



OŠETŘOVATELSKÝ PROCES PŘI ZAJIŠŤOVÁNÍ VYPRAZDŇOVÁNÍ

VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE

FYZIOLOGIE

V tlustém střevě se shromažďují nestrávené zbytky potravy a obsah střeva se zde zahušťuje. Pohyby tlustého střeva jsou podobné peristaltickým pohybům stěny tenkého střeva. Trávenina pobývá v tlustém střevě 8-12 hodin.

Z obsahu tlustého střeva se vstřebává hlavně voda, některé minerály a cukry. Nejvíce vody se vstřebává ve vzestupném tračníku. K zahuštěnému obsahu se přidává hlen, který slepuje nestrávené zbytky potravy.

Zbytky potravy se účinkem kvasných a hnilobných bakterií žijících na střevní sliznici zkvašují a bílkoviny podléhají hnití. Bakterie kvasí cukry, tuky a těžce stravitelnou celulosu. Vzniká tak alkohol a různé plyny: vodík, metan a oxid uhličitý. Hnitím bílkovin se vytvářejí značně jedovaté látky: fenol, sirovodík, mastné kyseliny a tzv. mrtvolné jedy. Před účinkem hnilobných a kvasných produktů chrání sliznici tlustého střeva hlen, který zabraňuje i jejich resorpci do krevního oběhu.

Složení stolice je závislé na skladbě potravy. Stolice obsahuje nestravitelné zbytky potravy (vazivová vlákna, škroby, tukové kapky), vodu, odloupané epitelie a žlučová barviva. Tuhost (konzistence) stolice je závislá na množství vody, barvu stolice ovlivňuje množství žlučových barviv.

Vyprazdňování stolice (**defekace**) je reflexní děj. Nahromaděním stolice v konečníku se v dutině konečníku zvýší tlak a napětí stěny vyvolá pocit nucení na stolic. Ochabují svěrače konečníku a smršťují se břišní svaly a bránice, které zvyšují tlak na koncový úsek trávicí trubice, který se vyprazdňuje.

Množství stolice závisí na množství přijímané potravy. Pohybuje se průměrně od 150-300 gramů.

Defekační reflex lze potlačit vůlí. Opakované potlačování vyprazdňování stolice vede k ochabnutí svaloviny recta.

Faktory ovlivňující defekaci

VĚK

POHLAVÍ

ŽIVOTNÍ STYL

- AKTIVITA, STRAVOVÁNÍ, PITNÝ REŽIM

PSYCHICKÝ STAV (stres x deprese)

SOUKROMÍ

FARMAKOTERAPIE

- LAXATIVA, ANTIDIAROIKA, OPIÁTY

ZVYKLOSTI

BOLEST

ANESTEZIE a CHIRURGICKÉ VÝKONY

Podpora pravidelného vyprazdňování stolice

Soukromí

Úprava času (při nutkání na stolicí použít WC, poskytnutí dostatek času)

Výživa tekutiny (zvýšení denního příjmu tekutin- ovocné šťávy, minerálky, strava – potraviny obsahující dostatek vlákniny např. ovoce, zelenina, obiloviny)

Cvičení (pravidelné procházky, cviky na zpevnění břišních svalů)

Poloha (u chodících vsedě na toaletě, event. stolička s mísou, nemobilní na míse)

Podávání předepsaných léků (laxancia, čípky, léky proti průjmu, klyzma)

Nácvik defekace



Nejlépe ráno

Vypít sklenici vody

Snídaně

Pokus o vyprázdnění

Pravidelně opakovat, zpočátku lze dopomoci čípkem, vypěstuje se podmíněný vyprazdňovací reflex.

Ten se může narušit opakovaným potlačením nucení na stolicí! (třeba nepodáním podložní mísy,...)

Změny v defekaci

Obstipace

Diarrhoe

Inkontinence = samovolný odchod

- Úplná = neschopnost kontroly při normální konz.
- Částečná = nesch. kontroly odchodu malého množství stolice či plynů

Paradoxní průjem = vytvoření skybal, která obtéká řídká stolice

Bolestivost = hemeroidy, fisury

Ošetřovatelská anamnéza

Zjišťujeme:

- Častost vyprazdňování
- Denní dobu
- Konzistenci, barvu, příp. zápach
- Problémy a jejich závislost, vč. meteorismu
- Faktory ovlivňující defekaci (hl. životní styl)
- Vyšetříme břicho (pohled, poslech, pohmat)
- Výsledky vyšetření

Průjem (diarrhoe)

Je častější vyprazdňování tlustého střeva (minimálně 3 řídké stolice za den). Nemocný ztrácí hodně tekutin, hrozí dehydratace a metabolický rozvrat. Velmi nebezpečný je průjem především pro malé děti a staré lidi.

