

Lenka Slezáková a kolektiv

Ošetrovatelství v chirurgii II



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

OŠETŘOVATELSTVÍ V CHIRURGII II

Vedoucí autorského kolektivu:

Mgr. Lenka Slezáková, Ph.D.

Autorský kolektiv:

RNDr. Marcela Bezdičková, Ph.D., Mgr. Eva Hejnarová, Mgr. Petra Kaduchová

Mgr. Irena Přivřelová, Mgr. Alena Ošťádalová, Mgr. Jarmila Řehořová, Ph.D.

Mgr. Lenka Slezáková, Ph.D., Bc. Věra Smolíková, Jana Švecová

Recenze:

Mgr. Renata Vytejčková

Autorky děkují Soně Rokytové, Marii Schindlerové, doc. MUDr. Vladimíru Študentovi, Ph.D., a Janě Ščudlové za odborné konzultace.

© Grada Publishing, a.s., 2010

Fotografie P1–P5: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Fotografie P6: Egon Havrlant

Černobílé fotografie: autorky

Perokresby podle podkladů autorek přepracoval Karel Mikula

Obrázky 15, 25 a 30 převzaty z knih Slezáková, L. a kol.: Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty I a II. Praha: Grada Publishing. Autorka kreseb MgA. Kateřina Novotná-Krédlová

Cover Photo © fotobanka allphoto, 2010

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 3945. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 304 + 4 strany barevné přílohy

1. vydání, Praha 2010

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplyvají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmějí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 978-80-247-3130-8 (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-6960-8 (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2011

Obsah

Předmluva	7
1 Náhle příhody břišní.....	9
1.1 Ošetřovatelský proces u klienta s apendicitidou	18
1.2 Ošetřovatelský proces u klienta s akutní pankreatitidou	29
1.3 Ošetřovatelský proces u klienta se střevní neprůchodností	39
1.4 Ošetřovatelský proces u klienta se střevním vývodem	43
2 Urologie	56
2.1 Ošetřovatelský proces u klienta s urolitiázou a renální kolikou.....	82
2.2 Ošetřovatelský proces u klienta s adenomem prostaty	93
3 Ortopedie	105
3.1 Ošetřovatelský proces u klienta s osteoartrózou.....	118
4 Transplantologie	132
4.1 Ošetřovatelský proces u klienta po transplantaci ledviny	140
4.2 Ošetřovatelský proces u klienta po transplantaci kostní dřeně	157
5 Neurochirurgie	170
5.1 Ošetřovatelský proces u klienta po operaci nádoru mozku	189
5.3 Ošetřovatelský proces u klienta s páteřními implantáty.....	209
6 Onkologie	214
6.1 Ošetřovatelský proces u klienta s bronchogenním karcinomem	241
6.2 Ošetřovatelský proces u klienta s karcinomem prostaty.....	252
6.3 Ošetřovatelský proces u klientky s karcinomem prsu.....	261
6.4 Ošetřovatelský proces u klienta s karcinomem tlustého střeva a konečníku.....	272
6.5 Ošetřovatelský proces u klienta se zhoubnými chorobami krve.....	282
6.6 Ošetřovatelský proces u klienta s leukemií	284
6.7 Ošetřovatelský proces u klienta s maligním lymfomem	286
6.8 Ošetřovatelský proces u klienta s mnohočetným myelomem.....	288
Seznam použité literatury	290
Seznam použitých zkratk	293
Rejstřík	296

Předmluva

Ošetřovatelství v chirurgii II volně navazuje svým stejným členěním na Ošetřovatelství v chirurgii I. Je rozděleno na celky náhlé příhody břišní, urologie, ortopedie, transplantologie, neurochirurgie a onkologie. Opět následuje přehled systémových onemocnění. U každého systému jsou v obecném úvodu zařazena anatomická schémata s popisem, přehled nejčastějších chorob se stručnou charakteristikou, etiologií, symptomatologií, diagnostikou a terapií. Dále následují podrobněji zpracované ošetřovatelské procesy u vybraných onemocnění. Ošetřovatelský proces v první části popisuje anatomii a patofyziologii, charakteristiku onemocnění, etiologii, symptomatologii, diagnostiku a terapii. Ve druhé části je vytvořena kazuistika na konkrétní onemocnění a zpracovaný ošetřovatelský proces s ošetřovatelskými diagnózami podle domén (členění: doména; ošetřovatelská anamnéza; posouzení aktuálního stavu; třída; aktuální ošetřovatelské diagnózy – s číselným kódem; potenciální ošetřovatelské diagnózy – s číselným kódem; cíl a ošetřovatelské intervence). V této části textu využívaly autorky hlavně svých zkušeností z odborné praxe. Text je doplněn kontrolními otázkami a v příloze barevnými fotografiemi.

