

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. Lékařská fakulta



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Michaela Vepřovská

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

**2. Lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství**



**Bakalářský studijní program: Ošetrovatelství
Obor: Všeobecná sestra**

Ošetrovatelský proces u nemocného s Crohnovou chorobou

Bakalářská práce

**Autor práce: Michaela Vepřovská
Vedoucí práce: PhDr. Šárka Tomová**

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně s použitím literatury a zdrojů uvedených v seznamu na konci této práce. Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze, 4. 4. 2008

.....
Michaela Vepřovská

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své školitelce PhDr. Šárce Tomové, za její významnou pomoc, rady při zpracování bakalářské práce a podporu během celého studia. Můj dík patří také MUDr. Josefu Maškovi, který svou nezištnou pomocí také přispěl ke vzniku této práce.

Abstrakt

Účelem této práce je seznámit čtenáře s nepříliš známou Crohnovou chorobou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První, teoretická část popisuje anatomii a fyziologii trávicího traktu. Dále popisuje nespecifické střevní záněty, jejich zástupce, definici a historii Crohnovy choroby. Také zde seznamuje čtenáře s příčinou, průběhem, příznaky, komplikacemi, diagnostikou a léčbou onemocnění. Zahrnuje sdružení lidí, trpících Crohnovou chorobou, CROCODILE. Druhá, praktická část zahrnuje ošetřovatelský proces, podle kterého jsou vypracovány ošetřovatelské diagnózy. Dále obsahuje model podle M. Gordonové, kterým byla sestavena ošetřovatelská anamnéza u pacientky. V praktické části je přítomen průběh hospitalizace. V přílohách jsou uvedeny dodatečné informace o sdružení, tabulky s hodnotícími škálami a ošetřovatelská anamnéza, kterou jsem v rámci mé ošetřovatelské péče vyplnila s pacientkou.

Abstract

The aim of this thesis is to make readers acquainted with not very known Crohn's disease. The work is divided into two parts – theoretical and practical. The first one describes the alimentary tract anatomy and physiology. Therein after, it renders non specific intestinal inflammations, their representatives, the definition and history of the Crohn's disease. It also deals the causation of the disease, its process, symptoms, complications, diagnostic and treatment. The theoretical part includes an association of people suffering from Crohn's disease, Crocodile (CROhn and Colitis DILEtants). The second part, the practical one, includes the nurse procedure on which the nurse anamneses are based. It also covers the M. Gordonová model that was the basis for the patient anamnesis. The hospitalization process is present in the practical part. In the thesis supplement there are additional information about the association, evaluative scales tables and nurse anamnesis which I filled up along with the patient within the scope of my nurse care.



Obsah

1 ÚVOD.....	7
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	8
2.1 Anatomie a fyziologie trávicího traktu.....	8
2.2 Nespecifické střevní záněty.....	15
2.2.1 Crohnova choroba a Ulcerózní kolitida.....	15
2.2.2 Definice Crohnovy choroby.....	16
2.2.3 Historie Crohnovy choroby.....	16
2.2.4 Příčina onemocnění.....	17
2.2.5 Průběh onemocnění.....	17
2.2.6 Příznaky onemocnění.....	19
2.2.7 Komplikace onemocnění.....	20
2.2.8 Diagnostika onemocnění.....	25
2.2.9 Léčba onemocnění.....	29
2.3 Organizace péče - CROCODILE.....	32
2.3.1 Název.....	32
2.3.2 Sídlo.....	32
2.3.3 Cíl činnosti.....	32
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
3.1 Ošetrovatelský proces.....	34
3.1.1 Cíl.....	34
3.1.2 Definice.....	34
3.1.3 Fáze ošetrovatelského procesu.....	34
3.2 Model podle M. Gordonové.....	36
3.3 Průběh hospitalizace	37
3.4 Funkční model zdraví dle M. Gordonové u vybraného pacienta.....	46
3.5 Ošetrovatelské diagnózy.....	48
4 ZÁVĚR.....	56
5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
6 SEZNAM PŘÍLOH.....	58



1 ÚVOD

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolila ošetřování pacienta s Crohnovou chorobou. Důvodem, proč jsem si vybrala toto onemocnění, je nedostatečná informovanost o jeho průběhu mezi veřejností i zdravotnickými pracovníky. K výběru mě také vedlo dřívější setkání s pacientem, trpícím touto nemocí, u mé praktické maturitní zkoušky.

Crohnova choroba je pro společnost záhadou. A proto cílem mé práce je přiblížit společnosti, o jakou nemoc se jedná a jak pacient zvládá soužití s touto nemocí. Dále v této práci popisují, průběh choroby a její léčbu.

Crohnova choroba, také nazývána Morbus Crohn patří do skupiny nespecifických střevních zánětů. Přesně je definována jako chronické zánětlivé onemocnění trávicího systému. Tato nemoc trápí nejčastěji obyvatele vyspělých částí světa. Její výskyt pravděpodobně souvisí s životním stylem, proto je někdy označována jako civilizační choroba.

Přesná příčina nemoci nebyla doposud objasněna. Avšak se nejspíš jedná o autoimunitní onemocnění, při němž tělo napadá svou vlastní střevní tkáň.

I ta nejbanálnější choroba může přerůst v závažný problém. V takovém případě se obvykle mluví o komplikacích. Význam toho slova zná každý. Už samo o sobě zní nepříjemně a nejraději bychom se mu vyhnuli. Vždy je však dobré o možných komplikacích něco vědět. Komplikace spojené s Crohnovou chorobou jsou tedy, porucha výživy, neprůchodnost střeva, zánět střeva, abscesy a píštěle, krvácení, prasknutí střeva a nádorové onemocnění.

Život s Crohnovou nemocí může být velmi obtížný. Choroba je nevypočitatelná. Někteří pacienti žijí dlouhá léta bez obtíží, u jiných vzplane zánět několikrát do roka nebo probíhá ve vyšší aktivitě trvale.

V této práci jsem se zaměřila na ošetrovatelský proces, který jsem zpracovala podle modelu Marjory Gordonové, jinak zvaného „model funkčních vzorců zdraví“, který vychází z toho, že všichni lidé mají společné vzorce chování, které souvisí s kvalitou života, s rozvojem jejich schopností a s dosažením lidského potenciálu. Vzorec je definovaný jako úsek chování v určitém čase.



2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Anatomie a fyziologie trávicího traktu

Trávicí trakt: Trávicí trubice začíná dutinou ústní, dále pokračuje hltanem, přechází v jícen, žaludek, tenké střevo, tlusté střevo a konečník. Hlavním úkolem trávicího ústrojí je zpracování potravy. A to mechanickým a chemickým rozložením potravy. Po požití jsou potrava a tekutiny zpracovány trávicími orgány do malých molekul živin, které mohou být absorbovány ze střev a cirkulovat tělem. Potrava, která nemůže být strávena, se stává odpadním materiálem, stolicí, která je vylučována z těla při defekaci (vyprázdnění).

Mezi orgány trávicího traktu patří, dutina ústní, hltan, jícen, žaludek, tenké střevo a tlusté střevo. Dalšími orgány, které patří k trávicímu ústrojí jsou játra (*hepar*), žlučník (*vesica fellea*), a slinivka břišní (*pancreas*) /1, 5/.

Dutina ústní (*cavitas oris*), jejími součástmi jsou, štěrbina ústní (*rima oris*), úžina hltanová (*isthmus gaudium*), rty (*labia oris*). Rty se dělí na horní ret (*labium superius*) a dolní ret (*labium inferius*). Dalšími částmi dutiny ústní jsou tváře (*buccae*), jazyk (*lingua*), dásně (*gingivae*) a zuby (*dentes*). Zuby rozdělují dutinu ústní na předsíň dutiny ústní (*vestibulum oris*) a na vlastní dutinu ústní (*cavitas oris propria*). Vyčnívají z horní čelisti (*maxilla*) a dolní čelisti (*mandibula*) ve dvou obloukovitých řadách. Horní obloukovitá řada (*arcus dentalis superior*) a dolní obloukovitá řada (*arcus dentalis inferior*). Zuby se skládají z korunky zubu (*corona dentis*), krčku zubu (*collum dentis*) a kořene zubu (*radix dentis*). Zuby se dělí na několik druhů, a to na řezáky (*dentes incisivi*), špičáky (*dentes canini*), třenové zuby (*dentes praemolares*) a na stoličky (*dentes molares*). Dutina ústní se dále skládá z patra (*palatum*), které se dále dělí na měkké (*palatum molle*) a tvrdé (*palatum durum*). Patro tvoří v dutině ústní její strop. Spodinu ústní vyztužují svaly.

V dutině ústní začíná první rozkládání potravy pomocí slin, které jsou produkovány slinnými žlázami. V ústech je potrava rozmělněna pomocí zubů, jazyk ji stlačuje. Potrava je žvýkána zuby a promíchána se slinami. Enzym **amyláza**, přítomný ve slině, začíná rozkládat škrob na cukr, každý kus měkké potravy, nazývaný sousto (*bolus*), který je spolknut, je posouván kontrakcemi jícnu do žaludku. Určité živiny (*solí a minerály*), mohou být



absorbovány přímo do oběhu. Tuky, cukry a bílkoviny musí být před absorbováním rozštěpeny na menší molekuly. Tuky (*lipidy*) jsou rozštěpeny na glycerol (*trojsytný alkohol, který je základem, spolu s vyššími mastnými kyselinami, tuků*) a mastné kyseliny. Cukry (*sacharidy*) jsou štěpeny na monosacharidy (*jednoduché cukry*). Bílkoviny (*proteiny*) zase postupně na jednotlivé aminokyseliny (*stavební jednotky bílkovin, určující jejich vlastnosti*).

Polykání je volní proces, který začíná tehdy, když je potrava poslána z úst do hltanu. Automatické reflexy přebírají řízení postupných stadií polykání. Polykání je řízeno svaly hltanu, které se stahují a pohybují potravou dál až k hornímu konci jícnu. Během polykání se chlopeň z chrupavky, známá jako příklopka (*epiglottis*) přiklápí a hrtan se zvedá. Hlasivky jsou sevřeny, což uzavírá hlasivkovou štěrbinu a brání vstupu do hrtanu. Jakmile se potrava dostane do jícnu, hlasivková štěrbinu se znovu otevře /1, 5/.

Hltan (*pharynx*), je to trubice, kraniálně (směrem vzhůru) zakončená klenbou (*fornix pharyngis*) a jejím prostřednictvím přirostlá k periostu baze lebni. Kaudálně (směrem dolů) se hltan zužuje a sahá do výše C6 (šestého krčního obratle). Zpředu se do hltanu otvírá dutina nosní (*cavitas nasalis*). Na hltanu můžeme vidět nozdry (*choanae*), vchod do hrtanu (*aditus laryngis*), příklopku hrtanovou (*epiglottis*). Podle tří komunikací se hltan dělí do tří etáží, na nosohltan, neboli část nosní (*pars nasalis*), část ústní (*pars oralis*) a na část hrtanovou (*pars laryngea*). Stěna hltanu má několik vrstev. **Sliznici**, pokrytou dlaždicovým epitelem. **Podslizniční vazivo** obsahující lymfatické uzlíky. **Svalovinu** příčně pruhovanou, na které popisujeme svěrače hltanu (*musculi constrictores pharyngis*), které jsou cirkulárně uspořádané a zdvihače hltanu (*musculi levatores pharyngis*), podélně uspořádané.

Hltan je kanál pro vzduch a potravu. Vede jak do hrtanu pro dýchání, tak do jícnu pro polykání. Řízení z mozku normálně předchází tomu, aby potrava vstoupila během polykání do hrtanu. Pokud se vydá potrava nesprávnou cestou, podráždění dýchacích cest reflexně spustí kašel, který vypudí vdechnuté části potravy a je tak prevencí dušení /1,5/.

Jícen (*oesophagus*) je trubice dlouhá asi 25 cm, která navazuje na hltan ve výši C₆ a dolního okraje hrtanu respektive prstencové chrupavky, sestupuje před páteří hrudníku, prochází skrze hiatus oesophageus bránice ve výši Th₁₀ a končí ve výši Th₁₁, vyústěním do žaludku, spíše jeho kardiie (místo žaludku, kde vstupuje jícen). Jícen v klidu má průměr kolem 1,5 cm, je předozadně zploštělý a nad bránicí je mírně větvenovitě rozšířený. Při průchodu sousta se může roztáhnout na dvojnásobný průměr. Podle průběhu má jícen tři části a to část



krční (*pars cervicalis*), kde před jícnem sestupuje průdušnice (*trachea*). Jícen je vůči ní posunut lehce doleva. Hrudní část (*pars thoracica*) tam jícen probíhá v mediastinu (prostor mezi pleurální dutinou pravé a levé strany, vyplněný řídkým vazivem) a břišní část (*pars abdominalis*), úsek od průchodu bránicí do žaludku, dlouhý 1-2 cm, dotýká se vzadu bránice a plynule přechází do žaludku. Stěna jícnu se skládá ze **sliznice**, která je složena v podélné řasy vytvářející hvězdicovitý průřez jícnu v klidu a při průchodu sousta se řasy v jícnu vyrovnávají a je pokryta dlaždicovým epitelem bez rohovatění, mohutného **podslizničního vaziva**, které umožňuje rozšiřování jícnu a zpětné skládání sliznice v řasy. V horní třetině jícnu je **svalovina** příčně pruhovaná, ve střední třetině je smíšená s hladkou svalovinou a v dolní třetině je jen svalstvo hladké. Stahy svalstva a sevření stěn jícnu při transportu polknutého sousta jsou tak dokonalé, že zdravý jícen bezpečně transportuje (a to i kašovitý obsah) též proti gravitaci. **Povrchová vrstva** jícnu je v krční a hrudní části vazivová (*tunica adventicia*), řídkými vlákny je spojena s okolním řídkým vazivem mediastina. V krátkém břišním úseku je jícen kryt serózou, tj. Pobřišnicí.

Při dokončení polykání, kdy se potrava dostala do jícnu, nastává další proces trávení. Potravu posouvají, jícnem až do žaludku, vlny mimovolních svalových kontrakcí. Svaly před soustem relaxují, zatímco svaly za ním se stahují, aby potravu protlačily. Tento rytmický pohyb je znám jako **peristaltika**. Peristaltika je rytmické smršťování hladkého svalstva trávicí trubice, sloužící k posouvání jejího obsahu. Tím je myšlena hlavní funkce jícnu. Peristaltika se vyskytuje také v žaludku a střevech /1,5/.

Žaludek (*ventriculus, gaster*) navazuje na jícen, jako nápadně rozšířený úsek trávicí trubice. Má funkci rezervoáru potravy, které může v krátké době přijmout značné množství a tu pak předběžně zpracovanou, po dlouhou dobu po částech posílá do tenkého střeva. Je uložen v dutině břišní, pod levou klenbou brániční a má tvar zahnutého vaku. Jeho částmi jsou velké zakřivení (*curvatura maior*), jde o zakřivení levého okraje, vyklenuté doleva a dolů. Malé zakřivení (*curvatura minor*) je zakřivení pravého okraje, vyklenuté doprava nahoru. Česlo (*cardie*) je vyústění jícnu shora do žaludku při *curvatura minor*. Vrátník (*pylorus*) je zúžené místo, kde uzavíratelným průchodem na žaludek navazuje první část tenkého střeva, dvanáctník (*duodenum*). Hlavní části žaludku jsou tři, *fundus gastricus*, což je horní, proti bránici, slepě vyklenutý nejširší úsek, který obvykle obsahuje bublinu vzduchu z požití potravy, napravo od fundu ústí do žaludku jícen. Další hlavní částí žaludku je tělo žaludku



(*corpus gastricum*), kde se jedná o pokračování žaludku sestupně od fundu, doprava a směrem dolů. Třetí hlavní částí je *pars pylorica*, jde o koncový úsek žaludku, nejširší, mírně vzestupný, který přechází ve dvanáctník. Velikost žaludku je různá, u prázdného žaludku je délka cca 25 cm, šířka při fundu 4-5 cm, při pyloru 1,5 cm a váha je asi 130 g. Rozměry žaludku se mění úměrně jeho náplni. Objem individuálně kolísá a průměrně činí asi 1 litr. Stěna žaludku se skládá ze 4 vrstev. **Sliznice**, kde na povrchu je ochranný hlen, začíná při kardií ostrou klikatou hranicí proti světlejší sliznici jícnu, končí pylorem. **Podslizniční vazivo** je v žaludku řídké a umožňuje posouvání sliznice při změnách náplně a při pohybech žaludku. Obsahuje síť cév krevních a mízních a nervové pleteně. **Svalovina** má kromě cirkulární a longitudinální vrstvy ještě nejvnitřnější vrstvu (*fibrae obliquae*), tyto snopce přiléhají k submukóze a v pokračování svalstva jícnu jdou od kardiie šikmo k velké křivatuře. Ovlivňuje svým napětím tvar žaludku a při náplni žaludku vykonává dvojí činnost. Peristolická činnost představuje napětí stěn a jejich přitížení k obsahu žaludku. Peristaltická činnost vytváří prstencovité kontrakce, které jako vlna postupují po žaludku, od kardiie k pyloru a posunují obsah žaludku. **Serózní povlak** tvoří hladká, lesklá pobřišnice, která přechází z malé a velké křivatury ve dvojlist malé a velké předstěry (*omentum*).

Když se peristaltickými pohyby dostane potrava z jícnu do žaludku, **pepsin** (trávicí enzym žaludeční šťávy) rozštěpí proteiny na menší jednotky, zvané **polypeptidy** (látky vzniklé spojením několika aminokyselin) a **peptidy** (produkty, hydrolytického štěpení bílkovin, složené z aminokyselin). **Lipáza** je žaludeční enzym, který štěpí tuky na glycerol a mastné kyseliny. **Kyselina chlorovodíková (HCl)** je produkována žaludeční výstelkou, její kyselost je potřebná pro činnost pepsinu a umí zabít bakterie. Proti kyselosti žaludečních šťáv je sliznice chráněna hlenem, zvaným **mucin**. Dále, po zpracování, potrava postupuje ze žaludku do tenkého střeva /1,5/.