Akutní průjem může být vyvolán infekcí, nevhodnou stravou, některými léky a psychickými faktory (stres).

Chronický průjem provází střevní záněty, nemoci pankreatu, malabsorpční syndrom apod.

Paradoxní průjem u těžké zácpy (tzv. falešný průjem) – spečená stolice (skybala) nemůže projít řitním otvorem, dráždí sliznici konečníku a esovitě kličky k produkci hlenu, který potom odchází s trochou hlenu jako falešný průjem.

Zásady ošetřování pacienta s průjmem

Lůžko nemocného vybavíme gumovou a plátěnou podložkou

Ložní a osobní prádlo vyměňujeme dle potřeby (možnost plenkových kalhotek)

Zajistíme hygienické pomůcky

Důraz klademe na hygienu genitálu a konečníku a ochraně kůže před opruzením

Podáváme větší množství tekutin (při zvracení a těžkém stavu parenterálně)

Sledujeme a zapisujeme bilanci tekutin

Podáváme stanovenou dietní stravu (čaj, rýžový odvar, později rýži, starší pečivo, libové maso) – postupně se vracíme k normální stravě

Léky podáváme podle ordinace lékaře (střevní dezinficiencia, u infekčních ATB či chemoterapeutika)

PROVÁDÍME ZÁPISY DO DOKUMENTACE!

Zácpa (obstipace)

Je vylučování malého množství suché, tvrdé stolice nebo úplné zastavení jejího vylučování. Vyprazdňování stolice je individuální (nejméně 1x za dva dny).

Typy zácpy:

Symptomatická – jako součást onemocnění střev

Návyková – vzniká útlumem defekačního reflexu a používáním projímadel

Jako nemoc – vzniká přechodně při změně výživy, prostředí, vlivem farmak

Příznaky zácpy:

Snížená frekvence defekace

Tvrdá, suchá stolice

Namáhavé vyprazdňování

Bolest při vyprazdňování

Bolesti břicha

Tlak v konečniku, pocit bolesti

Napětí břicha

Snížená chuť k jídlu

Nadměrné užívání podpůrných defekačních prostředků

Zácpa (obstipace)



Léčba:

Režimová opatření – dostatek pohybu, pravidelná strava bohatá na vlákninu, 2-3 litry tekutiny (voda, minerálky, ovocné čaje ne černé).

Zavádění čípků

Klyzma

Čípky

Mají kónický tvar, polotuhou konzistenci, jsou učeny k zavádění do konečníku. Před zavedením čípku pacienta dostatečně edukujeme. Samostatný pacient si zavádí čípky sám, ostatním zavádí čípek sestra.

