



Univerzita Karlova v Praze



3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Lenka Pejchlová

Ošetřování nemocného s m. Crohn - případová studie -

Nursing Care of the Patient with Crohn's Disease

Bakalářská práce

Praha, duben 2009

Autor práce: Lenka Pejchlová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF. UK**

Datum a rok 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 používána ke studijním účelům.

V Praze dne 15. 02.2009

Lenka Pejchlová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Janě Holubové a všem, kteří mi s touto prací pomáhali.

OBSAH

ÚVOD	8
1. 0 Teoretická část	9
1. 1 Stručná anatomie a fyziologie trávicího traktu	9
Dutina ústní, Hltan	9
Jícen, Žaludek, Tenké střevo	10
Tlusté střevo	11
1. 2 Crohnova choroba	13
Etiologie a patogeneze	13
Klasifikace dle anatomické lokalizace	14
Klinický obraz, formy onemocnění	14
Diagnostika, anamnéza, fyzikální vyšetření	15
Laboratorní vyšetřovací metody	16
Ultrazvukové vyšetření, radiodiagnostické metody.....	16
Endoskopické vyšetřovací metody	17
Diferenciální diagnostika, farmakologická léčba	18
Chirurgická léčba	19
Komplikace	19
2. 0 Klinická speciální část	
(údaje zpracované z lék. dokumentace)	20
2. 1 Anamnéza	20
2. 2 Vyšetření	21
Diagnostika	22
Laboratorní vyšetření	21
Laboratorní vyšetření	23
2. 3 Terapie	24
Ciphin, Remicade	25
Perorální terapie	26
2. 4 Průběh hospitalizace	26
Den operace	27

Ordinace po příjezdu ze sálu	27
Chirurgické konzilium s týdenním odstupem	28
2.5 Závěr	30
3.0 Ošetrovatelská část	31
3.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu	31
Fáze ošetrovatelského procesu	31
3.2 Model péče dle Marjory Gordonové	32
Výživa, metabolismus, vylučování, aktivita, cvičení, spánek.....	33
Vnímání, poznávání, sebepojetí, sebeúcta	33
3.3 Zhodnocení pacienta dle Modelu M. Gordonové	34
Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví	34
Výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení.....	35
Spánek, odpočinek, vnímání, sebepojetí	36
Plnění rolí, mezilidské vztahy	36
Stres, víra	37
3.4 Ošetrovatelské diagnózy	37
Krátkodobý ošetrovatelský plán pro 16. den hospitalizace	38
1. Oš. diagnóza (riziko vzniku komplikací z důvodu operačního zákroku).....	38
2. Oš. diagnóza (bolest z důvodu pooperačního stavu).....	39
3. Oš. diagnóza (subfebrilie z důvodu abscesového ložisk na hrázi).....	40
4. Oš. diagnóza (porucha kožní integrity z důvodu operační rány).	41
5. Oš. diagnóza (riziko vzniku infekce z důvodu CŽK)	42
6. Oš. diagnóza (průjem z důvodu zánětlivého střevního onemocnění).....	43
7. Oš. diagnóza (riziko vzniku močové infekce z důvodu anestezie a operačního zákroku)	44
8. Oš. diagnóza (riziko vzniku TEN z důvodu krátkodobého	

snížení pohyblivosti)	45
9. Oš. diagnóza (riziko vzniku pádu z důvodu anestezie)	46
4.0 Dlouhodobý ošetrovatelský plán	48
5.0 Psychosociální zhodnocení pacienta	49
6.0 Edukace	51
7.0 Prognóza	54
8.0 Závěr	55
Seznam použitých zkratk	56
Seznam použité literatury	57
Seznam příloh	59

Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného s Crohnovou chorobou.

V klinické obecné části je obsažena stručná anatomie a fyziologie zažívacího ústrojí, dále obecné pojednání o charakteristice, formách, příznacích, diagnostice, léčbě a komplikacích Crohnovy choroby.

V klinické speciální části popisují stav nemocného A.H., 31 let, hospitalizovaného s touto chorobou na gastroenterologickém oddělení. V této části jsem vycházela z informací od pacienta, z dokumentace a od ošetřujícího lékaře. Jsou zde popsány vyšetření, léčby, průběh hospitalizace tohoto pacienta.