Tenké střevo (*intestinum tenue*) navazuje na žaludek jako trubice o průměru kolem 3-4 cm, dlouhá 3-5 m. Tenké střevo má 3 úseky, dvanáctník (*duodenum*) první a nejkratší úsek podkovovitého tvaru, dlouhý 20-28 cm přirostlý k zadní stěně břišní o průměru 3,5 – 4,5 cm a otočený tvaru podkovy nebo písmene U či V, lačník (*jejunum*) a kyčelník (*ileum*) jsou další dva úseky tenkého střeva, volně pohyblivé a složené v četné kličky, které vyplňují většinu prostoru dutiny břišní pod játry, žaludkem a příčným tračníkem tlustého střeva. Jejunum a ileum jsou připojeny závěsem (*peritoneální duplikaturou*) k zadní stěně břišní. Lačník a



kyčelník jsou podobné trubicovité orgány, jsou mezi nimi však rozdíly. Podle tloušťky je jejunum širší, cca 3 cm a ileum užší, cca 2,5 cm. Dále je rozlišujeme podle uzlíků lymfatické tkáně, úpravy cév, hustoty cév, kde jejunum má bohatší cévní zásobení, je růžovější než ileum. Podle obsahu se odlišuje jejunum od ilea tím, že na mrtvém bývá prázdné, proto získalo název „lačník“, ileum je plné kapalného obsahu. Okruží (*mesenterium*) je závěs jejunu a ilea, vybíhá ze serózního povlaku střeva. Podle stočení kliček se skládá v řasy a poutá kličky jako souvislý vějířovitý dvoulist peritonea k zadní stěně pobřišnicové dutiny, kde přechází v nástěnné peritoneum v pruhu zvaném (*radix mesenterii*). Ten jde po zadní stěně břišní v délce cca 15 – 18 cm zleva shora doprava dolů do pravé jámy kyčelní, tam tenké střevo končí vstupem do střeva tlustého. Výška mesenteria činí uprostřed asi 20 cm, k okrajům se mesenterium snižuje. Stěna tenkého střeva se skládá ze **sliznice**, která je krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem, který má resorpční schopnosti. Mezi epitelovými buňkami jsou vtroušeny pohárkové buňky produkující ochranný hlen. Je poseta drobnými, štíhlými, prstovitými výběžky, klky (*villi*), další vrstvou je **podslizniční vazivo** (*tela submucosa*), je řídké s bohatými pleteněmi krevních a mízních cév a nervovými pleteněmi. Ve vazivu se vyskytují tzv. Brunnerovy žlázy (*glandulae duodenales*). Dále sem patří **svalovina**, zde se jedná o hladké svalstvo, v němž jsou dvě typické vrstvy: *stratum circulare* (vnitřní vrstva kruhová) a *stratum longitudinale* (zevní vrstva podélná). Její stahy mají tři druhy pohybů, segmentové, kývavé a peristaltické pohyby. **Průsvitný povlak střeva** (*tunica serosa*) je čtvrtou jmenovanou vrstvou, povrch tvoří jednovrstevný plochý epitel, zvaný „mesothel“ a pod ním je tenká vrstva podslizničního vaziva.

V tenkém střevě, které měří asi 3-5 m, se jednotlivé látky (např. cukry, tuky, bílkoviny) vstřebávají do krevního oběhu a nevstřebané látky putují do tlustého střeva. **Maltáza**, **sacharáza** a **laktáza** jsou enzymy sekretované speciálními žlázami ve střevní stěně. Ty mění disacharidy na monosacharidy. **Peptidáza**, další enzym sekretovaný žlázami ve střevní stěně, štěpí velké peptidy na menší peptidy a potom na jednotlivé aminokyseliny. Ve střevě je potrava rozkládána pankreatickou šťávou, žlučí a střevními sekrety, takže živiny mohou být absorbovány a využity. Tento orgán má také svou peristaltiku, jeho kontrakce pohánějí potravu směrem k tlustému střevu. Tenké střevo se pohybuje peristaltikou, kyvadlovým pohybem a segmentací. Peristaltika sestává z kontrakčních vln, které posunují potravu, kyvadlové pohyby jsou prodlužovací a zkracovací pohyby krátkých střevních sekcí. Na sliznici tenkého střeva jsou patrné výchlípky, kde jich jsou miliardy, jsou známy jako klky



(*villi*). Epiteliální buňky mají výběžky nazývané **mikroklky**. Klky a mikroklky zvětšují povrch tenkého střeva pro účinnou absorpci. Dále jsou v epitelu rozptýlené tzv. **pohárkové buňky**. Jsou jednotlivě vtroušené mezi enterocyty, jejich hlavním obsahem jsou kapénky mucinu, který při svém vylučování, vytváří na povrchu střevního epitelu ochranný film a zvlhčuje povrch. Nevstřebané látky putují do tlustého střeva 1,5/.

Tlusté střevo (*Intestinum crassum*) je poslední částí trávicí trubice, která přijímá z tenkého střeva kašovité až tekutý obsah (*chymus*), z něhož byly v tenkém střevě vstřebány veškeré živiny. Zde jsou vstřebávány zbylé vitamíny a minerály a také voda. Nestrávitelné zbytky jsou zahušťovány a chymus je formován ve stolici, která je pak z tlustého střeva odstraněna análním otvorem. Na rozkladu střevního obsahu v tlustém střevě se účastní kvasné a hnilobné procesy, působením mikroorganismů, které jsou stálou součástí střevního obsahu, Některé ze střevních bakterií produkují vitamín K. Tlusté střevo je úsek dlouhý 1,2-1,5 m a široký 5 – 7 cm. Částmi tlustého střeva jsou slepé střevo, tračník, konečník a řiť.

- ♦ **slepé střevo** (*caecum*) je dlouhé 6-8 cm a široké asi 6-7,5 cm, nejširší část je uložena v pravé jámě kyčelní, s ileocaekálním vyústěním na levém boku slepého střeva. Zde se nachází tzv. **červovitý výběžek** (*appendix vermiformis*) je součástí slepého střeva. Je připojený na slepě zakončený dolní konec caeka. Jeho délka činí cca 5-10 cm a tloušťka asi 0,5-1 cm.
- ♦ **tračník** (*colon*) je hlavní část tlustého střeva, která se dělí na tři úseky. Na vzestupný tračník (*colon ascendens*) jdoucí od slepého střeva po pravé straně vzhůru pod játra, dále příčný tračník (*colon transversum*) jdoucí napříč zprava nalevo pod játra a žaludkem ke slezině a třetím úsekem je sestupný tračník (*colon descendens*) jdoucí po levé straně břišní dutiny od sleziny dolů, k okraji malé pánve do levé jámy kyčelní. Konečným úsekem tračníku je esovitá klička (*colon sigmoideum*), která je esovitě zakřivená, jdoucí od konce sestupného tračníku do středu malé pánve, kde tračník pokračuje konečníkem. Mezi úseky tračníku jsou typická dvě ohbí, pravé ohbí (*flexura coli dextra*) nachází se pod játra, mezi vzestupným a příčným tračníkem a levé ohbí (*flexura coli sinistra*) to se nachází pod slezinou, mezi příčným a sestupným tračníkem. Je uloženo výše než ohbí pravé.



- ♦ **konečník** (*rectum*) je poslední úsek střeva v malé pánvi, který vyúsťuje navenek otvorem zvaným řiť (*anus*). Je rezervoár sloužící k shromažďování stolice a svými silnými stahy se aktivně podílí na defekaci. Je asi 12 cm dlouhý.
- ♦ **říť** (*anus*), respektive anální kanál, má délku 3-4 cm. Nachází se mezi rektum a zevním ústím konečníku. Ve stěnách anu jsou dva silné ploché svaly, které fungují jako chlopně a relaxují během defekace, prvním je vnější svěrač (*musculus sphincter ani externus*), jeho hlavní rolí je potlačit defekaci. Tento svěrač je vůlí ovlivnitelný. Druhým je vnitřní svěrač (*musculus sphincter ani internus*), ten je za normálních okolností neustále sevřen. Tento svěrač není vůlí ovlivnitelný.

Thusté střevo je charakteristické svým větším průsvitem a našedlou tmavší barvou. Má na povrchu viditelné útvary zvané (*taeniae coli*), jedná se o tři bělavé podélné pruhy, široké 8-10 mm na povrchu tlustého střeva. Jsou to ztluštění jinak tenké podélné svaloviny jdoucí souvisle podél tlustého střeva. Označují se podle polohy na příčném tračníku. První je *taenia mesocolica*, je uložena vzadu, v místě kde je střevo připojeno na pobřišnicový závěs, dále *taenia omentalis*, ta se nachází vpředu nahoře, v místě kde přes tračník přechází a s ním srůstá velká předstěra (*omentum maius*) a poslední je *taenia libera*, umístěná vpředu dole, volně přístupná. Všechny tři *taeniae* se sbíhají na appendix a tvoří tam souvislou podélnou vrstvu svaloviny. Na přechodu esovité kličky a konečníku se rozšiřují v souvislý plášť podélné svaloviny konečníku. Tah *taenií* nakrčí střevo tak, že vznikají zevně vyklenutá místa (*haustra*) a mezi nimi zevnitř patrné poloměsíčitě řasy. Výpuky (*haustra coli*) jsou místa tahem *taenií* vyklenutá. Dodávají tlustému střevu charakteristický vzhled střídavých výdutí a zaškrcení. Poloměsíčitě řasy (*plicae semilunares*) jsou příčné řasy sliznice dovnitř střeva odpovídající zářezům, které zevně oddělují *haustra*. Poloha a tvar se mění peristaltikou. Na střevě jsou výběžky pobřišnicového povlaku tlustého střeva (*appendices epiploicae*) často delší a stopkaté, vyplněné tukovým vazivem. Vyskytují se hlavně v blízkosti *taenií*. Jejich význam je nejasný. Stěna tlustého střeva má 4 vrstvy. První je **sliznice**, která je bledá, žlutavá, bez klků. Krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem. Má četné žlázy. Slizniční vazivo obsahuje lymfatické uzlíky, kde největší počet je v caeku. Nahromadění lymfatické tkáně nacházíme v appendixu. **Podslizniční vazivo** je řídké, obsahuje cévní a nervovou pletěň. Zasahují do něho shluky (uzlíky) ze sliznice. **Svalovina** má typickou vnitřní cirkulární vrstvu. Zevní podélná vrstva je tenká, mohutnější v *taeniích*, kde je zahuštěná. Místní nahromadění cirkulárních snopců v různých místech tračníku je považováno za funkční sfinktery regulující



pasáž střevem, jsou ve všech úsecích tlustého střeva. Poslední vrstvou je **seróza**, jedná se o peritoneální povlak, stejný jako na tenkém střevě, navíc vytváří appendices epiploicae.

Tlusté střevo je konečnou částí trávicího traktu, skládá se ze slepého střeva, tračníku, konečníku a řiti. Krátký vak, nazývaný slepé střevo, spojuje tenké střevo se vzestupným tračníkem. Z nestrávených látek, které nebyly vstřebány tenkým střevem, se tvoří stolice (*skybala*), která je vylučována konečníkem a řití. Konečník je za normálních podmínek prázdný, kromě doby před defekací (vyprázdněním) a během ní. Hlavní funkcí tračníku je přeměnit tekutinu z tenkého střeva, zvanou chylus, na stolicí. Tlusté střevo má funkci absorpce vody ze stolice. Sodík, chloridy a voda jsou absorbovány střevní výstelkou zpět do krve a lymfy, tím stolice houstne, jedná se o tzv. konsolidaci, neboli zahuštění. K náhradě sodíku a chloridů jsou tračníkem vylučovány draslík a bikarbonát. Bakterie uvnitř tračníku produkují vitamíny K a B, stejně tak jako plynný vodík, kysličník uhličitý, sirovodík a metan. Sliznice střeva, respektive výstelka tračníku, vylučuje hlen, který slouží k promazání vnitřku střeva a tím usnadňuje průchod stolice. Hlen také obsahuje protilátky chránící střevo proti nemocem /1,5/.

2.2 Nespecifické střevní záněty

Jako nespecifické záněty označujeme především ulcerózní kolitidu a Crohnovu chorobu. Tato dvě onemocnění patří mezi heterogenní soubor odchylek postihujících tenké a tlusté střevo. Obě tyto choroby mají výraznou tendenci k častým klinickým relapsům, event. k recidivám. Jejich etiologie (příčina) je v současnosti neznámá. Specifické záněty se liší od nespecifických tím, že u těchto etiologie známá je. Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba mohou být, pro podobnost klinických příznaků, zaměňovány /7/.

2.2.1 Crohnova choroba a Ulcerózní kolitida

Crohnova choroba (CN) a ulcerózní kolitida (UC) jsou si svým charakterem velmi podobná onemocnění, ale jsou mezi nimi rozdíly.

UC a CN se začíná projevovat kolem 18 – 30 let.

U ulcerózní kolitidy zánět postihuje všechny části tlustého střeva, kdy zánět postupuje od konečníku orálním směrem. Co se týče hloubky poškození, postihuje ulcerózní kolitida pouze sliznici, nikoliv hlubší struktury stěny střeva. Crohnova choroba postihuje nejen sliznici, ale celou střevní stěnu, na které se vyskytuje zánět se zvrhodatěním (*ulceraci*). Nejčastěji



poškozuje konečnou část tenkého střeva (*terminální ileum*) a začátek tlustého střeva (*caecum, colon ascendens*), může však být postižena jakákoli část trávicí trubice, kde mezi jednotlivými poškozenými úseky jsou také zdravé části střeva. V průsvitu trubice dochází k zúžení (stenóze).

Incidence, neboli přibližný výskyt, u UC je cca 10-15 nemocných na 100 000 obyvatel, zato u CN je 5-8 nemocných na 100 000 obyvatel.

Dominující příznaky aktivního onemocnění jsou u obou chorob společné jako bolesti břicha, křeče v břiše, průjmy, teploty a hubnutí. Ulcerózní kolitida se převážně projevuje bolestivým nucením na stolicí s křečemi, tzv. tenesmy a krvavými průjmy. U Crohnovy nemoci je průběh provázen hubnutím a celkovým neprospíváním, bolestmi břicha a průjmy.

Medikamentózní léčba je u obou onemocnění podobná, spočívá v podávání kortikosteroidů, 5-aminosalicylové kyseliny, značené jako 5-ASA, antibiotik (ATB) a imunosupresiv /7/.

2.2.2 *Definice Crohnovy choroby*

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění trávicího systému. Patří do skupiny chorob označovaných jako nespecifické střevní záněty (NZ).

2.2.3 *Historie Crohnovy choroby*

Tato nemoc trápí nejčastěji obyvatele vyspělých částí světa. Její výskyt pravděpodobně přímo souvisí se životním stylem. CN bývá proto někdy označována jako civilizační choroba. Nejedná se však o žádnou novinku. První zmínky o zánětu střev nápadně připomínajícím CN, jak ji známe dnes, pochází z počátku 18.století od italského lékaře a anatoma Morgagniho. Podrobný popis onemocnění poskytl na počátku 20. století i polský chirurg Leśniowski. Za objevitele tohoto onemocnění se však dnes považuje všeobecně někdo jiný.

V roce 1932 popsala trojice amerických lékařů Burrill Bernard Crohn, Leon Ginsburg a Gordon Oppenheimer zánět konce tenkého střeva. Charakter i průběh zánětu se lišil od všech dosud známých chorob. Nová nemoc dostala na počest svých objevitelů jméno Crohnova – Ginsburgova – Oppenheimerova. Dnes ji svět zná možná trochu nespravedlivě jen pod označením Crohnova. Může za to prostý fakt, že Crohnovo jméno je ze všech objevitelů první podle abecedy /3,4/.

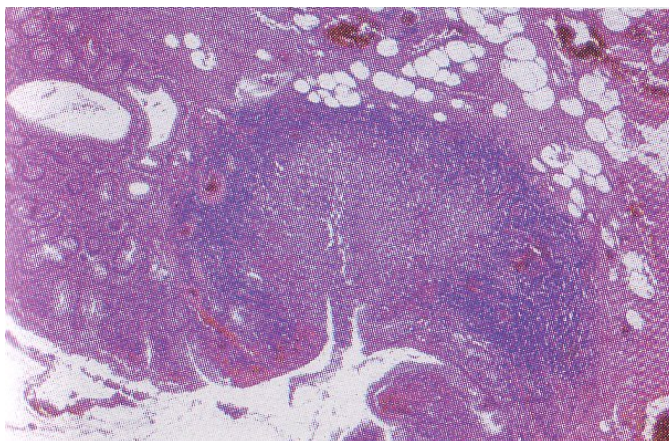


2.2.4 Příčina onemocnění

Příčina (*etiologie*) CN zatím nebyla objasněna. Avšak se nejspíše jedná o autoimunitní onemocnění, při němž tělo napadá svou vlastní střevní tkáň v obraně před infekcí. Obranné reakce na některé složky potravy a bakterie mohou právě zvýšit vznik tohoto problému. Nikdy nelze úplně vyloučit vliv potravy, kterou přijímáme. Složení jídelníčku hraje pravděpodobně svoji roli i v případě Crohnovy nemoci. Možným rizikovým faktorem je nedostatek vlákniny, vitamínů (C, E) a naopak nadbytek cukrů v potravě. Jinými etiologickými faktory mohou být genetické vlivy u kterých existuje vyšší pravděpodobnost rozvoje nemoci u příbuzných osob. Až u čtvrtiny pacientů trpí tímto onemocněním ještě další člen blízkého příbuzenstva. Jiným faktorem je zde možný infekční původ (bakteriální a virové toxiny, kvasinky), trauma, hormonální poruchy, změny krevního a lymfatického oběhu, neurogenní a psychické faktory. Stranou nestojí ani špatný životní styl, známý je negativní vliv kouření. U ulcerózní kolitidy má kouření paradoxně vliv pozitivní. Bohužel právě fakt, že není známá přesná příčina onemocnění znamená, že není znám ani lék, který by tuto chorobu vyléčil /6/.