Cílem předkládané učebnice bylo vytvořit učební texty, které by mohly sloužit k základní orientaci v chirurgických oborech, především pro studenty ošetřovatelství na vyšších zdravotnických školách, bakalářského a magisterského studia ošetřovatelství a specializačního studia.

Student získá základní přehled chirurgických onemocnění, kde se prolíná anatomie, fyziologie, diagnosticko-terapeutický a ošetřovatelský proces a ošetřovatelský proces u vybraných onemocnění.

Uvedený přehled onemocnění je pouze rámcový a je vodítkem k dalšímu studiu dané problematiky. Ošetřovatelské diagnózy jsou podkladem k vytváření individuálních ošetřovatelských plánů u konkrétních klientů.

Věříme, že učební text přinese studentům srozumitelný náhled do chirurgie z pohledu ošetřovatelství. Bude přínosem i pro ty školy, které nemají ve výuce zařazeny ošetřovatelské diagnózy podle domén. Může pro tyto školy sloužit jako návod k zamyšlení a využití tohoto textu ve výuce.

Poděkování patří všem kolegyním ze SZŠ a VOŠZ E. Pöttinga v Olomouci a konzultantům z Fakultní nemocnice Olomouc, kteří pomohli při vzniku tohoto učebního textu.

Zvláštní poděkování patří také Ing. D. Sedlářovi, E. Havrlantovi a doc. MUDr. Č. Neoralovi za vstřícnou pomoc při realizaci knihy.

Lenka Slezáková

1 Náhlé příhody břšní

Náhlé příhody břšní (NPB) jsou onemocnění břcha, mají obvykle náhlý začátek (z plného zdraví) a rychlý průběh. NPB vyžadují rychlé stanovení diagnózy (lékař by měl mít znalosti a zkušenosti v diferenciální diagnostice onemocnění orgánů dutiny břšní – z toho vychází kvalitně odebraná anamnéza a fyzikální vyšetření) a následnou terapii. Neléčené NPB vedou k závažným komplikacím, které mohou ohrozit život klienta.

Rozdělení

Neúrazové

- **Zánětlivé:**
 - ▶ ohraničený zánět na orgán (apendicitida, cholecystitida, divertikulitida, pankreatitida, cholangitida, gastritida)
 - ▶ ohraničený zánět s přechodem na blízké okolí (ohraničená peritonitida, abscesy, zánětlivé infiltráty)
 - ▶ neohraničené šíření zánětu (difuzní peritonitida)
- **Ileózní:**
 - ▶ ileus mechanický (obturační, strangulační)
 - ▶ ileus neurogenní (paralytický, spastický)
 - ▶ ileus cévní
- perforační příhody
- prudké krvácení do gastrointestinálního traktu

Úrazové

- Perforační peritonitida
- Úrazové hemoperitoneum
- Smíšená forma (perforační peritonitida + úrazové hemoperitoneum)

Diagnostika

Anamnéza

Zjišťují se předchozí a současné nemoci, operace, úrazy, u žen těhotenství. U příznaků je důležité sledovat, zda jsou či byly přítomny, jejich četnost, charakter, lokalizaci atd.

- **Bolest:** viscerální – vychází z orgánů dutiny břšní a retroperitonea, špatně se lokalizuje; somatická – vychází z parietálního peritonea.
- **Poruchy pasáže gastrointestinálního traktu:** nauzea a zvracení, škytavka, zástava odchodu plynů a stolice, průjem.
- **Urologická anamnéza:** nucení na močení, pálení a řezání při močení, nemožnost se vymočít, barva a množství moči.
- **Gynekologická anamnéza:** včetně gynekologického vyšetření.

- **Další anamnestické údaje.**
- **Rodinná anamnéza.**
- **Farmakologická anamnéza.**

Fyzikální vyšetření

Klient je vyšetřován vleže, svlečen od prsních bradavek až ke kolenům, s pokrčenými dolními končetinami, v klidu, ve vyšetřovací místnosti přiměřená teplota a kvalitní osvětlení.