V ošetrovatelské části popisují péči o nemocného, která byla prováděna metodou ošetrovatelského procesu. K stanovení ošetrovatelské anamnézy byl použit model Marjory Gordonové. Uvádím zde aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy stanovené 16 den hospitalizace, kdy došlo u pacienta k chirurgickému zákroku. Diagnózy jsem stanovila ve spolupráci s pacientem. U nemocného jsem stanovila cíl péče, plán péče, péči jsem realizovala a hodnotila. Na konci ošetrovatelské části je uveden dlouhodobý léčebný plán, psychosociální zhodnocení pacienta a edukace pacienta.

V závěru práce je uveden seznam použité literatury, seznam zkratk a seznam příloh.

1. 0 Teoretická část

1. 1 Stručná anatomie a fyziologie trávicího traktu

Dutina ústní (Cavitas oris)

Dutina ústní je vpředu a po stranách ohraničena zubními oblouky, strop tvoří měkké a tvrdé patro, spodina dutiny je pohyblivá. Součástí spodiny ústní je jazyk, který se uplatňuje při zpracování potravy, sání a fonaci.

Do dutiny ústní ústí vývody slinných žláz – příušní, podčelistní a podjazykové. Sliny zvlhčují a obalují sousto, usnadňují polykání a obsahují enzym ptyalin, který štěpí škroby.

Zuby (dentes) jsou tvrdé útvary, vyčnívající z horní a dolní čelisti, slouží k uchopování a rozměňování potravy.

Patro (palatum) je vodorovná ploténka oddělující dutinu ústní a dutinu nosní. V přední části se nachází tvrdé patro, vzadu pokračuje měkké patro.

Hltan (Pharynx)

Hltan je trubice dlouhá 12 – 15cm, sahá od lební baze až k tělu 6. krčního obratle, kde přechází do jícnu. Uplatňuje se při polykání a fonaci.

Nosohltan – komunikuje s choanami s nosní dutinou, v jeho stropu leží hltanová mandle, na boční stěně ústí Eustachova trubice.

Hrtanová část – v přední stěně je vchod do hrtanu, který uzavírá hrtanová příklopka.

Jícen (Oesophagus)

Jícen je svalová trubice, spojuje hltan s žaludkem. Je dlouhý 25cm a má průměr zhruba 1,5cm.

Navazuje na hltan. Na zadní straně, hned za přechodem hltanu do jícnu se nachází zeslabené místo, kde mohou vznikat pulsní divertikly.

Sliznice je složena v řasy a je kryta mechanicky odolným mnohvrstevným dlaždicovým epitelem. V horní části se nachází příčně pruhovaná svalovina, postupně přechází do svaloviny hladké. Peristaltická vlna aktivně transportuje sousto do žaludku.

Žaludek (Gaster)

Plochá, vakovitá část trávicí trubice. Může pojmout 1 – 1,5 litru rozmělněné potravy. Strava je v žaludku mechanicky rozmělnována, promíchána s žaludeční šťávou a v peristaltických vlnách posouvána do další části trávicí trubice – tenkého střeva.

Nahoře ústí do žaludku jícen- toto místo se nazývá česlo (kardie), na kardií navazuje tělo žaludku (corpus), vyklenující se doleva nahoru ve fundus gastricus. Vrchní část fundu tvoří žaludeční klenba – formix. Směrem dolů se tělo žaludku zužuje, ohýbá doprava a poněkud vzhůru, přechází do pylorické části a končí vrátníkem.

Sliznice žaludku je krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem. Je nepravidelně síťovitě zřasená. Uspořádání řas umožňuje stékání potravy do dvanáctníku.

Tenké střevo (Intestinum tenue)

Tenké střevo je trubice navazující na žaludek, jeho délka je 3 – 5 metrů, šířka 3 – 4 cm.

Skládá se ze tří částí : 1/ dvanáctník (duodenum)

2/ lačník (jejunum)

3/ kyčelník (ileum)

Sliznice tenkého střeva je pokrytá jednovrstevným cylindrickým epitelem. Je složena v cirkulární řasy a dále vybíhá v klky. Jednotlivé epiteliální buňky mají na svém povrchu mikrokilky. Tímto se resorpční plocha mnohonásobně zvyšuje.