2.2.5 Průběh onemocnění

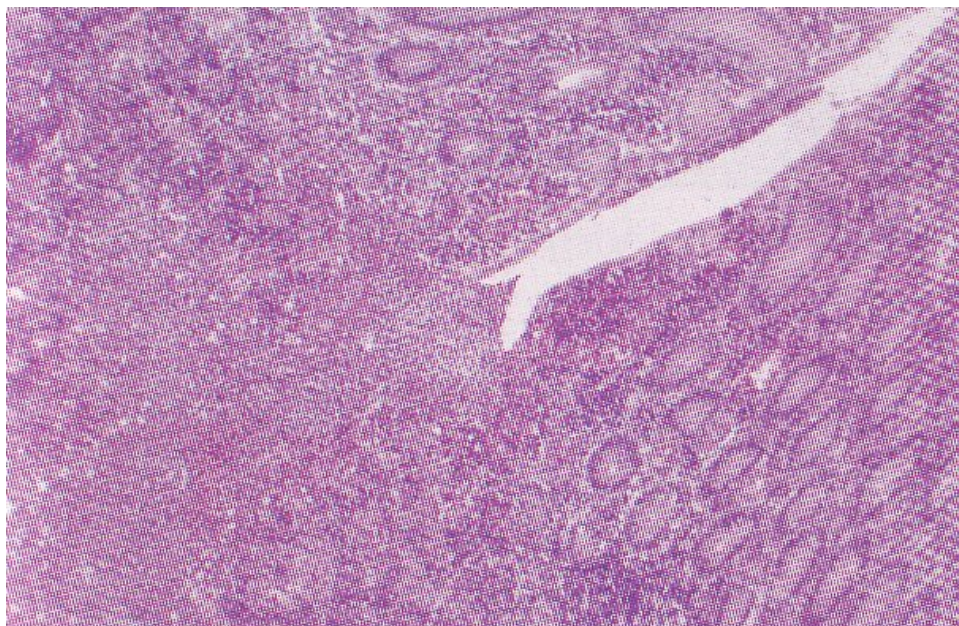
Při CN se v různých částech střeva rozvíjí zánět. Typickým znakem tohoto onemocnění je, že postihuje vždy pouze určitý úsek tenkého či tlustého střeva, úseky mezi jednotlivými postiženými oblastmi mohou být zcela zdravé (tím se ostatně liší od UC). Zánět postihuje střevní stěnu v celé její hloubce.



Obr. 2-1: Crohnova nemoc - Aftózní vřed v místě hyperplastického lymfatického folikulu



Proto je zde sklon ke tvorbě píštělí a abscesů (opět odlišení od UC). Píštěle jsou spojky mezi střevem a dalšími orgány, mohou spojit jednotlivé střevní kličky mezi sebou, střevo na kůži, močový měchýř či pochvu. Absces je dutina vyplněná hnisem, která může vznikat mezi střevními kličkami, v břišní dutině a okolo konečníku. Při bližším zkoumání je možné najít ve tkáni nahromaděné zánětlivé buňky, které se chovají agresivně. Svou činností poškozují střevní stěnu. Ve vnitřní výstelce (sliznici) vznikají trhliny a vředy. Postupně v ní dochází k jizvení a zužování průsvitu. Crohnova choroba se může projevit v podstatě kdekoli v průběhu trávicí trubice. Nejčastěji k zasaženým oblastem patří konečný úsek tenkého střeva. Vlastní zánětlivá reakce představuje poměrně složitý soubor několika dějů, které se v těle projevují jako odpověď na různé podněty. Byla objevena jedna z nejdůležitějších molekul, která nese poměrně velkou míru zodpovědnosti za průběh zánětlivého procesu. Tato molekula se nazývá Tumor Nekrotizující Faktor-alfa (TNF-alfa). Je možné usuzovat, že pokud by se tuto látku podařilo z těla nějakým způsobem odstranit, musela by nutně klesnout i aktivita zánětu /3,4,6/.



Obr. 2-2: Crohnova nemoc - hlubší štěrbinovitý vřed s proliferací nespecifické granulační tkáně na spodině



2.2.6 Příznaky onemocnění

Crohnova nemoc probíhá často ve vlnách. V průběhu času se střídají období výrazných obtíží (vzplanutí) s obdobiami, která mohou být zcela bez příznaků (*remise*). Projevy onemocnění se odvíjí především od poškození střeva. Tato nemoc nepatří k chorobám, které by lékař poznal ihned. Co pacient, to jiný začátek i průběh obtíží. U někoho se choroba projeví náhle, jiného je začátek spíše plíživý. K hlavním příznakům patří bolesti břicha, úporný průjem, píštěle, celkové příznaky a mimostřevní příznaky.

Bolesti břicha jsou typicky největší v okolí pupku nebo v pravém podbřišku. Břicho je bolestivé i na pohmat. V pravém podbřišku lze někdy při vyšetření najít různě velikou rezistenci. Utvářejí ji zánětem změněné střevní kličky. Bolesti v podbřišku mohou mást a připomínat zánět slepého střeva (*appendicitis*).

Průjem je jedním z hlavních příznaků Crohnovy nemoci. Řídká stolice může být i trvalá nebo s přestávkami, někdy s příměsí krve, hleny a hnisu. Postižená střevní sliznice není schopna vstřebávat všechny živiny z potravy. Stolice může obsahovat zvýšené množství tuků (*steatorhea*).

Píštěle jsou kanálky nebo chodbičky představující nepřírozenou komunikaci mezi střevem a okolím. Vznikají „provalením“ zánětu ze střeva do okolních orgánů nebo na povrch kůže. Pro Crohnovu chorobu jsou charakteristické píštěle ústící do okolí konečníku, tzv. perianální píštěle. Mohou nepříjemně zapáchat a způsobovat dráždění kůže. V případě vzniku vnitřních píštělí, např. mezi střevem a močovým měchýřem nebo pochvou, vznikají záněty zasažených orgánů. Píštěle mohou být v některých případech dokonce prvním projevem Crohnovy nemoci. Teprve při jejich vzniku se začne pátrat po příčině předchozích nevýrazných obtíží.

Celkové příznaky se rychle přidávají ke střevním problémům. Mezi celkové příznaky se řadí horečka (nad 38°C), hubnutí a únava, klinické příznaky krvácení do trávicího traktu s rozvíjející se anemií.

Mimostřevní příznaky se u Crohnovy nemoci projevují poměrně často. Zvláště při těžkém a dlouhodobém průběhu se mohou přidat i obtíže způsobené postižením jiných orgánů. K tzv. mimostřevním příznakům Crohnovy nemoci patří bolesti kloubů a zad, onemocnění očí, kožní vyrážka, žlučnickové ledvinové kameny a další nemoci ledvin a žlučových cest /3,4,6/.

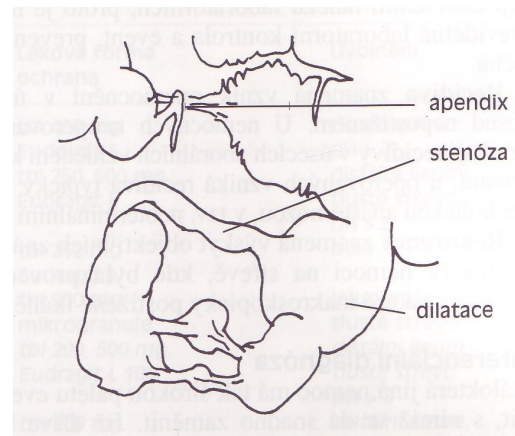
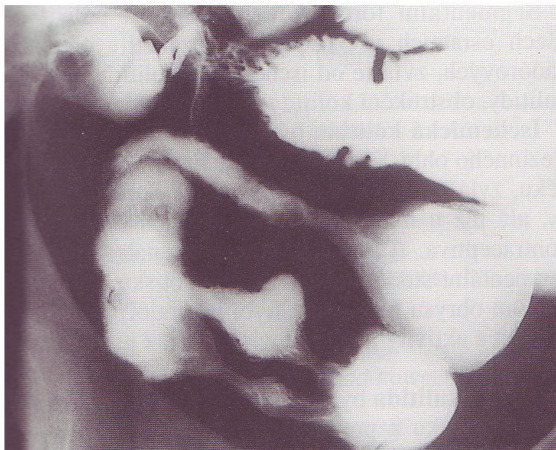


2.2.7 Komplikace onemocnění

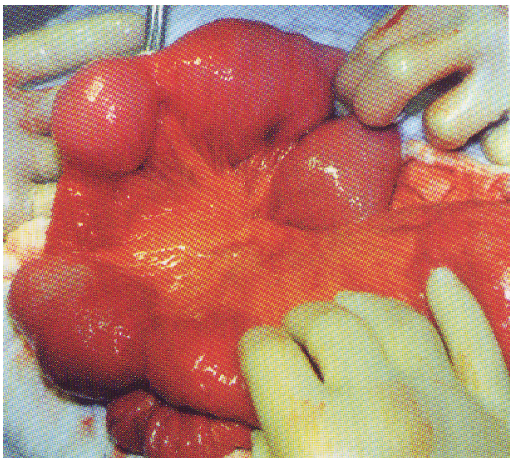
K hlavním komplikacím patří porucha výživy, neprůchodnost střeva (*obstrukce*), zánět střeva (*kolitida*), abscesy a píštěle, krvácení, prasknutí střeva (*perforace*) a nádorové onemocnění (*neoplasie*).

Porucha výživy je způsobená nedostatečným vstřebáváním potravy a to z důvodu postižené střevní stěny. Nemocný ubývá na váze. Rozvíjí se podvýživa.

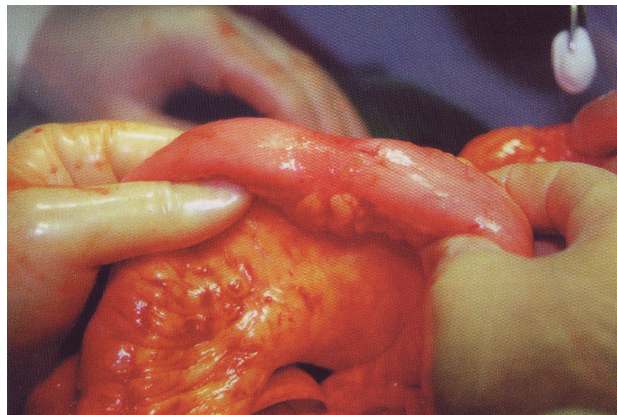
Neprůchodnost střeva (*obstrukce*) způsobuje těžký zánět. Hojení zánětu střevní stěny a vředů způsobuje jizevnatění, které ztlušťuje stěnu střeva a tím zužuje jeho průsvit. Obstrukce se vyskytuje především v tenkém střevě a je jednou z hlavních indikací k chirurgickému zákroku. Nemocní s obstrukcí trpí silnou břišní bolestí, zvracením, střídáním průjmu a zácpy.



Obr. 2-3: Crohnova choroba: Stenozující proces s rigiditou stěny a ztrátou slizniční kresby v konturách náplně (fenomén stužky) postihuje dlouhý úsek distálního ilea před ileocekální chopní. Zachycena je i prestenotická dilatace kliček.

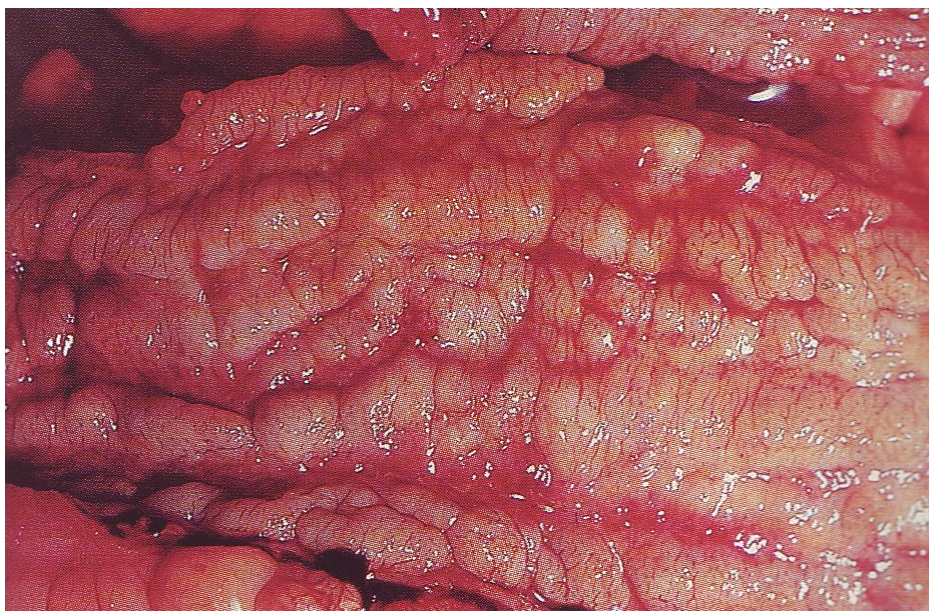


Obr. 2-5: Mnohotné "skip lesions" různého rozsahu při postižení tenkého střeva Crohnovou chorobou. Velmi dobře patrné prestenotické dilatace.



Obr. 2-4: Typická stenóza tenkého střeva Crohnova typu vhodná ke strikturoplastice.

Kolitida, jako jeden z typů Crohnovy choroby, tzv. kolitidní typ, je charakteristická tvorbou abscesů a píštělí (*fistuli*).

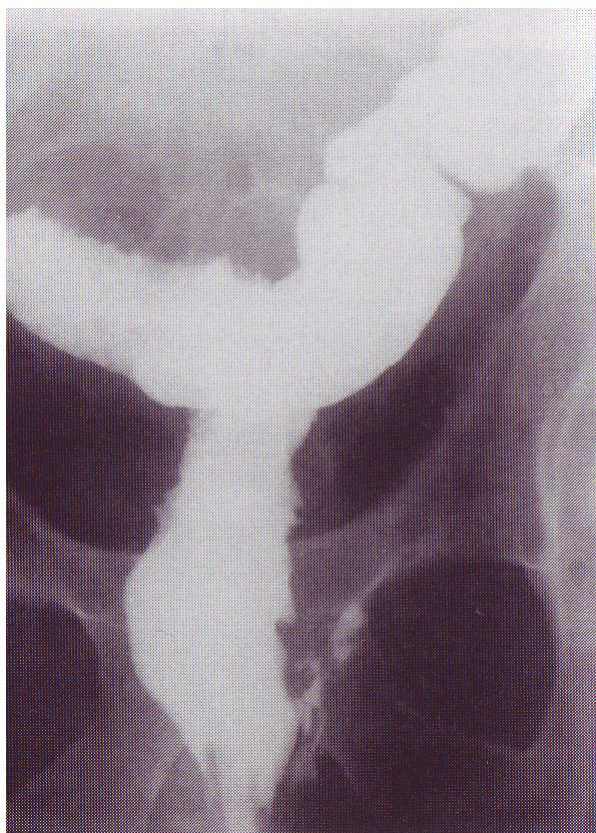


Obr. 2-6: Crohnova nemoc tlustého střeva - dlaždicovitá sliznice. Okrsky zduřelé sliznice mezi štěrbinovitými vředy připomínají vzhled dlažebních kostek



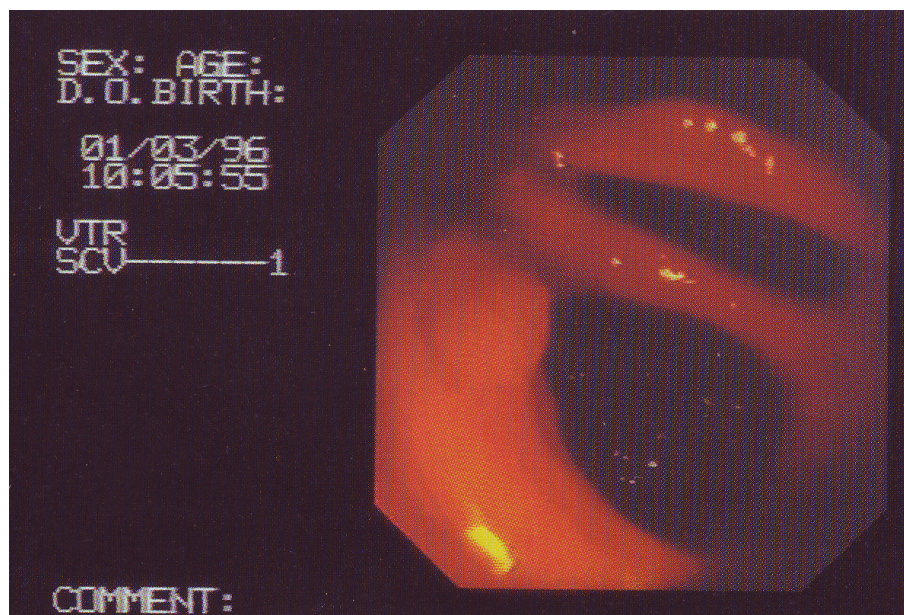
K tvorbě píštělí dochází často v oblasti mezitračníku, ze kterého mohou vstoupit nejčastěji do tenkého střeva nebo konečníku. Dlouhotrvající zánět končí velmi často zajizvením a fibrózou přecházející v obstrukci. Ačkoliv má většina zúženin nezhoubnou povahu (*benigni*), mohou některé formace zúženin na napadené části odrážet formu zhoubnou (*maligni*).

Tato forma nemoci je indikována k chirurgickému řešení. Mezi další projevy této formy patří neschopnost udržet remisní stav. Anální trhliny, stejně tak jako vředy v řitním kanálu, se komplikují perirektálním abscesem nebo píštělí



Obr. 2-7: Irrigografie - těžká ulcerózní kolitida s píštělí.

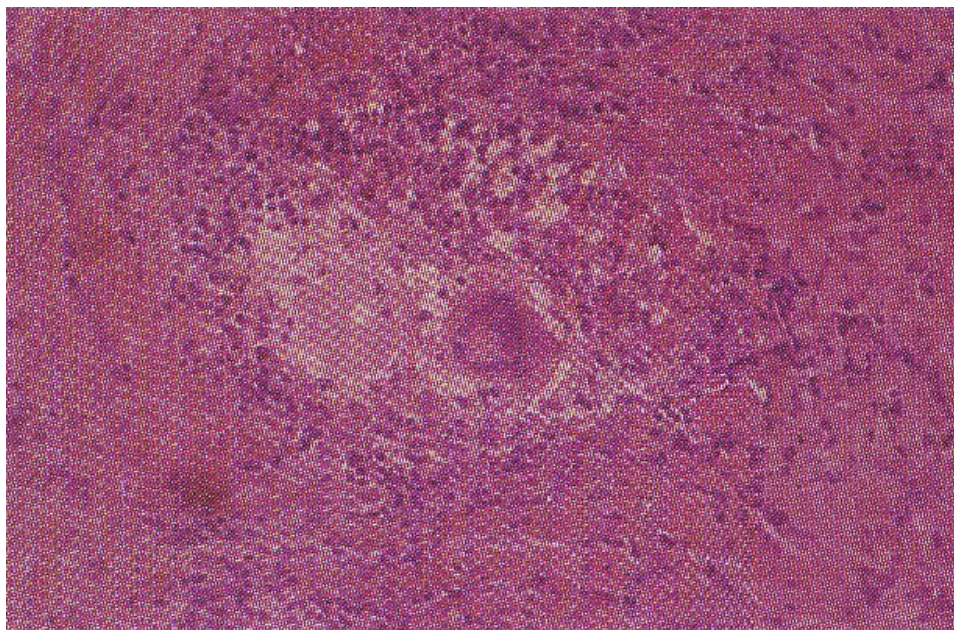
Abscesy a píštěle jsou produkty rozšíření praskliny nebo vředu mucosy přes střešní stěnu do další smyčky střeva, nebo do další střešní tkáně. Absces je většinou způsoben výlevem střešního obsahu do pobřišniční dutiny. V terminálním ileu se abscesy vyskytují u 15-20% nemocných s Crohnovou nemocí.



