



**UNIVERZITA KARLOVA
V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



**Ošetrovatelská péče o pacientku
s dg. colitis ulcerosa**

Nursing care of the patient
with dg. ulcerative colitis

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Petra Králová

Autor práce:

Petra Králová

Bakalářský studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Bakalářský studijní obor:

Zdravotní vědy

Vedoucí práce:

Mgr. Jana Heřmanová

Pracoviště vedoucího práce:

UK v Praze, 3. lékařská fakulta,

Ústav ošetřovatelství

Odborný konzultant:

Dr. František Novák

Pracoviště odborného konzultanta:

VFN v Praze

IV. interní klinika, JIP

Termín obhajoby:

duben 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla použita ke studijním účelům.

V Praze dne 27.února 2009

.....

Petra Králová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé práce paní Mgr. Janě Heřmanové za cenné rady a ochotnou pomoc při vypracovávání. Dále bych též ráda vyjádřila poděkování Dr. Františkovi Novákovi a Dr. Alešovi Novotnému za odbornou spolupráci a poskytnuté rady.

Obsah:

1 Úvod	7
2 Klinická část	8
2.1 Obecná část	8
2.1.1 Stavba stěny trávicí trubice	8
2.1.2 Anatomie tlustého střeva a konečníku	8
2.1.3 Fyziologie tlustého střeva a konečníku	10
2.1.4 Charakteristika onemocnění	11
2.1.4.1 Definice colitis ulcerosa	11
2.1.4.2 Epidemiologie	11
2.1.4.3 Etiologie	12
2.1.4.4 Klinický obraz	12
2.1.4.5 Klasifikace podle rozsahu postižení	14
2.1.4.6 Průběh onemocnění	14
2.1.4.7 Diagnostika	15
2.1.4.8 Komplikace	17
2.1.4.9 Extraintestinální manifestace a metabolické důsledky	18
2.1.4.10 Léčba	19
2.1.4.11 Prognóza	24
2.2 Základní údaje o nemocné	25
2.2.1 Identifikační údaje	25
2.2.2 Údaje z lékařské anamnézy	25
2.2.3 Diagnostické výkony a vyšetření v průběhu hospitalizace	27
2.2.4 Farmakoterapie	30
2.2.5 Průběh hospitalizace	32
3 Ošetrovatelská část	34
3.1 Ošetrovatelský proces	34
3.2 Model „Fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové	34
3.3 Aplikace modelu „Fungujícího zdraví“	35
3.4 Ošetrovatelské diagnózy	42
3.5 Dlouhodobá ošetrovatelská péče	54
3.6 Psychologie nemocné	55

4 Edukace.....	57
5 Závěr	60
6 Seznam zkratk	61
7 Seznam použité literatury	63
8 Seznam příloh	65

1 Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou O.S., 37 let, která byla hospitalizována na metabolické jednotce intenzivní péče interní kliniky s diagnózou colitis ulcerosa, relaps choroby.

V klinické části práce se zabývám anatomií a fyziologií tlustého střeva a konečníku. V další části stručně charakterizuji onemocnění a zmiňuji epidemiologická data v České republice. Dále popisuji etiologii, klinický obraz a průběh choroby. Také se zde zabývám diagnostikou onemocnění, jejími komplikacemi, léčbou a prognózou.

Na tuto část navazují základní údaje o nemocné, které jsem čerpala ze zdravotnické dokumentace. Obsahují stav při přijetí, lékařskou anamnézu, provedené diagnostické výkony, vyšetření a léčbu. Na závěr klinické části stručně popisuji průběh hospitalizace.

V ošetrovatelské části práce používám metodu ošetrovatelského procesu. K vytvoření ošetrovatelské anamnézy a hodnocení nemocné jsem použila model „Fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové. V této části stanovuji aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy k prvnímu pooperačnímu dni. Podrobný plán ošetrovatelské péče byl stanoven s ohledem na současný zdravotní stav, potřeby a problémy nemocné. V textu popisuji realizaci ošetrovatelského plánu a hodnotím poskytovanou péči. Navazuje dlouhodobá ošetrovatelská péče a psychologie nemocné. Další část práce je věnována problematice edukace, která je zaměřena na soběstačnost v péči o stomii.

Závěr bakalářské práce tvoří shrnutí a prognózu dalšího vývoje zdravotního stavu pacientky.

Práce je doplněna přílohami.

2 Klinická část

2.1 Obecná část

2.1.1 Stavba stěny trávicí trubice

Stěna trávicí trubice má čtyři základní vrstvy. Vnitřní, lumenální, vrstva je sliznice, tunica mucosa, tvořená na povrchu epitelem, lamina epithelialis, který je v dutině ústní, hltanu, části jícnu a terminální části konečnicku vrstevnatý dlaždicový, v ostatních částech pak jednovrstevný cylindrický s četnými žlázkami. Pod ní je tenká vrstva svaloviny, muscularis mucosae, pak vrstva řídkého vaziva, tela submucosa, následuje vrstva svalová, tunica muscularis, zpravidla uspořádaná do vnitřní vrstvy cirkulární a zevní podélné, longitudinální. V submukoze a ve svalovině jsou pleteně autonomních nervů – plexus submucosus Meissneri a plexus myentericus Auerbachí. Příčně pruhovaná svalovina trávicí trubice je inervována míšními a hlavovými nervy a je ovládána vůlí. Hladkou svalovinu inervuje autonomní systém a nepodléhá volní kontrole. Na povrchu trávicí trubice se nachází buď vazivová adventicie (hltan, jícen), nebo serózní pobřišnice, peritoneum, která kryje části trubice nacházející se v břišní dutině (5,12).

2.1.2 Anatomie tlustého střeva a konečnicku

Tlusté střevo – intestinum crassum

Tlusté střevo je poslední úsek trávicí trubice, které asi 1,5 m dlouhé a po stranách a nahoře obkružuje kličky **tenkého střeva**, intestinum tenue. Začíná v pravé jámě kyčelní nejobjemnější částí – **slepým střevem**, caecum, pokračuje jako **tračník vzestupný**, colon ascendens, **příčný**, colon transversum a **sestupný**, colon descendens, který přechází do **esovitě kličky**, colon sigmoideum. Na ní navazuje poslední část tlustého střeva, **konečník**, rectum, ležící již v malé pánvi.

Sliznice tlustého střeva je bez klků a tvoří poloměsíčitě řasy. Obsahuje velké množství hlenových žláz, jejichž produkt chrání sliznici. Smrštěním cirkulární svaloviny vznikají výpuky – haustra, jejich poloha se mění. Postupují od slepého střeva ke konečníku a posunují obsah střevní.

Tlusté střevo zásobuje a. mesenterica superior a a. mesenterica inferior. Ke konečníku přicházejí ještě větve z vnitřní kyčelní tepny, a. iliaca interna. Žíly z tlustého střeva až po horní okraj konečníku odvádějí krev do v. portae, ze zbytku konečníku pak do dolní duté žíly (12).

Slepé střevo, caecum

Slepé střevo je asi 7cm dlouhý, vakovitý začátek tlustého střeva, uložený v pravé kyčelní jámě. Je to nejširší část střeva o průměru 6-7 cm. Zleva do něj ústí konečná část tenkého střeva, ileum. Při vyústění tenkého střeva do céka vytváří sliznice horní a dolní příčnou řasu, valvula ileocaecalis (Bauhini), která brání zpětnému posunu obsahu. Pod ileocékálním spojením je **červovitý výběžek**, appendix vermiformis. Délka appendixu může kolísat mezi 2-12 cm. Nejčastěji je uložen pod cékem a směřuje do malé pánve, kde se dostává do blízkosti močového měchýře nebo vaječníku. V appendixu se nachází velké množství lymfatické tkáně a často dochází k jeho zánětům (5,12).

Tračník, colon

Na slepé střevo navazuje **vzestupný tračník**, colon ascendens, který probíhá vzhůru po pravé straně břišní dutiny až pod játra, kde jaterním ohbím, flexura coli dextra, přechází do tračníku příčného. Je dlouhý asi 12-16 cm a přirůstá na zadní stěnu břišní dutiny. **Příčný tračník**, colon transversum, kříží břišní dutinu zprava do doleva až ke slezině. Měří přibližně 50-60 cm. Je zavěšen na peritoneálním závěsu, mesocolon transversum a visí před kličkami tenkého střeva dolů. **Sestupný tračník**, colon descendens, jde podél levé stěny břišní do levé jámy kyčelní, kde pokračuje v esovitou kličku. Je dlouhý asi 22-30 cm a stejně jako vzestupný tračník je fixován k zadní stěně břišní dutiny. **Esovitá klička**, colon sigmoideum, měří asi 30-40 cm a svým konečným úsekem

vstupuje do malé pánve, kde na ni navazuje poslední část tlustého střeva, konečník, rectum.

Konečník, rectum et canalis analis

Konečník je 12-15 cm dlouhý a leží těsně před křížovou kostí. Nejprve se rozšiřuje do **ampuly**, ampulla recti, dlouhé asi 10-12 cm. Sliznice zde vytváří tři příčné řasy, z nichž prostřední je největší, **Kohlrauschova řasa**. Rektum přechází v **řitní kanál**, canalis analis, na jehož konci jsou dva svěrače. Vnitřní, m. sphincter ani internus, který je z hladké svaloviny a zevní, m. sphincter ani externus, tvořený příčně pruhovanou svalovinou, který je volně ovladatelný (5,12).

2.1.3 Fyziologie tlustého střeva a konečníku

Do kolon prochází trávenina dlouhým ileocékálním svěračem, který brání překotnému vyprazdňování tenkého střeva a současně návratu tráveniny.

Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání iontů a vody, skladování zbytků chymu, zahušťování obsahu a vylučování formované stolice (defekace). V kolon se netvoří trávicí šťáva, ale tak jako ve všech ostatních částech trávicí trubice se zde produkuje množství vazkého hlenu, který ochraňuje stěnu tlustého střeva před poškozením a pomáhá tvořit formovanou stolici.

Tlusté střevo je osídleno různými bakteriemi, které jsou schopné štěpit část rostlinné vlákniny. Činností bakterií vznikají vitaminy, především K, ale také thiamin (B1) a riboflavin (B2). Kromě toho zde vznikají střevní plyny složené z CO₂, vodíku, sirovodíku a metanu, které jsou částečně vstřebávány a část může odcházet řitním otvorem.

Střevní obsah je posouván peristaltickými pohyby z tlustého střeva do rekta (průchod trvá dva až tři dny), jehož naplnění spouští defekační reflex (13,16).

2.1.4 Charakteristika onemocnění

2.1.4.1 Definice colitis ulcerosa

„Colitis ulcerosa, v českém písemnictví označovaná také jako idiopatická proktokolitida, je hemoragicko-katarální nebo ulcerosní zánět sliznice tlustého střeva, postihující vždy rektum a šířící se kontinuálně na různě rozsáhlou část tlustého střeva nebo na celé tlusté střevo“ (7,s.17). Zánět postihuje především povrchní vrstvy střevní stěny. Jde o onemocnění neznámé etiologie a neúplně objasněné patogeneze. Colitis ulcerosa patří do skupiny idiopatických střevních zánětů (dále ISZ) a průběh onemocnění je charakterizován relapsy a remisemi. Jde o chorobu, kterou nelze medikamentózně definitivně vyléčit, k definitivnímu odstranění choroby vede jen chirurgická léčba – vynětí konečníku a tračníku (17).

2.1.4.2 Epidemiologie

Roční **incidence** v České republice je 3-5/100 000 obyvatel. **Prevalence** v České republice je 40-45/100 000 obyvatel.

Nemoc se nejčastěji objevuje v adolescenci nebo v nižším dospělém **věku**. Nejčastější je výskyt mezi 15. až 25. rokem života. Druhý vrchol je zaznamenán mezi 50. až 80. rokem života.

Jsou nalézány **geografické variace**. Výskyt ISZ je častější na severu než na jihu a častěji u obyvatelstva městského než venkovského. Vyskytují se i **rasové rozdíly**, kdy ISZ jsou více problémem u obyvatel bílé než černé rasy (11,14).

„Větší vazba ISZ na ženské nebo mužské **pohlaví** nebyla jednoznačně prokázána. Zdá se, že muži mají nepatrně větší riziko vzniku colitis ulcerosa“ (14,s.40).

2.1.4.3 Etiologie

V současné době jsou již známy mnohé z patogenetických mechanismů působících při rozvoji colitis ulcerosa, ale vlastní etiologie stále ještě uniká poznání. Bylo vysloveno mnoho hypotéz o příčině nemoci, žádná však není přijímána všeobecně.

„Nejvíce zastánců má představa, že jde o **autoimunitní onemocnění**“ (6,s.597). Autoimunitní proces je pravděpodobně zahájen nespecifickým poškozením sliznice tlustého střeva. Uvolněním antigenů z kolonocytů dojde k navození autoimunitní reakce protilátkové i buněčné. Významné jsou zřejmě protilátky typu IgG proti proteinu P40, který je součástí cytoskeletu kolonocytů a vyskytuje se též v kůži, rohovce a ve žlučových cestách, což by mohlo souviset s extraintestinálními projevy onemocnění. Tyto protilátky mají patrně klíčovou roli při vzniku onemocnění a označují se též jako **CCA-IgG-Ab** (colon colitis associated IgG antibody) a lze je prokázat až u 85 % nemocných.

Jiným imunitním mechanismem může být porucha imunitní regulace s nepřiměřenou lokální imunitní aktivací, která vede ke zvýšené produkci různých cytokinů - mediátorů zánětu.

Genetické aspekty

Vyšší výskyt ISZ v některých rodinách, u některých etnik a shoda onemocnění u monozygotních dvojčat svědčí pro přítomnost **genetických vlivů**. Výskyt colitis ulcerosa u monozygotních dvojčat, dle světových studií, dosahuje 20 % (6,14).

Vliv infekce

V současné době existují hypotézy o úloze infekčního agens u ISZ. Jednou z možností je kvalitativní a kvantitativní porucha složení primárně nepatogenní flóry, které může vyvolat vznik zánětlivých změn. „V etiopatogenezi se uvažuje i o možném podílu protrahované imunitní reakce jako odpovědi na normální složení střevní flóry v důsledku porušené bariérové funkce střeva“ (14,s.64).

Vliv zevního prostředí

Vzhledem k nárůstu incidence a prevalence ISZ v posledních letech, v populaci s vyšší životní úrovní, je pravděpodobné, že velký význam v etiopatogenezi má změna životního stylu, stravování a přípravy jídla.

Z možných etiologických agens při vzniku colitis ulcerosa, jsou nejvíce shodné studie zabývající se úlohou kouření. „Kouření má nesporný vztah ke vzniku a průběhu nemoci“ (14,s.69). Kouření cigaret neznámým mechanismem působí jako ochranný faktor před nepříznivým průběhem nemoci. Nemoc je častější u nekuřáků nebo u lidí, kteří přestali kouřit.

Dalšími predisponujícími faktory se zdají být sedavá práce v kancelářích a psychicky náročné zaměstnání s častými stresy. Emoční vlivy, psychický stres mohou být u predisponovaných lidí spouštěcím faktorem vzniku nemoci nebo jejího relapsu (14).

2.1.4.4 Klinický obraz

Dominantním příznakem colitis ulcerosa je **průjem**, který je obvykle, ale ne vždy, spojen s **příměsí krve** ve stolici. Vyprazdňování bývá časté, ale stolice bývají málo objemné. Mohou být přítomny **tenesmy**, rektální bolest a nucení na stolici, kumulované ranní defekace. Při těžším průběhu a extenzivním rozsahu zánětu mohou mít nemocní i více než 20 vodnatých stolic za den, a defekace mohou být i během noci. Z dalších symptomů se mohou vyskytovat **bolesti v břiše**, které jsou výrazné zejména při fulminantním průběhu. Dále mohou být tyto projevy nemoci: teplota, anorexie, nauzea, zvracení a úbytek hmotnosti, který je tím větší, čím rozsáhlejší je postižení tlustého střeva.

2.1.4.5 Klasifikace podle rozsahu postižení

1. **pankolitida** – postižení celého tračníku
2. **subtotální forma** – tračník je postižen od rekta po hepatické ohbí
3. **levostranná forma** – tračník je postižen od rekta po ileální ohbí
4. **proktosigmoiditida** – postižení rekta a sigmoidea
5. **proktitida** – je postiženo jen rektum

U 10-14 % nemocných s pankolitidou je nalézáno zánětlivé postižení tenkého střeva, tzv. **backwash ileitis**, které vzniká regurgitací obsahu tračníku insuficientní ileocekální chlopní.

V praxi se využívá dělení na:

1. **tvár lehký** – rektální (30-50 %)
 2. **tvár středně těžký** – levostrannou kolitidu (30-50 %)
 3. **tvár těžký** – pankolitidu (15-20 %)
- (11).

2.1.4.6 Průběh onemocnění

U 18 % nemocných je jen **jedna ataka** akutní kolitidy, 7,2 % nemocných má **chronický kontinuální průběh** s perzistentními symptomy a nekompletní remisí. Většina nemocných, asi 64 %, má **chronický intermitentní průběh** s relapsy a remisemi. Největší incidence vzniku obtíží je na jaře a na podzim a je velmi pravděpodobné spojení mezi infekcemi respiračního a trávicího ústrojí. Až 8-10 % nemocných má **průběh fulminantní**, který může skončit fatálně. Za remisi u colitis ulcerosa je považován stav, kdy je nemocný zcela bez potíží a endoskopický náález je zcela normální.

Tíže klinického průběhu je obvykle úměrná rozsahu postižení střeva a intenzitě zánětu (10,11,14).