Na povrch sliznice tenkého střeva ústí četné žlázy – Lieberkühnovy žlázy, které produkují izotonickou tekutinu. V duodenu se nacházejí Brunnerovy žlázy, které produkují alkalický hlen, který chrání sliznici a upravuje střevní pH.

Ve sliznici jejunu a ilea se nachází lymfatická tkáň ve formě lymfatických uzlíků, které v ileu vytvářejí shluky.

Stěna tenkého střeva je tvořena hladkou svalovinou, která je tvořena podélnými a cirkulárními vlákny. Svalovina zajišťuje střevní peristaltiku. Povrch jejunu a ilea je kryt peritoneem, které přechází na zadní straně v peritoneální duplikaturu – mezenterium. Střevo je na mezenteriu zavěšeno, spojuje ho se zadní stěnou břišní, nacházejí se v něm četné krevní a lymfatické cévy a nervy. Dvanáctník je na rozdíl od jejunu a ilea uložen retroperitoneálně.

V tenkém střevě probíhá hlavní část trávení a vstřebávání potravy. Podstatnou roli má dvanáctník, do kterého je přiváděna žluč a pankreatická šťáva, obsahující trávicí enzymy.

Tlusté střevo (Intestinum crassum)

Poslední úsek trávicí trubice, je dlouhé asi 1,5 m. Skládá se z těchto částí:

slepé střevo (coecum) – v pravé kyčelní jámě

vzestupný tračník (colon ascendens)

příčný tračník (colon transversum)

sestupný tračník (colon descendens)

esovitá klička (colon sigmoideum)

konečník (rektum) – nachází se v malé pánvi

Mezi vzestupným a příčným tračníkem je pod játry tzv. pravé ohbí (flexura coli dextra).

Mezi příčným tračníkem a sestupným tračníkem je pod slezinou tzv. levé ohbí (flexura coli sinistra).

Sliznice tlustého střeva je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem a vytváří poloměsíčitě řasy. Obsahuje velké množství hlenových žláz.

Ve střevní stěně se nachází dvě vrstvy hladké svaloviny – cirkulární a podélná. Smrštěním cirkulární svaloviny vznikají tzv. haustra. Postupují od slepého střeva ke konečníku, jejich poloha se mění, posunují střevní obsah.

Zesílením podélné svaloviny vznikají v průběhu celého střeva tři podélné bělavé pruhy – taenie. Jejich poloha se nemění.

Hlavní funkcí tlustého střeva je absorpce vody a elektrolytů, pasáž zbytku potravy s jejich konečným vyprázdněním a trávení vlákniny. Trávení vlákniny se v tlustém střevě odehrává díky činnosti střevních bakterií. Obsah vlákniny rozhoduje nebo určuje rychlost střevního průchodu, hmotnost a konzistenci stolice. Zastoupení vlákniny v potravě má také celkový vliv na organismus. Z epidemiologických studií je zřejmé, že řada tzv. civilizačních nemocí se téměř nevyskytuje v populacích s dostatkem vlákniny v potravě (diabetes mellitus, divertikulóza, hypertenze a další). I když tlusté střevo zastává v organismu řadu důležitých funkcí, je orgánem, který není pro život nezbytný. Nemocní po totální proktokolektomii mohou žít zcela normálním způsobem života. Jen v důsledku zvýšených ztrát tekutin jsou tyto nemocní ohroženi častějším výskytem urolithiázy.

1. 2 Crohnova choroba

Jde o chronický, nespecifický zánět postihující diskontinuálním způsobem trávicí trubici. Postižené segmenty se střídají s úseky zdravými. Postižena může být kterákoliv část zažívacího traktu, nejčastěji bývá postiženo terminální ileum a přilehlé coecum. Zánět je transmurální (proniká celou stěnou až k seróze a do přilehlých uzlin), často se jedná o zánět granulomatózní. Typickým projevem je aftózní vřed, který připomíná kokardu (bělavý střed, zarudlý lem). Tato léze vzniká nad lymfatickým folikulem. Prosáklá a zarudlá sliznice je rozdělena hlubokými fisurami, takže má vzhled dlažebních kostek. Pronikáním trhlin k seróze vznikají píštěle, např. enteroenteriální, enterovaginální, enterovesikální, perianální.