Obr. 2-8: Crohnova nemoc - ústí píštěle

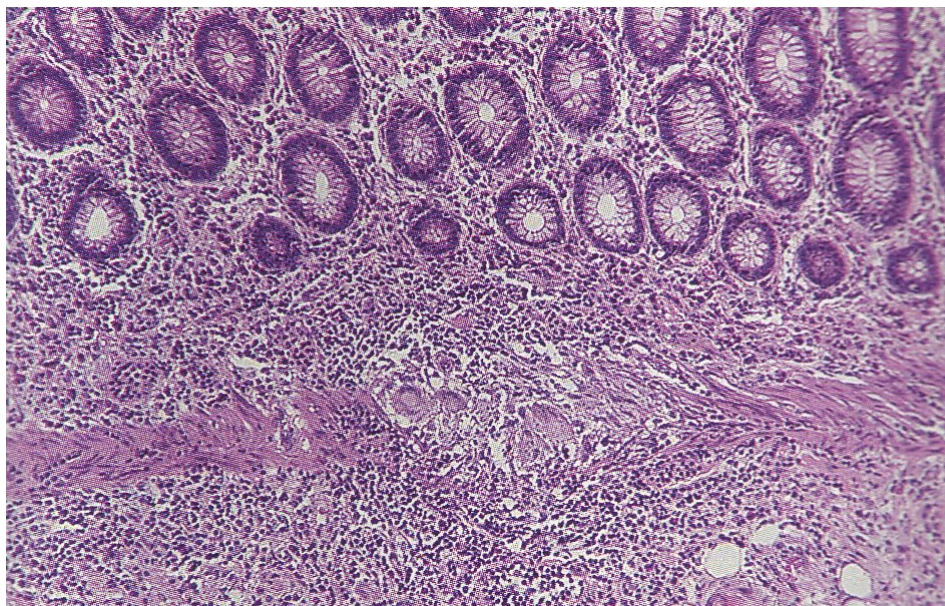
Typickým klinickým příznakem je horečka a bolest břicha. Laboratorní výsledky projevují zvýšenou hladinu leukocytů. Klasickou diagnostickou metodou je CT (počítačová tomografie), vyšetření za pomoci kontrastní látky (*barium*) a v neposlední řadě ultrazvuk (*sonografie*). Léčba probíhá s nasazením širokospektrých antibiotik a drenáží abscesů. I přes tuto spolehlivost může docházet k dalším komplikacím, kdy je třeba pro postupující zánětlivé ložisko napadající okolní tkáň postiženou část střeva chirurgicky odstranit. Píštěle se vyskytují u nemocných s Crohnovou chorobou ve 20 - 40 %. Většina z nich má formu enteroenterálních nebo enterocutanelosních. Bez ohledu na umístění mají ale většinou shodnou podobu, kdy hluboký zánět proniká do přilehlého orgánu nebo kůže. Nejčastěji je postiženo terminální ileum. Enteroenterální píštěle se nemusí projevit zásadními symptomy. Pouze píštěle většího průměru a hlubšího charakteru na tenkém střevě mohou vyvolávat symptomy jako malabsorpci, průjem a váhovou ztrátu. Píštěle enterokolické způsobují často průjmy.

Prasknutí střeva, nazývána také jako perforace, je nejzávažnější komplikací. Může k němu dojít při stálém a zvyšujícím se naléhání potravy na oslabenou část střeva. Rychle se rozvíjí životu nebezpečný zánět pobřišnice (*peritonitida*).



Obr. 2-9: Crohnova nemoc - epitelooidní granulom ve stěně střeva s obrovskou mnohojadernou buňkou

Neoplasie je jinak nazývána jako nádorové onemocnění tlustého střeva. K možnému vzniku nádorového onemocnění může dojít chronickým drážděním střeva způsobeným zánětem. Výzkum ukazuje, že riziko rakoviny tračníku má souvislost s intenzitou a délkou trvání onemocnění, dále s věkem nemocného při propuknutí nemoci a způsobem tvorby stenóz. Nicméně u nemocných s délkou onemocnění 8-10 let by mělo být provedeno kolonoskopické vyšetření každé 2-3 roky. U pacientů s nemocí delší než 20 let by měla být kolonoskopie prováděna každé 1-2 roky. U nemocných s touto nemocí bývá předzvěstí karcinomu dysplasie a proto se doporučuje provést při vyšetření endoskopem mnohonásobný tkáňový odběr (*biopsie*), cca v 10-ti centimetrových intervalech. Nemocní s těžkou dysplasií nebo tumorem tlustého střeva podstupují kolektomii. Měli by být indikováni k agresivní terapii pro potlačení zánětlivých příznaků. Doporučuje se podle současných směrnic provádět totální kolonoskopii každé 1 - 2 roky s odběrem vzorku sliznice na histologické vyšetření, k vyloučení přítomnosti displastických změn. U Crohnovy choroby pravidelná kolonoskopická dispenzarizace přináší řadu technických problémů v podobě stenóz, píštělí a deformací. Proto není obecně přijímána. Pozornost by se však měla soustředit hlavně na osoby se začátkem choroby v mladém věku, do 30 - ti let /3,4/.



Obr. 2-10: Crohnova nemoc tlustého střeva. Intenzivní zánětlivá infiltrace sliznice tlustého střeva zasahující až do submukózy. V centrální části obrázku je lamina muscularis mucosae přerušena epitelioidním granulomem s několika obrovskými mnohojadernými buňkami.

2.2.8 Diagnostika onemocnění

Diagnóza Crohnovy choroby představuje pro pacienta zátěž na celý život. K jejímu stanovení nestačí pouhé podezření. Vzhledem k tomu, že příznaky se mohou lehce zaměnit s jinou nemocí (např. se zánětem slepého střeva) a rovněž výsledky laboratorních vyšetření nejsou zcela jednoznačně určující, jsou pro diagnózu základem tyto vyšetřovací metody : interní vyšetření, laboratorní vyšetření krve (KO, FW, CRP, Fe, minerály) a tzv. označení bílých krvinek, rektoskopie, kolonoskopie, gastrokopie a biopsie, kapslová enteroskopie, irigografie a enteroklýza, CT, MR (magnetická rezonance) a ultrazvuk.

Interní vyšetření začíná obvykle soupisem anamnézy. Lékaře zajímají především aktuální problémy a to, jak vznikly. Dalšími cílenými dotazy se podrobně informuje o rodině, osobní, pracovní a sociální stránce, případně zjišťuje alergie, užívané léky a všechna prodělaná onemocnění. K hodnocení celkového stavu organismu používá lékař čtyři základní metody - pohled, pohmat, poklep a poslech. Důležitou součástí vyšetření je i vyšetření konečníku (*per rectum*). V průběhu celého vyšetření si lékař všímá odchylek od normy. V



případě Crohnovy nemoci může být významný nález na břiše a v okolí konečníku. Stejně důležitý je i celkový stav výživy.

Laboratorní vyšetření krve, a to biochemické a hematologické vyšetření krve prokáže chudokrevnost, nízkou hladinu minerálů (železa), vysokou sedimentaci červených krvinek, zvýšení hladiny bílých krvinek a krevních destiček, což jsou faktory a známky aktivního zánětu. K diagnóze se používá i stanovení přítomnosti zvláštního druhu protilátek (ANCA a ASCA) v krvi. **Označení bílých krvinek** (Scintigrafie značenými leukocyty) je metoda, která napomáhá stanovení z diagnózy onemocnění či zjištění rozsahu nemoci. Z krve pacienta se odloučí bílé krvinky (leukocyty) a ty se označí radioaktivní látkou. Po zpětném vpravení těchto leukocytů do těla pacienta se sleduje jejich hromadění. Bílé krvinky totiž vyhledávají místa s velkou zánětlivou aktivitou.

Rektoskopie, kolonoskopie a gastrokopie, jsou endoskopické vyšetřovací metody, které umožňují, pomocí ohebného endoskopu, získat diagnózu u pacientů s nespecifickými střevními záněty. Toto vyšetření slouží především ke zjištění rozsahu onemocnění, u pacientů s Crohnovou nemocí ke zjištění, zda je postižen konečník či tlusté střevo a v jakém rozsahu. Většinou lze proniknout i do konečné části tenkého střeva (*terminální ileum*), které Crohnova nemoc typicky postihuje.



Obr. 2-11: Crohnova nemoc. Scintigram břicha, leukocyty v přední projekci s vysokou aktivitou zánětu v ileocekální oblasti a kolon ascendens s mírnou aktivitou zánětu v oblasti tenkého střeva ve středním hypogastriu.



Obr. 2-12: Ulcerózní kolitida. Scintigram břicha - leukocyty v přední projekci s vysokou aktivitou zánětu v oblasti kolon transversum, descendens a sigmoideum.

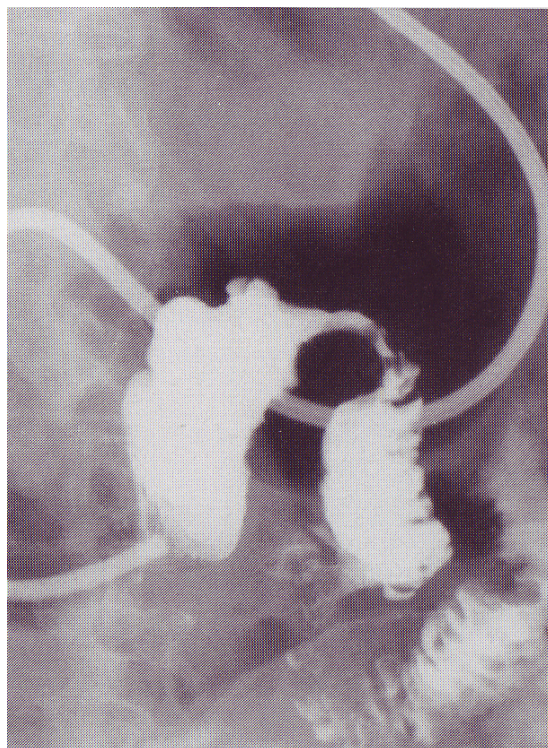
Příprava před rektoskopií je minimální, vyžaduje vypít před rektoskopií prázdnícího přípravku (Yal) 1,5 hodiny. Před koloskopií je nutné 1 den před vyšetřením užívat tekutou stravu. Odpoledne před vyšetřením je nutné střevo úplně vyčistit pomocí roztoku kontaktních solí podaných ústy (fosfátové soli, hořečnaté soli) a vypít minimálně 3-4 litry tekutiny, nebo třeba přípravkem Fortrans, pomocí kterého se připraví právě 3-4 litry tekutiny, kterou je potřeba postupně vypít. U pacientů s Crohnovou chorobou je vhodné vyšetřit i horní trávicí trubici a to vzhledem k tomu, že nemoc může postihnout celou část trávicího ústrojí (jícnu, žaludku a dvanáctníku). Výhodou těchto vyšetření je možnost přímého pohledu na nemocné střevo a odběr vzorku pro histologické vyšetření k potvrzení či vyvrácení diagnózy, je možné vykonat i drobný operační zákrok /9,10/.

Biopsie je možná u endoskopických vyšetření (*kolonoskopie a gastrokopie*). Tato vyšetření umožňují kromě zobrazení také odběr vzorků tkáně z postižených úseků střeva k dalšímu vyšetření. Histologická analýza prokáže známky zánětu. Mikroskopické vyšetření zobrazí strukturu tkáně a buňky, které ji tvoří. Odhalí změny vyvolané zánětem.



Kapslová enteroskopie je moderní metoda „bezdrátové endoskopie“ užívaná k zobrazení tenkého střeva pomocí miniaturní kamery v podobě kapsle určené k polknutí. Jedná se také o podobné vyšetření trávicího traktu, kdy je možný přímý pohled na střevní stěnu. Monitorování je prováděno v reálném čase. Při tomto vyšetření musí být trávicí soustava perfektně vyprázdněná, není zde možnost odsání nepotřebného ani provádět zákroky či odebrat vzorky. Tato metoda je poměrně finančně i časově nákladná, není možné ji provést tam, kde je podezření na zúžení střeva.

Irigografie je rentgenové vyšetření střeva, které za použití kontrastní látky zobrazí reliéf střevní stěny a případná zúžení průsvitu střeva. **Enteroklýza** je rentgenové vyšetření s použitím kontrastní látky, používá se k zobrazení jednotlivých úseků střeva. Má velkou výpovědní hodnotu u Crohnovy choroby. Při pasáži trávicím traktem pacienti kontrastní látku pijí, při enteroklýze je kontrastní látka podávána tenkou sondou zavedenou nosem nebo ústy až do tenkého střeva. Kromě možných zúžení střeva zobrazí i píštěle mezi jednotlivými úseky trávicí trubice. Před tímto vyšetřením není nutná speciální příprava pacienta. Pacient by měl jíst den předem naposledy v poledne, do půlnoci může pít, pak až do vyšetření lační.



Obr. 2-13: Crohnova choroba postihující orální kličku jejunu - enteroklýza.



CT, počítačová tomografie, jedná se o rentgenové vyšetření užívané k odhalení rozsahu zánětlivých změn v dutině břišní a případných píštělí vyšetření se provádí na lačno a také se používá při podezření na nitrobřišní abscesy.

MR, neboli magnetická rezonance, slouží hlavně k zobrazení perianálních píštělí.

Rentgenové vyšetření břicha bez kontrastní látky (nativní snímek) se užívá zřídka, vhodné je při podezření na akutní komplikaci jako je perforace střeva nebo toxické megacolon.

Ultrazvuk využívá různé schopnosti tkání propouštět či odrážet zvukové vlny, které jsou potom zachycovány a zobrazeny, nejméně zatěžuje pacienty. Tímto vyšetřením se dá odhalit původ rezistence v břišní dutině. Pokud je používán přístroj s dobrou rozlišovací schopností, je možné posoudit i tloušťku jednotlivých úseků střevní stěny a tak na některý z nespecifických střevních zánětů vyslovit podezření. Ultrazvukové vyšetření je vhodné i při podezření na absces (dutina obsahující hnis) při Crohnově nemoci. Ultrazvuk, pokud je to možné, by se měl dělat nalačno /3,4,6/.

2.2.9 Léčba onemocnění

Léčba Crohnovy choroby je velmi svízelná. Bohužel zatím neexistuje taková, která by dokázala zánět zcela vyléčit. Zaměřuje se pouze na jeho potlačení. Všemi dostupnými prostředky se snaží zvýšit kvalitu života nemocných a prodloužit období remise. Léčba této nemoci je celoživotní. Zánět sice nedokáže zcela odstranit, ale umožňuje potlačit jeho projevy a zpomalit jeho rozvoj. Úspěšnost velmi závisí na disciplíně nemocného a jeho ochotě spolupracovat. Chronická léčba onemocnění probíhá ambulantně. Při novém vzplanutí obtíží je však obvykle nutné strávit určitý čas v nemocnici. Způsob léčby Crohnovy choroby je tedy konzervativní, tzn. medikamentózní, nebo chirurgický. Typ podávaných léků se volí podle rozsahu, aktivity a dosavadního průběhu choroby (lehčí aktivita a nekomplikovaný průběh, střední a vysoká aktivita, vleklý průběh). V některých případech může vést choroba i k podvýživě, proto je součástí léčby i nutriční výživa. Chirurgická léčba spočívá v odstranění (*resekci*) těžce zánětlivě změněných úseků střeva, v některých případech lze na tenkém střevě provést plastiky postižených úseků, bez zkrácení střeva. U řady nemocných je nutné provádět v průběhu nemoci drenáže hnisavých ložisek (*abscesů*) u konečníku. Současné přístupy k léčbě Crohnovy nemoci a ostatních nespecifických střevních zánětů můžeme rozdělit do



několika hlavních kategorií. A to dieta, protizánětlivá léčba, moderní léčba, biologická léčba a chirurgická léčba.

Dieta musí poskytovat dostatek energie a zároveň obsahovat všechny potřebné složky. Správný výběr a vyvážení jídelníčku proto může být obtížný úkol. Vhodná dieta se může u jednotlivých pacientů lišit. Závisí na individuální snášenlivosti i na aktuální fázi a průběhu onemocnění. Nemocný by se měl vždy opřít o doporučení lékaře a specializovaných odborníků na výživu (omezit vlákninu). Zde je také důležité využití enterální výživy. Při sestavování vhodného jídelníčku jsou proto užitečnou pomůckou denní záznamy o jídle. Nemocný díky nim získá přehled o tom, které potraviny snáší a které u něj zhoršují příznaky onemocnění.

Protizánětlivá léčba. Kromě diety patří k základu léčby Crohnovy nemoci tzv. protizánětlivé léky. Tlumí rozvoj zánětu ve střevní stěně a tím i omezují rozsah jejího poškození. K dispozici je několik skupin léčivých přípravků:

- ◆ **sloučeniny kyseliny 5-aminosalicylové** (sulfasalazin, mesalazin)
 - podávají se ve formě tablet, čípků nebo střevních nálevů
 - působí přímo na střevní stěnu
 - nevstřebávají se do krevního oběhu (některé)
 - navozují remisi u lehčích forem nemoci
- ◆ **kortikoidy** (prednison, hydrokortison)
 - podávají se ve formě tablet, nitrožilních infúzí nebo střevních nálevů
 - působí celkově, bez nutnosti kontaktu se střevní stěnou
 - působí rychleji než předchozí skupina přípravků
 - jsou vyhrazeny pro závažnější formy nemoci
 - novější preparáty (budenosid) mají nižší výskyt vedlejších účinků - vstřebává se minimálně
- ◆ **antibiotika** (metronidazol, ciprofloxacin)
 - léčí přidružené bakteriální infekce
 - příznivě působí při vzniku píštělí - dlouhodobá léčba

Moderní léčba, do které spadají tzv. imunosupresiva (či přesněji imunomodulátory) jsou látky schopné potlačit imunitní reakce organismu. Jejich vlastností se využívá například při orgánových transplantacích, kdy zabraňují odvržení cizí tkáně. Léky z této skupiny mohou zároveň blokovat tvorbu protilátek proti vlastním tkáním. V případě Crohnovy nemoci slouží



k náhradě vysokých dávek kortikoidů a udržení klidového stavu. Jako téměř každá léčba, může být i léčba imunosupresivními látkami doprovázena některými nežádoucími účinky.