2.1.4.7 Diagnostika

Na ISZ je nutno pomýšlet u všech nemocných s průjmem nebo krvavým průjmem, zácpou, subileózními stavy, tenesmy, bolestmi v břiše, teplotou a úbytkem hmotnosti. Onemocnění se může projevovat atypicky při nepřítomnosti břišních příznaků, např. jen teplotami nebo mimostřevními příznaky (11).

1/Endoskopie

Kolonoskopie hraje prvořadou roli v diagnóze ISZ a rovněž při dalším sledování nemocných. Kolonoskopie je vyšetření tlustého střeva, při němž lze v řadě případů proniknout až do terminálního ilea. Před vyšetřením je bezpodmínečně nutná dokonalá očista tračníku. Kolonoskopické vyšetření dovoluje přímé vyšetření slizničních lézí a odběr bioptických vzorků pro histologické vyšetření. Endoskopickými projevy colitis ulcerosa jsou **úbytek cévní kresby, difúzní erytém, edém, granulární sliznice, přítomnost žlutavého exsudátu na povrchu sliznice, křehkost** sliznice a v těžších případech **vředy**. Důležitým nálezem pro colitis ulcerosa je její **distribuce**. Nemoc začíná v rektu a pokračuje souvisle proximálním směrem. Absolutní kontraindikací diagnostické kolonoskopie jsou toxické megakolon a vyšetření v době vysoké aktivity nemoci, které může být nebezpečné (11,12).

2/Radiodiagnostika

Irigoskopie

Při tomto vyšetření baryová suspenze aplikovaná do tlustého střeva jako klyzma vytváří náplň tlustého střeva, po vyprázdnění a insuflaci vzduchu vznikne reliéfový obraz tračníku („dvojí kontrast“). Tato metoda byla do značné míry nahrazena kolonoskopií. Irigoskopie se provádí obvykle jen při nemožnosti vyšetřit endoskopicky celé tlusté střevo nebo v případech, kdy je důležitější vidět kontury tračníku než jeho vnitřní povrch (12).

Nativní snímek

Nativní snímek břicha má největší význam při podezření na toxické megakolon. „Toxické megakolon se ve skiagramu projevuje jako paralyzovaná, plynem naplněná trubice s edémem stěny a defekty ve vzduchovém sloupci“ (11,14).

Magnetická rezonance

Tato metoda může napomoci v diagnostice změn v oblasti rekta a perirektálního prostoru.

3/ Radioizotopová vyšetření

Scintigrafie značenými leukocyty

Metoda dovoluje posoudit rozsah onemocnění, hodnocení aktivity zánětu a detekci hnisavých lokálních komplikací. Starší metodou je scintigrafie zánětu značenými autologními leukocyty. Druhou metodou je nověji zavedená imunoscintigrafie zánětu značenými leukocyty in vivo. Princip spočívá v migraci označených leukocytů do míst aktivního zánětu v postižené tkáni.

Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření jsou užívána jako pomocná k:

1. určení diagnózy,
2. hodnocení aktivity nemoci,
3. odhalení komplikací a extraintestinálních manifestací.

Z laboratorních nálezů bývá v 70 % u nemocných s colitis ulcerosa přítomna **anémie** (mikrocytární, sideropenická), která může odrážet nejen aktivitu onemocnění, ale i větší krvácení ze zvrhodovatělé sliznice. **Sedimentace** červených krvinek bývá zvýšena v závislosti na aktivitě onemocnění a přítomnosti komplikujících infekcí. Dalším cenným ukazatelem zánětu je „bílkovina akutní fáze“, **CRP** (c-reaktivní protein). Výška koncentrace CRP v séru má těsný vztah k aktivitě a extenzi zánětu.

Počet **leukocytů** v periferní krvi může být normální nebo zvýšený a obvyklý je i posun doleva. V některých případech bývá i **trombocytóza**. Při těžkém průběhu dochází k poruchám acidobazické rovnováhy a ke změnám v koncentraci

elektrolytů. Může být přítomna i hypoproteinemie. Až u 70 % nemocných s colitis ulcerosa jsou zvýšeny protilátky ANCA (autoprotilátky proti cytoplazmě neutrofilních leukocytů), proto se v praxi využívají jako subklinický marker (11,14).

2.1.4.8 Komplikace

Krvácení z rektu

Krvácení z rektu je dominantním znakem u nemocných s colitis ulcerosa a je obvykle nevelké, ale trvalé. Masivní krvácení se může vzácněji vyskytovat u extenzivního postižení (10).

Toxické megakolon

Toxické megakolon je rozšíření tlustého střeva spojené se zvětšením jeho objemu, městnáním obsahu a zesílením stěny toxickým poškozením střevních svalů a nervů. Toxické megakolon je obávanou komplikací nemoci a nejčastěji vzniká při fulminantním průběhu nemoci. Jeho výskyt u colitis ulcerosa se pohybuje mezi 2-11 % .

Zánět, který byl při colitis ulcerosa omezen na sliznici, přestupuje do hlubších vrstev střevní stěny a dochází k destrukci **myenterické pleteně**. Ztráta inervace v důsledku způsobí ztrátu napětí svaloviny, vymizení peristaltiky a vznik paralytického ileu, které je provázeno hromaděním velkého množství plynu s následnou enormní dilatací střeva. Fyziologické funkce tračnickové bariéry se vytratí, zejména slizniční antibakteriální bariéra a stimulace imunitního střevního systému. Dochází k prostupu bakteriálních toxinů i antigenů přes tuto bariéru a výsledkem je v konečné fázi rozvoj toxémie a sepse (3).

Střevní perforace

Volná perforace u colitis ulcerosa je obvykle komplikací toxického megakolon. Nejvíce perforací vzniká v levé polovině tračnicku. Mortalita dosahuje až 50 %. Další příčinou perforace tlustého střeva může být iatrogenní poškození při kolonoskopii (10,14).

Kolorektální karcinom

Nejdůležitější faktory ovlivňující vznik kolorektálního karcinomu jsou rozsah postižení a délka trvání nemoci. Riziko vzniku karcinomu se zvyšuje u nemocných s pankolitidou (difúzní tvar) po 8-10 letech trvání nemoci (14).

2.1.4.9 Extraintestinální manifestace a metabolické důsledky

Extraintestinální manifestace jsou rozličné nonintestinální symptomy, které se vyskytují u ISZ. Řada změn postihující extraintestinální orgány má charakter komplikací ISZ, nebo jde o vzdálené projevy nemoci. Patogenetický mechanismus, kterým jsou mimostřevní projevy vyvolány, není přesně znám. Na některých extraintestinálních projevech ISZ má velký podíl i dlouhodobá medikamentózní terapie.

Kloubní manifestace: artritida, polyartritida, spondylitida.

Oční manifestace jsou popisovány až u 10 % nemocných s ISZ a vždy jsou v přímém vztahu k aktivitě střevního zánětu. Nejčastěji jde o konjunktivitidy, episkleritidy, uveitidy nebo keratitidy.

Kožní manifestace jsou nalézány u nemocných ve 2-35 %. Jasný vztah k idiopatickým střevním zánětům mají erytema nodosum a pyoderma gangraenosum. Poslední jmenovaná je vzácná a nejtěžší kožní komplikace.

Aftózní **ulcerace ústní sliznice** se u nemocných s ISZ vyskytují až v 19 %. Často (až v 60 %) předchází jiné klinické projevy nemoci a může být prvním projevem počínajícího nebo blížícího se relapsu vlastní choroby.

Manifestace jaterní a biliární: abnormality jaterních enzymů, steatóza jater, pericholangitida.

Primární sklerozující cholangitida představuje nejzávažnější mimostřevní komplikaci, která u většiny nemocných vede k destrukci žlučových cest a vzniku

biliární cirhózy. Postihuje 2,4-5,6 % osob s colitis ulcerosa a vyskytuje se zejména u mladších mužů.

Ledvinné manifestace: urolitiáza.

Tromboembolické komplikace představují velmi komplexní problém. Vyskytují se i u mladých nemocných a často v neobvyklé lokalizaci. Mechanismy zvýšené prokoagulační aktivity nejsou jasné. Riziku tromboembolických příhod jsou vystaveni nemocní s vysokou aktivitou nemoci, a zvláště ti, u nichž je přítomnost dalších rizik (operace, imobilizace). Potencujícím faktorem je také trombocytóza.

Metabolické a nutriční komplikace jsou výsledkem změněného vstřebávání minerálů tlustým střevem, zvýšenými nutričními potřebami a ztrátami živin při průjmech. Z **metabolických komplikací** je nejčastější **osteoporóza**, na které se vedle vlastní choroby podílí i dlouhodobá kortikoterapie, která brání remineralizaci a výstavbě nové kostní matrix.

Při déle trvajícím průběhu onemocnění dochází k deficitu magnézia, zinku a selenu (8,10,14).

2.1.4.10 Léčba

1/ Konzervativní léčba

Mechanismus vzniku ISZ není zcela znám a z toho také pramení obtíže s léčbou, která nemůže cíleně postihnout vyvolávající činitele. „Medikamentózní léčba se pokouší inhibovat řetěz řady zánětlivých mediátorů, které zánět zřejmě přímo nevyvolávají, ale zesilují a udržují jej“ (11,s.62).

Léčba je zaměřena na dvě oblasti – na léčbu aktivního onemocnění a na prevenci vzplanutí v případě, že je nemoc v remisi (11).

Aminosalicyláty

Do této skupiny patří sulfasalazin (dále SS) a mesalazin (kyselina 5-aminosalicylová = 5-ASA). Mesalazin je oproti SS účinnější, bezpečnější a má méně nežádoucích účinků. Aminosalicyláty, užití orálně i lokálně, působí ve střevní sliznici místně, nikoliv systémově. Jejich použití je v léčbě aktivní lehké a středně těžké formy colitis ulcerosa a zejména v mezidobí jako udržovací terapie v prevenci dalšího relapsu. Z lékových forem preparátů 5-ASA lze užívat čípky, klyzmata i tablety podle formy postižení střeva. Pro perorální léčbu je mesalazin k dispozici jako: **Asacol**, který se uvolňuje při pH 7 v tlustém střevě, **Salofalk** se uvolňuje při pH 6 v distálním ileu a tlustém střevě. U preparátu **Pentasa** jsou lékovou formou mikrogranule, které se uvolňují prakticky v celém tenkém a tlustém střevě.

Při aktivním onemocnění je nutno lék podávat po celou dobu aktivity. Udržovací léčba je dlouhodobá, musí trvat roky. Při průběhu s výraznou aktivitou, u mladších nemocných, při pankolitidě – tedy tam, kde lze očekávat snadný relaps – bude nutno zřejmě lék podávat celý život (11).

Kortikosteroidy

„Kortikosteroidy jsou osvědčeným lékem s protizánětlivým a imunosupresivním účinkem“ (19,s.47). V parenterální formě mají rychlý nástup účinku, přibližně 48-72 hodin. Jsou účinné v léčbě aktivní colitis ulcerosa, ale nikoliv k udržení remise a prevenci relapsu. Další indikací k podání kortikoidů je i při léčbě 5-ASA, protrahovaný průběh nemoci, kde není naděje na přechod do remise a fulminantní průběh (11).

Topické kortikoidy

Nejnadějnějším preparátem v léčbě colitis ulcerosa je **budesonid**, dostupný pod názvem Entocort (klyzma), podávaný u distální formy nemoci. V perorální formě jej lze užít u ileocékální lokalizace. Je velmi dobře snášen a má nízké systémové účinky.

Imunosupresiva

„Imunosuprese je definována jako léčebné omezení nežádoucí aktivity imunitního systému“ (19,s.33). Účinná imunosupresiva používaná v léčbě colitis ulcerosa jsou **Azathioprin** (dále AZA) a **6-merkaptopurin** (dále 6MP). AZA a 6MP patří mezi antiproliferativní látky označované někdy také jako imunosupresivní cytostatika. Hlavní cílovou buňkou AZA a 6MP jsou T-lymfocyty, jejichž proliferace a diferenciací je brzděna, takže oba léky inhibují převážně reakce buněčné imunity. U ISZ, kde není známa přesná účast imunitních mechanismů, se opírá indikace AZA a 6MP především o empirické zkušenosti. Indikace k užití jsou chronická aktivní colitis ulcerosa, zejména s účelem „šetření“ vysoké dávky kortikoidů, chronicky probíhající nemoc, rezistentní k léčbě kortikoidy a refrakterní typ. Účinek těchto preparátů nastupuje obvykle po dvou až třech měsících.

Cyklosporin A je imunosupresivum se selektivním účinkem zejména na pomocné T-lymfocyty, bez ovlivňování tlumivých T-buněk, B-lymfocytů, granulocytů a makrofágů. Je doporučován v parenterální formě u vysoké aktivity choroby s velmi těžkým průběhem či dokonce u toxického megakolon v případě, že je dosud zvoleno konzervativní řešení (19).

Antibakteriální léčba

Při neznalosti etiologie ISZ je odůvodnění užití antibiotik empirické. Antibakteriální léčba není základem terapie ISZ. Podávání antibiotik je však nutné u těžkých forem nemocí s probíhající sepsí (11).

Další léčba

Plazmaferéza a aferéza leukocytů a jejich podskupin

Plazmaferéza spolu s imunoabsorpčí pozitivně zasahuje do řady chorob tím, že odstraňuje konkrétní, ale i potenciální či dokonce neznámé imunoglobuliny, autoprotilátky nebo jiné složky plazmy. „Současnost se soustředí na použití **leukocytární, zejména lymfocytární aferézy** a nekontrolované studie přinášejí slibné výsledky u zánětlivých střevních chorob“ (19,s.47).

Biologická léčba

Biologická terapie představuje jeden z největších pokroků současné gastroenterologie. Biologické preparáty jsou cíleně syntetizovány k tomu, aby přerušily určité konkrétní místo zánětlivé kaskády. Jejich účinek je dán zablokováním **TNF-alfa** (tumor nekrotizující faktor alfa), klíčového prozánětlivého cytokinu. Působení anti-TNF-alfa zasahuje do distální části aktivace T-buněk, tj. potlačuje tvorbu, uvolnění a biologické účinky TNF-alfa v cílové tkáni.

V ČR je k léčbě colitis ulcerosa schválen preparát **Remicade**. Jde o monoklonální protilátku proti TNF-alfa, která obsahuje ze 75 % lidskou a z 25 % myší bílkovinu. Dalším preparátem je **Humira**, humánní monoklonální protilátka proti TNF-alfa. Studie na použití Humiry při colitis ulcerosa v České republice stále probíhají.

Léčba biologickými preparáty je vhodná především pro nemocné s vysokou zánětlivou aktivitou, kteří nereagují na standardní medikamentózní terapii (20,1).

Dietoterapie

V období **remise** nejsou zásadní dietní opatření. Dieta by se obecně neměla lišit od racionální diety. Měla být nedráždivá, šetřící, dostatečně kaloricky vydatná a vyvážená, s dostatkem vitamínů, minerálních látek, vápníku s ohledem na počet stolic. Nutný je individuální přístup podle snášenlivosti jednotlivých pokrmů. Dieta pro pacienty s ISZ by měla obsahovat plnohodnotné bílkoviny, tzn. lehce stravitelná masa (lépe bílá masa – drůbež, ryby), vejce, mléko a mléčné výrobky (netrpí-li pacient zároveň intolerancí laktózy).

U pacientů s **relapsem** choroby je vhodné snížit nebo úplně vyloučit množství nerozpustné vlákniny (bezezbytková dieta) – tzn. čerstvé zeleniny, ovoce a luštěnin. Je vhodné se vyvarovat nadýmajících pokrmů, destilátů, tučných mas. Příjem stravy se doporučuje v 5-6 denních dávkách.

Umělá výživa

Pacienti trpící colitis ulcerosa profitují z podávání umělé výživy pouze v případech těžké malnutrice či nutnosti dlouhodobého vyloučení perorálního příjmu. Další indikací jsou akutní exacerbace onemocnění těžkého stupně – toxické megakolon či pankolitida.

Enterální výživa

Enterální výživa se podává pokud je GIT funkční a je alespoň částečně zachovaná resorpční funkce střeva. Kromě dodávky živin má enterální výživa další účinky, např. udržení střevní bariéry, prevenci bakteriální translokace, prokrvení splachnické oblasti, výživu střevních buněk. Enterální výživě se dává přednost před parenterální, neboť jde o přirozenou cestu podávání výživy.

Parenterální výživa

Parenterální způsob podání výživy se volí tam, kde je kontraindikována enterální výživa. Parenterální výživu je možné podávat do centrální či periferní žíly. Pro domácí parenterální výživu se využívá dlouhodobých tunelovaných katétrů, např. Hickmannův-Broviacův, které zůstávají zavedeny až několik let. Další možností je zavedení portu katétru, do kterého je aplikována umělá výživa po transkutánní punkci portu (7,11,12).

2/ Chirurgická léčba

Mezi urgentní indikace patří toxické megakolon, masivní krvácení a perforace.

Indikace elektivní:

- selhání konzervativní léčby
- závažné komplikace nebo nepřiměřená toxicita konzervativní léčby
- obstrukce
- těžké, recidivující mimostřevní projevy, závislé na aktivitě zánětu
- těžká dysplazie, karcinom.

Vhodně indikovaný a správně provedený výkon by měl nemocného definitivně vyléčit.

Typy operačních výkonů

- Totální proktokolektomie

Totální proktokolektomie s trvalou ileostomií se nejčastěji provádí u starších nemocných, u nemocných s vyšším operačním rizikem nebo u pacientů s těžkým postižením rekta.

- Subtotální kolektomie s ileorektoanastomózou

Jde o výkon, který má poměrně malý počet komplikací. Nevýhodou je pokračování zánětu v pahýlu konečníku až s možností vzniku nádoru. Tam, kde je větší stupeň zánětu v pahýlu rekta, se často volí postup dvoudobý, s přechodně založenou ileostomií.

