stavech, po infarktu myokardu, u chronických onemocnění jater, po infekční žloutence. |

Dieta speciální:

| | | |
|-----------|---------------|---|
| 0S | čajová | Podává se pouze mírně oslazený čaj po lžičkách. Při akutních stavech, první den po operaci v dutině břišní. |
|-----------|---------------|---|

Příloha G – Seznam uvedených léčiv a indikačních skupin

Augmentin 1 g = antibiotikum

Augmentin 1,2 g = Medoclav 1,2 g = antibiotikum

Cefazolin 1 g = antibiotikum

Fyziologický roztok = isotonický roztok

Gentamicin 240 mg = antibiotikum

Indometacin 50 mg = nesteroidní antirevmatikum/ antiflogistikum

Isolyte = isotonický roztok

Nízkomolekulární heparin = antikoagulans, antitrombotikum

Paralen 100 mg = antipyretikum, analgetikum

Syntostigmin = parasymptomimetikum

Torecan = antiemetikum

Příloha H – Gravidita vs. laparoskopie

Gravidita není kontraindikací laparoskopie.

Rizika:

- I. trimestr (abortus – fetální acidóza po CO₂ při nedostatečné ventilaci anesteziologem)
- III. trimestr (velká děloha, malý pracovní prostor)
- snížení placentární perfúze
- snížená respirační compliance matky, proto se užívají menší intraabdominální tlaky (pod 10 Torr)

Nejvýhodnější pro laparoskopii je II. trimestr

- výhody laparoskopie oproti klasickému operačnímu přístupu:
 - lepší pooperační komfort pro pacientku
 - nižší spotřeba opiátů rizikových pro plod
 - výhodná při změněné poloze apendixu (např. u subhepatální polohy)

Poloha pacientky na operačním stole je horizontální/lehce Trendelenburgova. Anti-Trendelenburgova poloha se nepoužívá, protože by docházelo ke snížení žilního návratu a srdečního výdeje, děloha by tlačila na vena cava inferior a došlo by k flebotrombóza DK.



Obrázek 3 - Ukázka operačních trokarů.



Obrázek 2 - Harmonický skalpel.

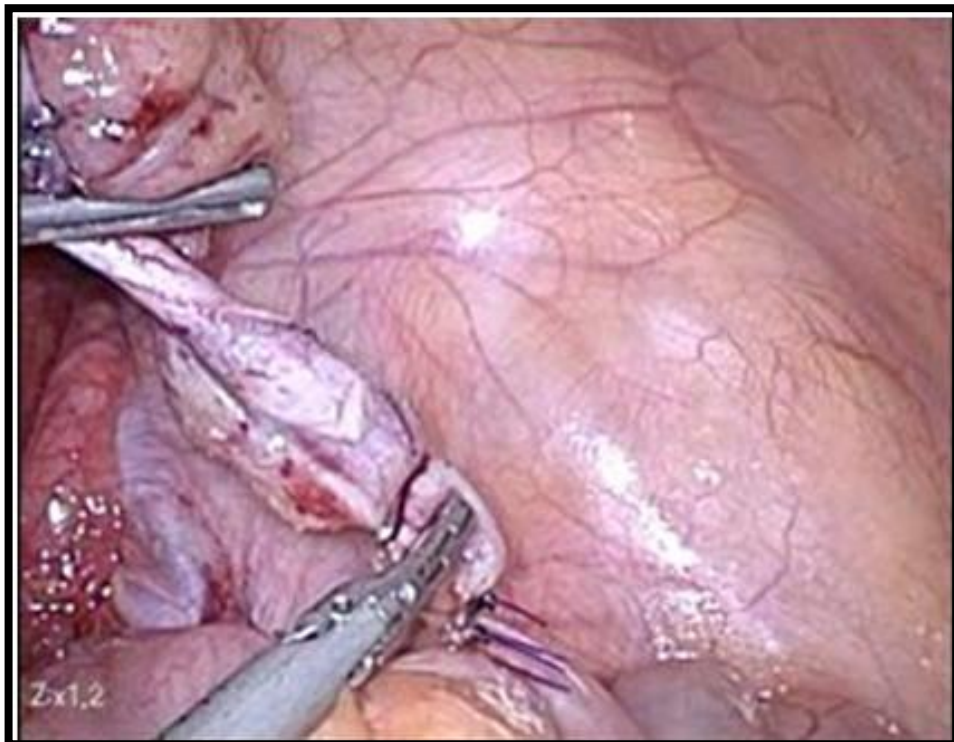


Obrázek 1 - Harmonický skalpel - generátor.