- **Objektivní příznaky celkové:** úlevová poloha, neklid, barva a hydratace kůže, bledost, pocení, charakter dýchání a dechových vln na stěně břišní, fyziologické funkce – pulz, TT, TK.
- **Objektivní příznaky místní:** pohledem – omezení dechových vln, svalové stažení: symptomy peritoneálního dráždění; poslechem – šplíchet, škroukání v břiše, kovový zvuk, mrtvé ticho: symptom ileu; poklepem – bolestivost napříč všemi oblastmi břicha: symptom peritoneálního dráždění; pohmatem – napětí stěny břišní, maximum palpační bolestivosti, rezistence a známky peritoneálního dráždění.
- **Vyšetření per rectum:** u všech klientů s podezřením na NPB.

Doplňující a pomocná vyšetření

Slouží k upřesnění diagnózy.

- **Laboratorní vyšetření:**
 - ▶ **KO:** leukocytóza, pokles hematokritu a erytrocytů, hemokoagulační vyšetření, krevní skupina.
 - ▶ **Biochemické vyšetření séra:** elektrolyty, urea, kreatinin, glykemie.
 - ▶ **Vyšetření moči:** moč + sediment.
- **Zobrazovací metody:**
 - ▶ **Rtg vyšetření.**
 - ▶ **Prostý snímek břicha:** nejdostupnější a nejlevnější zobrazovací metoda, je základním rtg vyšetřením u klientů s podezřením na NPB.
 - ▶ **Přehledný snímek hrudníku:** jako součást předoperačního vyšetření.
 - ▶ **USG:** neinvazivní, bezpečná, dostupná a šetrná vyšetřovací metoda, bez nutnosti zvláštní přípravy klienta. Má důležitý význam u klientů s apendicitidou, při zánětlivém nebo nádorovém postižení terminálního ilea, zjištění přítomnosti konkrementů, při přítomné tekutině ve volné dutině břišní, ohraničených zánětlivých útvech.
 - ▶ **Kontrastní vyšetření zažívací trubice:** vodným roztokem a/nebo baryovou kontrastní látkou (při obstrukci).
 - ▶ **Vylučovací urografie:** k potvrzení a/nebo vyloučení podezření na renální původ obtíží.
 - ▶ **CT:** zobrazuje řadu tenkých, příčných vrstev. Vyšetření se provádí bez kontrastu a/nebo s kontrastem.
 - ▶ **Rentgenové kontrastní vyšetření:** používá se jodová vstřebatelná kontrastní látka při podezření na perforaci GIT.
 - ▶ **Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP):** diagnostikuje se příčina obstrukce vývodných žlučových a pankreatických cest za pomoci jodové vstřebatelné kontrastní látky (může být provedena papilotomie s možností extrakce konkrementů).

- ▶ **Perkutánní transhepatická cholangiografie (PTC):** provádí se, pokud ERCP nebyla úspěšná a/nebo nešla provést (může být provedena extrakce konkrementů, zavedení zevní a vnitřní drenáže, plastický stent).
- ▶ **Angiografické vyšetření a endovaskulární výkony:** vyšetření tepen břišních orgánů je diagnostickým cílem stanovení charakteru a lokalizace léze (podezření na střevní ischemii).
- ▶ **Magnetická rezonance:** používá se jen výjimečně.
- ▶ **Laparoskopie:** jako miniinvazivní metoda se častěji uplatňuje v diferenciální diagnostice a následně i terapii NPB.

Přehled náhlých příhod břišních

Peritonitis

Patofyziologie

Peritonitida je lokalizovaný nebo difúzní zánět pobřišnice.

Etiologie

Peritonitida je způsobená většinou bakteriemi nebo podněty chemicko-toxického vlivu. Velká resorpční plocha peritonea a úzké strukturální a funkční vztahy mezotelu peritonea k lymfatickému systému a k vitálním orgánům (játrům, plicím a retikuloendotelovému systému) umožní rychlý rozvoj systémového onemocnění, sepse.

Dělení peritonitid

Peritonitida představuje souhrnný výraz pro etiologii, morfologicky i klinicky nejednotnou skupinu onemocnění.