- Proktokolektomie s ileo-pouche-anální anastomózou

Tento moderní operační přístup spočívá v úplné proktokolektomii (odstranění tlustého střeva a rekta) a v rekonstrukční fázi, kdy se napojuje terminální ileum na zbylou část análního kanálu. Před anální kanál se vřazuje nový rezervoár, vytvořený sešitím kliček terminálního ilea – pouch (vak). Zánět ileoanálního rezervoáru, pouchitida, se vyskytuje u 10-30 % pacientů po operaci (11,14).

2.1.4.11 Prognóza

Za špatné prognostické faktory u akutní colitis ulcerosa jsou považovány extenzivní postižení tračnicku, začátek ve věku nad 60 let a výskyt toxického megakolonu. U většiny nemocných je průběh chronický s remisemi a relapsy a dlouhodobá prognóza je závislá na rozsahu, aktivitě a trvání nemoci. Pokroky v konzervativní a chirurgické léčbě výrazně zlepšily prognózu a kvalitu života nemocných (11). „Podle různých studií vede 25-70 % nemocných s colitis ulcerosa normální život“ (11,s.77).

2.2 Základní údaje o nemocné

2.2.1 Identifikační údaje

Iniciály nemocné: O.S.
Rok narození: 1971
Pohlaví: žena
Bydliště: Praha
Povolání: učitelka, nyní na mateřské dovolené
Datum přijetí: 10. 9. 2008

2.2.2 Údaje z lékařské anamnézy

RA: oba rodiče žijí, otec 65 let- léčen pro hypertenzi, matka 63 let - zdráva, bratr 35 let - zdrav

OA: v 19 letech diagnostikována colitis ulcerosa, jinak dosud vážněji nestonala prodělala běžné dětské nemoci úrazy 0

Abuzus: požívání alkoholu příležitostně, nekouří

GA: 4x gravidita, 1x UPT, 3x porod císařským řezem, hormonální antikoncepci nebere

AA: negativní

SA: učitelka, nyní na mateřské dovolené, žije s manželem a dětmi v rodinném domku za Prahou

FA: terapie - poslední týden Medrol 48 mg, Ciphin, Metronidasol

NO: Přijata pro relaps choroby. Od konce srpna zhoršování stavu ve smyslu tenesmů a častých stolic. Poslední týden febrilie, dále velké množství (až 20) vodnatých stolic za den s příměsí krve. Večer a v noci křečovitě bolesti břicha. Zhubla asi 10 kg za poslední 3 týdny.

Objektivně:

Vědomí: bez kvalitativních a kvantitativních změn, orientovaná ve všech složkách.

Celkově: klidové eupnoe, astenický habitus, svalstvo dobře vyvinuté, stav hydratace snížen, anikterická, bez krvácivých projevů a patologických eflorescencí, afebrilní, bez cyanózy.

Hlava: uši a nos bez výpotku, oční bulby ve středním postavení, bez nystagmu, spojivky růžové, skléry izokorické, fotoreakce +/+, rty cyanotické, oschlé, jazyk vlhký, fyziologicky povleklý.

Dýchání: dýchání sklípkové, symetrické, bez vedlejších fenoménů.

Oběh: srdeční akce pravidelná, ozvy 2, ohraničené bez šelestu.

Břicho: pod úrovní hrudníku, dýchá v celém rozsahu, jizva po SC, peristaltika živá, poklep diferencovaně bubínkový, palpačně diferencovatelné, citlivost zvýšena v okolí pupku, bez hmatné rezistence, játra poklepově nezvětšena.

Končetiny: dolní končetiny bez trofických změn, varixů, otoků, periferní pulzace hmatné, kapilární návrat horních končetin v normě.

Váha - 51,3 kg, výška: 168 cm, BMI 18,5

TK – 111/68 mmHg

P – 78/min.

DF – 14/min.

SpO₂ – 96 %

TT – 36,6° C

Závěr při přijetí: colitis ulcerosa
relaps choroby
proteinokalorická malnutrice

2.2.3 Diagnostické výkony a vyšetření v průběhu hospitalizace

Nativní snímek břicha 15. 9. 2008 , 5.den hospitalizace

Závěr: Obraz ukazuje výrazné ztížení pasáže.

UZ břicha 16. 9. 2008, 6.den hospitalizace

Závěr: Těžké zánětlivé změny na celém tlustém střevě při základní diagnóze colitis ulcerosa.

Kolonoskopie 16. 9. 2008, 6. den hospitalizace

Závěr: Těžké zánětlivé změny s vředy a množstvím hlenohnisu.

Operace 17. 9. 2008, 7. den hospitalizace

Závěr: Subtotální kolektomie s terminální ileostomií a zaslepením pahýlu rekta.

Histologie ileokolického resektátu ze dne 17. 9. 2008

Nález odpovídá ulcerosní kolitidě ve floridní fázi těžkého stupně s četnými polypy a zejména ulceracemi, které v transversu a descendens zasahují ložiskově až k muscularis propria.

CT břicha a pánve 22. 9. 2008, 12. den hospitalizace

Hydronefróza vlevo.

CT břicha 24. 9. 2008, 14. den hospitalizace

Zjištěna změna obrazu jater, která jsou mapovitá s plošně nepravidelným postiženímpraveho i levého jaterního laloku. Obraz má charakter buď dystrofických nebo ischemických změn. Patrná trombóza v. portae v několika větvích. Jsou zde patrné defekty nekompletně blokujících trombů.

UZ břicha 30. 9. 2008, 20. den hospitalizace

Měsnání v dutém systému levé ledviny s dostatečným funkčním parenchymem.

Ascendentní pyelografie 3. 10. 2008, 23. den hospitalizace

Retrográdním nástřikem zjištěna stenóza ureteru ve výši štěrbin L 4, v délce cca 20 mm, s mírným laterálním přitažením v místě obstrukce, proximálně megaureter, pánevní ureter normální šíře, střední hydronefróza.

Terapie: V celkové anestezii zaveden stent do levého ureteru, který bude ponechán šest měsíců.

Laboratorní hodnoty při přijetí – 10. 9. 2008

Biochemická vyšetření		
Sledovaný parametr	Hodnota	Norma
Na [mmol/l]	136	137-146
K [mmol/l]	4,1	3,8-5,0
Cl [mmol/l]	100	97-108
Ca [mmol/l]	2,17	2,0-2,75
P [mmol/l]	1,13	0,65-1,61
Mg [mmol/l]	0,87	0,66-1,08
urea [μmol/l]	3,3	2,0-6,7
kreatinin [mmol/l]	78	44-104
CB [g/l]	64	65-85
albumin [g/l]	25	35-53
CRP [mg/l]	118	0,0-7,0
prealbumin [g/l]	0,150	0,200-0,400
celkový bilirubin [μkat/l]	7,9	2,0-17,0
ALT [μkat/l]	0,52	0,10-0,78
AST [μkat/l]	0,35	0,10-0,72
GGT [μkat/l]	0,24	0,14-0,68
ALP [μkat/l]	0,95	0,66-2,2
cholesterol [mmol/l]	4,8	3,1-5,2
triacylglycerol [mmol/l]	1,16	0,68-1,69

Astrup- véna		
Sledovaný parametr	Hodnota	Norma
pH	7,463	7,360-7,440
pCO ₂	4,87	4,66-6,0
HCO ₃ akt.	25,8	22-26
HCO ₃ stand.	26	22-26
BE	2,7	-2,0-2,0
pO ₂	4,5	2,7-5,3
O ₂ sat.	69,5	

Krevní obraz		
Sledovaný parametr	Hodnota	Norma
Leukocyty [10 ⁹ /l]	10,31	4,0-10,7
Erytrocyty [10 ¹² /l]	4,07	3,54-5,18
Hemoglobin [g/l]	115	116-163
Hematokrit	0,350	0,330-0,470
Trombocyty [10 ⁹ /l]	681	131-364

Koagulační vyšetření		
Sledovaný parametr	Hodnota	Norma
Quickův test (INR)	0,9	0,8-1,25
APTT [s]	24	25,9-40,0

2.2.4 Farmakoterapie

Ciphin 200mg i.v.

IS: Širokospektré chinolové chemoterapeutikum.

I: Infekce urogenitálního traktu, infekce respiračního traktu, infekce ORL, infekce intraabdominální aj. Profylaxe infekce u imunokomprimovaných pacientů.

NÚ: Nausea, zvracení, bolest břicha, průjem, poruchy trávení, plynatost, pruritus, kopřivka, bolesti hlavy.

Efloran 500 mg i.v.

IS: Chemoterapeutikum.

I: Anaerobní infekce vyvolané bakteroidy: septicemie, bakteriemie. K profylaxi anaerobní ranné infekce především v chirurgii tlustého střeva.

NÚ: Pachuť v ústech, glossitis, nauzea, únava, ospalost, bolesti hlavy, ataxie, kožní exantémy, pruritus, pohybová inkoordinace.

Solu-medrol 60 mg i.v.

IS: Hormon, glukokortikoid.

I: Endokrinní poruchy, onemocnění revmatického původu, systémová autoimunní onemocnění, kožní onemocnění, alergické stavy, imunosupresivní terapie.

NÚ: Hypertenze, svalová ochablost, osteoporóza, tvorba peptických vředů, hyperglykémie, zvýšený nitrooční tlak, srdeční arytmie.

Helicid 40 mg i.v.

IS: Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy.

I: Peptický vřed ve všech lokalizacích, prevence gastroduodenálních vředů a erozí v souvislosti s podáváním nesteroidních antirevmatik.

NÚ: Bolest hlavy, průjem, zácpa, nauzea, plynatost.

Degan 1 ampule i.v.

IS: Antiemetikum.

I: Nausea a zvracení, prevence nauzey a zvracení, diabetická gastroparéza.

NÚ: Únava, ospalost, neklid.

Novalgin i.v.

IS: Analgetikum, antipyretikum

I: Silné bolesti po poraněních, chirurgických výkonech, bolesti vyvolané spasmy hladkého svalstva a další bolestivé stavy. Ke snížení horečky při intoleranci nebo neúčinnosti jiných antipyretik.

NÚ: Nauzea, zvracení, bolesti břicha, sucho v ústech a alergické kožní reakce.

Clexane s.c.

IS: Antitrombotikum, antikoagulans.

I: Profylaxe tromboembolické nemoci, léčba hluboké žilní trombózy, léčba nestabilní anginy pectoris.

NÚ: Hemoragie, trombocytopenie, kožní i celkové alergické reakce. Lokální reakce v místě vpichu.

Heparin 5 000 IU inj.

IS: Antikoagulans.

I: Profylaxe a terapie všech forem trombóz a tromboembolií v žilním a tepenném systému, diseminovaná intravaskulární koagulopatie, IM.

NÚ: Krvácení mikroskopické i manifestní, bolesti hlavy, trombocytopenie.

Sufenta F 50 ug inj.

IS: Analgetikum, anodynum, opioidní anestetikum.

I: Analgosedace, epidurální podání pro pooperační analgezii.

NÚ: Pomalé mělké dýchání, bradykardie, hypotenze.

Marcain 0,5% inj.

IS: Lokální anestetikum

I: Chirurgická anestezie - prolongované nervové blokády a epidurální anestezie, pooperační bolesti

NÚ: Pokles krevního tlaku, bradykardie.

Dietní opatření

Od přijetí na oddělení po první dny po operaci byla pacientce podávána čajová dieta. Hrazení nutričních potřeb bylo zajištěno formou totální parenterální výživy - AIO (vaky all in one) cestou CŽK, za pravidelné kontroly nutričních parametrů. Vzhledem k časnému obnovení pasáže střev se začalo s postupnou realimentací bujónem, jogurty, kašovitou a později bezezbytkovou dietou s přidavky Ressource protein až čtyřikrát denně.

Parenterální výživa

Oli-Clinomel č. 8 + Neonutrin 10 % 500 ml + Tracutil 1 ampule, rychlost: 90 ml/hod. Vitamíny byly podávány v noční pauze (24-6) formou Multibionta 1 ampule v roztoku G 5% 500 ml.

2.2.5 Průběh hospitalizace

Pacientka O.S. byla přijata dne 10.9. 2008 na metabolickou jednotku interní kliniky s diagnózou colitis ulcerosa, relaps choroby a proteinokalorická malnutrice. Byla zahájena konzervativní terapie ATB, kortikoidy, chemoterapeutiky a úplnou parenterální výživou. I přes léčbu došlo k progresi stavu: neúčinná kortikoterapie (kortikorezistence), přetrvávající subfebrilie, frekventní stolice s krví, bolesti břicha a laboratorní progresse zánětlivých parametrů. Pacientka byla indikována dne 17. 9. 2008, sedmý den hospitalizace, k chirurgickému výkonu.

Byla provedena subtotalní kolektomie s terminální ileostomií a zaslepením pahýlu rekta. Pacientka byla přijata z operačního sálu se zavedenou nazogastrickou sondou (dále NGS), epidurálním katétrem, močovou cévkou a redonovým drenem. Bezprostředně po operaci byly řešeny trvající intenzivní bolesti břicha v mesogastriu s propagací do lumbální krajiny, které se příliš nelepšily přes kontinuální epidurální analgezii a intravenózní analgetika. Etiologie bolestí byla nejasná, neurologem bylo vyloučeno kořenové dráždění a komplikace epidurálního katetru také nebyla potvrzena. Opakovaně proběhlo chirurgické konzilium, kdy stran operačního výkonu bylo hojení bezproblémové. Pasáž GIT

se časně obnovila, stomie vitální, operační rána se hojila per primam. Kontrolním CT břicha z 24.9. byla zjištěna parciální trombóza v. portae, hepatomegalie a mapovitá nehomogenita jaterního parenchymu. Byla zahájena plná antikoagulace heparinem s dobrým klinickým efektem. V pooperačním průběhu byl dalším problémem opětovný nárůst zánětlivých markerů (viz. příloha č. 5) a nové febrilie. Byla zjištěna uroinfekce a nasazena ATB léčba, Augmentin a Efloran, poté změna podle výsledků kultivací na Taxcef, Edicin.

Z důvodu celkového zlepšení stavu a ústupu bolestí, byla pacientka dne 29. 9. 2008, dvanáctý pooperační den, přeložena na standardní oddělení. Při vyšetření, ascendentní pyelografie, dne 3.10. 2008, byla zjištěna striktura levého ureteru na úrovni lopaty kyčelní, 2 cm dlouhá a střední hydronefróza. V celkové anestezii byl zaveden stent do levého ureteru, který se ponechá šest měsíců. Poté bude kontrola na ambulanci urologické kliniky s možnou extrakcí stentu a eventuálně laserdiscize striktury.

Před propuštěním je pacientka oběhově stabilní, bez febrilních špiček. Došlo k výraznému poklesu zánětlivých parametrů a trvá mírná elevace jaterních enzymů. Přetrvává nález v moči a je nutné pokračovat v užívání ATB do další kontroly.

Pacientka byla dne 13. 10. 2008, třicátýčtvrtý den hospitalizace, v uspokojivém stavu propuštěna do domácího ošetřování.

3 Ošetrovatelská část

3.1 Ošetrovatelský proces

Principy, které jsou výchozí myšlenkou ošetrovatelského procesu, zahrnují rozpoznání potřeb lidí vyžadujících ošetrovatelskou péči. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienta. Ošetrovatelský proces je jednak myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a jednak systémem kroků a postupů při ošetrování nemocného.

Fáze ošetrovatelského procesu

- **Ošetrovatelská anamnéza** – zjišťování informací, zhodnocení nemocného
- **Ošetrovatelská diagnóza** – stanovení potřeby (problému) nemocného
- **Ošetrovatelský cíl** – stanovení očekávaných výsledků
- **Ošetrovatelský plán** – návrh vhodných činností vedoucích k uspokojení potřeb
- **Realizace** – provedení navržených činností
- **Hodnocení** – zhodnocení efektu poskytnuté péče (9,17)

3.2 Model „Fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové

Ke zhodnocení případu pacientky s dg. colitis ulcerosa jsem si vybrala „**Model fungujícího zdraví**“, který popsala **Marjory Gordonová**.

Tento model je považován odborníky za nejkomplexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie. Model je odvozený z interakcí osoba – prostředí a zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce.

Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, které autorka označuje jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být identifikována sestrou buď jako funkční, nebo dysfunkční:

- vnímání zdraví, aktivity k udržování zdraví
- výživa a metabolismus
- vylučování
- aktivita, cvičení
- spánek, odpočinek
- vnímání, poznávání
- sebepojetí, sebeúcta
- plnění rolí, mezilidské vztahy
- sexualita, reprodukční schopnost
- stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
- víra, přesvědčení, životní hodnoty

3.3 Aplikace modelu „Fungujícího zdraví“

Mladá žena O.S., 37 let, s dg. relaps colitis ulcerosa, přijatá dne 10. 9. 2008 na metabolickou JIP pro zhoršení stavu základního onemocnění. U pacientky se jedná o opakovanou hospitalizaci. Nyní stav po subtotální kolektomii s terminální ileostomií a zaslepením pahýlu rekta, první pooperační den, osmý den hospitalizace.