♦ ***merkaptopurin a azathioprim***

- mění se v organismu na látku, která prostupuje do buněk a tlumí tvorbu nukleových kyselin
- snižují počet imunitních buněk a působí proti jejich vyžívání
- jsou vyhrazeny pro středně těžké až těžké formy postižení s vysokou aktivitou nemoci

Nevýhodami léků je, že mohou způsobovat útlum krvetvorby, nesmí se užívat v případě poruch funkce jater či poruch krvetvorby a při probíhající akutní infekci, léčba vyžaduje pravidelné kontroly krevního obrazu.

Biologická léčba. V léčbě Crohnovy choroby se nověji zkoušejí a již i používají léky schopné příznivě a aktivně ovlivnit imunitní pochody v organismu. Tento moderní typ léčby snižuje aktivitu imunitních buněk a umožňuje zmírnit až potlačit průběh zánětlivé reakce. Jak již bylo zmíněno, látka, která se nazývá tumor nekrotizující faktor alfa (TNF- α), hraje velice důležitou roli při vzniku zánětu i v jeho průběhu. V současné době je možné v laboratorních podmínkách vytvořit látku proti TNF- α . Takovým způsobem byla vyrobena, již zmíněná, protilátka proti zmiňovanému zánětlivému působku, TNF- α . Tato protilátka, která se aplikuje formou infúze přímo do žíly, se stala základem nového léku. V posledních 10-15 letech byl již ověřen a prokázán velmi příznivý léčebný účinek této protilátky proti TNF- α .

♦ ***základní léčebná charakteristika protilátky blokující účinek TNF- α***

- rychle a dramaticky zlepšuje příznaky onemocnění
- snižuje počet imunitních buněk a působí proti jejich vyžívání
- u značné části léčených pacientů vede k úplnému vyhojení slizničního postižení
- prokazatelně zvyšuje kvalitu života léčených pacientů

V současné době je tato protilátka vyhrazena pro léčbu středně těžké až těžké aktivní formy Crohnovy choroby u pacientů, u kterých selhala předcházející léčba, a pro léčbu Crohnovy choroby s píštělemi. Nevýhodou je častější výskyt virových infekcí a infekcí dýchacích cest a reaktivace TBC.



Kromě protilátek proti TNF-alfa se v současné době testují i látky, jejichž léčebný potenciál je založen na jiném mechanismu než na blokování funkce TNF-alfa. I u těchto potenciálních léků se jedná o vysoce sofistikované látky, které různým způsobem blokují průběh nemoci. O tom, které z těchto léků budou využity pro léčbu Crohnovy choroby, se rozhodne na základě výsledků velkých studií, které v současnosti probíhají /4,6/.

2.3 Organizace péče - CROCODILE

2.3.1 *Název*

Název sdružení představuje zkratku pro CROhn and COLitis DILEtants. Sdružení lidí trpících Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou.

2.3.2 *Sídlo*

Sídlem sdružení jsou České Budějovice, Jírovcova 24 , budova ZSF JU, PSČ 37004.

2.3.3 *Cíl činnosti*

Cílem činnosti sdružení je :

- ◆ Sdružovat osoby, jímž není cizí problematika Crohnovy nemoci a ulcerosní kolitidy (hemorhagické proktokolitidy) a to z hlediska pacienta, rodinného příslušníka či osoby blízké.
- ◆ Sdružení nenahrazuje ani neorganizuje léčení. Učí a pomáhá zmužile a vytrvale čelit úporným nemocím. Je projevem lidské spoluúčasti a porozumění.
- ◆ Sdružení si klade za cíl pokračovat v organizaci vzniku a podpoře stávajících center pro chronická a stálá onemocnění.
- ◆ Umožňovat setkávání lidí trpících Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou, jak dětí tak dospělých na mezinárodní úrovni.
- ◆ Při setkávání nemocných zajistit možnost vzájemných kontaktů, výměn zkušeností s průběhem onemocnění s důrazem na individuální průběh onemocnění.
- ◆ Při setkávání zajistit možnost konzultací odborníků z řad lékařů, psychologů a sociálních pracovníků, včetně dlouhodobě nemocných.
- ◆ Zpracovávat informační materiály pro nemocné Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou a lékaře prvního kontaktu o existenci a možnostech Sdružení.



- ◆ Získávat podklady o preferencích cílových osob týkajících se : režimové léčby, dietních a stravovacích návyků a zvyklostí, komplexní léčby, lázeňské vazby, vztahu k pojmu komplexní rehabilitace, asistovaného volného času, dopadu na pracovní schopnost.
- ◆ Organizovat akce a semináře s danou problematikou.

Za účelem plnění cíle činnosti sdružení uvedeného v předchozím odstavci je sdružení zejména oprávněno získávat finanční prostředky od svých členů a dalších osob, přijímat granty, dotace, dary a dědictví a financovat plnění těchto cíl z výsledků vlastní činnosti. Podrobnosti o členství ve spolku viz příloha č. 1.



3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Ošetrovatelský proces

3.1.1 *Cíl*

Cílem ošetrovatelského procesu je:

- ◆ změnit dosavadní roli sestry při ošetrování pacientů, spočívající v rutinním a pasivním plnění výkonů a ordinaci lékaře
- ◆ zavést novou koncepci přístupu k pacientům, vycházející z aktivního vyhledávání a uspokojování jejich potřeb
- ◆ ovlivnit způsob práce sestry s pacientem, její chování, jednání i vlastní úroveň ošetrovatelské péče
- ◆ zvýšit aktivitu, samostatnost a zodpovědnost sestry při poskytování individualizované ošetrovatelské péče
- ◆ zapojit rodinu do péče o pacienta a zefektivnit spolupráci s rodinou

3.1.2 *Definice*

Ošetrovatelský proces je jednak myšlenkový algoritmus sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a jednak systém logických a vzájemně na sebe navazujících kroků a postupů při ošetrování pacienta.

3.1.3 *Fáze ošetrovatelského procesu*

- ◆ **První fáze:**
 - **Ošetrovatelská anamnéza** musí obsahovat základní údaje o pacientovi, které jsou nezbytné pro zahájení léčebné a ošetrovatelské péče, pro stanovení ošetrovatelské diagnózy a plánování ošetrovatelských činností. Jde vždy o hodnocení celé osobnosti pacienta (mluvíme o tzv. holistickém - celostním přístupu k nemocnému). Vyhodnocujeme jeho bio - psycho - sociální a duchovní potřeby. Hlavním zdrojem informací je pro nás pacient, dále potom jeho zdravotnická dokumentace, veškerý ošetrovatelský personál, rodina a přátelé.



Anamnézu odebírá a zpracovává skupinová sestra, která pacienta přijímá. Anamnéza je opatřena podpisem pacienta a sestry. Anamnéza musí být vždy vyplněná celá, včetně údajů o datu a času odebírání anamnézy. Tato musí být sepsaná do 24h po příjmu pacienta.

◆ **Druhá fáze:**

- **Ošetrovatelská diagnóza** je slovním vyjádřením potřeb (problémů) pacienta. Ošetrovatelská diagnóza je klinický závěr sesterského posouzení o reakcích pacienta na skutečné, a nebo potenciální zdravotní problémy. Stanovení (*formulace*) ošetrovatelské diagnózy má tři části. V první části pojmenujeme **problém**, který vyžaduje ošetrovatelskou péči nebo pozornost sestry, druhá část vyjadřuje **příčinu** (důvod, etiologii nebo důkaz) tohoto problému. Třetí částí je **projev problému** (projevující se...).
- Ošetrovatelská diagnóza může být **aktuální** (nyní skutečně existuje - např. strach pacienta z plánované operace) a nebo **potencionální** (mohla by nastat, kdyby sestra nevyužila dostatečně svých teoretických znalostí, zkušeností a dovedností - např. nebezpečí vzniku proleženin z důvodu snížené mobility pacienta). Pro potencionální ošetrovatelskou diagnózu používáme většinou formulaci : riziko vzniku.

◆ **Třetí fáze:**

- **Plánování** se skládá ze tří na sebe navazujících kroků:
 - ◆ *stanovení cílů* - Cíl je to, čeho bychom si přáli dosáhnout společně s pacientem. Musí splňovat tato základní kritéria : musí být **konkrétní** (pacient se sám oblékne), **reálný** (musíme se zamyslet nad schopnostmi našeho pacienta, nereálný cíl převyšující jeho schopnosti je demotivující pro sestru i pro pacienta), **hodnotitelný** (musí mít kritéria a časový údaj, dle kterých je možno vyhodnotit, zda cíle bylo dosaženo úplně - částečně - vůbec)
 - ◆ *plán ošetrovatelské péče*
 - ◆ *ošetrovatelské intervence, aktivity, činnosti, realizace* - Jsou průvodcem péče o pacienta pro celý ošetrovatelský tým, čímž je zaručena kontinuita péče a efektivnost poskytované péče. Formulují se v imperativu jednotného nebo množného čísla.



♦ **Čtvrtá fáze:**

- **Hodnocení.** Sestra je zodpovědná za hodnocení stavu pacienta a zaznamenávání pokroků provádí denně vždy ve směně. Hodnocení se provádí porovnáním zaznamenaných očekávaných výsledků a skutečného stavu pacienta. Záznam je opatřen datem, hodinou prováděného zápisu a podpisem sestry, která hodnocení provedla. Po dosažení požadovaného cíle se výsledky zhodnotí a problémy označí jako vyřešené. Když se výsledků nedosáhne, plán se přehodnotí a vede k potřebě dalšího získávání dat, ke změně plánu, jeho provedení a následně k novému zhodnocení, což se opakuje až do propuštění nemocného. Sestra je povinna pravdivě a aktuálně zaznamenat stav každého problému pacienta do dokumentace pod číslo stanovené ošetrovatelské diagnózy /12,13/.

3.2 Model podle M. Gordonové

Zakladatelkou tohoto modelu, zvaného „Model funkčních vzorců zdraví“ byla americká profesorka Marjory Gordonová. Pocházela z Clevelandu ve státě Ohio a její rodiče byli skotsko – irského původu. Na začátku ošetrovatelských studií se přestěhovala do New Yorku, kde získala základní ošetrovatelské vzdělání na Mount Sinai Hospital School of Nursing. Dále, na Unter College of the City University, získala ošetrovatelský diplom a absolvovala bakalářský a magisterský stupeň studia. V roce 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování. Začátkem sedmdesátých let stála v USA při vzniku aktivit pracovních výborů pro ošetrovatelskou terminologii a diagnostiku. V roce 1982 se stala první volenou prezidentkou Severoamerické asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku (NANDA) a takto působila do roku 2004. V roce 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Tento model je výsledkem grantu, který byl v osmdesátých letech financovaný federální vládou Spojených států amerických. Gordonová ve svém modelu vychází z toho, že všichni lidé mají společné určité vzorce chování, které souvisí s jejich zdravím, kvalitou života, s rozvojem jejich schopností a dosažením lidského potenciálu. Vzorec je definovaný jako úsek chování v určitém čase /14,15/.

Model je zaměřen na :

- ♦ vnímání zdraví



- ♦ výživa a metabolismus
- ♦ vylučování
- ♦ aktivity a cvičení
- ♦ odpočinek a spánek
- ♦ smyslové vnímání
- ♦ sebepojetí a sebeúcta
- ♦ životní role a vztahy
- ♦ sexualita a reprodukce
- ♦ zvládání stresu
- ♦ životní hodnoty

3.3 Průběh hospitalizace

Ke své bakalářské práci na téma „Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou“ jsem si vybrala pacientku, s určenou diagnózou : Crohnova choroba tlustého střeva a terminálního ilea se zánětlivou stenózou terminálního ilea (K50.9).

Pacientka přišla do nemocnice pro dolní dyspeptický syndrom. Obtíže začaly před 1 a půl rokem, kdy prodělala střevní chřipku, od té doby potíže přicházejí intermitentně. Po každém jídle, bez závislosti na složení potravy pozorovala, po cca 20- ti minutách nasycení, křečovitě bolesti v podbřišku, které trvaly do té doby, dokud si nedošla na stolicí, pak potíže odezněly. Stolicí pozorovala jako vodnatou, světlé barvy a bez patologických příměsí. Po jídle pacientka měla takové stolice v průměru 4x po sobě, poté někdy pozorovala příměsí malého množství krve na toaletním papíře. Při potížích zhubla a v době bez obtíží váhu opět nabrala. Dietní opatření byla bez efektu. Horečky nepozorovala a zvracení s nauseou negovala. V laboratorních výsledcích byly zaznamenány známky zánětu, ostatními vyšetřeními byla diagnostikována Crohnova choroba tlustého střeva a terminálního ilea se zánětlivou stenózou terminálního ilea a zahájena terapie s výrazným zlepšením a snížením frekvencí stolic.

Identifikační údaje:

Jméno: A. P.

Věk: 1966

Pohlaví: žena



Národnost: česká

Zaměstnání: dělnice

Stav: vdaná

Datum přijetí: 1. 1. 2008

Délka hospitalizace: od 1. 1. 2008 do 14. 1. 2008

Osobní anamnéza :

Chronická lymfocytární thyreoiditis, dispenzarizována MUDr. Oškerou, kterého navštívila naposled 3. 12. 2007.

Mamografie před cca 10 měsíci, bez výrazné patologie.

Kolonoskopie v roce 2007, bez patologie.

Sonografie břicha byla provedena v listopadu 2007, s nálezem cyst na pravém vaječníku, jinak bez patologie.

Psychiatrické vyšetření navštívila v březnu 2007.

Operace : Appendektomie (APPE) v r.1996, reoperace, pro infekci odebrán vaječník

Abusus : kouří cigarety, 5 denně cca 20 let, alkohol neguje

Alergie : neguje

Gynekologická anamnéza :

Menstruace od 16 let, pravidelná, poslední menstruace minulý týden, porody 2x, UMT (umělé přerušování těhotenství) 1x, antikoncepci nepoužívá, hormonální terapii nemá.

Farmakologická anamnéza :

Euthyrox 50 µg ½ - 0 - 0 (p.o.)

Tbl. Calcii Carbonici Praec. 0,5 mg 1 - 1 - 1 (p.o.)

Salofalk 500 mg 3 - 2 - 3 (p.o.)

Prednison 20 mg 2 - ½ - 0 (p.o.)

Ciprinol 250 mg 1 - 0 - 1 (p.o.)

Entizol 250 mg 1 - 1 - 1 (p.o.)

Ošetrovatelská anamnéza :

Pacientka je klientkou VZP (všeobecná zdravotní pojišťovna). Je obeznámena o nutnosti hospitalizace a její rodina také. Paní je na tomto oddělení přijata poprvé. Souhlasí s podáváním informací a to manželovi.



Fyzikální vyšetření :

Pohled : výška - 156 cm, váha - 45 kg, BMI - 19, kachexie, hlava bez známek traumatu, uši a nos bez sekrece, bulby ve středním postavení, zornice izokorické, spojivky bledší, skléry bílé, dolní končetiny bez otoků, jazyk plazí ve střední čáře, jizva v pravém podbřišku po APPE

Poslech : pulzace karotid symetrická, bez šelestu, dýchání čisté, sklípkové bez vedlejších fenoménů, ozvy srdce ohraničené, peristaltika živá

Pohmat : Langerhansovy uzlíky a štítnice nehmatné, šíje volná, břicho zleva měkké, bolestivé v pravém a levém hypogastriu, játra v oblouku, slezina bez hmatné rezistence, břišní stěna bez napětí, orgány bez zvětšení, dolní končetiny bez otoků, lýtka volná, pulzace v periférii hmatná

Poklep : hlava poklepově nebolestivá

Per rektum : bez významného nálezu

Celkové vyšetření :

Pacientka se narodila v roce 1966, lucidní (bledá), orientovaná v čase, místě i prostoru, anikterická (kůže bez žlutého zabarvení), acyanotická (kůže není promodralá), afebrilní (bez horečky), eupnoická (pravidelné dýchání) a má přiměřenou hydrataci. Na první pohled je patrná kachexie (vyhublost). Poloha aktivní. V den přijetí měla puls 90/min, tlak 115/85, dech 16/min a teplotu 36,8°C. EKG vyšetření - fyziologická křivka.

Hematologické vyšetření : 1. 1. 2008

<i>Druh</i>	<i>Hodnoty</i>	<i>Referenční mez</i>	<i>Hodnocení</i>
Leukocyty	11,3 10 na 9/l	3,6 – 10	zvýšená hodnota
Erytrocyty	4,53 10 na 12/l	3,8 – 5,4	v normě
Hemoglobin	125 g/l	120 – 160	v normě
Hematokrit	37,8 %	36 – 43	v normě
Objem erytrocytů	83,4 fl	80 – 95	v normě
Trombocyty	298 10 na 9/l	150 – 400	v normě



Hematologické vyšetření : 7. 1. 2008

<i>Druh</i>	<i>Hodnoty</i>	<i>Referenční mez</i>	<i>Hodnocení</i>
Leukocyty	11,7 10 na 9/l	3,6 – 10	zvýšená hodnota
Erytrocyty	4,97 10 na 12/l	3,8 – 5,4	v normě
Hemoglobin	139 g/l	120 – 160	v normě
Hematokrit	40,9 %	36 – 43	v normě
Objem erytrocytů	82,3 fl	80 – 95	v normě
Trombocyty	372 10 na 9/l	150 – 400	v normě

Hematologické vyšetření : 10. 1. 2008

<i>Druh</i>	<i>Hodnoty</i>	<i>Referenční mez</i>	<i>Hodnocení</i>
Leukocyty	15,9 10 na 9/l	3,6 – 10	zvýšená hodnota
Erytrocyty	4,96 10 na 12/l	3,8 – 5,4	v normě
Hemoglobin	136 g/l	120 – 160	v normě
Hematokrit	40,9 %	36 – 43	v normě
Objem erytrocytů	82,5 fl	80 – 95	v normě
Trombocyty	392 10 na 9/l	150 – 400	v normě

Biochemické vyšetření : 1. 1. 2008

<i>Druh</i>	<i>Hodnoty</i>	<i>Referenční mez</i>	<i>Hodnocení</i>
Močovina	1,63 mmol/l	2 – 6,7	snížená hodnota
Kreatinin	69 umol/l	62 – 106	v normě
Celk. cholesterol	2,7 mmol/l	3,4 – 5,2	snížená hodnota
Sodík	140 mmol/l	137 – 145	v normě
Draslík	3,90 mmol/l	3,6 – 5	v normě
Chloridy	104 mmol/l	98 – 110	v normě
Vápník	2,24 mmol/l	2,24 – 2,75	v normě
BMI	18,4 kg/m ²	19 – 24,9	snížená hodnota
Bilirubin	3,1 umol/l	3 – 22	v normě
ALT	0,31 ukat/l	0,12 – 0,87	v normě
AST	0,17 ukat/l	0,12 – 0,82	v normě
GMT	0,24 ukat/l	0,15 – 0,83	v normě
ALP	1,46 ukat/l	0,63 – 2,1	v normě



Amyláza	0,50 ukat/l	0,5 – 1,83	v normě
Celková bílkovina	63 g/l	63 – 82	v normě
Albumin	31 g/l	35 – 50	snížená hodnota
Glukóza	4,8 mmol/l	3,6 – 5,9	v normě
CRP	35,0 mg/l	0 – 10	zvýšená hodnota

Mikrobiologické vyšetření :

Provedeno 2. 1. 2008

Materiál : výtěr z konečníku a odběr stolice

Výsledek mikrobiologie : Rotaviry, Adenoviry a Escherichia coli - negativní. Parazitologické vyšetření - negativní.