Ve výskytu onemocnění jsou značné geografické rozdíly, zvýšení se vyskytuje zejména ve vyspělých zemích severní polokoule. Prevalence tohoto onemocnění v ČR je asi 20 případů na 100 000 obyvatel.

Etiologie a patogeneze:

Příčina není známá, je předmětem výzkumu. Je však zřejmé, že se jedná o lokální imunitní odpověď, která je příčinou poškození tkáně. Není jasné, zda jde o abnormální odpověď na minimální antigenní podnět, či zda jde o přiměřenou odpověď na abnormálně zvýšenou antigenní stimulaci. Bylo prokázáno, že zřetelnou úlohu hraje genetická složka. U 10 – 25% nemocných lze prokázat u pokrevních příbuzných nespecifický střevní zánět. Výskyt nespecifických střevních zánětů (morbus Crohn, ale i ulcerózní kolitidy) v rodinách nemocných je mnohonásobně vyšší, než by odpovídalo výskytu v populaci. Typ dědičnosti nebyl stanoven, předpokládá se polygenní typ.

Onemocnění postihuje segmentálně jen některé úseky trávicí trubice, které se střídají s úseky zdravými. Nejčastěji bývá postiženo terminální ileum a přilehlé coecum.

Klasifikace dle anatomické lokalizace :

1. ileitida 25 – 35 %
2. ileokolitida 45 %
3. kolitida 30%
4. anorektální postižení, které je často sdružené s ileokolitidou 30 – 40 %
5. postižení apendixu 50 %
6. postižení orální a esofagogastroduodenální – málo časté, pod 5 %

Klinický obraz :

Crohnova nemoc postihuje mladší osoby, nejčastěji mezi 20. – 30. rokem věku. Většinou onemocnění probíhá chronicky, střídají se období remisí se vzplanutími. U většiny pacientů onemocnění probíhá s mírnou až střední aktivitou.

Formy onemocnění :

Zánětlivá forma – příznakem je vleklý průjem, 3 – 6 stolic denně, bolesti v podbřišku či pravém dolním kvadrantu, hubnutí, únava, febrilie, vzácně malabsorpce.

Fistulující forma – pro tuto formu je typický vznik píštělí, často recidivujících, bývá rezistentní na konzervativní léčbu. Nemoc obvykle probíhá s remisemi relapsy.

Stenosující forma – u význačných stenóz se vyskytují bolesti až kolikovitě, rozvíjí se obraz subileózního stavu (vzednutí břicha, zástava plynů a stolice).

Diagnostika :

Anamnéza – výpověď nemocného. Je třeba klást cílené otázky, které vystihnou podstatné obtíže nemocného, ověřovat si věrohodnost výpovědi.

Nynější onemocnění – informuje o aktuálních zdravotních potížích, které nemocného přivedly k lékaři, jejich charakteru, frekvenci, délce trvání, intenzitě.

Osobní anamnéza -informuje o všech podstatných onemocněních, které nemocný během života prodělal.

Farmakologická anamnéza – zjišťuje medikaci, kterou pacient užívá, reakce na léky.

Informace o alergiích – na léky, dezinfekční prostředky, jídlo...je důležitou informací před některými vyšetřeními, před nasazením nových léků.

Abusus – informuje o návycích nemocného, kouření, požívání alkoholu, drog.

Pracovní a sociální anamnéza – charakterizuje prostředí, ve kterém pacient žije.

Rodinná anamnéza – uvádí onemocnění, která se vyskytují u blízkých příbuzných.

Speciální anamnéza v gastroenterologii – informuje o bolestech, dyspepsiích, potížích souvisejících s trávicím traktem.

Fyzikální vyšetření :

Spočívá v celkovém posouzení zdravotního a duševního stavu nemocného, spočívá ve vyšetřeních tělních partií.

Při fyzikálním vyšetření nemocného a abdominálními potížemi se používají tyto metody :

Pohled – všímáme si obezity, ascitu, barvy kůže, chůze, hydratace....

Poklep – informuje o plynné náplni nebo o přítomnosti tekutiny v dutině břišní.

Pohmat – určujeme okraj jater, bolestivost.