Pacientka žije v okrajové části Prahy v rodinném domku s manželem a třemi dětmi. Nyní je na mateřské dovolené s nejmladším synem. Ve volném čase si ráda čte a chodí na procházky.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka v dětství často trpěla na angíny a záněty středního ucha. V 19 letech jí byla diagnostikována colitis ulcerosa. Paní O.S. byla hospitalizována v nemocnici pro zhoršení onemocnění již třikrát. Dochází na pravidelné kontroly do gastroenterologické ambulance a do nutriční poradny. Dodržuje odborné rady a ordinace lékařů a sester. Problematiku onemocnění zná velmi dobře. Vzhledem k 18letému trvání nemoci ví, že nemoc u ní přichází střídavě ve vzplanutích a v obdobích klidu, bez příznaků. V minulosti na ni měla dobrý efekt balneoterapie, proto často absolvovala komplexní lázeňskou léčbu. Ví jaké mohou nastat komplikace při jejím rozsahu onemocnění, zná možnosti léčby, farmaka, která jsou k její léčbě užívána, včetně nežádoucích příznaků. O svém onemocnění si přečetla různé publikace. V rodině se žádné střevní onemocnění nevyskytuje. Nikdy nekouřila, alkohol pije pouze příležitostně.

Od konce srpna došlo ke zhoršení stavu. Velké množství stolic s krví, bolestivé nutkání na stolicí, teploty. Cítí se velmi unavená. Poslední týden před hospitalizací měla naordinovanou medikaci: Ciphin, Metronidasol, Medrol 48 mg.

Vzhledem k nelepšícímu stavu a selhání farmakoterapie, pacientka během hospitalizace (sedmý den) prodělala operaci tlustého střeva – subtotální kolektomii, s vytvořením terminální ileostomie. Pacientka říká, že podvědomě tušila, že bude muset být provedena operace.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka je v současné době na mateřské dovolené a proto se stravuje doma. Vaří sama pro celou rodinu. Snaží se vařit racionální stravu. Během mnohaletého trvání nemoci již zná potraviny a nápoje, které jí přinášejí obtíže. Patří mezi ně: luštěniny, tučná masa, tučnější sýry, vlašské ořechy, citrusové plody, zelí, mléko a bublinkové nápoje. Potraviny, které pacientce nečiní potíže a často z nich dělá pokrmy: šunka, kuřecí, králíčí a rybí masa, sója, brambory a jídla z brambor,

těstoviny, rýže, tvaroh a tvarohové sýry. Z ovoce a zeleniny preferuje banány, jablka, mrkev, špenát. Z nápojů toleruje acidofilní i zakysaná mléka, ředěné ovocné džusy a bylinkové čaje. Pacientka se snaží doma jíst 5-6 menších porcí denně. Pije okolo 1,5 až 2 litry tekutin denně. Užívá probiotika Lactobacillus acidophilus, vitaminové preparáty a potravinové doplňky Nutridrink nebo Resource, vždy po konzultacích s lékařem.

Při nynějším zhoršení onemocnění, tj. poslední 3 týdny, omezila výrazně vlákninu v potravě a vzhledem k četnosti průjmů zvýšila množství vypitých tekutin až na 3 litry tekutin za den. Udává, že se jí snížila chuť k jídlu a má občasné pocity na zvracení, a proto i příjem potravy byl nižší než obvykle.

V den příjmu byla váha pacientky 51,3 kg a výška 168 cm, BMI 18,5. Za poslední 3 týdny zhubla asi 10 kg. Po příjmu byl pacientce zaveden CŽK a zahájena úplná parenterální výživa, ve které se pokračovalo i po operaci. Po operaci měla restrikcí příjmu perorálních tekutin do 200 ml za 24 hodin. Tekutiny byly hrazeny infuzemi cestou CŽK. Během hospitalizace na JIP je u nemocné měřen příjem a výdej tekutin za 12 a 24 hodin, tzv. bilance tekutin. Fyziologické funkce a centrální žilní tlak (dále CVP) byly měřeny a zaznamenávány každou hodinu. Každý den byly prováděny krevní odběry k monitorování celkového stavu.

Z důvodu častých stolic měla pacientka v den příjmu opruzeninu v oblasti konečníku, kterou si sama ošetřovala mastí. K prvnímu pooperačnímu dni je kůže bledá, suchá, kožní turgor přiměřený, mírně oschlý jazyk a rty. Pacientka pociťuje mírnou žízeň. Je přítomna porucha kožní integrity z důvodu operační rány, která je 15cm dlouhá, klidná, bez sekrece, krytá suchými sterilními čtverci. Ileostomie je kryta stomickým systémem. Okolí je klidné, nepodrážděné. Další porucha integrity kůže souvisí s invazivními vstupy - CŽK, epidurální katetr, redonův dren. Okolí invazivních vstupů je bez známek zánětu a jsou kryty sterilním materiálem.

3. Vylučování

V období zhoršení nemoci trpí pacientka častými vodnatými průjmy, provázenými křečovitými bolestmi břicha, které po vyprázdnění ustupují. Poslední 3 týdny před hospitalizací byl průběh horší než kdykoliv předtím, pacientka měla až 20 vodnatých stolic s příměsí krve za den. Nejčastěji průjem nastupuje k večeru a v noci. Přes naordinovanou léčbu měla pacientka pocit, že se její stav nelepší, spíše zhoršuje.

Pacientka měla poslední rok dvakrát močovou infekci, provázenou pálením a řezáním při močení. Po urologem nasazené ATB léčbě, potíže vždy ustoupily. Po přijetí do nemocnice potíže s močením neudává. Po operaci byl zaveden permanentní močový katetr a měřen výdej moči každou hodinu. Na zvýšené pocení si pacientka stěžuje pouze při bolesti.

Po operaci došlo ke změně ve vylučování stolice - kontinuální odchod stolice po prodělané ileostomii.

4. Aktivita, cvičení

Vzhledem k tomu, že má 3 děti, pacientce na jiné aktivity než okolo dětí příliš času nezbyvá. Ráno odváží dvě starší děti do školy a do školky a odpoledne je většinou vyzvedává.

S nejmladším synem je na mateřské dovolené a po celý den ji plně zaměstnává. V klidovém stadiu nemoci si ráda zajde zaplavat, chodí na delší procházky v okolí domova. Pokud se podaří zajistit hlídání dětí, zajde si s manželem do divadla nebo do kina. Ráda se věnuje četbě knih. V období zhoršení nemoci se necítí dobře a omezuje aktivitu, více odpočívá.

Poslední dobou, se zhoršením nemoci, se cítí velmi unavená, bez energie, přes den více polehávala. S dětmi a domácností ji přijela pomáhat matka. Doma byla plně soběstačná.

Den po operaci se posadila na lůžku a provedla hygienu s malou dopomocí. S fyzioterapeutickým pracovníkem zkusila sed na lůžku a stoj u lůžka s minimálním zajištěním.

5. Spánek, odpočinek

Kvalita spánku se odvíjí podle stavu onemocnění. V klidovém stadiu onemocnění spí doma celkem dobře, okolo 7-8 hodin denně. Nejmladší syn už vydrží spát celou noc a tak není narušován ani spánek pacientky. Má ráda studenější a vyvětranou místnost. Před spaním si ráda čte knihy nebo časopisy. Léky na spaní neužívá. V období zhoršení nemoci ji často budí bolestivé nutkání na stolicí a časté průjmy. Ráno se pak cítí nevyspalá, unavená.

Po přijetí do nemocnice usínala okolo 23 hodiny a během noci se několikrát budila na stolicí, při bolesti. Vadí jí změna prostředí a ruch oddělení. Po operaci, v noci, byl spánek velmi přerušovaný. Pacientka si stěžovala na velké bolesti v okolí operační rány a pocity na zvracení. Přemýšlí nad tím co bude dál. Ráno se cítila velmi unavená.

6. Vnímání, poznávání

Nemocná nemá potíže se smyslovými vjemy. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

V rozhodování je většinou přímá a nečinní ji potíže. Když si není úplně jistá, poradí se s manželem. Většinu rodinných věcí řeší sama, protože manžel má náročnou práci. O svém zdravotním stavu je dostatečně poučená, lékař ji od začátku hospitalizace každý den podává průběžné informace. Rodina je také pravidelně informována. Zná důvody proč muselo dojít k operačnímu řešení. Spolupráce s pacientkou je po většinu doby hospitalizace na velmi dobré úrovni.

Nyní udává výraznou ostrou bolest v okolí operační rány, vyzařující do lumbální krajiny a podbřišku, zhoršující se při pohybu. Na stupnici bolesti (1-5) pacientka ohodnotila intenzitu známkou 4. Bolest vyjadřuje i neverbálními projevy: křečovitý výraz v obličeji, strnulé pohyby, sténání, pláč. Při bolesti je u pacientky zjišťována tachykardie až 130 tepů za minutu a výrazné pocení. Na operačním sále byl nemocné zaveden epidurální katetr. Po operaci jsou do epidurálního katetru podávány dávkovačem kontinuálně opiáty a lokální anestetika, které bolest příliš nezmírňují.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka hodnotí sebe sama jako klidnou, přátelskou a rozhodnou povahu. Je spíše introvertní povahy, má okruh lidí, se kterými se stýká. Paní O.S. říká, že se změnou tělesného vzhledu se bude muset vyrovnat postupně. Od začátku hospitalizace doufala, že k operativnímu řešení nedojde, nicméně podvědomě tušila, že bude provedena: „průběh onemocnění a nezabírání léčby k tomu směřovaly“.

Během rozhovoru působí sebejistě, rozhodně, uvažuje realisticky, ale drží si určitý emocionální odstup. Jeví se mi jako zvýšeně přecitlivělá. Z rozhovoru pocítuji určité obavy a úzkost ze současného zdravotního stavu

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Paní O.S. žije společně s rodinou v rodinném domku v okrajové části Prahy. Pacientka říká, že takové bydlení byl vždy její sen. Pacientka je momentálně na mateřské dovolené. Před narozením dětí učila na základní škole. Manžel rodinu dobře finančně zajišťuje, ale jeho povolání je náročnější na čas. Přesto v manželovi cítí velkou oporu, může se na něj kdykoliv spolehnout. Má tři děti ve věku 1, 7, 11 roků. Dva chlapce a jednu holku. Byla zvyklá řešit věci ohledně dětí a domácnosti většinou sama. Dříve, když došlo ke zhoršení onemocnění, přijely jí pomáhat s domácností vlastní nebo manželova matka. S manželem mají pár přátel, kteří mají děti a rádi s nimi tráví víkendy na vlastní nebo jejich chalupě. V okolí bydliště má dvě dobré kamarádky, se kterými se často stýká a na které se může spolehnout.

Nyní se manžel stará o staršího syna a dceru a nejmladší syn je u rodičů pacientky, kteří jsou již v důchodu. Manželovi rodiče také přislíbili pomoc. V nemocnici ji často navštěvuje manžel, z jehož vystupování je cítit, že má o ženu strach. Autoritativně vyžaduje pravidelné informace o manželčině zdravotním stavu, vhodnosti a postupu léčby do podrobností.

Pacientce se po rodině velmi stýská. Rodina je velkou motivací, aby se co nejdříve její stav zlepšil a mohla být propuštěna do domácí péče.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka začala menstruovat ve 14 letech. Antikoncepci brala pouze od 18 do 23 let věku. Byla čtyřikrát gravidní. Jednou podstoupila umělé přerušování těhotenství ze zdravotních důvodů a třikrát porodila císařským řezem. Menstruaci mívá nepravidelnou. Chodí na pravidelné gynekologické prohlídky průměrně dvakrát ročně. Nyní, první pooperační den, začala menstruovat.

Sexuální život se odvíjí od stavu jejího onemocnění: „když dojde k vzplanutí choroby, nemám na sex ani pomyšlení a manžel je v tomto ohledu velmi tolerantní“.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí

Největší zátěží je pro ni sama nemoc. Vzhledem k jejímu dlouhodobému trvání si na ni už částečně zvykla. Při řešení životních problémů jsou pro pacientku největší oporou manžel a matka. Nyní má pocit určitého napětí z odloučení od rodiny, ale ví, že je o děti dobře postaráno.

Alkohol pije v malé míře, tak dvě deci červeného vína za týden. Cigarety nikdy nekouřila.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pro pacientku je nejdůležitější životní hodnotou zdraví její a rodiny. V současné době si nejvíce přeje, aby už byla zpět doma s rodinou.

Do budoucna má určitou naději, že dle zdravotního stavu bude možno přistoupit k zanoření stomie a napojení tenkého střeva na rektum.

Nevyznává žádné náboženství. Věří, že semknutost rodiny v těžkých chvílích je velmi důležitá a pomůže je překonat.

3.4 Ošetřovatelské diagnózy (stanovené ke dni 18. 9. 2008)

Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila na základě vyhodnocení získaných informací k osmému dni hospitalizace a prvnímu pooperačnímu dni. Pořadí ošetřovatelských diagnóz a plán péče jsem určila po dohodě s pacientkou a s přihlédnutím k jejímu zdravotnímu stavu.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- Akutní bolest z důvodu operační rány
- Deficit objemu tělesných tekutin z důvodu výrazného omezení perorálního příjmu
- Nedostatečná výživa z důvodu základního onemocnění (proteino-kalorická malnutrice)
- Nauzea v souvislosti s anestezií
- Inkontinence stolice z důvodu ileostomie
- Úzkost související se změnou zdravotního stavu (operace)

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

- Riziko pooperačních komplikací – nestabilního krevního tlaku, krvácení, retence moče
- Riziko vzniku infekce v souvislosti s malnutricí a poruchou celistvosti kůže – operační rána, invazivní vstupy (redonův dren, CŽK, PMK, epidurální katetr)

1. Akutní bolest z důvodu operační rány

Ošetrovatelský cíl:

- u pacientky dojde ke zmírnění bolesti hodnotitelné pomocí stupnice bolesti (1-5) ze 4 na 3 do 1 hodiny po podání analgetik
- pacientka nachází úlevovou polohu od bolesti během mé směny

Ošetrovatelský plán:

- akceptovat a uznat bolest tak jak ji vnímá pacientka
- podat analgetika, opiáty dle ordinace lékaře
- sledovat účinnost analgetik, opiátů za hodinu po podání podle stupnice hodnocení intenzity bolesti (1-5), nonverbálních projevů a frekvence pulsů
- v případě neúčinné léčby bolesti vyrozumět lékaře
- poučit pacientku, aby hned oznámila, jakmile se intenzita bolesti bude horšit
- sledovat základní fyziologické funkce a každou hodinu provádět záznam do ošetrovatelské dokumentace
- pomoci pacientce nalézt optimální polohu pro úlevu od bolesti
- ukázat pacientce jak si fixovat operační ránu při otáčení, změně polohy, vstávání z lůžka
- zajistit spolupráci s fyzioterapeutem, předvedení a nácvik relaxačních metod
- pobízet pacientku k zabavení se poslechem rádia, četbou
- pečovat o pohodlí pacientky: namazání zad, aplikace tepla, chladu
- věnovat pozornost psychickému stavu pacientky

Realizace:

- podle ordinace lékaře byla navýšena dávka léků do epidurálního katetru- Sufenta Forte 50 ug + 10 ml Marcainu 0,5 % do 50 ml fyziologického roztoku, z rychlosti 6 ml na 8 ml za hodinu
- analgetika, Novalgin 1 ampule i.v., byla podávána časovaně, každých 8 hodin (6-14-22), dle rozpisu lékaře

- pacientka dotazována na intenzitu bolesti vždy za hodinu po podání analgetik (7-15-23) a v časech mezi podáváním analgetik (12 a 19)
- sledovala jsem fyziologické funkce a zapisovala hodnoty každou hodinu do dekursu
- pomáhám pacientce nalézt úlevovou polohu, nejpříjemnější je poloha na boku s pokrčenými vypodloženými dolními končetinami
- předvedla jsem pacientce jak si fixovat operační ránu při změně polohy, kašlání, smrkání
- ukázala jsem pacientce jak vstávat z lůžka - přes bok, spuštění dolních končetin z lůžka a s přenesením váhy na loket, poté pacientka sama provedla
- po domluvě s fyzioterapeutem byla předvedena a nacvičována relaxační metoda - dechová gymnastika (prodýchávání do břicha)
- zajistila jsem rádio na pokoj pacientky a pobízela k četbě, zapůjčila jsem vlastní noviny, pacientka si po telefonu domluvila s manželem přinesení televize
- pacientce jsem během dvanáctihodinové směny namazala dvakrát záda hydrogelem a přinesla ledový sáček na operační ránu

Hodnocení:

- hodinu po podání analgetik pacientka udává zmírnění bolesti z nabídnuté stupnice pro hodnocení intenzity bolesti (1-5) stupeň 3, původně pacientka ohodnotila bolest stupněm 4
- v časech mezi podáváním analgetik pacientka udává, že nedošlo ke zhoršení intenzity bolesti
- pacientka našla úlevovou polohu od bolesti - poloha na boku s pokrčenými vypodloženými dolními končetinami
- aplikace ledového sáčku na operační ránu zmírnilo charakter ostré bolesti, kterou pociťuje jako méně řezavou
- během služby se hodnota pulsů pohybovala okolo 100 tepů za minutu, ostatní fyziologické funkce byly v mezích normálních hodnot
- u pacientky došlo do tří hodin k uvolnění strnulých pohybů, během směny jsem již nezaznamenala u pacientky pláč či sténání

2. Deficit objemu tělesných tekutin z důvodu výrazného omezení perorálního příjmu

Ošetrovatelský cíl:

- pacientka bude mít přiměřený turgor kůže, vlhké sliznice do konce mé směny
- pacientka nebude pociťovat žízeň do konce mé směny

Ošetrovatelský plán:

- pravidelná kontrola vitálních funkcí a CVP, zápis do dokumentace á 1 hodinu
- sledovat aktivní ztráty NGS, redonovým drenem (kontrola podtlaku), operační ránou, stomií a pocením
- zajistit náhradu tekutin, elektrolytů intravenózní cestou dle ordinace lékaře
- měřit příjem a výdej tekutin, provést celkovou bilanci tekutin za 12 a 24 hodin
- měřit hodinovou diurézu a sledovat barvu moči, popř. změřit specifickou váhu moči
- sledovat kožní turgor, stav sliznic
- kontrolovat hodnoty laboratorních vyšetření vztahujících se k hydrataci - hemoglobin, hematokrit, elektrolyty
- pečovat o hygienu dutiny ústní, rty a suchou pokožku
- udržovat na pokoji přiměřenou teplotu

Realizace:

- sledovala jsem fyziologické funkce, CVP a hodnoty zapisovala do dokumentace á 1 hodinu
- náhrada tekutin byla zajištěna aplikací roztoků intravenózní cestou: Plazmalyte 1000 ml, rychlost 100 ml za hodinu, poté Ringerův roztok 1000 ml, rychlost 100 ml za hodinu

- zaznamenávám příjem a výdej tekutin do dokumentace za 12 hodin:
- celkový příjem za 12 hodin:
 - i. v.- 2 200 ml
 - per os – 20 ml
- celkový příjem za 24 hodin:
 - i.v. – 4 150 ml
 - per os – 50 ml
- celkový výdej za 12 hodin:
 - diuréza - 650 ml
 - NGS – 200 ml
 - redonův dren – 160 ml
 - stomie – 20 ml
- celkový výdej za 24 hodin:
 - diuréza – 1 400 ml
 - NGS – 570 ml
 - redonův dren – 240 ml
 - stomie – 50 ml
- v 18 hodin jsem dle ordinace odebrala krev na elektrolyty a krevní obraz
- pacientka měla povolené tekutiny per os pouze po lžičkách, ke svlažení úst jsem podávala čaj po douškách každou ½ až 1 hodinu
- pacientka si minimálně každé 2 hodiny vyplachovala ústa naředěným roztokem Tantum verde s malou dopomocí, rty si pacientka ošetřovala balzámem na rty
- na suchou pokožku jsem pacientce nabídla Menalinda olej ve spreji, který jí vyhovoval, celé tělo s mojí dopomocí promazala dvakrát za den
- zajistila jsem teploměr na pokoj a udržovala teplotu vzduchu okolo 22° C

Hodnocení:

- pacientka má celkovou bilanci tekutin za 12 hodin: + 1 190 ml
za 24 hodin: + 1 940 ml
- turgor kůže je přiměřený, sliznice dutiny ústní je narůžovělá, rty nejsou oschlé
- pacientka nepocítuje žížeň

- laboratorní hodnoty jsou v normě, hodnota TK se pohybovala v rozmezí 105/65 mmHg až 130/80 mmHg, hodnoty CVP byly během služby od + 1 do + 4mm Hg

3. Nedostatečná výživa z důvodu základního onemocnění (proteino-kalorická malnutrice)

Ošetřovatelský cíl:

- během hospitalizace dojde ke zlepšení laboratorních ukazatelů stavu výživy: celková bílkovina, albumin, prealbumin a cholinesteráza
- pacientka nebude mít do konce hospitalizace váhu nižší než 51,3kg, tj. váha při příjmu

Ošetřovatelský plán:

- seznámit se s laboratorními ukazateli stavu výživy
- dle ordinace lékaře aplikovat úplnou parenterální výživu do CŽK
- dle indikace lékaře podávat vitamíny
- zajistit spolupráci s nutričním terapeutem
- pravidelně sledovat váhu pacientky
- sledovat pravidelně hodnoty laboratorních vyšetření vztahujících se ke stavu výživy

Realizace:

- podávám parenterální výživu do CŽK v čase od 6:00 do 24:00 hodin, Oli-Clinomel č.8 + Neonutrin 10 % 500 ml + Tracutil 1 ampule, rychlost 80 ml za hodinu, poté následuje noční pauza, kape G5% 500 ml + Multibionta 1 ampule
- pacientku jsem ráno zvážila a zapsala hodnotu, 18. 9. 2008 je váha 51,5kg, pokud to bude možné pacientka bude vážena obden
- nutriční terapeutka bude docházet na oddělení každý den a sledovat kalorický příjem pacientky, v případě nedostatku či nadbytku navrhne lékaři úpravu makronutrientů

- dle zvyklosti oddělení každé pondělí a čtvrtky odebíráme krev na CB, albumin, prealbumin, popř. cholinesterázu

Hodnocení:

- v průběhu hospitalizace došlo ke zvýšení tělesné hmotnosti:
při přijetí – **51,3kg**, 20. 9. 2008- 52,4 kg, 13. 10. 2008- **53,6 kg**
- v průběhu hospitalizace dochází ke zlepšení laboratorních ukazatelů výživy (viz. tab.č. 1, graf č. 1,2,3,4)

4. Nauzea v souvislosti s anestezií

Ošetrovatelský cíl:

- pacientka během 12ti hodinové směny nezvrací
- pacientka udává snížení pocitu na zvracení, nevolnosti do 12 hodin

Ošetrovatelský plán:

- podávat antiemetika dle ordinace a sledovat jejich účinek
- při pocitu na zvracení pobízet k hlubokému pomalému dýchání, podporujícímu relaxaci
- kontrolovat průchodnost, množství a charakter odpadů ze žaludeční sondy
- doporučit zvýšenou polohu horní poloviny těla
- zajistit, aby prostředí nebylo narušeno zápachy a vůněmi, které by u pacientky vyvolávaly nevolnost
- doporučit častější čištění zubů, výplachy úst a zajistit dopomoc při úkonu
- zabavit pacientku poslechem hudby, četbou, rozhovorem

Realizace:

- antiemetika, Degan 1 ampule i. v., byla podávána časovaně každých 8 hodin (6-14-22)
- žaludeční sonda odvádí žaludeční šťávu, kontroluji její průchodnost a správné zavedení každé 2-3 hodiny pohledem (fixace sondy) a odtažením Janettovou stříkačkou

- nabízím pacientce zvýšení horní poloviny těla, ale preferuje raději polohu na boku
- pacientka si dvakrát čistila zuby a prováděla výplachy úst s malou dopomocí
- ukazuji pacientce jak dýchat při pocitu na zvracení
- pobízím pacientku k zabavení se činnostmi

Hodnocení:

- přes správné zavedení, dobrou průchodnost žaludeční sondy a dodržení kroků v ošetrovatelském plánu, pacientka jednou zvracela cca 150 ml žaludeční šťávy

Cíl se nepodařilo splnit.

5. Inkontinence stolice z důvodu ileostomie

Ošetrovatelský cíl:

- pacientka nebude mít podrážděné okolí stomie během 24 hodin

Ošetrovatelský plán:

- provést kontrolu stomie a okolí dvakrát za směnu
- v případě potřeby odstranit stomický sáček, omýt okolí stomie a upevnit nový
- v případě potřeby výměny celého stomického systému, zvolit a aplikovat vhodné stomické pomůcky (vystříhnout správný průměr planžety) a příslušenství k ošetření okolí stomie (zásypový pudr, ochranný film...)
- sledovat a zapisovat charakter, barvu a množství odpadu ze stomie

Realizace:

- u pacientky jsem provedla kontrolu stomie a okolí dvakrát za směnu
- bylo provedeno konziliární vyšetření chirurgem – operační rána a stomie se hojí dobře
- stomie odvádí malé množství hnědožluté tekutiny s příměsí krve

- množství odpadu ze stomie za 12 hodin bylo 20 ml a za 24 hodin 50 ml

Hodnocení:

Během směny nebyla nutná výměna stomického systému. Stomie a okolí jsou klidné, bez známek podráždění.

6. Úzkost související se změnou zdravotního stavu (operace)

Ošetřovatelský cíl:

- pacientka je schopna verbalizovat příčiny své úzkosti během mé směny

Ošetřovatelský plán:

- určit intenzitu úzkosti a sledovat její projevy
- zajistit dostatek času na rozhovor
- mluvit s pacientkou klidně, nespěchat, naslouchat se zájmem a respektem, projevit empatické pochopení (dotek)
- všimnout si souladu neverbálních a verbálních projevů
- zjistit možné příčiny úzkosti
- povzbuzovat pacientku k vyjádření svých pocitů
- informovat o léčebném postupu v souladu s informacemi podanými lékařem a v rámci svých kompetencí
- ověřit si zda nemocná všemu rozumí, dát příležitost k otázkám

Realizace:

- během dne jsem si zajistila dostatek času na rozhovor s pacientkou
- snažila jsem se získat důvěru pacientky
- pacientka vyjadřuje, že cítí určité napětí, nervozitu, podrážděnost, změny nálad, nesoustředěnost
- nemocná potvrzuje, že úzkost je pravděpodobně spojena s nejistotami a nezkušeností s daným zdravotním stavem: „jak dlouho ještě budu muset být v nemocnici, jak se budu starat o stomii, půjde mi to, jak na to budou reagovat děti a manžel, jak se budu cítit ve společnosti“?

- intenzitu úzkosti jsem určila na pomezí mírné a střední
- s nemocnou jsem probrala problematiku stomie v rozsahu svých znalostí a zkušeností a informovala jí o domluvené návštěvě stomické sestry na další den
- domluvila jsem se lékařem, aby znovu promluvil s pacientkou o jejím zdravotním stavu, přestože tak již učinil při ranní vizitě

Hodnocení:

- cíl se podařilo splnit, pacientka verbalizovala nejpravděpodobnější příčiny své úzkosti

7. Riziko pooperačních komplikací - nestabilního krevního tlaku, krvácení, retence moče

Ošetřovatelský cíl:

- včasné odhalení komplikací v průběhu prvního pooperačního dne

Ošetřovatelský plán:

- pravidelně kontrolovat a zapisovat hodnotu TK (na monitoru nastaven interval měření po 30 minutách), puls, CVP, SpO₂, dechu
- minimálně každé 2 hodiny kontrolovat prosakování operační rány a stomie
- sledovat množství a barvu odpadu v redonu
- kontrola podtlaku v redonu
- dle ordinace provádět odběry na koagulaci a krevní obraz
- sledovat průchodnost PMK, množství, barvu a příměsi moče
- množství moče zapisovat á 1 hodinu do dokumentace
- v případě nestabilního tlaku, výraznějšího krvácení z operační rány, velkých odpadů v redonu, poklesu množství diurézy a nepříznivých laboratorních výsledcích ihned informovat lékaře

Realizace:

- sledovala jsem a zapisovala do dokumentace hodnoty fyziologických funkcí á 1 hodinu

- každé 2 hodiny jsem kontrolovala krytí operační rány, stomii, odpady v redonu a dvakrát zkontrolovala podtlak v nádobě
- během služby jsem odebrala krev na krevní obraz a koagulaci v 18 hodin, o výsledku jsem informovala lékaře
- každou hodinu jsem měřila a zapisovala hodinovou diurézu

Hodnocení:

- hodnoty fyziologických funkcí během služby:
TK: systola v rozmezí 105-130 mmHg, diastola 60 – 80 mmHg :
puls: 81-104 tepů za minutu
CVP: + 1 až + 4 mmHg
SpO₂: 95-98 %
dech: 10-18 za minutu
- operační rána a stomie prosakují pouze mírně, okolí je klidné
- odpad z drenu byl za 12 hodin 160 ml a za 24 hodin 240 ml, charakter – naředěná krev
- množství hodinové diurézy nekleslo pod 50 ml za hodinu
- výsledky laboratorních vyšetření byly v normě, lékař informován

8. Riziko vzniku infekce související s malnutricí a poruchou celistvosti kůže - operační rána, invazivní vstupy (redonův dren, CŽK, PMK, epidurální katetr)

Ošetrovatelský cíl:

- nemocná nebude ohrožena komplikací z infekce po dobu pobytu na JIP

Ošetrovatelský plán:

- včas diagnostikovat známky místní infekce: zarudnutí, otok, sekrece, bolest
- sledovat denně vstupní místa CŽK, epidurálního katetru, redonova drenu a operační ránu

- zamezit zbytečnému rozpojování invazí, při rozpojení důsledně odezinfikovat oba konce
- provádět převazy invazivních vstupů každý den, při převazech a manipulaci postupovat přísně asepticky (sterilní materiál, rukavice, dezinfekce)
- dodržovat hygienu rukou mezi jednotlivými pacienty, zákroky
- dodržovat řádnou hygienu genitálií, kontrola průchodnosti PMK
- udržovat uzavřený sběrný močový systém
- sledovat systémové infekce - horečka, třesavka
- pravidelně měřit tělesnou teplotu
- sledovat laboratorní hodnoty ukazatelů zánětu: CRP, prokalcitonin
- dle zvyklosti oddělení provádět každé pondělí a čtvrtek: stěry z nosu, krku, rekta (stomie), popř. z operační rány a sterilní odběr moče, sputa – na kultivaci a citlivost
- udržovat osobní prádlo a lůžko pacientky v suchu a čistotě
- edukovat pacientku ohledně rizika vzniku infekce
- dle zvyklosti oddělení je CŽK (pokud nejsou komplikace) pravidelně přepichován 7 až 8 den, pravidelná výměna PMK bude po 14 dnech

Realizace:

- dvakrát denně kontrolovány místa vstupu CŽK, epidurálního katetru, redonova drenu a asepticky denně převazovány s použitím dezinfekce Cutasept
- redonův dren byl zrušen 20. 9., epidurální katetr zrušen 23. 9.
- CŽK byl přepichován každý sedmý den, konec starého CŽK odeslán na kultivaci a citlivost
- místo odběru z CŽK vždy odezinfikují
- denně asepticky převazují operační ránu, rána ošetřena dezinfekcí Betadine a kryta sterilními suchými čtverci
- dodržují hygienu rukou: mytí, dezinfekce Sterilliem, používání jednorázových či sterilních rukavic
- sledují průchodnost PMK, odběr moči na kultivaci provádím za sterilních podmínek, bez rozpojení uzavřeného systému

- PMK byl odstraněn 20. 9., pro retenci moče opět zaveden 22. 9. za sterilních podmínek
- pacientka edukována ohledně rizika vzniku infekce, vzhledem k menstruaci dbá na zvýšenou hygienu o genitál
- tělesná teplota měřena každé čtyři hodiny, od 23. 9. byla pacientka subfebrilní až febrilní
- každý den prováděny odběry a kontrola hodnot zánětlivých markerů, pondělí a čtvrtek odběry na kultivaci a citlivost, od 22. 9. nárůst CRP (viz. tab.č. 2, graf č. 5)

Hodnocení:

- po počátečním poklesu zánětlivých parametrů došlo k vzestupu CRP, febrilie (tab.č. 2, graf č. 5)
- z kultivačních odběrů zjištěna uroinfekce, nasazena ATB s dobrým efektem

Cíl se nepodařilo splnit.

3.5 Dlouhodobá ošetrovatelská péče

Dlouhodobá ošetrovatelská péče byla částečně zaměřena na problematiku v péči o ileostomii, kterou podrobně popisují v části edukace.

Od počátku hospitalizace byla u pacientky zahájena profylaxe tromboembolické nemoci. Přesto došlo ke vzniku trombózy v. portae a byla zahájena plná antikoagulace Heparinem, s postupným přechodem na nízkomolekulární hepariny – Clexane s.c. Vzhledem k tomu, že bude nutné podávat Clexane i po propuštění z nemocnice, přistoupili jsme u pacientky k nácviku aplikace léku do podkoží. Pacientka si aplikaci zkusila již po prvním předvedení a další podání prováděla sama pod dozorem sestry. Současně byla poučena o nežádoucích účincích, které mohou provázet užívání léku. Při propuštění byla paní O.S. objednána do trombotického centra VFN.

Další dlouhodobá ošetrovatelská péče je zaměřena na zlepšení nutričních parametrů (proteino-kalorické malnutrice). Během hospitalizace došlo u pacientky ke zlepšení nutričního stavu (tab.č. 1). Z dlouhodobého hlediska bude

i po propuštění z nemocnice nadále nutné docházet na pravidelné kontroly do nutriční ambulance, která je součástí kliniky, kde bude sledován stav výživy. Průběh hospitalizace byl komplikován dvakrát zjištěnou uroinfekcí. Dle citlivosti kultivačních vyšetření byla po konzultacích s antibiotickým centrem měněna antibiotika. Pacientka byla poučena o nutnosti zvýšené hygienické péče v oblasti genitálu. Kontrola stentu v ureteru (zaveden 3. 10.) s možností extrakce bude za šest měsíců na urologické ambulanci. Je nutné pokračovat v užívání ATB do další kontroly dle nálezů v moči.

Pacientka bude také nadále docházet do gastroenterologické ambulance, kde bude průběžně sledován stav jejího základního onemocnění. Dle zdravotního stavu je v budoucnu reálná možnost zanoření stomie.

3.5 Psychologie nemocné

Nemoc znamená hrubý zásah do života postiženého člověka a jeho nejbližších sociálních vztahů, zvláště rodiny, jejíž dynamiku a vztahy mění. Jak tuto náročnou situaci lidé prožívají a jak se s ní vyrovnávají záleží na mnoha proměnných.

- informace o nemoci, léčbě, prognóze
- sociální zakotvenost, zázemí a podpora rodiny
- vlastní léčebná a ošetrovatelská péče, důvěra ve zdravotnický personál a zařízení
- průběh onemocnění

Tyto okolnosti se setkávají v osobnosti pacienta a tvoří konečnou podobu toho, jak obtížnou situaci vyvolanou nemocí hodnotí, prožívá a jak se nakonec chová. Existence chronického onemocnění je faktem, s nímž se musí ten, kdo je touto nemocí postižen, vyrovnávat. Pravděpodobně největší dopad v psychické oblasti má chronické onemocnění na sebepojetí pacienta – jak pacient sám sebe vidí, chápe, hodnotí (18).