Vyšetřovací metody :

Sonografie břicha :

Provedeno dne 2. 1. 2008.

V pravém podbřišku, respektive v horním pólu pravé ledviny, lékař uvádí nález echogenního ložiska 16x16x10 mm s podezřením na angiomyolipom. Sonografický nález ostatních orgánů je v normě.

Kolonoskopie :

Provedena dne 4. 1. 2008

Premedikace : Dormicum 5 mg i.v. (nitrožilně), Tralgit 1 amp. (ampule) i.v.

Lékař uvádí nález zánětlivé stenózy terminálního ilea o velikosti 4 mm, ve vzdálenosti 6 cm od Bauhinské chlopně (chlopeň, která brání zpětnému pohybu tráveniny). Dále uvádí nález několika drobných ulcerací terminálního ilea, mnohočetných aftů a difúzně hyperemické (překrvené) sliznice s následnou biopsií na histologické vyšetření. Od colon transversum po sigmoideum má pacientka vředy o rozměrech 5-10 mm. Dále je patrná hyperemická, křehká na dotyk krvácející sliznice.

Závěrem : Crohnova choroba tlustého střeva a terminálního ilea se zánětlivou stenózou terminálního ilea.

Enteroklýza :

Provedena dne 10. 1. 2008 v Českých Budějovicích

Pacientka potíže neudává. Výsledky vyšetření zatím nebyly k dispozici.

Urologické vyšetření :

Provedeno dne 4. 1. 2008



Lékař opět udává náhodný nález angiomyolipomu v oblasti horního pólu pravé ledviny o rozměrech 16x16x10 mm. Pacientka je bez urologických obtíží. Urologická anamnéza je dosud negativní.

Denní záznamy :

1. 1. 2008 - 1. den hospitalizace

Dieta č. 3 (racionální)

Kategorie č. 2 (pacient částečně soběstačný)

Léky : Euthyrox

FF : TK- 115/85, P- 90', TT- 36,8°C

Pacientka dnes přijata pro průjmovité stolice, na doporučení ošetřujícího lékaře. Dnes odběr krve na hematologické a biochemické vyšetření, váha při příjmu - 45,6kg.

2. 1. 2008 - 2. den hospitalizace

Dieta č. 3 (racionální)

Kategorie č. 2 (pacient částečně soběstačný)

Léky : Euthyrox

FF : TK- 100/60, P- 80', TT- 37,2°C

Pacientka má obtíže, ráno v 7:00 odběr glykémie - 4,8 mmol/l, vážení - 45,2 kg, průjmovitá stolice 6x za den, břicho měkké a palpačně nebolestivé. Dnes výtěr z konečníku na mikrobiologické kombinované vyšetření a SONO břicha. Primářská vizita dnes.

3. 1. 2008 - 3. den hospitalizace

Dieta č. 3 (racionální)

Kategorie č. 2 (pacient částečně soběstačný)

Léky : Euthyrox, Dogmatil

FF : TK- 110/70, P- 78', TT- 37,0°C

Pacientka byla dnes po snídani 1x na stolici, prý je jí lépe, kašovitě stolice bez patologické příměsi, bolesti břicha nemá, spíše jen křeče, vážení - 45 kg. Dýchá čistě, břicho měkké, palpačně citlivější v obou podbřiších, gynekologické obtíže nemá,



močí bez problémů, dolní končetiny bez otoků. Zítra kolonoskopické a urologické vyšetření, odběr moče na K+C. V 18:00 podán fosfátový roztok.

4. 1. 2008 - 4. den hospitalizace

Dieta č. 3 (racionální)

Kategorie č. 2 (pacient částečně soběstačný)

Léky : Euthyrox, Dogmatil, Tbl. Calcii Carbonici Praec.

FF : TK- 110/60, P- 75', TT- 36,6°C

Stav pacientky relativně dobrý, dostatečná hydratace, dostatečný příjem tekutin, průjmovitá stolice 1x za den, vážení - 44,8 kg. Břicho měkké, dolní končetiny (DK) bez otoků. Dnes kolonoskopické a urologické vyšetření. Po kolonoskopii byla u pacientky prokázána Crohnova choroba terminálního ilea se stenózou terminálního ilea.

5. 1. 2008 - 5. den hospitalizace

Dieta č. 3 (racionální)

Kategorie č. 2 (pacient částečně soběstačný)

Léky : Euthyrox, Dogmatil, Tbl. Calcii Carbonici Praec.

FF : TK- 90/70, P- 70', TT- 36,5°C

Pacientka průjem nemá, ale má křeče po jídle, vážení - 44,5 kg. Je při vědomí. Dýchá čistě. Břicho měkké, bolestivé. DK bez otoků a bez známek TEN (trombo-embolické nemoci).

6. 1. 2008 - 6. den hospitalizace

Dieta č. 3 (racionální)

Kategorie č. 2 (pacient částečně soběstačný)

Léky : Euthyrox, Dogmatil, Tbl. Calcii Carbonici Praec.

FF : TK- 95/60, P- 72', TT- 36,4°C

Pacientka má stolicí již tmavší, obtíže za hospitalizace mírně zlepšeny, vážení - 44,6 kg. Dýchání čisté. Břicho měkké, palpačně bolestivé. DK bez otoků.

7. 1. 2008 - 7. den hospitalizace



Dieta č. 3 (racionální)

Kategorie č. 2 (pacient částečně soběstačný)

Léky : Euthyrox, Dogmatil, Tbl. Calcii Carbonici Praec., Salofalk , Prednison ,
Ciprinol, Entizol

FF : TK- 105/65, P- 84', TT- 36,8°C

Pacientka se cítí dobře, jen jí bolí hlava. Vážení - 44,5 kg Celkové zlepšení obtíží.

Dnes odběr krve na hematologické vyšetření.

8. 1. 2008 - 8. den hospitalizace

Dieta č. 5 (bílkovinná bezezbytková)

Kategorie č. 2 (pacient částečně soběstačný)

Léky : Euthyrox, Dogmatil, Tbl. Calcii Carbonici Praec., Salofalk, Prednison,
Ciprinol, Entizol

FF : TK- 100/60, P- 72', TT- 36,5°C

Dnes byla pacientka 2x na stolici, stolice kašovitá , ne vodnatá, občas příměs čerstvé krve, bolesti nemá, vážení - 44,3 kg. Dýchání čisté, břicho měkké, bolestivé v pravém podbřišku, DK bez otoků.

9. 1. 2008 - 9. den hospitalizace

Dieta č. 5 (bílkovinná bezezbytková)

Kategorie č. 2 (pacient částečně soběstačný)

Léky : Euthyrox, Dogmatil, Tbl. Calcii Carbonici Praec., Salofalk, Prednison,
Ciprinol, Entizol

FF : TK- 110/60, P- 80', TT- 36,4°C

Pacientka nemá žádné potíže, hlava nebolí, vážení - 44,5 kg. Průjmy jsou mírnější. Dýchá čistě, břicho měkké, nebolestivé, jen citlivější. DK bez otoků. Zítra vyšetření Enteroklýza v Českých Budějovicích. Dnes primářská vizita.

10. 1. 2008 - 10. den hospitalizace

Dieta č. 5 (bílkovinná bezezbytková)

Kategorie č. 2 (pacient částečně soběstačný)

Léky : Euthyrox, Dogmatil, Tbl. Calcii Carbonici Praec., Salofalk, Prednison,



Ciprinol, Entizol

FF : TK- 100/50, P- 76', TT- 36,3°C

Stav pacientky se výrazně zlepšil, stolice 1x denně, nemá již křeče po jídle, břicho měkké, ještě palpačně citlivější v pravém podbřišku, ale již méně, vážení - 44,4 kg. DK bez otoků. Dnes odběr krve na hematologické vyšetření a Enteroklýza v Českých Budějovicích.

11. 1. 2008 - 11. den hospitalizace

Dieta č. 5 (bílkovinná bezezbytková)

Kategorie č. 2 (pacient částečně soběstačný)

Léky : Euthyrox, Dogmatil, Tbl. Calcii Carbonici Praec., Salofalk, Prednison,

Ciprinol, Entizol

FF : TK- 100/60, P- 70', TT- 36,6°C

Dnes měla pacientka průjem a křeče, ale cítí se o hodně lépe, vážení - 44,6 kg. Dýchání čisté, sklípkové. Břicho měkké a mírně bolestivé, DK bez otoků a známek TEN.

12. 1. 2008 - 12. den hospitalizace

Dieta č. 5 (bílkovinná bezezbytková)

Kategorie č. 2 (pacient částečně soběstačný)

Léky : Euthyrox, Dogmatil, Tbl. Calcii Carbonici Praec., Salofalk, Prednison,

Ciprinol, Entizol

FF : TK- 100/60, P- 72', TT- 36,7°C

Pacientka se cítí lépe, stolice 6x-8x za den, včera měla ještě křeče v břiše, břicho ještě palpačně citlivé v pravém podbřišku, vážení - 43,5 kg.

13. 1. 2008 - 13. den hospitalizace

Dieta č. 5 (bílkovinná bezezbytková)

Kategorie č. 2 (pacient částečně soběstačný)

Léky : Euthyrox, Dogmatil, Tbl. Calcii Carbonici Praec., Salofalk, Prednison,

Ciprinol, Entizol

FF : TK- 105/55, P- 78', TT- 36,5°C



Pacientka se cítí dobře, dnes kašovitá stolice, křeče neudává, vážení - 44,2 kg. Dýchání čisté, sklípkové. Břicho měkké, palpačně již nebolestivé. DK bez otoků. Zítra jde paní domů a za 2 týdny kontrola v gastro-enterologické poradně.

3.4 Funkční model zdraví dle M. Gordonové u vybraného pacienta

Vnímání zdraví : Pacientka byla poučena o svém zdravotním stavu. Byla seznámena se svou diagnózou. Také ví, co léčba Crohnovy choroby obnáší a je seznámena s případnými léčebnými postupy a riziky. Byly jí vysvětleny postupy jednotlivých vyšetření, které podstoupila. Je poučena o nutnosti pravidelných návštěv gastro-enterologické poradny. Byla dostatečně poučena o právech pacientů a domácím řádu na druhém interním oddělení písecké nemocnice. Za poslední rok neprodělala žádná významnější onemocnění. Léčí se s chronickou lymfocytární thyreoidou. Pokoušela se o diety, které by jí pomohly zmírnit průjemy a křečovitě bolesti v podbřišku, ale neměly žádný efekt.

Výživa a metabolismus : Příjem jídla 3x denně, per os (ústy), sama. Zubní protézu nemá. Diabetička není. Začátkem hospitalizace měla předepsanou dietu č. 3 (racionální), poté jí byla změněna na dietu č. 5 (bílkovinná bezezbytková). Váží stále kolem 45 kg. Za poslední rok, při potížích zhubla, poté, kdy potíže ustály váhu opět nabrala. Potíže má po jídle, které trvají do té doby, dokud si nedojde na toaletu. Chuť k jídlu má, ale bojí se potíží, které pokaždé nastupují. Příjem tekutin za den je kolem 3 l. Preferovanou tekutinou je pomerančový džus. Pocit žízně nemívá často. Nutriční screening (6 bodů). BMI (19).

Vylučování a hygiena : Hygienu provádí sama, ve sprše. Pokožka je dostatečně hydratovaná, bez otoků. O pokožku výrazně nepečuje. Způsob močení na WC, frekvence asi 8x denně. Barva moče je normální a bez příměsí. Inkontinence není. Způsob defekace na WC, frekvence je různá. Trpí průjemy po každém jídle. Stolice je vodnatá, světlé barvy a někdy s příměsí krve. Inkontinenci stolice nemá. Stomii (vývod) nemá. Odchod plynů je v pořádku. Nezvrací. Pocení je přiměřené.

Aktivita a cvičení : Pacientka je v kategorii č. 2 (pacient částečně soběstačný). Necvičí. Pohybová aktivita je částečně normální. Riziko pádu není. Mezi její záliby patří čtení knih, sledování televize a krátké procházky se psem. Míra soběstačnosti, podle Barthelova testu, má skóre 100 bodů. Není riziko vzniku dekubitů, N- skóre má 18 bodů.



Odpočinek a spánek : Má potíže se spánkem, kvůli bolestem hlavy. Usíná kolem 22:00 při televizi. Žádné léky na spaní neužívá.

Smyslové vnímání : Pacientka nepociťuje žádné změny v paměti a řeči, slovní zhodnocení (orientace) je v pořádku. Mluví česky, udrží pozornost, řeč plynulá, výrazné nonverbální projevy nejsou a alternativní komunikaci nevyužívá.

Sebepečení a sebeúcta : Pacientka vnímá změny na svém vzhledu. Při potížích zhubne a po odeznění potíží opět váhu nabere. Z psychického hlediska došlo ke změnám v chování, zneklidňuje ji nemoc. Poslední dobou často prožívá strach, stres a hlavně úzkost. Tyto pocity vyvolává průběh nemoci (časté průjmy a křeče v podbřišku).

Životní role a vztahy : Paní bydlí v rodinném domě se svým manželem a synem. Má dvě děti, starší dceru (22 let), která již bydlí se svým přítelem a mladšího syna (18 let). Vztahy mají mezi sebou velmi dobré. Pracuje jako dělnice v jedné firmě, nyní je na nemocenské. Se svým zaměstnáním je spokojena. V domácnosti mají psa a papouška.

Sexualita a reprodukce : Pacientka první menstruaci dostala, když jí bylo 16 let, menstruace je pravidelná, naposledy před týdnem. Měla dva porody. Má dvě děti, starší dceru a mladšího syna. Jednou podstoupila UMT (umělé přerušování těhotenství), mimoděložní těhotenství. Antikoncepci nebere. HRT (hormonální terapie) nemá.

Vnímání bolesti : Pacientka lokalizuje svou bolest v pravém podbřišku. Bolest udává jako křečovitou a chronickou. Intenzita se pohybuje na škále bolesti kolem 4. Její nástup přichází do 20-ti minut po každém jídle a trvá do té doby, dokud si paní nedojde na toaletu. Úlevová poloha nepomáhá. Dále má bolesti hlavy.

Víra a životní hodnoty : Pacientka není věřící. Nepřeje si zprostředkovat kontakt s pastorem ani s knězem, věří v uzdravení.



3.5 Ošetrovatelské diagnózy

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Neschopnost adaptace z důvodu akutní hospitalizace projevující se izolováním pacientky.
2. Obraz těla porušený z důvodu základního onemocnění projevující se negativními pocity nad vlastním tělem.
3. Průjem z důvodu zánětu střeva projevující se křečovitými bolestmi v pravém podbřišku.
4. Spánek narušený z důvodu bolesti hlavy projevující se únavou.
5. Bolest v podbřišku z důvodu zánětu střeva projevující se úzkostí.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. Riziko vzniku infekce z důvodu snížené odolnosti těla.
2. Riziko vzniku dehydratace z důvodu velkých ztrát tekutin způsobených průjmy.
3. Riziko poruchy regulace tělesné teploty z důvodu extrémně nízké tělesné váhy.
4. Riziko vzniku dekubitů z důvodu podvýživy.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. *Neschopnost adaptace z důvodu akutní hospitalizace projevující se izolováním pacientky.*

Cíl:

krátkodobý:

- rozpoznat stresové situace vedoucí k porušené adaptaci

dlouhodobý:

- změnit životní styl, který umožní adaptaci na současnou životní situaci
- najít cestu vedoucí k řešení stresových situací

Plán:

- zjistí důvod neschopnosti adaptace na hospitalizaci
- vyslechni názory pacientky na příčiny současného zhoršení adaptace



- poznamenej začátek, trvání a přítomnost tělesných obtíží
- uznej snahu a vstřícnost pacientky a tím zabraň pocitům viny
- vysvětli nemocné podstatu nemoci, dle okolností ji pouč o prognóze a pobízej ji k tomu, aby se ptala na vše, čemu nerozumí
- zapoj blízké osoby do plánu na zlepšení adaptace
- ukaž pacientce okolí a denní řád oddělení
- zajisti dostatečnou informovanost o průběhu hospitalizace od ošetřujícího lékaře

Realizace:

Pacientka se svěřila, co jí na hospitalizaci trápí. Poznala, že mám o její problémy zájem. Paní jsem odpověděla na dotazy, které byly v kompetenci k mému postavení. Vysvětlila jsem nemocné, co léčba její nemoci obnáší a také jsem ji seznámila s průběhy naplánovaných vyšetření.

Hodnocení:

Pacientka je klidnější. Hospitalizaci snáší lépe, po vysvětlení průběhů naordinovaných vyšetření. Začala komunikovat s ostatními pacientkami na pokoji /2/.

2. *Obraz těla porušený z důvodu základního onemocnění projevující se negativními pocity nad vlastním tělem.*

Cíl:

krátkodobý:

- prodiskutovat s pacientkou důvod ztráty hmotnosti
- dát najevo svůj zájem o problém nemocné

dlouhodobý:

- pochopit tělesné změny
- zahrnout změny obrazu těla do sebepojetí realistickým způsobem bez pocitu méněcennosti

Plán:

- posuď pacientčinu znalost situace a míru úzkosti
- všimni si chování ukazující na silné znepokojení tělem
- uvědom si domněnky pacientky, jak na ní pohlíží ostatní
- prodiskutuj s pacientkou význam ztráty hmotnosti a změny těla



- vytvoř terapeutický vztah naplněný starostlivou péčí a vzájemnou důvěrou
- pacientku navštěvuj často a dej jí najevo svůj zájem o její osobnost
- zajisti pomoc rodinných příslušníků v pochopení tělesného vzhledu

Realizace:

Pacientce jsem vysvětlila, že vzhled jejího těla je pouze odrazem průběhu jejího onemocnění. Dále jsem paní vysvětlila, že vyhublost je způsobena chronickými průjmy, které již mají objasněnou příčinu. Nemocné jsem doporučila hovořit o svém problému s rodinnými příslušníky.