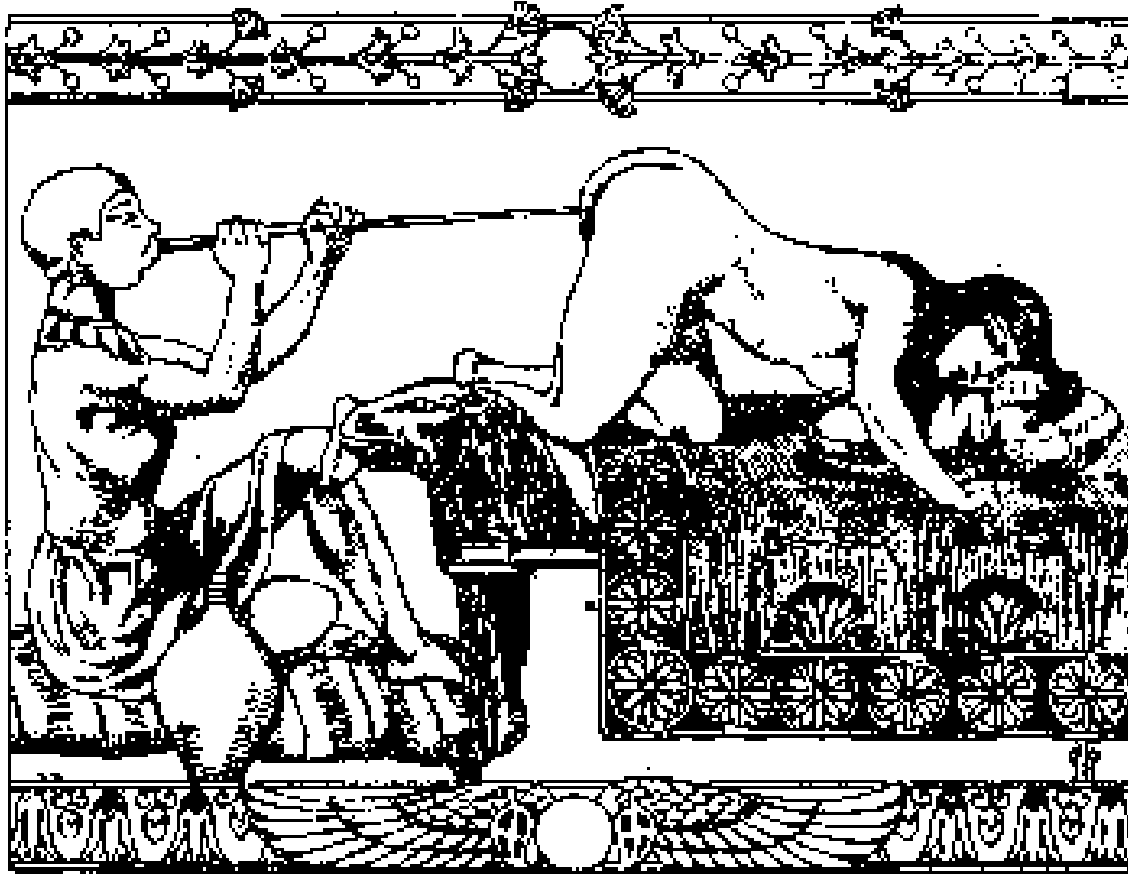
Pacienta uložíme do polohy na bok a oblékneme si rukavice. Pacienta požádáme, aby zhluboka dýchal, roztáhneme mu hýždě a ukazovákem zavedeme čípek za zevní svěrač. Pacienta poučíme, aby udržel hýždě sevřené, dokud příp. neucítí nucení na stolicí. Po odchodu stolice provedeme záznam do dekurzu.

Klyzma - definice

Vpravení tekutiny do esovité kličky a tlustého střeva. (dříve také klystýr)



HISTORIE KLYZMATU



Tato očištná technika léty prověřená a na rozdíl od předchozí v Evropě dříve dobře zdomácnělá je bohužel v současné době poněkud opomíjena.

Klystýr (enema, nálev) se možná lidé naučili od volavek, které si tuto očistu prováděly pomocí zobáku.

Doklady o použití klystýrů pocházejí např. z Číny, Indie, Egypta (papyrus), Říma a Pompejí.

Byly oblíbeny zvláště ve Francii (císař Napoleon I. absolvoval 300 klystýrů za rok), v Rusku, Rakousku-Uhersku (ve Vídni a v západočeských lázních), Německu a USA.

Například u vládců Egypta byla zavedena zřejmě ne příliš vděčná funkce strážce konečníku. Aplikace byla vždy úměrná technickým možnostem dané doby.

Mayové si například v klystýrech aplikovali omamné drogy, což dokazuje vynikající absorpční schopnosti sliznice střeva a touto cestou lze velice úspěšně aplikovat i přípravky, které pro odpornou chuť neradi přijímáme orálně nebo pokud má nemocný problém s polykáním.

Typy klyzmatu

Očistné

Projímavé

Léčebné

Diagnostické

Indikace očistného klyzmatu

zácpa

před operací

před porodem (???)

před endoskopickým vyšetřením tlustého střeva (kolonoskopie, rektoskopie)

aj.

Pomůcky

emitní miska,

infuzní stojan

rektální rourky,

irigátor s hadicí a nástavcem s kohoutkem, nebo peán na přerušení průtoku,

vazelína,

dřevěná lopatka (špátle),

rukavice,

čtverce buničiny,

toaletní papír,

podložní mísa,

jednorázová podložka,

1 l teplé vody u dospělých, u dětí teplý FR

Postup provedení

1. Příprava klienta - klientovi **vysvětlíme postup, účel** klyzmatu;
2. Klientovi pokud možno zajistíme soukromí. Chodící klienty vyzveme aby přišli do koupelny, na pokoji ležícího klienta vyzveme ostatní klientky aby opustili na chvíli pokoj.
3. Poloha: pravý bok, levý bok, kolenoprsní poloha, poloha na zádech s pokrčenými a oddálenými DK (pod klienta podkládáme podložní mísu, jednorázovou podložku)
4. Do irigátoru připravíme teplou vodu (36-37°C) a zavěsíme na infuzní stojan. Trochu tekutiny vypustíme do emitní misky spolu se vzduchem a první chladnou tekutinou a hadici uzavřeme peánem.
5. Konec rektální rourky natřeme vazelínou.
6. Dekontaminujeme a uklidíme pomůcky.

