



EVROPSKÁ UNIE  
Evropské strukturální a investiční fondy  
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



# Základní ošetřovatelské postupy

CZ.02.2.69/0.0/0.0/16\_015/0002400

ROZVOJ VZDĚLÁVÁNÍ NA SLEZSKÉ UNIVERZITĚ V OPAVĚ

# **Aplikace očistného klyzma u mobilního nemocného**

Petra Šimánková

# Defekace

**Defekace – vyprazdňování tlustého střeva,  
jedná se o reflexní proces**

- Posun tráveniny z tenkého do tlustého střeva do esovité kličky a konečníku
- Je vyvolán impuls do defekačního centra v křížové míše (reflexní centrum je uloženo v sakrální oblasti S2 a S4) – dochází ke stahu hladké svaloviny - ochabnutí vnitřního svěrače a pocitu nucení na stolicí

# Defekace

- Při opakovaném a častém potlačování defekace – může dojít k poruše defekačního reflexu – následkem je zácpa, obstipace. Defekační reflex tedy může být potlačen volným úsilím.
- Fyziologická frekvence defekace je individuální, cca 1x denně

# Defekaci ovlivňuje

- Složení stravy – vláknina - rozpustná, nerozpustná, koření
- tekutiny
- Věk – kojenci (neschopni ovládat vyprazdňování), staří lidé sklon k zácpě
- Psychické faktory – stud, stres, úzkost, nedostatek soukromí (vyprazdňování na lůžku)
- Tělesná aktivita – pohyb podporuje trávení, střevní peristaltiku
- Léky – opioidní analgetika (zácpa), laxantiva, antidiarhoika – protiprůjmové léky
- Bolest při defekaci, infekce, hemeroidy – vnější, vnitřní
- Nemoci GIT a některá metabolická onemocnění

# Změny v defekaci - zácpa

- **Zácpa (obstipace)** – obtížné, bolestivé vyprazdňování malého množství tuhé až tvrdé, suché stolice, vedoucí ke snížené frekvenci defekace až k úplnému zastavení vyprazdňování.
- Je doprovázena tlakem v dutině břišní, tenzními bolestmi, bolestmi hlavy..
- Možné důvody zácpy: ↓ příjem tekutin, špatné stravovací návyky, ↓ pohybová aktivita, onemocnění střev..

# Druhy zácpy

- **Habituální** - návyková zácpa – vznikající například z důvodu porušení defekačního reflexu návykem na laxantiva nebo z důvodu již zmíněné špatné životosprávy.
- Další typ zácpy je **symptomatická**, která vzniká při onemocnění střeva (tumory, hemoroidy)
- Terapie obstipace – úprava životosprávy, nácvik defekačního reflexu, glycerinové čípky, laxantiva, klyzma

# Změny v defekaci

- **Paradoxní vyprazdňování stolice** – probíhá jako dlouhotrvající zácpa – poté falešný průjem, tuhá stolice (skybala) dráždí sliznici střeva která produkuje hlen, jenž odchází s částí stolice. Skybalu je často nutné digitálně vybavit.
- Při nutnosti digitálního vybavení stolice je nutné respektovat stud pacienta! Tento výkon je plně v kompetenci lékaře!



# Změny v defekaci

- **Průjem (diarrhoea)** – řídká vodnatá až stříkaná stolice.
- Z důvodu infekce, dietní chyby... Cave - dehydratace (děti, senioři), kdy rychlý průchod střevem ↓ resorpci elektrolytů a vody.
- Průjem může být doprovázen zvracením, bolestmi břicha, únavou, bolestí hlavy..
- Je nutná ↑ hygienická péče

# Změny v defekaci, diskomfort

- **Inkontinence stolice** – nekontrolovatelný odchod stolice, samovolně, nezávisle na vůli (nádory, poruchy CNS, porušení svaloviny pánevního dna..)
- **Enkopréza** – špinění, častý problém u dětí
- **Plynatost (flatulence)** – nadměrný odchod plynů
- **Nadýmání** – meteorismus, ↑ tvorba plynů
- **Tenesmus** – pocit neúplného vyprázdnění stolice, až bolestivé nucení na stolicí doprovázející křečovitě bolesti břicha

# Hodnocení stolice

Sestra hodnotí – frekvence, konzistence, barva, příměsí ( kojeneček x dospělý člověk)

- **Enteroragie** – čerstvá krev ve stolici (hemoroidy)
- **Meléna** – tmavá, dehtovitá stolice (vyšší oddíly GIT)
- **Steatorea** – mastná, našedlá stolice, obsahuje nestrávený tuk (žlučové poruchy, malabsorpční syndrom..)
- **Příměsí** – hlen, paraziti

# Klyzma, indikace klyzmatu

Klyzma je vpravení tekutiny konečníkem do tlustého střeva za účelem:

- Odstranění stolice, zbytků stolice
- Odchod plynů
- Před operací, vyšetřením střev, porodem
- Podpora peristaltiky tlustého střeva
- Aplikace léčiv nebo kontrastní látky

# Druhy klyzmatu

**Očistné** – před operací, vyšetřením, při zácpě

- Množství roztoku je určeno věkem
- U dospělých použijeme až 1500 ml roztoku (voda, u dospělých můžeme do teplé tekutiny přidat několik lžic ricinového oleje).
- U dětí předškolního věku 150 -200 ml roztoku (FR)
- U kojenců **do** 50-80 ml (FR, MM)
- Lze použít i firemně vyráběné prostředky (Yal).