Příloha I – Fotografie z laparoskopické apendektomie u gravidní ženy



Obrázek 4 - Pohled na těhotnou dělohu.



Obrázek 5 - Přetnutí apendixu.



Obrázek 6 - Pahýl apendixu.



Obrázek 7 - Seropurulentní výpotek kolem těhotné dělohy, těhotná děloha je vidět vlevo.



Obrázek 8 - Ultrazvukový obraz plodu při gynekologické kontrole po operaci.

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

| | |
|--|----|
| Obrázek 3 - Harmonický skalpel - generátor..... | 62 |
| Obrázek 2 - Harmonický skalpel. | 62 |
| Obrázek 1 - Ukázka operačních trokarů. | 62 |
| Obrázek 4 - Pohled na těhotnou dělohu..... | 63 |
| Obrázek 5 - Přetnutí apendixu. | 63 |
| Obrázek 6 - Pahýl apendixu..... | 64 |
| Obrázek 7 - Seropurulentní výpotek kolem těhotné dělohy, těhotná děloha je vidět vlevo. | 64 |
| Obrázek 8 - Ultrazvukový obraz plodu při gynekologické kontrole po operaci. | 65 |

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Zkratky v odběrech biologického materiálu:

B-ER = erytrocyty

B-HB = hemoglobin

B-LE = leukocyty

B-TROM = trombocyty

CRP = c-reaktivní protein

FW = sedimentace

HCG = humánní choriogonadotropin

K+C = kultivace + citlivost

KO + diff. = krevní obraz + diferenciální rozpočet leukocytů

KO = krevní obraz

M+S = moč + sediment

S-ALT = alaninaminotransferáza

S-AST = aspartátaminotransferáza

S-BIL = bilirubin

S-CI = chloridy

S-GLU = glukóza

S-K = kalium

S-KREA = kreatinin

S-Na = natrium

S-UREA = močovina

U-BAKTc = bakterie

U-EPIc = epitelie

U-HUST = hustota

U-KVAsc = kvasinky

Další použité zkratky:

AH = arteriální hypertenze

ARO = anesteziologicko-resuscitační oddělení

ATB = antibiotika

BMI = Body Mass Index

bpn = bez patologického nálezu

cD = cavum Douglasi

CT = počítačová tomografie
D = dech
DK = dolní končetiny
ex = extrahování
FF = fyziologické funkce
GCS = Glasgow Coma Scale
GEU = graviditas extrauterina
GIT = gastrointestinální trakt
i. v. = intravenózní
JIP = jednotka intenzivní péče
LMWH = nízkomolekulární heparin
MD = mateřská dovolená
NGS = nasogastrická sonda
NMR = nukleární magnetická rezonance
NPB = náhlá příhoda břišní
O₂ = kyslík
OP = operace
P + V = příjem + výdej
P = pulz
p. o. = perorální = podání ústy
PM = poslední menstruace
PMK = permanentní močový katetr
PŽK = periferní žilní katetr
RHB = rehabilitace
RTG = rentgenové záření
RVF = retroverze-flexe
SC = sectio caesaera
SpO₂ = saturace krve kyslíkem
supp. = suppositoria
susp. = suspektní
TEN = trombembolická nemoc
TK = tlak krve
TT = tělesná teplota
UZ = ultrazvukové vyšetření

TERMINOLOGIE

A

Abdominální = břišní

Abort artificiální = potrat umělý

Abort spontánní = potrat samovolný

Absces = ohraničená dutina vyplněná hnisem

Adnexa = přívěsky děložní (vaječníky a vejcovody)