Postup provedení

6. Oblékneme si rukavice a rektální rourku zavedeme do konečníku (asi 6-8 cm), spojíme s nástavcem od irigační hadice a vpouštíme pomalu tekutinu. Irigátor s tekutinou držíme asi 30 cm nad konečníkem (čím vyš je nádoba, tím rychleji tekutina vytéká a tím větší je tlak v konečníku).
7. Než vyteče všechna tekutina z irigátoru přerušíme hadici peánem. Rourku podložíme buničinou.
8. Jednou rukou vytahujeme rourku z konečníku, druhou ji současně otíráme.
9. Požádáme klienta, aby v sobě tekutinu co nejdéle zadržel.
10. Ležícímu klientovi podáváme podložní mísu, nebo provádíme na míse.
11. V průběhu celého výkonu s klientem neustále komunikujeme.
12. Dotazem si ověříme, zda se klient vyprázdnil, provedeme záznam do dokumentace.

Projímavé klyzma



podává se v podobě mikroklyzmatu nebo kapénkového klyzmatu

výhody: klyzma je méně objemné, klient tekutinu déle udrží a snadněji se vyprázdní

a) mikroklyzma - klyzma s malým obsahem tekutiny

Pomůcky:

Ricinový olej nebo glycerin; 100-200 ml Janetova stříkačka; slabší rektální rourka nebo Nelatonův katétr, čtverce buničiny, jednorázová podložka, vazelína, dřevěná lopatka, gumové rukavice, emitní miska, toaletní papír, podložní mísa

Poloha: viz jednorázové klyzma

Postup

- 1.- 3. bod viz jednorázové klyzma
4. Do stříkačky natáhneme ordinované množství oleje.
5. Oblékáme si rukavice a rektální rourku natřeme vazelínou, zavedeme do konečníku.
6. Stříkačku nasadíme na zavedenou rektální rourku a přípravek pomalu vstříkujeme.
7. Jednou rukou vytahujeme rourku z konečníku, druhou ji současně otíráme.
8. Požádáme klienta, aby v sobě tekutinu co nejdéle zadržel.
9. Ležícímu klientovi podáváme podložní mísu.
10. V průběhu celého výkonu s klientem neustále komunikujeme.
11. Dotazem si ověříme, zda se klient vyprázdnil.
12. Dekontaminujeme a uklidíme pomůcky.

Mikroklyzma na jedno použití: takto se podávání **hromadně vyráběné léky** určené k aplikaci na sliznici konečníku. Lék je podáván ve speciálním obalu s aplikátorem pro zavedení do konečníku. Množství tekutiny je různé. Užívané léky např. Diazepam, Salofalk aj.



Pokyny k použití mikroklyzmatu (letáček nřípravku Salofalk)

Salofalk 4 g, klyzmata

Obsah nádoby (60 ml suspenze) se v akutním stádiu onemocnění zavádí do konečníku jedenkrát denně večer před spaním, nejlépe po stolici.

Nádobku je třeba před použitím dobře protřepat. Poté se sejme ochranný kryt a nádobka se uchopí svisle, aby se nevytil její obsah. Pacient si lehne na levý bok, napne levou nohu a pravou nohu ohne pro udržení rovnováhy. Špičku aplikátoru potaženou filmem zavede do konečníku a nádobku podrží ve směru k pupku. Drží ji pevně a lehce ji nakloní, aby aplikátor směřoval ve směru zad, pomalu a rovnoměrně ji stiskne, aby se nevyvolalo nucení na stolici. Po vyprázdnění nádoby aplikátor opatrně vyjme.

Po použití klyzmatu zůstane nejméně 30 minut ležet ve stejné poloze, aby lék mohl dobře působit. Nejlepšího účinku se dosáhne, když klyzma může působit celou noc.