Hodnocení:

Pacientka pohlíží, po objasnění příčin, na své tělo lépe. Pochopila, že její vzhled je odrazem průběhu jejího onemocnění. Je ráda, že se se svým problémem svěřila své rodině. Zjistila, že ji její rodina bere takovou, jaká je /2/.

3. *Průjem z důvodu zánětu střeva projevující se křečovými bolestmi v podbřišku.*

Cíl:

krátkodobý:

- vyloučit dráždivé pokrmy
- zamezit příjem potravin vyvolávajících průjem

dlouhodobý:

- obnovit a udržet normální fungování střev
- pochopit příčinu průjmu a odůvodněnost léčebného režimu

Plán:

- zjistí začátek průjmů
- zaznamenej frekvenci a vyvolávající faktory průjmů
- zamez příjem kofeinu, mléka a ovoce
- dle indikace podávej léky proti průjmům
- povzbuzuj pacientku k pití nápojů s bohatým obsahem elektrolytů (džusy)
- doporuč pacientce zvýšit péči o oblast v okolí konečníku
- prober s pacientkou možnost vzniku dehydratace
- vyjádři psychickou podporu
- nabídne možnost úlevové polohy
- podporuj verbální a neverbální projevy bolesti



Realizace:

Pacientka je poučena o nutnosti dostatečného příjmu. Je seznámena s možností požádat o léky proti průjmům.

Hodnocení:

Paní omezila pití kávy, mléka a konzum ovoce. Začala pít džusy. Ošetřuje si oblast konečníku krémy. Dodržuje zvýšený pitný režim /2/.

4. *Spánek narušený z důvodu bolesti hlavy projevující se únavou.*

Cíl:

krátkodobý:

- zajistit vhodné a tiché prostředí ke spánku
- podávat léky proti bolesti dle ordinace lékaře

dlouhodobý:

- zlepšení spánku a odpočinku
- odstranit faktory bránící spánku

Plán:

- zjistí kvalitu spánku (doba usínání, probouzení během spánku)
- zjistí přítomnost faktorů způsobujících nespavost (větrání, úprava lůžka)
- zajistí klidné prostředí ke spánku
- odstraň faktory bránící spánku (hluk, nucení na močení, bolest)
- podávej léky proti bolesti dle ordinace lékaře
- doporuč aktivitu během dne (procházky, čtení)

Realizace:

Pacientka mi sdělila, že nemůže spát kvůli bolestem hlavy. Doporučila jsem nemocné aby si před spaním vyvětrala pokoj. Řekla jsem paní, že může požádat o léky na bolest. Informovala jsem paní o dostatečném příjmu tekutin.

Hodnocení:

Paní před spaním, na požádání, dostává léky na zmírnění bolesti. Spí se jí lépe /2/.



5. *Bolest v podbřišku z důvodu zánětu střeva projevující se úzkostí.*

Cíl:

krátkodobý:

- zjistit příčinu bolesti
- zmírnit intenzitu bolesti

dlouhodobý:

- naučit se metodám, jak zmírnit bolest
- využívat relaxačních technik a rozptýlení

Plán:

- posud' možné patofyziologické příčiny bolesti
- projev vůči pacientce vstřícnost
- pozoruj neverbální projevy
- vysvětlí pacientce způsob léčby bolesti a určí, pomocí stupnice bolesti od 0-10, nakolik je nemocná bolest schopna akceptovat
- podávej analgetika dle ordinace lékaře

Realizace:

Pacientce jsem vysvětlila, proč má bolesti. Všimla jsem si, že pan zaujímá úlevovou polohu. S pacientkou jsem zhodnotila intenzitu bolesti pomocí stupnice bolesti. Oznámila jsem nemocné, že může požádat o léky na bolest. Pacientka doma využívala zkušeností s bolestí.

Hodnocení:

Pacientka vnímá bolest méně. Při nástupu bolesti paní žádá o podání analgetik, tím bolest nevnímá /2/.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. *Riziko vzniku celkové infekce z důvodu snížení odolnosti těla.*

Cíl:

krátkodobý:

- hlídat známky infekce
- dodržovat sterilitu při manipulaci s kanylou



dlouhodobý:

- snížit riziko vzniku infekce
- zvýšit obranyschopnost

Plán:

- hlídej místní známky infekce v místě vstupu kanyly (začervenání, teploty, bolest, otok, porucha funkce)
- dodržuj sterilitu při výměně kanyl a při odběrech krve (aseptický způsob práce)
- pouč pacientku o způsobech, jak chránit kůži a pečovat o rány
- doporuč metody ke zvyšování obranyschopnosti

Realizace:

Pacientka je poučena, o nutnosti chránit se před možnou infekcí a o dodržování hygieny. Sledovala jsem místo vstupu kanyly. Doporučila jsem užívání vitamínu C.

Hodnocení:

Pacientka je bez známek infekce. Dodržuje řádnou hygienu a nyní pravidelně užívá vitamin C /2/.

2. *Riziko vzniku dehydratace z důvodu velkých ztrát tekutin způsobených průjmy.*

Cíl:

krátkodobý:

- zajistit dostatečný příjem tekutin
- zabránit vysušování sliznic

dlouhodobý:

- zamezit vzniku dehydratace
- zajistit dostatečný kožní turgor

Plán:

- pobízej nemocnou k pití a doporuč vhodné tekutiny
- sleduj rovnováhu mezi příjmem a výdejem tekutin
- kontroluj kožní turgor a stav sliznic
- pravidelně kontroluj váhu nemocné
- doporuč nemocné vedení deníku na příjem a výdej tekutin
- vysvětli nemocné případná rizika dehydratace



Realizace:

Pacientce jsem vysvětlila, jak je důležitý dostatek tekutin. Obezámila jsem jí o závažnosti dehydratace. Doporučila jsem jí, aby si zapisovala denní příjem a počet stolic za den. Vážila jsem paní každý den a váhu zapisovala. Doporučila jsem omezit kávu a převážně pít džusy.

Hodnocení:

Pacientka dodržuje pitný režim. Zapisuje si do deníku množství vypitých tekutin. Paní omezila kávu a pije džusy /2/.

3. *Riziko poruchy regulace tělesné teploty z důvodu extrémně nízké tělesné hmotnosti.*

Cíl:

krátkodobý:

- zamezit podchlazení
- sledovat tělesnou teplotu

dlouhodobý:

- udržet tělesnou teplotu v normálním rozmezí
- naučit se sledovat a udržovat přiměřenou tělesnou teplotu
- pochopit individuální rizikové faktory

Plán:

- posud' stav výživy
- udržuj příjemné zevní prostředí
- monitoruj tělesnou teplotu
- prober s nemocnou rizika vedoucí k podchlazení

Realizace:

Měřila jsem pacientce tělesnou teplotu 2x denně. Vysvětlila jsem jí, jak zamezit podchlazení a jaká jsou rizika. Doporučila jsem nemocné, aby se měřila častěji a aby oznámila personálu, kdykoli jí je chladno.

Hodnocení:

Pacientka si tělesnou teplotu sama kontroluje a ví, jak zamezit podchlazení. Při pocitu chladu je schopna požádat personál o náhradní přikrývku /2/.



4. *Riziko vzniku dekubitů z důvodu podvýživy.*

Cíl:

krátkodobý:

- zabránit vzniku poškození kůže
- zjistit stav kůže
- zajistit zvýšený pohyb na lůžku a vyvarovat se jakémukoli tření

dlouhodobý:

- udržovat lůžko suché, čisté a nepomačkané po celou dobu hospitalizace
- dodržovat dostatečnou hygienu kůže

Plán:

- pečuj dostatečně o hygienu kůže
- promasíruj jemně a důkladně místa kostních prominencí
- vysvětli nutnost polohování
- udržuj lůžko suché, čisté a nepomačkané
- kontroluj pravidelně povrch kůže a tlakové body
- vyžaduj omezení až zanechání kouření, které má silný vazokonstriční účinek (zúžení cév)

Realizace:

Pacientka je částečně soběstačná. Poučila jsem ji o nutnosti dostatečné hygieny kůže. Doporučila jsem paní provádět masáže rizikových partií. Dále jsem jí vysvětlila, jak je důležité měnit polohu na lůžku. Každý den, po dobu mé praxe, jsem jí měnila povlečení na lůžku. Kontrolovala jsem stav kůže v oblastech tlakových bodů. Vysvětlila jsem pacientce, jaké účinky na cévy má kouření, jaké komplikace může přinést a doporučila jsem jí omezení.

Hodnocení:

Pacientka provádí hygienu a masáže pečlivě. Paní mění aktivně polohu na lůžku, aby zamezila nedostatečnému prokrvování rizikových oblastí. Lůžko má čisté, suché. Kůže je prozatím bez známek poškození. Paní sice kouřit nepřestala, ale aspoň omezila a chápe rizika působení kouření na organismus /2/.



4 ZÁVĚR

Crohnova choroba patří mezi nespecifické střevní záněty. Je definována jako chronické zánětlivé onemocnění trávicího systému. První zmínky o chorobě pochází z počátku 18. století. V roce 1932 byla popsána trojicí amerických lékařů. Příčina onemocnění nebyla prozatím objasněna. Choroba postihuje střevní stěnu v celé její hloubce. Průběh nemoci probíhá střídavě, období obtíží „vzplanutí“ s obdobími bez příznaků „remise“. U někoho se choroba projeví náhle, u jiného plíživě. Komplikací této nemoci je mnoho, např. poruchy výživy, neprůchodnost střeva, zánět střeva a jiné. Diagnóza Crohnovy choroby představuje pro nemocného člověka zátěž na celý život. Pro určení diagnózy jsou základem různá vyšetření a vyšetřovací metody. Z důvodu nejasné příčiny je léčba nemoci velice obtížná. Zaměřuje se pouze na potlačení projevů. Léčí se převážně konzervativně „medikamentózně“, avšak při vzniku komplikací nastupuje na řadu léčba chirurgická.

Po 14-ti denní hospitalizaci byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování. Po gastrokopickém vyšetření jí byla prokázána Crohnova choroba tlustého střeva. Byla zahájena terapie s výrazným zlepšením potíží. Pacientce byla naordinována bezsezbytková dieta s omezením vlákniny a dobře stravitelná. Po propuštění objednána k pravidelným návštěvám Gastroenterologické poradny a dále vedena v dispenzarizaci. Od propuštění pravidelně navštěvuje obvodního lékaře. Domnívám se, že se mi podařilo splnit cíl, který jsem uvedla v úvodu práce.



5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] Čihák, R. (1986). *Anatomie 2*. ISBN 08-060-88
- [2] Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. (2001). *Kapesní průvodce zdravotní sestry, druhé přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Avicenum. ISBN 80-247-0242-8
- [3] Lukáš, K. a spolupracovníci (1999). *Idiopatické střevní záněty II*. Praha: Triton. ISBN 80-85875-31-4
- [4] Mařatka, Z. (1999). *Gastroenterologie*. Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 80-7184-561-2
- [5] Smith, T. a spol. (2001). *Lidské tělo*. Praha: Fortuna Print. ISBN 80-86144-67-4
- [6] LUKÁŠ, MILAN: Crohnova choroba & Ulcerózní kolitida.
URL:<http://www.crohn.ic.cz/>
- [7] Nespecifické střevní záněty. URL:<http://www.strewnizanety.cz/index.php?cmd=page&id=457&LanguageID=10&LanguageID=10>
- [8] LEDERER, D.: Crohnova choroba. Ostrava, fakultní nemocnice, (aktualizováno 27. 1. 2000). URL:<http://klub-nsz.misto.cz/cesky/klubnsz.htm>
- [9] KASPEROVÁ, MARTINA: Kolonoskopie. (aktualizováno 21. 12. 2006).
URL:<http://www.ordinace.cz/clanek/hemeroidy-kolonoskopie/>
- [10] KASPEROVÁ, MARTINA: Rektoskopie. (aktualizováno 21. 12. 2006).
URL:<http://www.ordinace.cz/clanek/hemeroidy-rektoskopie/>
- [11] ZÁDOROVÁ, ZDENA: Nespecifické střevní záněty. URL:http://www.cgs-cls.cz/cps/rde/xchg/cgscls/xsl/index_21159.html
- [12] VORLÍČKOVÁ, H., MALÁ, T.: Ošetrovatelský proces. Masarykův onkologický ústav, 2003 (aktualizováno 1. 8. 2005).
URL:http://www.mou.cz/mou/upload//Rubriky/osetrovatelstvi/osetrovatelska_proces.pdf
- [13] PROKOPIUSOVÁ, DAGMAR : Koncepce ošetrovatelství, 2004.
URL:http://www.fnusa.cz/files/kliniky/oop/Koncepce_osetrovatelstvi.pdf



6 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Informace o spolku Crocodile
Příloha 2	Barthelův test ADL
Příloha 3	Tabulka k hodnocení rizika pádu
Příloha 4	Norton skóre
Příloha 5	Dospělé nutriční skóre
Příloha 6	Glasgow coma scale
Příloha 7	VAS (Vizuální Analogová Škála)
Příloha 8	Ošetrovatelská dokumentace

Příloha 1

Členství

- ◆ Členem sdružení se může stát každá fyzická a každá právnická osoba, která má zájem podílet se na dosahování cílů sdružení a která pošle na adresu sdružení písemnou přihlášku, v níž zdůvodní svůj zájem o členství ve sdružení..
- ◆ Členství ve sdružení vznikne okamžikem, kdy rada sdružení projednala a schválila písemnou přihlášku žadatel o členství.
- ◆ Vznik členství rada sdružení bez zbytečného odkladu písemně oznámí žadateli.

Členství ve sdružení zaniká :

- ◆ vystoupením ze sdružení
- ◆ vyloučením na základě rozhodnutí rady sdružení
- ◆ úmrtím člena - fyzické osoby
- ◆ zánikem člena - právnické osoby
- ◆ Vystoupit ze sdružení může člen kdykoliv písemným prohlášením zaslaným na adresu sídla sdružení. Pokud není vystoupení učiněno v písemné formě, je neplatné.

Práva a povinnosti členů

- ◆ Každý člen sdružení má právo:
 - podílet se na činnosti sdružení,
 - být informován o činnosti,
 - svobodně vystoupit ze sdružení
- ◆ Každý člen sdružení je povinen v rámci svých možností přispívat k dosahování cíle sdružení.

Shromáždění členů

- ◆ Nejvyšším orgánem sdružení je shromáždění všech jeho členů.
- ◆ Shromáždění členů rozhoduje o všech otázkách týkajících se sdružení, pokud rozhodování o některé otázce nebylo svěřeno těmito stanovami nebo rozhodnutím shromáždění členů radě sdružení. V souvislosti s tím shromáždění členů zejména:
 - rozhoduje o změně stanov
 - volí a odvolává členy rady sdružení
 - rozhoduje o zániku sdružení
- ◆ Shromáždění členů je usnášeníschopné, je-li přítomna alespoň nadpoloviční většina všech členů sdružení.
- ◆ Shromáždění členů rozhoduje prostou většinou hlasů přítomných členů.
- ◆ Shromáždění členů svolává rada sdružení písemnou pozvánkou, která musí být zaslána členům sdružení alespoň 10 dní předem.

Rada sdružení

- ◆ Orgánem oprávněným jednat jménem sdružení je rada sdružení.
- ◆ Rada sdružení má tři členy.
- ◆ Členy rady sdružení volí a odvolává shromáždění členů. Členem rady sdružení může být pouze fyzická osoba starší osmnácti let, která je členem sdružení.
- ◆ Funkční období rady sdružení je dvouleté.
- ◆ Rada sdružení jedná jménem sdružení tak, že k vytištěnému, napsanému nebo jinak zobrazenému názvu sdružení připojí svůj podpis alespoň jeden člen rady sdružení.
- ◆ Rada sdružení rozhoduje většinou hlasů všech svých členů.

Zásady hospodaření

- ◆ Sdružení je oprávněno získávat finanční prostředky od svých členů a jiných subjektů a hospodařit s nimi.
- ◆ O nakládání s majetkem sdružení rozhoduje rada sdružení.
- ◆ Hospodaření sdružení se řídí příslušnými právními předpisy.
- ◆ Sdružení je povinno vést účetnictví v souladu s příslušnými právními předpisy, zejména v souladu se zákonem č.563/1991 Sb., o účetnictví, v platném znění.

Závěrečná ustanovení

- ◆ Činnost sdružení se řídí těmito stanovami a příslušnými právními předpisy, zejména zákonem č.83/1990Sb., o sdružování občanů, v platném znění.
- ◆ Jménem sdružení jedná až do vytvoření orgánu(ů) sdružení kterýkoliv člen přípravného výboru.