Afekce = chorobné postižení

Alaninaminotransferáza = enzym, který poukazuje na poškození jaterní buňky

Alterace = změna

Analgetikum = lék ke zmírnění bolesti

Anechogenní = místo bez odrazových struktur při vyšetření UZ

Anomálie = odchylka

Antibiotikum = lék usmrcující některé organismy nebo bránící jejich růstu

Antiemetikum = lék potlačující pocit na zvracení

Antikoagulans, Antitrombotikum = lék snižující krevní srážlivost

Antipyretikum = lék ke zmírnění zvýšené tělesné teploty

Apendicitída = zánět červovitého výběžku slepého střeva

Appendix = červovitý výběžek slepého střeva

Areolární = řídké

Arteria appendicularis = tepna zásobující slepé střevo

Arteriální hypertenze = vysoký krevní tlak

Aseptické postupy = postupy k zamezení přenosu infekce

Aspartátaminotransferáza = enzym, který poukazuje na poškození jaterní buňky, může být zvýšen i u nemocí krve, ledvin, srdce

Atypický = neobvyklý

Axilární = podpažní

B

Bilirubin = žlučové barvivo

Blumbergovo znamení = bolest břicha u vyšetření pohmatem při tlaku i oddálení ruky

Body Mass Index = index tělesné hmotnosti

C

Cavum Douglasi = Douglasův prostor

Commotio cerebri = otřes mozku

C-reaktivní protein = ukazatel zánětu

D

Defekace = vyprazdňování střevního obsahu

Défense musculaire = napětí břišních svalů při dráždění pobřišnice zánětem

Denzita = hustota

Difúzní = **generalizovaný** = rozsáhlý, rozšířený

Dimise = propuštění

Disbalance = vychýlení z normálu

Dislokace = posunutí, přemístění

Diverticulitis Meckeli = vychlípenina kyčelníku tenkého střeva

Diverticulitis sigmatis = vychlípenina esovité kličky tlustého střeva

Dolores epigastrii = bolesti nadbříšku

Dolores hypogastrii = bolesti podbříšku

Dorsální = zadní

Douglasův prostor = slepý prostor v malé pánvi

Drenáž = odvádění tekutin z ran nebo tělesných dutin pomocí drénu

E

Edukace = poučení

Elevace = zvednutí

Erytrocyty = červené krvinky

Extrahování = vytažení, odstranění

F

Fascie = povázka = blána obepínající sval

Fatální následky = smrtelné následky

Fetální acidóza = zvýšení kyselé reakce krve u plodu

Flebotrombóza = hluboký zánět žil

Flegmonózní zánět = neohraničený zánět

Fowlerova poloha = poloha v polosedě, hlava a trup zvednuty do úhlu 45° – 90°

Fundus = dno

G

Gangrenózní zánět = hnilobný rozpad zánětlivého ložiska

Gastroenteritis acuta = akutní zánět žaludku a střev

Gastrointestinální příznaky = žaludečně střevní příznaky

Glasgow Coma Scale = posouzení stavu vědomí

Glukóza = cukr v krvi

Gravidita = těhotenství

Graviditas extrauterina = mimoděložní těhotenství

H

Hematurie = přítomnost krve v moči

Hemoglobin = krevní barvivo

Humánní choriogonadotropin = lidský hormon produkováný v těhotenství

Hyperechogenní obsah = místo s velkými odrazovými strukturami při vyšetření UZ

Hypoechogenní obsah = místo s málo odrazovými strukturami při vyšetření UZ

Hypochondrium = podžebří

Hysterotomie = chirurgické otevření dělohy

I

Ileocekální krajina = přechod tenkého a tlustého střeva

Ileózní stav = stav střevní neprůchodnosti

Ileum = část tenkého střeva

Incidence = výskyt

Infiltrát = chorobné nahromadění zánětlivých buněk

Intraabdominální = nitrobřišní

Intraluminární = nitrobuněčný

Intramulární zánět = zánět probíhající ve stěně orgánu

Intravenózní = nitrožilní

Invazivní = pronikající, vnikající

Ischemie = místní nedokrevnost tkání nebo orgánů

Izokorické zornice = stejná velikost zornic

K

Kalium = draslík

Katarální zánět = zánět sliznice

Kaudální = směrem dolů

Kolikvace = rozbřednutí, odumření

Kontinuální = nepřetržitý

Kontraindikace = okolnost nebo stav pacienta vylučující některé léčebné postupy, výkony, užívání některých léků