Salofalk 4 g, klyzmata je určen pouze pro léčbu akutního stádia onemocnění, což zpravidla znamená dobu 8-12 týdnů.

Kapénkové klyzma

- je podávání tekutiny do tlustého střeva po kapkách

Pomůcky:

FR zahřátý na teplotu lidského těla, infuzní převodová souprava, dezinfekční roztok, čtverečky buničiny, infuzní stojan, leukoplast, nůžky, slabá rektální rourka nebo Nelatonův katétr, gumové rukavice, toaletní papír, event. podložní mísa, vazelína, dřevěná lopatka, emitní miska, jednorázová podložka

Poloha:

pohodlná s ohledem na délku podávání klyzmatu (60 minut), poloha na boku, poloha na zádech

Postup

1. Příprava klienta - klientovi vysvětlíme postup, účel klyzmatu.
2. Infuzní roztok postavíme do teplé vody. Po ohřátí na požadovanou teplotu dezinfikujeme gumovou zátku a napojíme převodovou infuzní soupravu, odpuštíme vzduch. Láhev zavěšíme na infuzní stojan.
3. Oblékneme si rukavice a rektální rourku natřeme vazelínou, zavedeme do konečníku.
4. Na rektální rourku napojíme na odvodnou hadici a tlačkou upravíme počet kapek (asi 60/minutu).
5. Náplast obtočíme kolem rourky, ve vzdálenosti asi 4 cm od konečníku náplast přilepíme k hýždím.
6. V průběhu výkonu sledujeme stav klienta a průtok roztoku hadičkou.
7. Před vykapáním celého roztoku přerušíme tlačkou spojovací hadičku a rourku odstraníme.
8. Dotazem si ověříme, zda se klient vyprázdnil.
9. Dekontaminujeme a uklidíme pomůcky.

Evakuace stolice, digitální vybavení stolice

Manuální vybavení tvrdé spečené stolice (skybala)

Výkon provádí lékař nebo pověřená sestra

Pomůcky:

ochranné rukavice

lubrikační prostředek

buničitá vata, emitní miska

ochranná absorpční rouška

podložní mísa



Postup

poučení pacienta o výkonu

navléknutí dvou ochranných rukavice na pravou rukou

ukazovák pravé ruky natřít lubrikačním krémem a opatrně zasunout do konečníku

mírným ohnutím konečného článku prstu se snažit stolici po kouskách vyjímat

po výkonu úklid pomůcek a provedení záznamu o výkonu a výsledku defekace do dokumentace

stolici vybavujeme i při paradoxním průjmu (nemocný má zácpu a přitom odchází řídká stolice kolem skybaly)

dojde-li v průběhu výkonu k defekaci , necháme pacienta přirozeně vyprázdnit

při komplikacích (krvácení) výkon přeručíme a informujeme lékaře

Diagnostické klyzma

provádí se na RTG odd. při vyšetření tlustého střeva - irigoskopii

před vyšetřením musí být nemocný důkladně vyprázdněn
zpravidla několika očistnými klyzmaty

(1,5l)

IRIGÁTORY



95,- Kč

Irigátor z PVC

Zdravotní pomůcka pro zavádění klystýrů a k provádění výplachů střev. Lehká a skladná zdravotní pomůcka pro provádění výplachů ze zdravotních nebo hygienických důvodů.



209,- Kč

Irigátor - Šetrný výplach střev, plastová nádoba, 1 litr

Irigátor nebo-li střevní sprcha je staro-nová metoda čištění střev a vychází z tradice staroindické medicíny. Odstraňuje z hrubého střeva nahromaděnou a stagnující stolicí, taktéž hnilobné části.



COPYRIGHT

PEARS HEALTH CYBER

349,- Kč

CESTOVNÍ SPRCHA



353,- Kč

Inkontinence stolice

Ztráta schopnosti volní kontroly vylučování stolice a plynů análním svěračem.

Částečná (parciální) inkontinence je neschopnost kontrolovat odchod plynů nebo zabránit malému odchodu stolice.

Celková inkontinence je neschopnost kontrolovat odchod stolice normální konzistence.

Jedná se o **vážný emocionální problém**, který může vyústit do sociální izolace.

Úkolem sestry je pomoc při výběru vhodných pomůcek

Při ošetřování je nutné věnovat pozornost zvýšené hygieně okolí análního otvoru.

Pomůcky pro nemocné s inkontinencí stolice:

plenkové kalhotky

speciální savé podložky

spodní kalhotky s vložkou