- **Podle klinického průběhu:** akutní a chronická peritonitida (např. intraabdominální abscesy).
- **Podle charakteru obsahu dutiny břišní:** serózní, fibrinózní, hemoragická, hnisavá, sterkorální, biliární a chemická (např. akutní pankreatitida).
- **Podle lokalizace resp. rozšíření nálezu v dutině břišní:** difúzní peritonitida – rozšíření ve všech čtyřech kvadrantech; cirkumskriptní peritonitida – ohraničená v okolí zdroje, intraabdominální absces (např. absces Douglasova prostoru).
- **Podle etiologie:**
 - ▶ primární (nemá prokazatelnou intraabdominální příčinu, vzniká hematogenně – pneumokoková peritonitida u dětí, lymfogenně – u klientů s cirhózou jater)
 - ▶ sekundární (vzniká důsledkem onemocnění nitrobřišního orgánu, jeho perforací nebo přestupem infekce porušenou, ale celistvou stěnou, např. perforace dutých orgánů – gastroduodenální vřed, apendicitida, divertikulitida, uskřinutí nebo traumatická perforace)
 - ▶ terciární (vzniká po chirurgických či jiných intervenčních výkonech v dutině břišní, např. insuficience anastomóz na GIT, pooperační kontaminace infekčním obsahem)
 - ▶ zvláštní typy peritonitid (tuberkulózní peritonitida a peritonitida po ozařování – probíhají chronicky)

Symptomatologie

- ▶ Lokální symptomy: v počátečních stadiích peritonitidy, umožňují mnohdy i diagnostické určení výchozího orgánu.
- ▶ Celkové příznaky: příznaky sepse a orgánové dysfunkce dominují s délkou trvání peritonitidy.
- ▶ Bolest: stálá, trvalá, poměrně přesně lokalizovatelná, při pohybu, zakašláni, otřesu se stupňuje (klient proto zaujímá klidovou polohu vleže s pokrčenýma nohama a povrchně dýchá), bolest vyzařující do ramene.
- ▶ Vymizení dýchacích pohybů na břiše, ticho při vymizení střevní peristaltiky, tachykardie, oběhová nestabilita, oligurie, tachypnoe.

Diagnostika

- ▶ Vyšetření krve: krevní obraz (leukocytóza), ↑ sedimentace, ↑ CRP, jaterní testy (↑ transamináz a bilirubinu), acidobazická rovnováha (respirační alkalóza, metabolická acidóza)
- ▶ Ultrasonografie: průkaz volné tekutiny v dutině břišní
- ▶ Punkce
- ▶ Nativní rentgenové vyšetření břicha vestoje – standardní metoda při nejasných bolestech břicha (nález volného vzduchu v podbrániční dutině – akutní peritonitida při perforaci dutého orgánu: např. perforace gastroduodenálního vředu)
- ▶ CT
- ▶ Endoskopické vyšetření (při podezření na perforaci gastroduodenálního vředu)

Terapie

Indikace k chirurgické terapii:

- ▶ chirurgická sanace ložiska sepse
- ▶ antimikrobiální terapie
- ▶ intenzivně medicínská opatření k prevenci a léčbě orgánových dysfunkcí
- ▶ imunitní podpora u déletrvající septické symptomatologie
- ▶ časně zahájená enterální výživa k obnovení střevní bariéry

Chirurgická léčba

Odstranění zdroje zánětu a léčebné ovlivnění zánětu peritonea. Doplňující chirurgická opatření – uzavřená kontinuální laváž dutiny břišní, etapová laváž, opakovaná revize s lavážemi při otevřeném břichu.

Prognóza klientů s peritonitidou je vždy vážná a závisí na vyvolávající příčině zánětu, celkovém stavu klienta a na včasnosti zahájení adekvátní léčby.

Ileus - neprůchodnost střev

Viz ošetrovatelský proces u klienta se střevní neprůchodností.

Poranění břicha zavřená

Decelerace (rychlé zpomalení) při nárazech a pádech, stlačení, údery do břicha. Způsobují pohmoždění (kontuzi) břišní stěny, v břiše a v retroperitoneu kontuze a ruptury parenchymatózních orgánů.

Symptomatologie

Bolest, další příznaky jsou nevýrazné (např. u kontuze parenchymatálních orgánů: sleziny, jater, slinivky břišní, ledvin); krvácení u ruptur.

Diagnostika

- ▶ Anamnéza (OA, FA)
- ▶ Odběr biologického materiálu: KO – leukocytóza, ↑ CRP, jaterních testů a bilirubinu při kontuzích jater, hyperamylazemie při kontuzích slinivky břišní, mikro a/nebo makroskopická hematurie při kontuzích ledvin
- ▶ USG

Terapie: chirurgická.