# Druhy klyzmatu

**Projímavé** – také při zácpě, nebo také v době, kdy je v konečníku patrná skybala. Vpravujeme do konečníku a střeva koncentrované projímavé oleje, nebo solné roztoky za účelem vyprázdnění stolice

- Aplikuje se formou mikroklyzmatu nebo jako kapénkové klyzma.

# Voda jako roztok pro klyzma

Voda je hypotonický roztok. Má nižší osmotický tlak než krev a při opakovaných klyzmatech velkými objemy vody můžou tyto způsobit resorpci vody zpět od krevního oběhu a pacienta ohrozit hyperhydratací, hypervolemií. Proto je běžná voda kontraindikována u kojenců do 1 roku. Roztok použitý na klyzma je vždy v kompetencích lékaře!

# Druhy klyzmatu

**Léčebné** – vpravení léčebné látky do konečníku ve formě kapénkového klyzmatu (tekutina do 150 ml) nebo mikroklyzmatu (také prostředkem Yal – aplikace dle návodu výrobce)

**Diagnostické** – pomocí klyzmatu aplikujeme kontrastní látku. Klyzma je součástí irigografie – kontrastní rentgenové zobrazení střeva.



# Příprava pomůcek

- Gumová podložka, emitní miska, buničina
- Podložní mísa
- Irigátor s přerušovačem/peánem
- Mesocain nebo lubrikant
- Jednorázová sterilní rektální rourka
- Ochranné pomůcky (plášť, rukavice)
- Stojan
- V případě léčebného klyzmatu dále potřebujeme ordinovaný roztok, lék a infuzní set.

# Příprava pacienta

- Poučit pacienta – psychická podpora, nutnost spolupráce sestry s pacientem, citlivý přístup,
- Uložit do vhodné polohy (záda, pravý bok) a poučí ho o nutnosti držet stolicí cca 10-15 minut
- Výkon se provádí na lůžku pacienta nebo v místnosti k tomu určené – dle zvyklostí oddělení.

# Postup provedení

- Provedeme aktivní identifikaci pacienta, příprava polohy,
- Vsuneme pod pacienta gumovou podložku, příprava podložní mísy k lůžku
- Desinfekce rukou
- Oblékneme si ochranné pomůcky
- Naplněný irigátor tekutinou (37 ° C) zavěsíme na stojan a propláchneme tekutinou – odstraníme vzduch
- Spojíme rektální rourku s irigační soupravou
- Obnažíme potřebnou část těla
- Zvolíme vhodnou polohu pacienta
- Na rektální rourku nanese Meocain nebo lubrikant

# Postup výkonu

- Pacienta vyzveme, aby zatlačil na stolicí a v tento moment zavedeme vhodnou rektální rourku do konečníku (6 - 10 cm hluboko), počkáme na ev. odchod plynů – pozor na hemeroidy, spasmus, případné anomálie v konečníku
- Pomalu začínáme aplikovat tekutinu do střeva
- Pokud pacient pociťuje silný tlak v břiše, můžeme klyzma zpomalit nebo zastavit znovu aplikovat – až několikrát po sobě

# Postup výkonu

- Pokud pacient není schopen tekutinu udržet, výkon se ukončuje a informujeme lékaře
- Vysuneme rektální rourku a současně ji otíráme druhou rukou buničinou
- V případě nedostatečného vyprázdnění se výkon dle domluvy s lékařem opakuje (většinou 3krát)

# Postup výkonu

- Nemocný by po aplikaci měl několik minut ležet nebo se procházet po místnosti. Doba působení by měla být cca 10 – 15 minut. Vše se odvíjí od možností nemocného
- Poté se pacient vyprázdní do WC nebo podložní mísy a sestra zkontroluje účinek klyzmatu

# Postup výkonu

- Při opakovaném klyzmatu použijeme novou jednorázovou sterilní rektální rourku
- V případě kapénkového klyzmatu, namísto irigátoru použijeme infuzní set, který napojíme na rektální rourku.
- Při aplikaci je nutné rektální rourku náplastí fixovat k hýždím, protože aplikace roztoku je 60 kapek/minutu
- Vše je nakonec nutné zaznamenat do dokumentace

# Péče o nemocného po výkonu

- Sledujeme celkový stav nemocného – bolesti, případně úlevu
- Sledujeme případné komplikace v oblasti konečníku a rekta - krvácení
- Údaje zaznamenáme do ošetrovatelské dokumentace.
- Případné komplikace neprodleně hlásíme lékaři.



# Péče o pomůcky po výkonu

Sestra provede vhodnou dekontaminaci pomůcek použitých při výkonu a bezpečnou likvidaci materiálu pro jednorázové použití