Příloha 2 – BARTHELŮV TEST ADL

HODNOCENÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI V ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTECH

NAJEDENÍ, NAPITÍ	SAMOSTATNĚ	10	POUŽITÍ WC	SAMOSTATNĚ	10
	S POMOCÍ	5		S POMOCÍ	5
	NEPROVEDE	0		NEPROVEDE	0
OBLÉKÁNÍ	SAMOSTATNĚ	10	PŘESUN LŮŽKO - ŽIDLE	SAMOSTATNĚ	15
	S POMOCÍ	5		S MALOU POMOCÍ	10
	NEPROVEDE	0		VYDRŽÍ SEDĚT	5
KOUPÁNÍ	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5	CHŮZE PO ROVINĚ	NEPROVEDE	0
	NEPROVEDE	0		SAMOSTATNĚ NAD 50m	15
				S POMOCÍ 50m	10
OSOBNÍ HYGIENA	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5	CHŮZE PO SCHODECH	NA VOZÍKU 50m	5
	NEPROVEDE	0		NEPROVEDE	0
				SAMOSTATNĚ	10
KONTINENCE MOČI	PLNĚ KONTINENTNÍ	10	CELKOVÉ SKÓRE	S POMOCÍ	5
	OBČAS INKONTINENTNÍ	5		NEPROVEDE	0
	TRVALE INKONTINENTNÍ	0		100	NEZÁVISLÝ
KONTINENCE STOLICE	PLNĚ KONTINENTNÍ	10	65 – 95	LEHKÁ ZÁVISLOST	
	OBČAS INKONTINENTNÍ	5	45 – 60	ZÁVISLOST STŘEDNÍHO STUPNĚ	
	TRVALE INKONTINENTNÍ	0	0 – 40	VYSOCE ZÁVISLÝ	

Příloha 3 – TABULKA K HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

POHYB	<i>Neomezený</i>	0	SMYSLOVÉ PORUCHY	<i>Žádné</i>	0
	<i>Používá pomůcky</i>	2		<i>Vizuální, smyslové, Smyslový deficit</i>	1
	<i>Potřebuje pomoc k pohybu</i>	1	MENTÁLNÍ STATUS	<i>Orientován</i>	0
	<i>Neschopen přesunu</i>	1		<i>Občasná noční dezorientace</i>	1
VYPRAZDŇOVÁNÍ	<i>Nevyžaduje pomoc</i>	0	VĚK	<i>Dřívější dezorientace / demence</i>	1
	<i>Nykturie / inkontinence</i>	1		<i>18 – 75</i>	0
	<i>Vyžaduje pomoc</i>	1	<i>75 a vyšší</i>	1	
MEDIKACE	<i>Neužívá rizikové léky</i>	0	PÁD V ANAMNÉZE		1
	<i>Užívá následující léky:</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Diuretika</i> ■ <i>Antiepileptika</i> ■ <i>Antiparkinsonika</i> ■ <i>Antihypertenziva</i> ■ <i>Psychotropní látky</i> ■ <i>Benzodiazepiny</i> 	1	CELKOVÉ SKÓRE: 0 bodů	Skóre 2 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu – zajistěte prevenci podle metodického pokynu „Riziko pádu“	

Příloha 4 – NORTON SKÓRE

ČÍM MÉNĚ BODŮ, TÍM VYŠŠÍ RIZIKO VZNIKU DEKUBITU

Fyzický stav		vědomí		aktivita		pohyblivost		inkontinence	
Dobry	4	Dobry	4	Chodí	4	Úplná	4	Není	4
Zhoršený	3	Apatický	3	S doprovodem	3	Částečně omezená	3	Občas	3
Špatný	2	Zmatený	2	Sedačka	2	Velmi omezená	2	Moč	2
Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Leží	1	Žádná	1	Moč + stolice	1

Příloha 5 – DOSPĚLÉ NUTRIČNÍ skóre

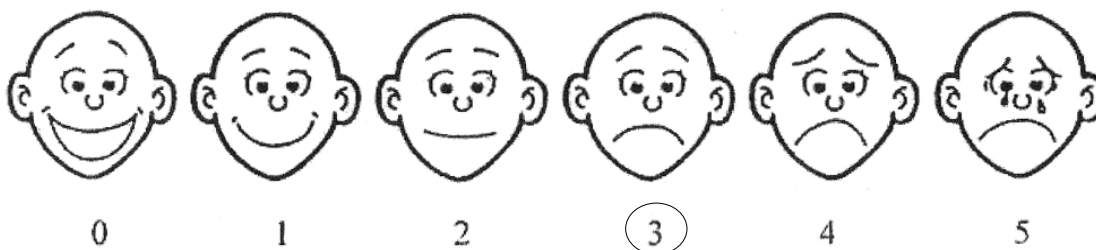
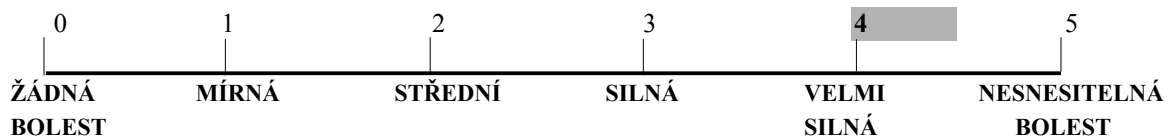
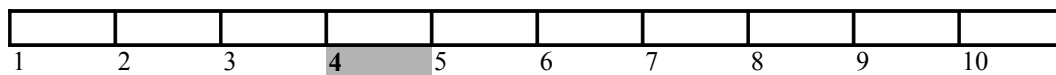
<input checked="" type="checkbox"/> 0b. věk do 65 let	<input type="checkbox"/> 1b. věk nad 65 let	<input type="checkbox"/> 2b. BMI pod 18	
<input type="checkbox"/> 0b. BMI 20 – 35	<input checked="" type="checkbox"/> 1b. BMI 18 – 20; nad 35		
ztráta hmotnosti za 3 měsíce			
	<input type="checkbox"/> 1b. 0 – 3 kg	<input type="checkbox"/> 2b. 3 – 6 kg	<input checked="" type="checkbox"/> 3b. nad 6 kg
množství jídla za poslední 3 týdny			
<input checked="" type="checkbox"/> 0b. beze změny	<input type="checkbox"/> 1b. poloviční porce	<input type="checkbox"/> 2b. jí občas nebo nejlí	
projevy nemoci v současné době			
<input type="checkbox"/> 0b. žádné	<input type="checkbox"/> 1b. nechutenství, bolesti břicha	<input checked="" type="checkbox"/> 2b. zvracení, průjem > 6 za den	
stres			
<input checked="" type="checkbox"/> 0b. žádný	<input type="checkbox"/> 1b. střední, chron. Nemoc; DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok	<input type="checkbox"/> 2b. vysoký (akut. Dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurg. Výkon, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, GIT krvácení)	
		<input type="checkbox"/> 2b. nelze změřit a zvážit	
nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny			<input type="checkbox"/> 3b.
NUTRIČNÍ RIZIKO / CELKOVÝ POČET BODŮ/			
<input type="checkbox"/> 0 – 3b. NÍZKÉ	NENÍ NUTNÁ NUTRIČNÍ INTERVENCE		
<input checked="" type="checkbox"/> 4 – 7b. STŘEDNÍ	NUTNÉ VYŠETŘENÍ DIETNÍ SESTROU		6 bodů
<input type="checkbox"/> 8 – 12b. VYSOKÉ	NUTNÁ SPECIÁLNÍ NUTRIČNÍ INTERVENCE		

Příloha 6 – GLASGOW COMA SCALE

Otvírání očí		Spontánní Na slovní výzvu Na bolestivý podnět Nereaguje	4 3 2 1	Reakce zornic ++ = rychle + = pomalu - = nereaguje C = oči zavřeny (otok)
Nejlepší motorická odpověď	na slovní výzvu na bolestivý podnět	Adekvátní Lokalizuje bolest Úhyb Flexe na bolest Extenze na bolest Bez odpovědi	6 5 4 3 2 1	CELKOVÉ SKÓRE: 15
Nejlepší slovní odpověď	Plně orientovaný a konverzuje Dezorientován a konverzuje Neadekvátní výrazy a slova Nesrozumitelné zvuky Bez odpovědi		5 4 3 2 1	15 nad 13 PLNÉ VĚDOMÍ 8 – 13 PORUCHA VĚDOMÍ pod 8 bezvědomí 3 HLUBOKĚ BEZVĚDOMÍ

Příloha 7 – VAS (VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA)

→ SMĚR ZVYŠOVÁNÍ INTENZITY BOLESTI



Příloha 8

Ošetrovatelská dokumentace

UK 2. LF
Ústav ošetrovatelství

JMÉNO: MICHAELA		PŘÍJMENÍ: VEPRÁNKOVÁ				
ROČNÍK: 3		Ak. ROK: 2007/2008				
Souhlas klienta se získáváním informací ke studijním účelům Podpis:						
Iniciály nemocného: A.P.		Oddělení: INTERNÁ II				
Pohlaví: ŽENA		Datum přijetí: 1.1.2008				
Věk: 1988		Den hospitalizace: 1				
Stav: UDANA						
Vzdělání: STŘEDOBŘEŽSKÉ						
Povolání: ŽENIČKA						
Kontaktní osoba: MANŽEL						
III. DŮVOD PŘIJETÍ (použit slova pacienta) DOLNÍ DYSPEPTICKÝ SYNDROM S TENDENCÍ NA GASTROINTESTINÁLNÍ CHOROBY						
I. LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY Hlavní: DOLNÍ DYSPEPTICKÝ SYNDROM Ostatní: CHRONICKÁ HYPOKORTIZMIE, HYPERLIPIDEMIE, ANGIOMYOLIPOM PRÁVEJÍ JEDNINY, HYPERPE, KOMPLIKACE TROPICARE S RESEKCI OVARIA A TUBA						
CHRONICKÁ TERAPIE Nemocný má u sebe tyto léky: EUTHYROX 50mg 1/0-0 v.o. Je pončen o užívání: ANO/NE						
ALERGICKÁ ANAMNÉZA Léky: Potraviny: Ostatní:						
RIZIKA Alkohol: ANO kolik..... NE Kouření: ANO kolik..... NE Ostatní drogy: ANO kolik..... NE Jiná rizika: /						
FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ Orientace: x místem x časem x prostorou orientována Puls: 90 Dech: 19 Tělesná teplota: 36,8°C TK: 115 / 85 Torr Stav výživy: Výška: 158 cm Váha: 45 kg BMI: 19 Stav kůže: NORMA Barva: NORMA Turgor: norma zvýšený x snížený Jizvy: Ne Ano (lokalizace): pravý podkřížek Jiné kožní defekty: / Riziko vzniku dekubitů - (Norton score): 18 Dekubitus: Ne Ano (lokalizace):						
Stav dutiny ústní: Sliznice: NORMA Chrup: SVAŠ Nos: Průchodnost: NORMA Sekrece: / Sluchové omezení: Ano - Ne Kompenzační pomůcky: Zrakové omezení: Ano - Ne Kompenzační pomůcky: Chutíové omezení: Ne - Ano slaná, sladká, hořká, kyselá Chůze: jistá / nejistá (opora) ležící		DIETA: 3 Jiná omezení: /				
INVAZIVNÍ VSTUPY - ŽÁDNÉ						
	Žilní katétr	Močový katétr	Drén	Sonda	Stomie	Jiné
Datum						
Lokalizace						
Typ						

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Vnímání zdraví</p>	<p>Jaká je úroveň Vašeho zdraví? <input type="checkbox"/> dobrá <input checked="" type="checkbox"/> narušená <input type="checkbox"/> špatná Jak si udržujete zdraví? <input checked="" type="checkbox"/> pohyb <input checked="" type="checkbox"/> strava <input type="checkbox"/> preventivní prohlídky <input type="checkbox"/> jiné..... Prodělané nemoci nebo úrazy za poslední rok? <u>SAŽNĚ</u> Lékařská doporučení: <input checked="" type="checkbox"/> dodržujete <input type="checkbox"/> nedodržujete-důvod: Cítíte se dostatečně poučen (o zdrav. stavu , vyšetřeních, léčbě, právech pacientů) Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne (v čem)..... Porozuměl jste dostatečně podaným informacím? Ano - Ne</p>	<p>Oš.dg.: <u>NEPOCHOPNOST ADAPTACE Z DŮVODU AKUTNÍ</u> Cíl: <u>HOSPITALIZACE PROJEVUJÍCÍ SE IZOLOVÁNÍM</u> Plán péče: <u>PACIENTKA</u></p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Výživa – metabolismus</p>	<p>Jaký je Váš denní příjem stravy? (typ a počet jídel) <u>3x denně + sůla</u> Změnila se Vaše hmotnost za poslední rok? Ne – Ano (o kolik) <u>nebole - 10 kg +</u> Dietní omezení? Ne - Ano (jaká) Příjem stravy: <input checked="" type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> jiný..... Potíže při příjmu stravy: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> s polykáním <input type="checkbox"/> s kousáním <input type="checkbox"/> jiné..... Chuť k jídlu: <input checked="" type="checkbox"/> nezměněna <input type="checkbox"/> změněna (jak) Denní příjem tekutin: <u>3000</u> /ml Preferované tekutiny: <u>čaj, voda, džus</u> Pocit žízně: Ano – Ne <input checked="" type="checkbox"/> Zvláštnosti, zvyky, přání: <input checked="" type="checkbox"/></p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Hygienická péče</p>	<p>Hygienickou péči provádíte: <input checked="" type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí (v čem konkrétně): Způsob a frekvence: <u>1x</u> /denně <input checked="" type="checkbox"/> sprcha <input type="checkbox"/> koupel Stav pokožky: <input type="checkbox"/> suchá <input checked="" type="checkbox"/> vyživená <input type="checkbox"/> defekty <input type="checkbox"/> otoky (lokalizace, velikost cm)..... Specifická péče o kůži: <u>vyživa, masáž</u></p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Vylučování</p>	<p>Způsob močení: <input checked="" type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> podložní mísa <input type="checkbox"/> močová láhev <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> plenkové kalhotky Frekvence: <u>8x</u> /24hod. Množství: <u>100ml</u> <input checked="" type="checkbox"/> obtíže <u>ne</u> <input checked="" type="checkbox"/> barva <u>normální</u> <input checked="" type="checkbox"/> příměsi <u>ne</u> Inkontinence moče: <input checked="" type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná typ..... Způsob defekace: <input checked="" type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> podložní mísa <input type="checkbox"/> plenkové kalhotky Frekvence: <u>1x</u> /24hod. Pravidelnost Ano-Ne <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> konzistence <u>normální</u> <input type="checkbox"/> příměsi <u>ne</u> <input checked="" type="checkbox"/> obtíže <u>ne</u> <input type="checkbox"/> léky..... Odchod plynů: Ano - Ne <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><u>Příjem z důvodu závažné střežby projevující se křečovitými bolestmi v pravém podbřišku.</u></p>

Vylučování	Inkontinence stolice: <input checked="" type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná Stomie: Ne - Ano (lokalizace)..... Zvracení: Ne - Ano frekvence..... množství..... Pocení: <input checked="" type="checkbox"/> přiměřené <input type="checkbox"/> nadměrné	
Aktivita-cvičení	Cvičíte pravidelně? Ne - Ano (typ cvičení) Jak trávíte volný čas? <input checked="" type="checkbox"/> pasivně <input type="checkbox"/> aktivně Faktory bránící aktivitě... <i>neumí</i> Zájmy, záliby... <i>čtení, TV, procházky se psou</i> Míra soběstačnosti (Barthel score)... <i>100</i>b.	
Spánek-odpočinek	Spánek: <input type="checkbox"/> nepřerušovaný <input checked="" type="checkbox"/> přerušovaný...../za noc <i>vícekrát</i> <input checked="" type="checkbox"/> potíže s usínáním Ne - Ano (hod.) <i>vícekrát</i> <input type="checkbox"/> jiné..... <input type="checkbox"/> léky..... Pocity po probuzení... <i>otřelost</i> Faktory ovlivňující usínání a spánek... <i>bolest kolany</i>	SPÁNEK NARUŠENÝ Z DŮVODU BOLESTI HLAVY PROJEVUJÍCÍ SE ÚNAVOU.
Vnímání - poznávání	Pociťujete v poslední době nějaké změny paměti? Ne - Ano (jaké)..... Hodnocení psych. stavu a paměti: <input type="checkbox"/> MMSTscore.../.....bodů <input type="checkbox"/> slovní zhodnocení (orientace)... <i>13 směřová</i> Paměť porušená: Ne - Ano <input type="checkbox"/> krátkodobá <input type="checkbox"/> dlouhodobá <input type="checkbox"/> výbavnost Pozornost: <input checked="" type="checkbox"/> udrží <input type="checkbox"/> neudrží Faktory ovlivňující pozornost..... Řeč: <input checked="" type="checkbox"/> plynulá <input type="checkbox"/> přerušovaná <input type="checkbox"/> jiná..... <input type="checkbox"/> nonverbální projevy... <i>ne</i>	
Vnímání bolesti	Charakter: <input checked="" type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input checked="" type="checkbox"/> křečovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná Lokalizace... <i>pravý polštářek, hlava</i> Intenzita (škála 0 - 10)... <i>8</i> Typ: <input type="checkbox"/> akutní (od kdy)..... <input checked="" type="checkbox"/> chronická (od kdy)... <i>10 min po každém jídle</i> Kdy se projevuje: <input checked="" type="checkbox"/> během dne <input checked="" type="checkbox"/> v noci v klidu <input type="checkbox"/> při pohybu Faktory ovlivňující bolest... <i>úleva na polštářku nepoužívá</i>	BOLEST V POKŘÍŠKU Z DŮVODU ZAPNĚTU STŘEVA PROJEVUJÍCÍ SE ÚZKOSTÍ.

Sebepojetí	<p>Vnímáte nějaké změny svého tělesného vzhledu? <u>ANO</u></p> <p>Pocítujete nějaké změny ve Vašem psychickém stavu? <u>ANO</u></p> <p>Existuje něco, co Vás zneklidňuje? <u>NEANO</u></p> <p>Prožíváte často: <input checked="" type="checkbox"/> strach <input checked="" type="checkbox"/> úzkost <input type="checkbox"/> vztek <input type="checkbox"/> smutek <input checked="" type="checkbox"/> stres <input type="checkbox"/> radost</p> <p>Co je vyvolalo? <u>NEANO</u></p> <p>Co Vám pomáhá? <u>ANNA...K...V...D...R...A...N...E...M...I...M</u></p>	<p><u>OBRAZ TĚLA POUKREKÝ Z DŮVODU ZÁKLADNÍHO</u> <u>ONEKOROVENÍ PRÁVĚVULČÍ SE NEGATIVNÍMI POCITŮ</u> <u>NAD VLASTNÍM TĚLEM.</u></p>
Role - mezilidské vztahy	<p>Bydlíte: <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s partnerem <input type="checkbox"/> s rodiči <input checked="" type="checkbox"/> s vlastní rodinou</p> <p>Jaký je Váš pocit ze vztahů <input checked="" type="checkbox"/> s partnerem.... <u>dobry</u> <input checked="" type="checkbox"/> s rodiči... <u>dobry</u> <input checked="" type="checkbox"/> s dětmi.... <u>dobry</u></p> <p>Je na Vás rodina závislá? Ne – <u>Ano</u> (jak) <u>dobry</u></p> <p>Jste spokojen ve svém zaměstnání? <u>Ano</u> – Ne</p> <p>Máte domácí zvíře? Ne – <u>Ano</u> (jaké) <u>pes, kočka</u></p> <p>Kdo o něj pečuje v současnosti? <u>rodina</u></p>	
Sexualita-reprod.sch.	<p>Menstruace: od kolika let: <u>16</u></p> <p>Klimakterium: <u>/</u></p> <p>Prevence: <input type="checkbox"/> samovyšetření prsu <input checked="" type="checkbox"/> preventivní gyn. prohlídky <input checked="" type="checkbox"/> jiné <u>mamografie</u></p> <p>Jiné obtíže? <u>/</u></p> <p>Muž: onemocnění urogenit. traktu? <u>/</u></p> <p>Operace? <u>oběhová chirurgie -</u> <u>- OVARIEKTOMIE</u></p>	
Věra – životní hodnoty	<p>Jste věřící? <u>Ne</u> – Ano (jaké vyznání).....</p> <p>Přejete si zprostředkovat kontakt s: knězem pastorem jinou osobou</p> <p>Věříte v něco jiného? Ne – <u>Ano</u> (v co?) <u>rodina</u></p>	