Poslech – slyšíme zvuky vyvolané přeléváním obsahu, tekutinou ve střevních kličkách s plynnou náplní. anamnéza – informuje o všech podstatných onemocněních, které nemocný během života prodělal.

Vyšetření per rectum – při vyšetření se posuzuje přítomnost patologických útvarů, u mužů změny prostaty, bolestivost, vyklenutí Douglasova prostoru při peritonitidě. Ze stolice na rukavici se posuzuje příměs čerstvé krve, meléna, enteroragie.

Laboratorní a další vyšetřovací metody u nemocného s Crohnovou nemocí nebo při podezření na její možný výskyt:

Vyšetření krve a moče, mezi standartní vyšetření patří:

Chemické vyšetření moči a močového sedimentu

Základní krevní obraz

Soubor minerálů, jaterních testů, zánětlivých markerů (CRP), celkové bílkoviny a albuminu, železa, sedimentace erytrocytů

Při bolestech břicha vyšetření amyláz v moči i séru, lipáz

Bakteriologická kultivace stolice

Sérologické vyšetření – p ANCA (perinukleární protilátka proti cytoplazmě neutrofilů) ASCA (protilátka proti *Saccharomyces cerevisiae*)

Ultrazvukové vyšetření

Vyšetření břicha ultrazvukem je podmíněno lačněním minim.6 hodin. Princip ultrazvuku spočívá v přístrojovém vysílání ultrazvukových vln, které procházejí tkáněmi, od jejichž rozhraní se odráží. Odražené vlny jsou registrovány a výsledný obraz se zobrazuje na monitoru. Je přínosné v rozpoznání rozsahu postižení střeva, i v diagnostice komplikací.

Radiologická vyšetření:

1) RTG tenkého střeva

Snímkování trávicího traktu po vypití baryové suspenze, zachycuje průchod kontrastní látky trávicím traktem (tenkým střevem). Při tomto vyšetření bývá náplň kliček tenkého střeva příliš masivní, kličky se překrývají a unikají podrobnosti. Jde o vyšetření diagnosticky málo výtěžné, přinese nejspíše informaci o průchodnosti tenkého střeva.

2) Enteroklýza

Jedná se o použití metody dvojího kontrastu. Cévkou zavedenou do sestupného raménka duodena, nebo na začátek jejunu se aplikuje vhodně zředěná baryová kontrastní látka a insufluje se vzduch. Výsledkem je podrobný reliéfový obraz.

Enteroklýza umožňuje posoudit rozsah postižení tenkého střeva, je považována za standartní a velmi přínosnou metodu.

3) CT enteroklýza, CT enterografie

Jsou používány k průkazu postiženého segmentu tenkého střeva a k průkazu mimostřevních komplikací (absces, píštěl).

4) MR enteroklýza

Vyšetření metodou magnetické rezonance, nepůsobí radiační zátěž, má vysokou senzitivitu a specificitu.

Endoskopické vyšetřovací metody:

1) Koloskopie (kolonoskopie)

Je základní zobrazovací metoda, je indikována vždy při podezření na onemocnění tlustého střeva. Umožňuje vyšetření celého tlustého střeva a zhodnocení slizničních změn, navíc je možné nahlédnout do terminálního ilea a odebrat z něho bioptické vzorky. Výhodou tohoto vyšetření je kromě odebrání bioptických vzorků možnost provedení operačního výkonu – endoskopické polypektomie. Kontraindikací vyšetření je podezření na perforaci střeva, náhlé příhody břišní, divertikulitida. Vyšetření vyžaduje dokonalou přípravu očistou střeva. Provádí se v sedaci, lze ji provést i v neuroleptanalgezii, při níž průběh výkonu nemocný nevnímá.

2) Enteroskopie

Provádí se na specializovaných pracovištích. Enteroskop se zavádí orální cestou, dosahuje se různé hloubky zavedení. Využívá se zejména při pátrání po zdroji krvácení, po nádorech tenkého střeva a při podezření na Crohnovu nemoc.