Poranění břicha otevřená

Bodné, řezné a střelné rány, dilacerace (roztržení). Poranění břišní stěny a poranění břišních útrob. Těžké je odhadnout, zda je poraněna pouze břišní stěna, nebo také útroby.

Symptomatologie

Krvácení (není-li poraněna velká céva, krvácení zdánlivě během několika minut ustane).

Diagnostika

- ▶ Anamnéza + přesný popis poranění
- ▶ Rtg vyšetření
- ▶ USG

Terapie

Podle druhu poranění: nic per os, klid na lůžku, krýt ránu, nereponovat vyhrězlé orgány, chirurgická terapie (laparotomie se vede mimo místo poranění).

Iatrogenní poranění

Při invazivních vyšetřeních nebo během operace [poranění jiných orgánů a lokalizací než těch, které měly být operovány; perforace stěny střeva (duodenum, tračník) při obtížném zavádění endoskopu nebo proděravění po biopsiích a polypektomiích].

Terapie: chirurgická.

Poranění jater

Patofyziologie

Játra jsou ze všech břišních orgánů poraněna nejčastěji. To i přesto, že jsou poměrně dobře chráněna proti poranění (pouze slezina je při tupém zranění postižena častěji).

Etiologie

Druhy poranění: tupá poranění, penetrující poranění.

Symptomatologie

Klinický obraz závisí na rozsahu poranění, na mechanismu úrazu a na povaze dalších přidružených poranění. Krvácení do břicha provázené hypotenzí až hemoragickým šokem.

Diagnostika

- ▶ Anamnéza – je-li zjistitelná (nesnadná je kombinace tupého poranění a bezvědomí)
- ▶ Zranění s pronikajícím nebo tupým poraněním břicha a známkami hemoragického šoku jsou indikováni k okamžité operaci bez dalších vyšetření
- ▶ Odběry biologického materiálu
- ▶ Ultrasonografie
- ▶ CT
- ▶ Diagnostická laparoskopie

Terapie

Až u 2/3 jaterních poranění se krvácení zastaví spontánně, především u méně rozsáhlých poranění.

- Konzervativní: klid na lůžku, monitorování základních životních funkcí, sledování vývoje fyzikálního nálezu.
- Chirurgická: prozatímní a/nebo definitivní zástava krvácení za současné resuscitace oběhu (např. komprese cévních struktur především v hepatoduodenálním ligamentu, nebo komprese parenchymu založením přechodné tamponády, definitivní zástava přímým podvazem krvácejících cév, anatomická nebo extraanatomická resekce jater).

Komplikace

Krvácení ve druhé době nebo v pooperačním období, infekce a sepse, nekrózy parenchymu, jaterní selhání a biliární píštěl.

Prognóza

Závisí na způsobu a rozsahu poranění jater, stavu zraněného, době a ošetření.

Poranění sleziny

Patofyziologie

Slezina je největší orgán retikuloendoteliárního systému, její funkce jsou hematologické, imunitní a hemodynamické. Vychytává staré a poškozené krevní elementy, je rezervoárem erytrocytů a trombocytů, za patologických okolností také sídlem extramedulární krvetvorby. Slezina není k životu nezbytná. Největším rizikem po splenektomii je pokles odolnosti proti infekci, event. pokles protinádorové imunity, výjimečně poruchy krvetvorby.

Etiologie

Tupé poranění břicha, poranění levého hemotoraxu, penetrující poranění břicha, ruptury patologicky zvětšené sleziny při minimálním poranění, iatropatogenní poškození sleziny při operacích v nadbřišku.

Podle rozsahu se poranění sleziny klasifikuje stupni I až V, stupeň I – nejmenším poraněním je subkapsulární hematoma; stupeň V – nejrozsáhlejším poraněním je úplná dilacerace sleziny.

Symptomatologie

Bolest v levém rameni, slabost až kolaps, narůstající vyklenuté břicho, vyklenutí Douglasova prostoru, tachykardie, ↓ KO, leukocytóza, ↓ diurézy.