Paní O.S. onemocněla chorobou ve svých 19 letech. Průběh nemoci byl chronický intermitentní. Střídala se období klidu a znovuvzplanutí choroby. Pacientka udává, že si na nemoc již zvykla, přestože ji svým způsobem omezuje. Pokud má období klidu, snaží se na nemoc nemyslet. Do nemocnice byla přijata pro relaps colitis ulcerosa a z důvodu progresu zdravotního stavu, bylo nutné přistoupit

k operačnímu řešení. Byla provedena subtotální kolektomie s terminální ileostomií a zaslepením pahýlu rekta.

Bezprostředně po operaci měla pacientka výrazné bolesti, které značně ovlivňovaly její psychiku. Byly patrné změny v jejím chování - neklid, sténání, pláč, podrážděnost. Pacientka se jevila jako výrazně přecitlivělá, ale vzhledem k dlouholetému trvání a průběhu nemoci to bylo pochopitelné.

Celkem uspokojivě přijala změnu týkající se tělesného vzhledu. Přesto pocítovala určité obavy a úzkost z toho jak ji přijme manžel, děti, okolí a jaké omezení ji čekají. Během krátké doby se naučila pečovat o ileostomii a aktivně se zajímala o vše co souvisí s problematikou stomií. Určitou nadějí do budoucna je pro ni možnost zanoření stomie.

Paní O.S. má velmi dobré sociální zázemí. Rodina je její velkou oporou a převzala dočasně bez problémů řadu jejích rolí. V rodině, dle mého pozorování, zastává submisivní roli. Manžel docházel za svojí ženou na návštěvy každý den a požadoval autoritativně, ne vždy vhodným způsobem, detailní informace o zdravotním stavu své ženy. Bylo zřejmé, že má o svoji ženu strach a chce pro ni tu nejlepší péči. Lékaři vždy trpělivě a s jistou dávkou diplomacie zodpověděli jeho dotazy. Velmi se jí stýskalo po dětech a tak jí manžel přinesl rodinné fotky, které si často prohlížela a ráda s nimi mluvila po telefonu.

Komunikace s pacientkou byla po většinu doby hospitalizace na dobré úrovni. Zpočátku jsem cítila určitý emocionální odstup, ale postupně jsem si získala pacientky důvěru a naše rozhovory se stávaly více osobní a přátelské.

Největším přáním paní O.S. bylo dosažení takového zdravotního stavu, aby mohla být propuštěna do domácí péče a být se svojí rodinou. Snažila se ve všech směrech aktivně spolupracovat s lékaři a sestrami.

4 Edukace

Cílem edukace u pacientky bylo docílit soběstačnosti v péči o ilestomii a pochopit změny ve stravování stomiků nejpozději do konce hospitalizace. Neméně důležité bylo i zaměření na psychickou stránku dané problematiky, neboť většina pacientů se obává snížení kvality života, mají strach z partnerských vztahů, z vyřazení ze společnosti. Měli by vědět, že nezůstanou bez odborné pomoci (stomapradny, infolinky).

Ileostomie je vyvedení tenkého střeva na stěnu břišní. Odcházející střevní obsah je řídký a agresivní z důvodu zvýšeného obsahu trávicích šťáv. Obsah vytéká trvale. Je-li pacient schopen edukace, začíná se již v prvních dnech po výkonu. Druhý pooperační den byla pozvána stomasestra. V první fázi byly prakticky předvedeny stomické pomůcky – dvoudílný systém skládající se z podložky a sáčku, které jsou vzájemně spojeny přírubovým kroužkem:

- **Podložky** - vyráběny v různých velikostech přírubového kroužku a nejčastěji se používají standardní s vrstvou želatiny, která má hojivé vlastnosti.
- **Ileostomické sáčky** - béžové, výpustné, uzavírají se pomocí speciální svorky nebo suchého zipu a na zadní straně mají speciální vrstvu, která napomáhá udržovat kůži suchou.

Příslušenství

- **Ochranná pasta**, která se používá před nalepením podložky. Pasta je lepivá a vyrovnává kožní záhyby a jizvy pod podložkou.
- **Adhezivní pasta** se používá až po nalepení podložky a ochraňuje pokožku v okolí stomie a zabraňuje zatékání.
- **Zásypový pudr** se používá ke zklidnění pokožky pod podložkou a nanáší se ve velmi tenké vrstvě.
- **Ochranný film** jsou ubrousky, které jsou nasyceny látkou vytvářející ochranný film mezi podložkou a pomůckou a chrání ji před odřením a tvorbou puchýřů.
- **Odstraňovač náplastí**, který napomáhá k pohodlnému sejmutí podložky a zároveň slouží k omytí pokožky a napomáhá regeneraci.

- **Pohlcovač zápachu**, který se aplikuje jak do sáčku tak i do ovzduší a napomáhá neutralizovat zápach.

Ve druhé fázi jsme přistoupily k vlastnímu pracovnímu postupu při ošetřování stomie.

1. Zajištění vhodné polohy pacientky, příprava potřebných pomůcek - stomická podložka a sáček, mýdlo, žínka, ručník, buničina na osušení, rukavice a další příslušenství.
2. Příprava podložky - změříme a vystříháme otvor asi o 1 cm větší než průměr stomie.
3. Očištění stomie - omytá, suchá, zarudlá místa ošetřujeme ochranným filmem a necháme zaschnout
4. Zvrásnělé okolí stomie a záhyby vyplníme ochrannou pastou, která obsahuje alkohol a může mírně pálit a necháme zavadnout.
5. Přiložíme na okolí stomie podložku, mírně přimáčkneme prstem uvnitř přírubového kroužku a objedeme několikrát okolí stomie, aby i zde byla podložka dobře přilepena.
6. Nasazení stomického sáčku – vnitřní strany sáčku by neměly být slepeny, v sáčku by mělo být trochu vzduchu. Přiložíme sáček na přírubový kroužek a směrem od dolního okraje přitlačujeme kroužek po celém obvodu (při správném nasazení uslyšíme jemné cvaknutí).

Podložka může zůstat na těle i několik dnů, sáček může být vyměněn kdykoliv. Moderní pomůcky jsou vytvořeny tak, aby působily nenápadně a pacienti s nimi mohou vykonávat prakticky všechny běžné aktivity.

S pacientkou jsme také probraly, kde se v Praze nachází specializované výdejny stomických pomůcek, možnost využití zásilkových služeb nebo infolinky, které nabízejí firmy specializující se na stomické pomůcky.

Ještě téhož dne si paní O.S. s úspěchem zkusila vypouštění stomického sáčku. Dne 21. 9. 2008, 4 pooperační den, si pacientka sama vyzkoušela omytí stomie a výměnu stomického sáčku. Výkon zvládla velmi dobře, pouze s mojí malou dopomocí. Další návštěva stomasestry byla naplánována na šestý pooperační den. Pacientka si s její dopomocí sama zkusila celý postup výměny planžety i sáčku.

S pacientkou byly probrány i oblasti činnosti ve volném čase, pracovní činnosti, informace o sdružení stomiků, informace týkající se sexuálního života a předán kontakt na stomasestru. Návštěva stomické sestry proběhla ještě dvakrát a pacientka si již ošetření stomie za dozoru provedla sama. Před překladem na oddělení je paní O.S. již téměř samostatná při ošetřování stomie.

S pacientkou jsem také probrala **zásady výživy** u ileostomiků, které se příliš neliší od stravy u onemocnění colitis ulcerosa, kterou již pacientka velmi dobře zná. Pacientka byla poučena o tom, že z důvodu ileostomie dochází ke zvýšené ztrátě tekutin, minerálů a vitaminů:

- stravu přijímat častěji , pravidelně a v menších dávkách
- dostatečný příjem tekutin zejména při jídle alespoň 1,5-2 l denně, při pití mimo jídlo sníst něco menšího, aby se tekutina smísila s potravou
- dostatečný přísun vitaminů, nejlépe v ovocných šťávách
- příjem soli by neměl klesat pod 6-9 gramů denně
- k zahušťování obsahu je doporučována rýže, borůvky, černý čaj a strouhaná jablka
- vyhýbat se jídlům, která mohou způsobit obstrukci (slupky z rajčat, okurky, kukuřice, pomerančová dužina)
- nevhodné potraviny: luštěniny, zelí, syrová zelenina, cibule, tučná a smažená masa, slanina, škvarky, konzervy, čerstvá kynutá těsta, mandle, ořechy a veškerá koření

Edukace proběhla úspěšně a pacientka je před propuštěním z nemocnice plně soběstačná v péči o ileostomii a chápe změnu ve stravování stomiků.

Na edukaci v nemocnici navazuje následná péče. Do následné péče patří pravidelné kontroly ve stomapradně, kontrola ošetřování stomie a výběru pomůcek, rozpoznání komplikací a jejich řešení (13).

5 Závěr

Colitis ulcerosa patří mezi chronická nespecifická zánětlivá onemocnění střeva, která postihují vždy oblast rektu a distálnější části tlustého střeva. Zánět postihuje především povrchní vrstvy střevní stěny. Většina nemocných má chronický intermitentní průběh s relapsy a remisemi.

Paní O.S. je mladá žena (37 let), u které byla diagnostikována colitis ulcerosa již před 17ti lety. Až doposud probíhala léčba konzervativně. Pacientka byla přijata do nemocnice pro relaps choroby a výraznou proteino-kalorickou malnutrici. V průběhu hospitalizace bylo nutné přistoupit k operačnímu řešení choroby z důvodu selhání konzervativní léčby. Pooperační průběh byl komplikován opakovanými uroinfekcemi a trombózou v. portae.

V ošetrovatelské části jsem se věnovala ošetrovatelskému procesu, který vychází z modelu „Fungujícího zdraví“ M. Gordonové. Podrobně jsem odebrala ošetrovatelskou anamnézu a ve spolupráci s pacientkou jsem určila aktuální a potenciální diagnózy a plán ošetrovatelské péče. Následuje realizace a zhodnocení poskytnuté péče. Dostatek času jsem se věnovala i psychologii nemocné, neboť chronické onemocnění vždy různou měrou zasahuje do psychiky nemocného.

V edukaci jsem se podrobně věnovala problematice týkající se stomie.

V současné době je paní O.S. v domácím ošetřování. Bude docházet na pravidelné kontroly do gastroenterologické ambulance, výživové poradny, trombotického centra a urologické ambulance.

V budoucnu existuje možnost operačního zanoření stomie s vytvořením ileorektální anastomózy. Pacientka doufá, že tento zákrok bude proveden.

Seznam zkratek

a.	arteria, tepna
ALT	alanin aminotransferáza
ANCA	autoprotilátky proti cytoplazmě neutrofilních leukocytů
APTT	aktivovaný protrombinový čas
AST	aspartát-aminotransferáza
AT III	antitrombin
ATB	antibiotika
5-ASA	kyselina 5-aminosalicylová
AZA	Azathioprin
BMI	(body mass index) výpočet stavu výživy z tělesné výšky a váhy
CB	celková bílkovina
Cca-IgG-Ab	protilátky proti antigenu kolonocytů
CRP	c-reaktivní protein
CT	výpočetní tomografie
CVP	centrální žilní tlak
CŽK	centrální žilní katetr
DF	dechová frekvence
EKG	elektrokardiograf
GGT	gamaglutamil aminotransferáza
GIT	gastrointestinální trakt
GA	gynekologická anamnéza
ISZ	idiopatické střevní záněty
JIP	jednotka intenzivní péče
KCL	chlorid sodný
6MP	6-merkaptopurin
NGS	nasogastrická sonda
NO	nynější onemocnění
OA	osobní anamnéza
P	srdeční frekvence

pCO ₂	parciální tlak oxidu uhlíkatého
pH	záporný dekadický logaritmus aktivity vodíkových iontů
pO ₂	parciální tlak kyslíku
PMK	permanентní močový katetr
PŽK	periferní žilní katetr
RA	rodinná anamnéza
RTG	rentgen
SpO ₂	saturace krve kyslíkem
SS	sulfasalazin
TK	krevní tlak
TNF-alfa	tumor nekrotizující faktor alfa
TT	tělesná teplota
UPT	umělé přerušení těhotenství
v.	vena, žíla

Seznam použité literatury

1. Bortlík, M., Lukáš, M. Je biologická léčba idiopatických střevních zánětů definitivním řešením? Aneb deset poznámek k biologické léčbě. Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie, 2007, roč. 61, č. 6, s. 293
2. Červinková, E. Ošetrovatelské diagnózy. 3. vyd. Brno: IDV PZ, 2003. 165 s. ISBN 80-7013-358-9.
3. Dítě, P. Akutní stavy v gastroenterologii. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 306 s. ISBN 80-7262-305-2.
4. Doenges, M., E., Moorhouse, M., F. Kapesní průvodce pro zdravotní sestry. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
5. Fiala, P., Valenta, J., Eberlová, L. Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 136 s. ISBN 80-246-0804-9.
6. Klener, P. a kol. Vnitřní lékařství. 3. přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 1158 s. ISBN 80-246-1252-6.
7. Kohout, P. a kol. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. Praha: Maxdorf, 2004. 174 s. ISBN 80-7345-023-2.
8. Krška, Z., Kvasnička, S. Tromboembolické komplikace u idiopatických střevních zánětů. Česká a slovenská gastroenterologie a hematologie, 2008, roč. 62, č. 5, s. 271-272.
9. Lemon, I. Učební texty pro sestry a porodní asistentky. Brno: IDV PZ, 1996. 183 s. ISBN 80-7013-234-5.
10. Lukáš, K. Idiopatické střevní záněty: diagnostika a léčba pro praxi. 1. vyd. Praha: Triton, 1997. 175 s. ISBN 80-85875-31-4.

11. Lukáš, K. Idiopatické střevní záněty: minimum pro praxi. Praha: Triton, 2001. 84 s. ISBN 80-7254-173-0.
12. Lukáš, K., Žák, A. Gastroenterologie a hepatologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
13. Lukáš, K. a kol. Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
14. Lukáš, M. a kol. Idiopatické střevní záněty: nejistoty, současné znalosti a klinický přístup. 2. vyd. Praha: Galén, 1998. 363 s. ISBN 80-85824-79-5.
15. Pavlíková, S. Modely ošetřovatelství v kostce. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
16. Rokyta, R. a kol. Fyziologie. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 359 s. ISBN 80-85866-45-5.
17. Trachtová, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 2. nezměněné vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
18. Vymětal, J. Lékařská psychologie. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
19. Zbořil, V. Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 126 s. ISBN 978-80-247-1563-6.
20. Zbořil, V. Biologická terapie v gastroenterologii. Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie, 2007, roč. 61, č. 6, s. 288.
21. Zejdová, Z. Komplexní péče o pacienta s kolostomií a ileostomií. Diagnóza, 2008, roč. 4, č. 5, s. 7-8.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetrovatelská dokumentace

Příloha č. 2: Plán ošetrovatelské péče

Příloha č. 3: Hodnocení a monitorace bolesti

Příloha č. 4: Tabulka č. 1 Biochemické vyšetření

graf č. 1 Vývoj hodnot celkové bílkoviny

graf č. 2 Vývoj hodnot albuminu

graf č. 3 Vývoj hodnot prealbuminu

graf č. 4 Vývoj hodnot cholinesterázy

Příloha č.5: Tabulka č. 2 Biochemické vyšetření

graf č. 5 Vývoj hodnot CRP

Příloha č. 6: Tabulka č.3 Koagulační vyšetření

graf č. 6 Vývoj hodnot D-dimer

Příloha č. 7: Obrázek č. 1 Colitis ulcerosa, ohraničený tvar

Obrázek č. 2 Colitis ulcerosa, těžký tvar s vředy



OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Jméno **O.S.**

Příjmení

r. č.