Kontrakce = stahy

Kraniální = směrem nahoru

Kreatinin = látka vznikající ve svalech odrážející funkci ledvin

L

Lanzův bod = spojnice pravého a levého předního trnu kyčelní kosti

Laparoskopie = optický vyšetřovací metoda dutiny břišní a jejích orgánů

Laparotomie = chirurgické otevření dutiny břišní

Laváž = výplach

Lennanderova známka = teplotní rozdíl mezi podpažím a konečníkem

Leukocytóza = zmnožení bílých krvinek

Leukocyty = bílé krvinky

Linea terminalis = linie oddělující malou a velkou pánev

Lymphadenitis mesenterialis = akutní zánět břišních mízních uzlin

M

Manifestace = masové vstoupení

McBurneyův bod = spojnice pupku a předního trnu kosti kyčelní

Mediální = ve středu

Medikamentózní = prováděný pomocí léků

Menarche = první menstruace

Mesenterium = řasa připojující střevní kličky

Meteoristické břicho = nadmuté břicho

Mezenteriolum = drobný závěs některých břišních orgánů

Morbidita = nemocnost

Mortalita = úmrtnost

N

Natrium = sodík

Nauzea = nevolnost, pocit na zvracení

Neguže = neudává

Neinvazivní = nepronikající

Nervus cutaneus lateralis = zevní kožní nerv

Nesteroidní antirevmatikum, antiflogistikum = lék mající protizánětlivý účinek a působící na zmírnění bolesti

O

Observace = pozorování

Obstrukce = překážka, ucpání

Omentum = předstěra = struktura uvnitř dutiny břišní odvozená od pobřišnice a připojená k povrchu žaludku

P

Paralytický ileus = ochabnutí svaloviny střeva

Parenterálně = podání mimo zažívací trakt

Per primam = prvotní hojení rány

Perforace = proděravění

Periapendikální absces = ohraničené ložisko vyplněné hnisem okolo apendixu

Periapendikulární infiltrát = volná tekutina okolo apendixu

Peristaltika = rytmické smršťování svalstva trávicího ústrojí

Peritoneum = pobřišnice

Peritonitída = zánět pobřišnice

Perorální = podání ústy

Placentární perfúze = průtok tekutiny placentou

Plenies = bolestivý poklep na dutinu břišní

Pneumoperitoneum = přítomnost vzduchu v břišní dutině

Predilekční lokalizace = typická místa pro určitou chorobu

Premedikace = podávání léků k útlumu neurovegetativního systému před zákrokem

Profylaxe = předcházení, ochrana před určitou nemocí

Progradace = narůstání, vzestup

Progrese = postup, pokračování

Propagace = šíření

Pyurie = přítomnost hnisu v moči

R

Recidiva = návrat

Rectum = konečník

Redonova drenáž = podtlaková drenáž

Rekonvalescence = zotavování

Respirační compliance = poddajnost dýchání

Retence = zadržování

Retroverze-flexe = děloha otočená k páteři

Revize = kontrola

Rezistence = odolnost

Rowingovo znamení = při stlačení v levém podbřišku bude bolest vpravo

S

Sanován = léčen, opravován

Sectio caesaera = císařský řez

Sedimentace = usazování

Sekret = výměšek

Senzitivita = citlivost

Seropurulentní tekutina = tekutina s přítomností hnisu

Serózní tekutina = čirá řídká tekutina

Situs viscerum inversum = obrácená poloha orgánů

Sonografie = diagnostická metoda pomocí UZ

Spina iliaca anterior superior = přední horní trn kyčelní

Statim = ihned

Subfebrilie = zvýšená teplota

Subhepatální = podjaterní

Submukosa = podslizniční vrstva

Suppositoria = čípky

Suspektní = podezření

Symptom = příznak

T

Taeniae = proužek

Tachykardie = zvýšená tepová frekvence

Tonsila = mandle, lymfatická tkáň

Trendelenburgova poloha = poloha na zádech, kdy je pánev zvednutá nad úroveň hlavy

Trombocyty = krevní destičky

U

Ulcerace = tvoření vředů

Urgentní = naléhavý, nenesoucí odkladu

V

Vena cava inferior = dolní dutá žíla

Vena portae = vrátnicová žíla

Ventrální = přední

Virulence = schopnost mikroorganismu vyvolat infekci

Vitalita = životaschopnost

Vomitus = zvracení

Vyšetření per vaginam = vyšetření pochvou