Diagnostika

- ▶ Anamnéza
- ▶ Fyziologické funkce
- ▶ Fyzikální vyšetření
- ▶ Odběry biologického materiálu
- ▶ Rtg vyšetření (může odhalit zlomeniny žeber, tekutinu kolem sleziny a v břiše)
- ▶ USG
- ▶ CT (potvrdí diagnózu – např. rupturu sleziny)

Terapie

- ▶ Konzervativní – při poranění sleziny bez projevů oběhové nestability, tzn. s minimálním krvácením, intenzivní sledování FF, celkového stavu klienta + opakovaná ultrasonografická vyšetření.
- ▶ Chirurgická – splenektomie: bezodkladná operace při známkách prudkého krvácení do dutiny břišní.

Krvácení do gastrointestinálního traktu

Patofyziologie

Patří mezi závažná onemocnění (asi 80 % krvácení se zastaví spontánně, u 15 až 20 % těžkých krvácení může klient zemřít rychle se rozvíjejícím hemoragickým šokem) (tab. 1, 2, 3).

Tab. 1 Rozdělení krvácení podle lokalizace

Krvácení do horní části GIT	jícen, žaludek, duodenum, event. tenké střevo
Krvácení do dolní části GIT	kolon, rektum

Tab. 2 Rozdělení krvácení podle rozsahu

Krvácení masivní	Je vždy spojeno s oběhovou nestabilitou a hemoragickým šokem (je velká potřeba krve během prvních 12 hodin, klienti jsou ohroženi vysokou mortalitou)
Menší rozsáhlá krvácení	Jsou bez příznaků šoku

Tab. 3 Symptomy

Hemateméza	Zvracení čerstvé nebo tmavší krve, někdy i zvratků barvy kávové sedliny
Meléna	Černá, mazlavá, dehtovitá, zvláštěně páchnoucí stolice (krvácení ze žaludku, duodena, výjimečně z tenkého střeva)
Hematochezie	Odchod čerstvé krve a koagul konečníkem. Bývá příznakem krvácení z dolní části GIT. Zdroj může být i v horní části GIT při masivním krvácení, které rychle projde střevem, meléna tak nemůže vzniknout

Diagnostika

- ▶ Klinické vyšetření – při zjištění krvácení ihned zajistit žilní přístup, vyšetřit krev na KS, objednat krev, klienta hospitalizovat na JIP, monitorovat životní funkce.
- ▶ Urgentní endoskopie – endoskopické vyšetření provedené do dvou hodin, výjimečně do šesti hodin (klient má být k endoskopii oběhově stabilní, klient s poruchou vědomí je před výkonem zaintubovaný kvůli riziku aspirace), objasní původ a velikost krvácení.

Terapie

- ▶ Konzervativní – infuzní terapie, krevní deriváty + mražená plazma, oxygenoterapie, podpora peristaltiky (laktulóza, očistné klyzma) až po zástavě krvácení, antiulcerotika, léky na snížení portální hypertenze.
- ▶ Endoskopická terapie – endoskopická hemostáza (injekční terapie za použití endoskopického injektoru).
- ▶ Chirurgická – zastavení prudkého krvácení.

Krvácení do horní části gastrointestinálního traktu

Peptický vřed – častěji dochází ke krvácení duodenálního než žaludečního vředu.

Forrestova klasifikace (pro přehlednost dg. a pro stanovení terapie se nálezy zařazují podle této klasifikace):

- 1. skupina – vředy aktivně krvácející (F Ia – stříkající arteriální krvácení; F Ib – vytékající kapilární krvácení)
- 2. skupina – vředy se známkami po krvácení – stigmaty (F IIa – viditelný pahýl cévy na spodině vředu; F IIb – pevně lpící koagulum; F IIc – spodina vředu barvy kávové sedliny)
- 3. skupina – vředy v době vyšetření již nekrvácí (F III)

Terapie

- Endoskopická hemostáza – u aktivního krvácení (F Ia; F Ib) a u nálezů s vysokým rizikem recidivy krvácení (F IIa).
- Konzervativní – specifická antiulcerózní medikace: H₂ blokátory, blokátory protonové pumpy.
- Operační:
 - ▶ selhání endoskopické hemostázy, recidiva krvácení – urgentní operace; nálezy s vysokým rizikem recidivy – časné operace [prováděné druhý den – nálezy F Ia, F IIa + další rizikové faktory: vysoký věk klienta, další systémové choroby, vřed větší než 2 cm, rizikové lokalizace vředu (malé zakřivení žaludku)]

Typ operace

- Lokální operace – opich vředu z gastro- či duodenotomie, excize a sutura krvácejícího vředu, devaskularizace krvácející oblasti. Nevýhodou těchto výkonů je možnost recidivy krvácení.
- Terapeutická operace – zástava krvácení společně s terapií, která ovlivňuje samu vředovou chorobu (resekční výkony u žaludečních vředů; u duodenálních vředů: kombinovaná vagotomie s opichem vředu).