ZP

dle možností nalepte štítek

Telefon pacienta:

Příjem na oddělení

Datum: 10.9.08	Čas přijetí: 10³⁰	Přijat odkud: AMBULANCE
Kontaktní osoba: MANŽEL	Telefon:	Adresa:
Cizinec (hovoří jazykem)		

Lékařská diagnóza při přijetí K 51.9	Důvod přijetí: LEČEBNÝ
--	----------------------------------

Informace o uložení cenností:

pokladna VFN trezor na oddělení

Pacient seznámen s:

ošetrovací jednotkou režimem oddělení

Schopnost edukace:	Kontakt se sociální pracovníci:
Pacient <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne rodina <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne
	Poznámka:

Jiná sdělení:	Alergie (červeně): NEUDÁVA
---------------	--------------------------------------

S informacemi seznámila:	Podpis sestry:
Datum: 10.9.08	Kalotná

Posouzení psychického stavu

Posouzení psychického stavu		Riziko dekubitů dle stupnice Nortonové (Nebezpečí při 25b.) viz SOP č. 23	
Vědomí - poč. bodů špatná odpověď 1 bod	Jméno		
	Věk		
	Datum dnešního dne		
	Kde je (místo)		
	Kolik je hodin (asi)		
	Odečítat od 10-1		
	Na výzvu zavřít a otevřít oči		
	Emoce - v případě ano 1 bod	Plačtivost	
	Úzkost, napjatost		
	Smutek		
	Hyperaktivita		
	Uzavřenost (nesdílnost)		
Chování - v případě ano 1 bod	Agrese		
	Opozice		
	Nespolupráce		
	Zpomalení/útlum		
	Apatie, nezáměr		
Riziko dekubitů			
Ochota ke spolupráci	Plná	4	
	Malá	3	
	Částečná	2	
	Žádná	1	
Věk	< 10	4	
	< 30	3	
	< 60	2	
	> 60	1	
Stav pokožky	Normální	4	
	Šupinatá, suchá	3	
	Vlhká	2	
	Rány/alergie popraskaná	1	
Příduž. onemoc.	Žádné	4	
	Lehká forma	3	
	Středně těžká forma	2	
	Těžká forma	1	
Tělesný stav	Dobrý	4	
	Obstojný	3	
	Špatný	2	
	Velmi špatný	1	
Duševní stav	V pořádku	4	
	Apatický, bez účasti	3	
	Pomatený	2	
	Bezvědomí	1	
Aktivita	Chodí bez pomoci	4	
	Chodí s pomoci	3	
	Sedačka	2	
	Ležící na lůžku	1	
Pohyblivost	Plná	4	
	Trochu omezená	3	
	Velmi omezená	2	
	Plně omezená	1	
Inkontinence	Žádná	4	
	Někdy	3	
	Většinou moč	2	
	Moč, stolice	1	
Celkem		32	

Glasgovská stupnice

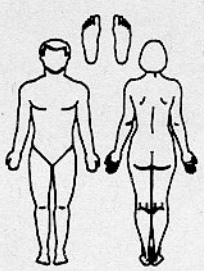
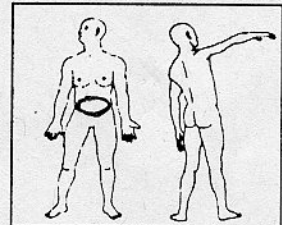
Glasgovská stupnice hloubky bezvědomí			Zjištění rizika pádů		
Otevření očí	Spontálně	4	Pohyb	Neomezený	0
	Na výzvu	3		Používá pomůcky	1
	Na bolest	2		Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neotevřít	1		Neschopen přesunu	1
Slovní odpověď	Orientovaná	5	Vypražňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Zmatená	4		V anamnéze nykturie, inkontinence	1
	Nepřiměřená	3	Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Nesrozumitelná	2		Užívá rizikové léky ze skupiny: diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik psychotropních látek benzodiazepinů	1
	Žádná	1		Žádné	0
Motorická odpověď	Uposlechně-vykoná	6	Smyslové poruchy	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
	Cílená obrana	5		Mentální stav	Orientován
	Flekční-úhybná	4	Občasná/noční dezorientace		1
	Na bolest flexe	3	Dezorientace		1
	Na bolest extenze	2	Věk	18 - 75 let	0
Bez reakce	1	75 let a výše		1	
Celkem:		15	Pád	Pád v anamnéze	1
				Poznámka:	
			Celkem		0

Barthelové test

Barthelové test všedních denních činností		
Činnost	Posouzení	
Přijem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Přesun na lůžko/zidli	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50m	15
	S pomoci 50m	10
	Na vozíku	5
	Neprovede	0
Chůze - schody	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	Neprovede	0
Celkem		110
Nutriční riziko u hospitalizovaných pacientů		
Pokud odpověď ano - volat NT -	BMI méně než 20,5	Ano ne
	Nechtěný úbytek tělesné hmotnosti v posledních 3 měsících	Ano ne
	Snížení příjmu potravy v posledním týdnu před přijetím	Ano ne
	Závažné onemocnění, přijetí na JIP	Ano ne



OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

1. Hodnoty fyziologických funkcí při přijetí: TK: <u>MA 68</u> P: <u>93'</u> TT: <u>36,3°C</u> Hzpertenze v anamnéze: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne	6. Výživa / hydratace: Hmotnost / výška: <u>57/3 / 168</u> BMI (BMI=kg/m) ² Kožní turgor: <input checked="" type="checkbox"/> přiměřený <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/> parenterální výživa <input checked="" type="checkbox"/> perif. žilní katétr zaveden dne: <u>10.9.08</u> <input type="checkbox"/> centr. žilní katétr zaveden dne: _____ <input type="checkbox"/> implantovaný podkožní žilní katétr <input type="checkbox"/> enterální výživa <input type="checkbox"/> sonda zavedena dne: _____ <input type="checkbox"/> PEG zaveden dne: _____ <input type="checkbox"/> diabetik <input type="checkbox"/> na insulinu Nutriční riziko: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (viz str. 2) (při odpovědi 1x ano a více kontaktovat nutričního terapeuta)	11. Stav kůže: změny na kůži: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> jiné 1. zčervenání 2. tvorba puchýřů 3. hluboké poškození kůže a tkáně 4. dekubitus na kost - nekróza  Riziko vzniku dekubitů dle st. Nortonové Skóre <u>32</u> (Posouzení viz str. 2) (dále SOP č. 23)
2. Psychický stav: <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input checked="" type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> rozrušený <input checked="" type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> zmatený Skóre aktuálního psych. stavu: (viz str. 2) <input type="checkbox"/> vědomí 3a< <input type="checkbox"/> emoce 3 a> <input type="checkbox"/> chování 3a> - informovat lékaře	7. Dýchání: Potíže: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> UPV <input type="checkbox"/> tracheostomie Kuřák: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne Dušnost: <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> noční Kašel: <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> s expectorací	12. Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická Lokalizace:  Intenzita: zakroužkujte mírná-nepříjemná-intenziv.-krutá-nesnesit. (1) (2) (3) (4) (5) při chronické bolesti viz SOP č. 24
3. Vědomí, komunikace: Vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> bezvědomí Kontakt: <input checked="" type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> ztlížený <input type="checkbox"/> neverbální <input type="checkbox"/> nelze navázat Glasgow. skóre: (viz str. 2) 15-13 bodů-lehká porucha vědomí 12- 8 bodů-střední porucha vědomí 7- 3 body-závažná porucha vědomí	8. Vyprazdňování: Problémy s močením: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> noční močení <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie močový katétr zaveden dne: _____ Problémy se stolicí: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pravidelná <input checked="" type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> zácpa <input checked="" type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> příměsí <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie	13. Omezení schopností: <input type="checkbox"/> zrakových <input type="checkbox"/> sluchových <input type="checkbox"/> komunikačních <input type="checkbox"/> motorických <input type="checkbox"/> jiných Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> brýle, čočky <input type="checkbox"/> sluchadlo <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> berle / hůl, vozík <input type="checkbox"/> protéza (HK, DK, oko) Zvláštní upozornění:
4. Soběstačnost / pohyblivost <input checked="" type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný Barthelové test všedních denních činností (viz str. 2) <input type="checkbox"/> 0-40 vysoce závislý <input type="checkbox"/> 4-60 závislost středního stupně <input type="checkbox"/> nad 60 závislost lehčího stupně (0-60 kontaktovat fyzioterapeuta) <input type="checkbox"/> oznámení lékaři	9. Spánek: <input checked="" type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/> kvalitní <input type="checkbox"/> užívá hypnotika ostatní viz SOP č. 64	Datum: <u>10.9.08</u> Podpis sestry: <u>Kralová</u>

Edukace v průběhu hospitalizace

Datum		Podpis edukujícího
18.9.08	Edukace pacientky ohledně rizika vzniku infekce.	Kalová
19.9.08	Ošetřování a péče o stomii.	Kalová, Zachara
27.9.08	Nácvik aplikace Clevoru s.c.	Kalová

Překlad, propuštění

<p>Informace o překladu/propuštění:</p> <p>Pacient: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Rodina: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Zákonný zástupce: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Jiné zdrav. zařízení: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Home-care (DP): <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>	<p>Pacient obdržel:</p> <p><input type="checkbox"/> ošetřovatelskou překladovou zprávu <input type="checkbox"/> lékařskou překladovou zprávu <input checked="" type="checkbox"/> lékařskou propouštěcí zprávu <input type="checkbox"/> průkaz o trvání PN <input type="checkbox"/> potvrzení PN <input type="checkbox"/> návrh na zavedení pečovatelské služby <input type="checkbox"/> poukaz na vyšetření-ošetření DP <input checked="" type="checkbox"/> stomické pomůcky <input checked="" type="checkbox"/> pomůcky k aplikaci insulinu Clevoru <input type="checkbox"/> dokumentaci z jiného pracoviště RTG,CT,MR aj.</p>	<p>Doprava zajištěna:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> vlastní <input type="checkbox"/> sanitním vozem <input checked="" type="checkbox"/> s doprovodem <input type="checkbox"/> bez doprovodu</p>
<p>Předání ceností:</p> <p><input type="checkbox"/> z pokladny VFN <input type="checkbox"/> z trezoru na oddělení</p> <p>Poznámka:</p>	<p>Pacient předán do péče:</p> <p><input type="checkbox"/> praktického lékaře <input type="checkbox"/> home-care (DP) <input type="checkbox"/> domova důchodců <input type="checkbox"/> jiného zdrav. zařízení <input type="checkbox"/> jiné: GASTROENTER. AMBULANCE NUTRIČNÍ PORADNĚ TROMBOT. CENTRA</p>	<p>Poznámka:</p>

Jiná sdělení:

<p>S informacemi seznámila:</p> <p>Datum: 13.10.08</p>	<p>Podpis sestry:</p> <p style="text-align: center;">Suková</p>	<p>Podpis pacienta:</p>
---	--	--------------------------------

Ošetrovateľský plán, jeho realizace a zhodnocení

Datum	Oš. problém (diagnóza)	Ošetrovateľský Cieľ	Ošetrovateľský plán	Realizace	Zhodnocení	Podpis sestry
18.9.08	Akutní bolest z důvodu operace HERNY	<ul style="list-style-type: none"> • dojde ke zmiňování bolesti hodnotitelně • na spolupráci bolesť ze 4 na 3 • pacientka pochopí slevu na polohu od bolesti během mé směny 	<ul style="list-style-type: none"> • akceptovat a užívat bolest tak jak ji vnímá pacientka • podát analgetika, opičity dle předpisu lékaře • sledovat účinnost jich za 1 hod. po podání podle stupně bolesti • nutnost bolesti, konvulzivních projevů, funkce se pilně • v případě neúčinné léčby porozumět lékaři • sledovat FF + záznam a 1 hod. dle dokumentace • pomoci nastat ulevou polehu od bolesti • ukázat jak si fixovat op. ránu při otáčení... • zajistit spolupráci s fyzioterapeutkou cvičení relaxačních technik • pobízet k zabavení se cvičením... • pečovat o pohodlí pacientky: utmáznutí zvláštního tepla, chladu • věnovat pozornost psychickému stavu pacientky 	<ul style="list-style-type: none"> • do epidur. katetru na vyžádání • Sufenta 7 250 µg + 10 ml Mororanu 0,15% (50 ml x 7) • ze 6 ml h u a 2 ml h • Nolvagin podání v časovém intervalu (6-14-22) • pacientka dotazována na bolest v 15, 23 hod • Naloxon ulevuje po - loby - na boku, pokládá • předvedení fixace op. rány • s fyzioterapeutkou cvičení relaxačních metod - desdobá gymnastikou • zajištění radiu na pokoj / pobízení k cvičením • 2x promazání zad, aplikace ledového sáčku na op. ránu 	<ul style="list-style-type: none"> • za hodinu po podání analgetik došlo ke zmiňování bolesti • nedošlo ke zhoršení nutnosti bolesti • pacientka ulevu zla ulevou polo - hu • aplikace ledového sáčku • na op. ránu zvláštní chra - kter rezavá bolest • FF byly v mezích normy • u pacientky došlo k uvolnění stnu - lich pohybů • spolehlivě v p z • bez námahy 	

králová



Ošetrovateľský plán, jeho realizace a zhodnocení

Datum	Oš. problém (diagnóza)	Ošetrovateľský Cíľ	Ošetrovateľský plán	Realizace	Zhodnoceni	Podpis sestry
12.9.08	Deficit pozornosti a koncentrace Deficit paměti Deficit schopnosti učení Deficit schopnosti plánování Deficit schopnosti organizování Deficit schopnosti řešení problémů Deficit schopnosti komunikace Deficit schopnosti spolupráce Deficit schopnosti se učit Deficit schopnosti se motivovat Deficit schopnosti se organizovat Deficit schopnosti se plánovat Deficit schopnosti se učit Deficit schopnosti se motivovat Deficit schopnosti se organizovat Deficit schopnosti se plánovat	pac. bude mít přiměřený tužost kluze vlhké sliznice do konce me směny pacientka nebude pociť- ovat žízeň do konce směny	• kontrolovat FF, CUP • zápis do dokumentace • měřit P+V tekutin, CB za 12 a 24 hod. • měřit hodiny/novu dlužku, sledovat barvu moči • sledovat kožní tužost, stav sliznic • kontrolovat laborator. výsledky • péče o hygienu dŕ- hly i suchou pokožku • udržovat přiměřenou teplotu v pokoj	• konulofa a zápis FF • hodiny • sledování tekutin i.v. • plazmafyze roztok, kingeum roztok přijem za 12 hod. i.v. 200 ml p.o. 20 ml přijem za 24 hod. i.v. 450 ml p.o. 50 ml výdy za 12 hod. dlužka 650 ml NES 200 ml ledov 160 ml výdy za 24h. dlužka 1400 ml NES 570 ml ledov 270 ml stromi 50 ml • v 18 ⁰⁰ odber ua ko a elektrolity • oš. pehkybich padá- vau kažer 12 dŕ hod. • vyprach ũst a 2 hod., • péče o kůži - Menalinda olej	pacientka má CB za 12 hod.: + 1190 ml za 24 hod. + 1940 ml • lungor kůži je přiměřený, sliznice du navážovela hly nejsem oslabil • pacientka nepo- cituje žizeň • laboratorní ledovoty + FF byly během směny norme	



2

Ošetrovateľský plán, jeho realizace a zhodnocení

Datum	Oš. problém (diagnóza)	Ošetrovateľský Cieľ	Ošetrovateľský plán	Realizace	Zhodnocení	Podpis sestry
18.9.08	Nedostatečná výživa způsobená ztrátou základních živin	během hospitalizace dojde ke zlepšení výživového ukazatele	<ul style="list-style-type: none"> seznámit se s stavem ukazatele stavu výživy aplikace parenterálních výživových doplňků podávat vitamíny spolupracovat s nutričním terapeutem sledovat výživový ukazatel kontrola laboratorních hodnot 	<ul style="list-style-type: none"> parenterální výživa do čtk: Dli chitelmel + 500 ml 10% Neomulin 1x noční pauze kape 5% 500 ml + Multivitamin 1 ampule 18.9. váha 51,5 kg deníí konzultace s nutričním terapeutem multicím terapeutické porady a čtky labiry: CB plbu - min, předburmiv, CHE 	<ul style="list-style-type: none"> váha při přijetí: 51,3 kg 20.9. 52,4 kg 19.10. 53,6 kg u příjmu hospitalizace došlo ke zlepšení laboratorních ukazatelů výživy (viz. tab. č. 1, 2, 3, 4) graf. č. 1, 2, 3, 4 	
18.9.08	Nauzea v souvislosti s častými zvracením	pacientka během hospitalizace nebude mít do konce hospitalizace žádnou nauzeu	<ul style="list-style-type: none"> podávat antiemetika dle ordinace a kontrolovat jejich účinek připravit na zvracení pozvat k blubokému pomalému dýchání kontrola průchodnosti močových kátek 2 NES doprovázet zvracení čistit zuby a vyplachovat ústa zabavem pacientky: čtba pradio, rozkolat 	<ul style="list-style-type: none"> Drogam podávám časově a p. sed. (6-14-22) NES od rádi 2-3 hod. kontrola průchodnosti pacientka nevykazuje vyššího stavu plaviny těla 2 x čisté zubní, vyplachy úst čisticí dýchání zabavem k zabavení se činnosti 	<ul style="list-style-type: none"> pacientka je v normálním stavu 150 ml žaludku stáří 	



Ošetrovateľský plán, jeho realizace a zhodnocení

Datum	Oš. problém (diagnóza)	Ošetrovateľský Cieľ	Ošetrovateľský plán	Realizace	Zhodnocení	Podpis sestry
18.9.08 DR	rukavici - nucené stolica zdivočela preostomie během 24hodin	pacientka nebude mít podrožděné okolí stomie během 24hodin	<ul style="list-style-type: none"> provést kontrolu stomie a okolí dvakrát zasměnu podle potřeby omýt okolí stomie vyčistit okolí stomie stomické systémy s vhodnými pomůckami sledovat charakter, barvu, množství odpadu 	<ul style="list-style-type: none"> dvakrát kontrola stomie a okolí podle vidění vyčistění chirurgem - slovně a operativně rána se hojí dobře slovně od rodí hvaličkou tekutinu s příměsí kůže za 2 hod. - 20 ml za 24 hod. - 50 ml 	<ul style="list-style-type: none"> jména stomického systému nebyla nutná slovně a okoli jsou klidné bez zvrásknutí podroždění 	kečelová
18.9.08	úzkost související s nemocí zdivočela ke stavu (operace)	pacientka je schopna verbalizovat přání úzkostli- vým směrem	<ul style="list-style-type: none"> vědět inuvenzila úzkosti a sledovat její projevy dvakrát časově rozložit empatické podpoře sledování neverbálních a verbálních projevů zjistit příčiny úzkosti podporovat vyjádření pocitů informovat o léčebném postupu ověřit si zda pacientka vše rozumí 	<ul style="list-style-type: none"> rozbor s pacientkou pacientka vyjádřila své pocity úzkostli- vým směrem spojené s nepřítomností a úzkost- semiti s daným stavem inuvenzila úzkosti - příměsí mluva a sledování podání nufarmace, kvalitativně stomické sestry rozbor s lékařem 	<ul style="list-style-type: none"> pacientka verbalizovala svy praktické problémy si přání úzkostli- vým směrem 	kečelová



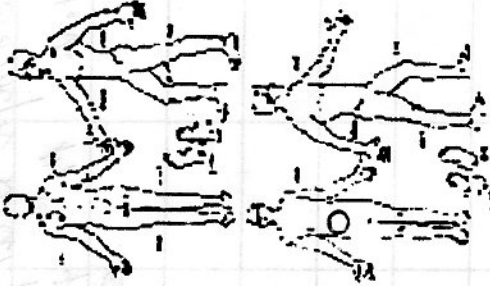
Ošetrovatelský plán, jeho realizace a zhodnocení

Datum	Oš. problém (diagnoza)	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelský plán	Realizace	Zhodnocení	Podpis sestry
18.9.08	Riziko propětání křivice, riziko komplikací, nestabilita, krvácení, tlak, křivice, retence moče	• včasné propětání odhalení komplikací, křivice, riziko propětání, křivice, retence moče	• kontrola o zápis FF • kontrola o zápis FF • op. rány, stomie • sledovat množství a barvu vředů, kontrola • provádět odběry na koagulaci • kontrola množství, barvy moče • la zápis o hodnotě mentace • v případě komplikací informovat lékaře	• FF sledování o zápisování a hlásení • a hlásení kontrola op. rány, stomie • kontrola množství, barvy vředů, kontrola • provádět odběry na koagulaci • měření hodnot - diuréza	• hodnoty fyzických příznaků • kontrola rány • stomie proskupení, mírně, okol, křivice • odpad z diurézy za 24 hod. 240 ml • křivice diuréza • neklesla pod 50 ml/h • laboratorní výsledky • normálně • počátkem pokles CRP od 22.9. • vzhled, febrilie • zřetelná vzhled kce, usazena ATB, s dobrým efektem	
18.9.08	Riziko vzniku infekce, salivace, s malými a proučkami, celistvosti, kůže, op. rány, izolovaně vstupy	• nemocná nebude chráněna komplikací z infekce, pobyt v JIP	• včas diagnostikovat známky místní infekce • sledovat těmto vstupní místa, vzhled vstupu • dle výsledků přebívat • dodržovat hygienu rukou • udržovat vzhled moče, systém • sledovat systémové infekce • sledovat laboratorní ukazatele zánětu • měnit FF • provádět sterily a odběry na kultivaci a citlivost • edukace pac. ohledně rizika vzniku infekce	• vzhled vstupu, diuréza kontrola výskytů dehydrace • Redon EX 20.9., epistaxie Ex 23.9. • každý sedmý den přeply ČEK • dehydrace op. rány - dezinfekce BETADINE • dodržování hygieny rukou • pac. edukována - měnit FF od 23.9. ož. febrilie • dehydrace - CRP, od 22.9. vzhled, porděti, citlivost odběrů Na K + C	• z počátkem pokles CRP od 22.9. • vzhled, febrilie • zřetelná vzhled kce, usazena ATB, s dobrým efektem	

HODNOCENÍ A MONITORACE BOLESTI

pacientka 0.5.