Hemoragická nebo erozivní gastropatie (poléková eroze)

Patofyziologie

Jedná se o difuzní krvácení sliznice nebo o krvácející mnohočetné eroze.

Etiologie

Podobná jako u akutních vředů: tj. snížení slizniční perfuze vlivem léků (např. nesteroidní antirevmatika, antipyretika, kortikoidy).

Symptomatologie

Hemateméza, meléna, změny v KO (↓ erytrocytů, koncentrace hemoglobinu a hematokritu), projevy anémie.

Diagnostika

- ▶ Anamnéza (OA, FA – užívání léků z výše uvedených lékových skupin)
- ▶ Fyziologické funkce
- ▶ Odběry biologického materiálu (krevní obraz)
- ▶ Gastroskopie

Terapie

- ▶ Konzervativní – hemostatika, antacida, blokátory H_2 receptorů, krevní transfuze, zavedení žaludeční sondy (při selhání konzervativní léčby se provádí totální gastrektomie).

Krvácení z jícnových varixů

Etiologie

Je spojeno s portální hypertenzí, jejíž příčinou je u dospělých klientů většinou cirhóza jater. Jde o onemocnění s vysokou mortalitou. Těžký stav způsobuje současně několik faktorů: profuzní krvácení z varixů s rychle se rozvíjejícím hemoragickým šokem, jaterní selhání, koagulopatie, trombocytopenie, sklon k časté recidivě krvácení, i když bylo zastaveno.

Terapie

Prevence a léčba hemoragického šoku, prevence a léčba jaterního selhání, provedení hemostázy.

Snížení portální hypertenze (vazopresin, somastatin). Zavedení Sengstaken-Blakemorovy sondy (naplněné balony se mohou ponechat 12, maximálně 24 hodin, z důvodu nebezpečí vzniku dekubitů, nekrózy, perforace). Po zrušení tlaku může dojít k recidivám krvácení. Ezofagoskopie – sklerotizace varixů. Infuzní terapie.

Urgentní operace jsou indikovány zřídka (např. opichy varixů, devaskularizace).

Definitivním řešením je transplantace jater.

Další zdroje krvácení: syndrom Malloryho-Weissův (podélná trhлина přechodu sliznice jícnu a žaludku, vzniká po usilovném zvracení, terapie konzervativní, při větším krvácení endoskopická); tumory – častý zdroj makroskopického krvácení do horní části GIT, terapie endoskopická a následně chirurgická; aortoenterální píštěl – vzácný zdroj krvácení.

Krvácení do dolní části gastrointestinálního traktu

Hlavním příznakem je hematochezie. Vyskytuje se méně než krvácení do horní části GIT, je méně spojeno s hemoragickým šokem. Přesto se jedná o vážný stav. Základem diagnostiky je urgentní endoskopie (urgentní totální koloskopie).

Hemoroidy

Nejčastější zdroj krvácení.

Terapie: konzervativní, endoskopická, chirurgická.

Polypy

Výskyt adenomů v rektosigmatu, ale i v jiných částech tlustého střeva.

Terapie: endoskopická – polypektomie kličkou, výjimečně chirurgická terapie.

Divertikly

Výskyt většinou u starších klientů, většinou v levé polovině kolon.

Terapie: konzervativní.

Další zdroje krvácení: tumory, ulcerózní kolitidy, rektální vřed, m. Crohn, krvácivé choroby, antikoagulační léčba.

1.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S APENDICITIDOU

Současný stav onemocnění



Anatomie

Appendix vermiformis (červovitý přívěsek, obr. 1) tlustého střeva je krátký, tenký, slepě zakončený útvar o délce 7–10 cm, umístěný v pravém podbřišku a připojený k céku (slepé střevo – začátek tlustého střeva), jeho variabilní délka i poloha může znesnadňovat určení diagnózy. Sliznice obsahuje hojnou lymfatickou tkáň připomínající tkáň mandle. Funkce appendixu není známa.