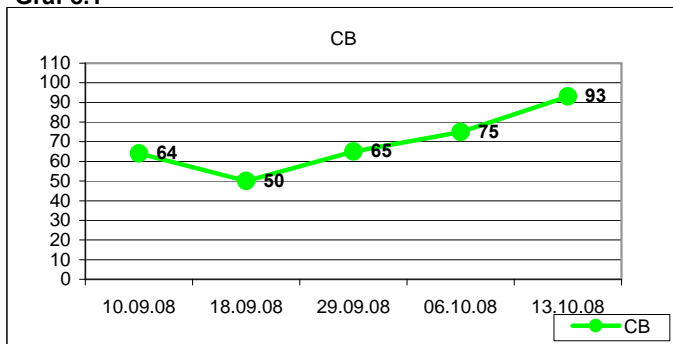
1. HODNOCENÍ BOLESTI

<p>DATUM 18.9.08</p>	<p>LOKALIZACE BOLESTI, PROPAGACE</p> 	<p>INTENZITA BOLESTI</p> <p><input type="checkbox"/> mírná (1) (lze při ní pracovat)</p> <p><input type="checkbox"/> nepřijemná (2) (nedovoluje soustředění na práci. Ruší spánek i radost ze zábavy)</p> <p><input type="checkbox"/> intenzivní (3)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> krutá (4) (nedovoluje jiný výkon. Je provázena vegetativními projevy.</p> <p><input type="checkbox"/> nesnesitelná (5) (intenzita se stupňuje, až dostoupí vrcholu. Nemocný je bolesti zcela schvácen, ztrácí schopnost adaptivního chování, hlasitě naríká, křičí).</p>	<p>KVALITA A TYP BOLESTI</p> <p><input type="checkbox"/> tupá</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> tezává</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> vystřelující</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> bodavá</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> svíravá</p> <p><input type="checkbox"/> křečovitá</p> <p><input type="checkbox"/> tahavá</p> <p><input type="checkbox"/> neuralgická</p> <p><input type="checkbox"/> neurčitá</p> <p><input type="checkbox"/> kolikovitá</p> <p><input type="checkbox"/> ischemická</p> <p><input type="checkbox"/> zánětlivá</p>	<p>VZTAH BOLESTI K POHYBU, POLOZE, ČINNOSTI, SPÁNKU</p> <p>1. Kdy máte největší bolest? <input type="checkbox"/> ráno <input checked="" type="checkbox"/> odpoledne <input checked="" type="checkbox"/> v noci <input type="checkbox"/> stále <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>2. Při kterém pohybu? PŘI POHYBU</p> <p>3. Ve které poloze? NA ZADĚCH</p> <p>4. Při které činnosti?</p> <p>5. Ruší ve spánku? <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>6. Kolik hodin v noci spíte? NELEŽE UČIT</p> <p>7. Brání v odpočinku? <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>8. Kolik hodin během dne pocítíte bolest?</p>	<p>PRŮVODNÍ PŘÍZNAKY BOLESTI</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> secernace slz</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> pocení</p> <p><input type="checkbox"/> mydriáza</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> tachykardie</p> <p><input type="checkbox"/> vzestup krevního tlaku</p> <p><input type="checkbox"/> zpomalení peristaltiky žaludku a střev</p> <p><input type="checkbox"/> zrychlení peristaltiky žaludku a střev</p> <p><input type="checkbox"/> zvracení</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> vazomotorické změny v obličejí (zčervenání, zblednutí)</p> <p><input type="checkbox"/> povoleny sfinktery</p> <p><input type="checkbox"/> vzestup teploty</p> <p><input type="checkbox"/> pokles teploty</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> svalové napětí</p>
		<p>POZOROVÁNÍ SESTRY</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> pocení <input checked="" type="checkbox"/> bledost</p> <p><input type="checkbox"/> bolest na dotek</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> bolest při pohybu</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> úlevová poloha při bolesti</p> <p><input type="checkbox"/> agresivita <input type="checkbox"/> pasivita, mutismus</p> <p><input type="checkbox"/> úzkost <input type="checkbox"/> deprese</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nátek, pláč <input type="checkbox"/> motorický neklid</p>		<p>LÉČBA:</p> <p>NOVALGIN 1 amp. i.v. a 8 hod. 16-14-22</p> <p>SUFENTA F 50 µg 1 MARCAIN 0,15% 10 ml do 50 ml FR 0 konti. uviděly do epidurálu</p>	

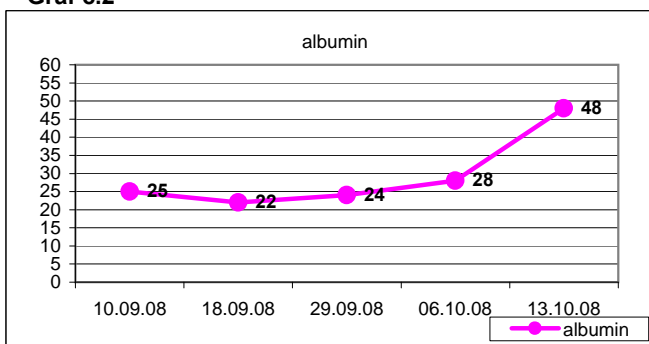
Tab.č.1

Biochemické vyšetření					
Sledované parametry	10.09.08	18.09.08	29.09.08	06.10.08	13.10.08
CB [g/l]	64	50	65	75	93
albumin [g/l]	25	22	24	28	48
prealbumin [g/l]	0,150	0,120	0,350	0,310	0,420
cholinesteráza [μkat/l]			102	113	123

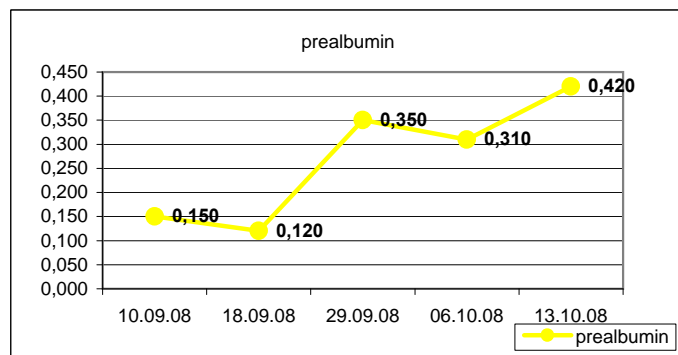
Graf č.1



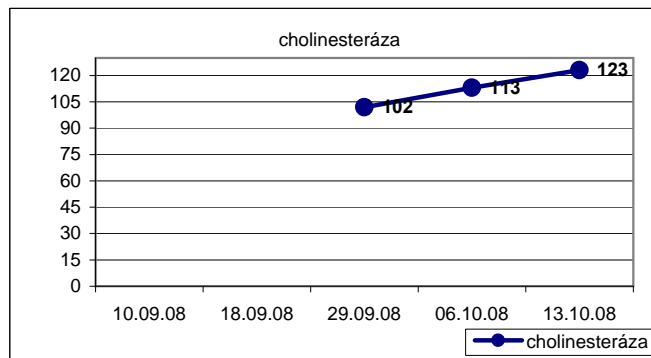
Graf č.2



Graf č.3



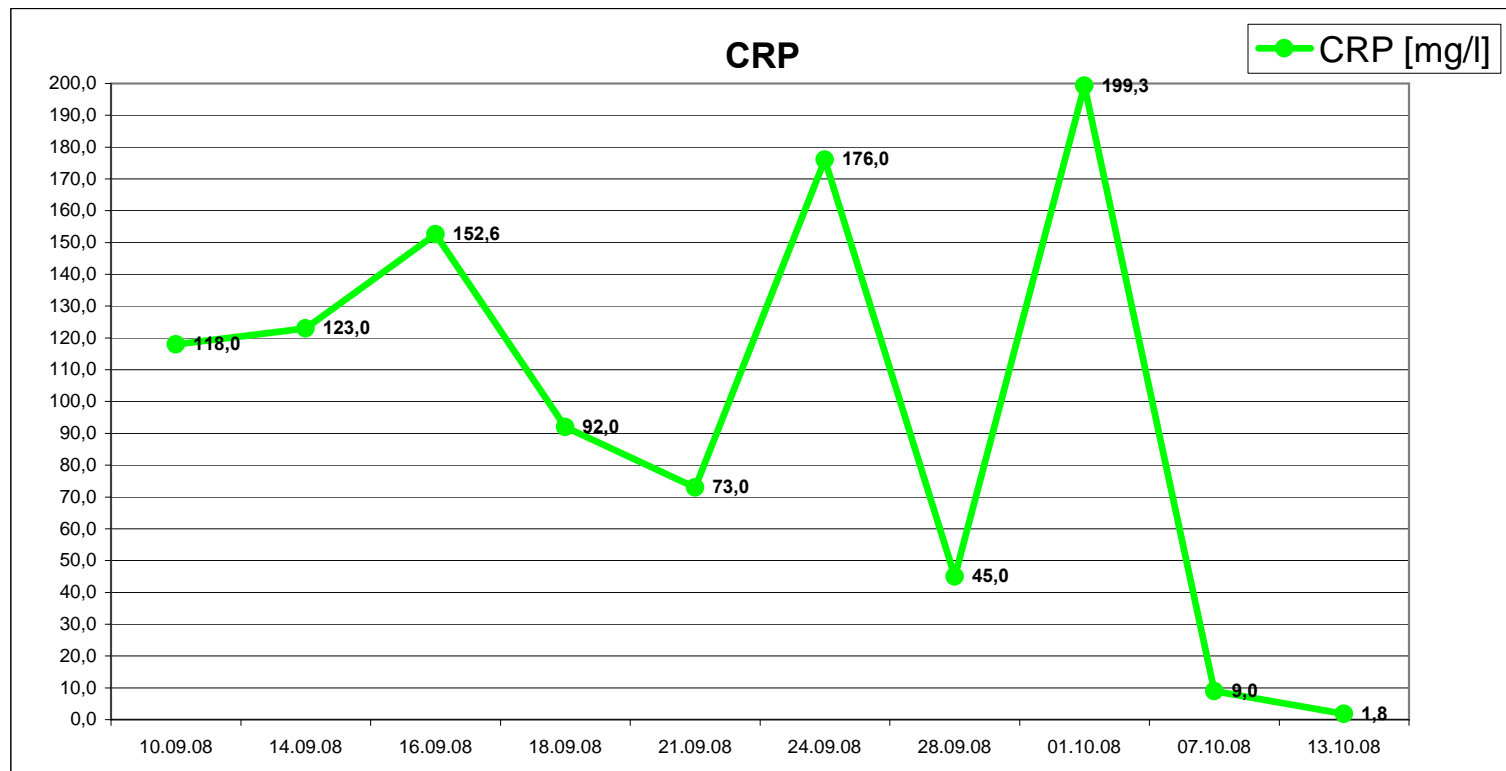
Graf č.4



Tab.č.2

Biochemické vyšetření										
Sledované parametry	10.09.08	14.09.08	16.09.08	18.09.08	21.09.08	24.09.08	28.09.08	01.10.08	07.10.08	13.10.08
CRP [mg/l]	118,0	123,0	152,6	92,0	73,0	176,0	45,0	199,3	9,0	1,8

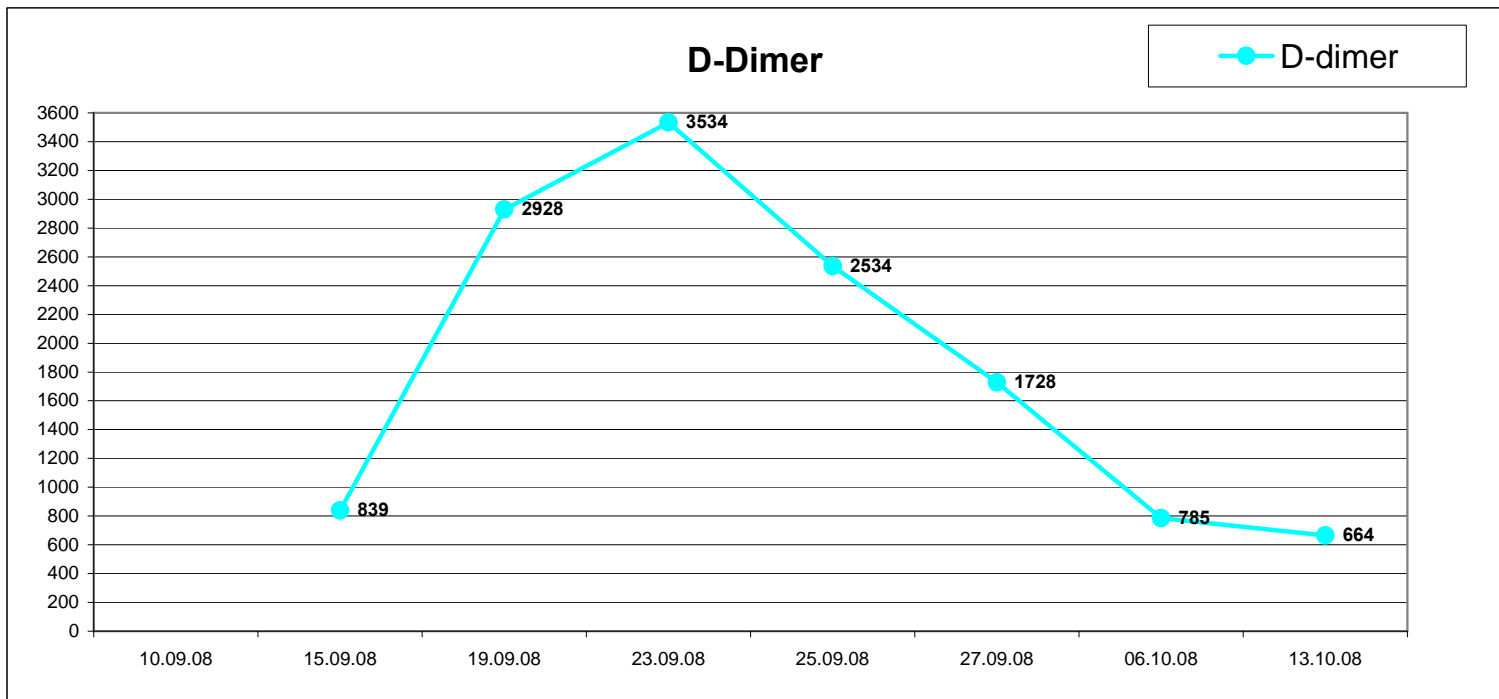
Graf č.5



Tab č.3

Koagulační vyšetření								
Sledované parametry	10.09.08	15.09.08	19.09.08	23.09.08	25.09.08	27.09.08	06.10.08	13.10.08
Quickův test (INR)	0,90	1,17	1,07	1,03	1,10	1,11	1,00	1,10
APTT [s]	24,00	28,30	27,80	30,40	29,10	30,60	79,10	85,00
AT III [%]		88,00	88,00	90,00	89,00	100,00	106,00	109,00
D-Dimer [µg/l]		839	2928	3534	2534	1728	785	664

Graf č.6



Příloha č. 7