3) Kapslová enteroskopie

Provádí se pomocí speciální kapsle velikosti cca 10 x 25 mm, hmotnosti 4 g. Tuto miniaturní kameru nemocný spolkně, videosignály z kapsle se zachycují pomocí zvláštní antény (ve formě pásu) do rekordéru. Při jednom vyšetření lze provést až 70 000 snímků. Vyšetření je indikováno při neobjasněných krváceních, při podezření na nádory tenkého střeva a při lokalizaci u zánětlivých změn Crohnovy nemoci. Kapsle je jen na jedno použití, jde o metodu ekonomicky náročnou. Ke

komplikacím kapslové enteroskopie patří retence kapsle, což se dá obejít tzv. retenční kapslí, která se při uvíznutí podtupně rozpadne a zbude 2 mm velké radiofrekvenční jádro.

Diferenciální diagnostika :

Je nutné vyloučit akutní apendicitidu, adnexitidu.

Léčba :

Řídí se aktivitou onemocnění

Dieta: Hodnotná strava se zastoupením všech nutričních komponentů, přiměřená energetické aktivitě nemocného. U stenózující formy se nesmí přijímat potrava obsahující nestravitelné zbytky (slupky, pecičky, vlákna). S respektováním individuálních potravinových intolerancí.

Farmakologická léčba :

Mesalazin – Má protizánětlivý mechanismus účinku, působí převážně lokálně. Při postižení orálnějších částí se volí přípravky, jejichž účinná látka se uvolňuje v tenkém střevě (Pentasa tbl.)

Při postižení ileocekální oblasti se užívají i jiné přípravky (Asacol tbl., Salofalk tbl.) v dávce 4g / den. Při proktokolitidě ve formě čípků a klyzmat.

Glukokortikoidy – Podávají se při rozsáhlejších postiženích a vysoké aktivitě onemocnění. Nejsou vhodné k udržovací léčbě, mají mnoho nežádoucích účinků.

Imunosupresivní léčba – U nemocných s vysokou aktivitou onemocnění, s těžkým postižením. Začátek účinku 6 – 8 týdnů, při užívání se monitorují hladiny léku, krevní obraz.

Metronidazol – Antibiotikum, je ordinováno při bakteriální infekci a při akutně probíhajících formách.

Probiotika – Živé organismy působícím příznivě na lidské zdraví. Jedná se o kmeny Escherichia Coli – Mutaflor.

Monoklonální protilátky – Proti faktoru nektotizujícímu tumor. (Infliximabum). Indikován u pacientů, kteří nedostatečně reagují na kortikoidy nebo imunosupresi.

Chirurgická léčba :

Je indikována při selhání konzervativní terapie, při vzniku píštělí, subileózních až ileózních stavech, komplikacích. V průběhu let se chir. léčbě podrobí nejméně 50% nemocných.

Komplikace :

Střevní – subileózní až ileózní stavy podmíněny obstrukcí střeva zánětem nebo zánětlivou stenózou. Dále píštěle do sousedních orgánů, nejčastěji perianální.

Mimostřevní – polyartralgie až artritidy, erythema nodosum, aftózní stomatitida.

Aktivita těchto projevů jde většinou souběžně s aktivitou střevního zánětu.

(12, 14, 18)

2. 0 Klinická speciální část

(údaje zpracované z lékařské dokumentace)

Iniciály : A.H.

Pohlaví : muž

Věk : 31 let

2. 1 Lékařská anamnéza:

Nynější onemocnění: Pacient přichází pro zhoršení zažívacích potíží, udává bolesti břicha, občasné zvracení, průjmy s příměsí hnisu, váhový úbytek 10kg za 5 měsíců. Teploty neudává. Pacient je zde sledován v gastroenterologické poradně pro M.Crohn, s nemocí se léčí 6 let, zde byl 3x hospitalisován od 2/06.

Osobní anamnéza : prodělal běžné dětské nemoci, M.Crohn 6 let, dispenzarizován zde v gastroentrol. poradně, jinak vážněji nestonal, operace 0

Farmakologická anamnéza : Pentasa 500mg 3-3-3-3 tbl., biolog. léčba Remicade inj. /od léta 2006/

Rodinná anamnéza : nevýznamná

Sociální anamnéza : v rozvodovém řízení, t.č. nezaměstnaný, dříve dělník v kovovýrobě

Alergie : intolerance Azathioprimu /exantém/

Abusus : kuřák 10cig/d, alkohol příležitostně

Status praesens:

TK 120/70 **TF** 85reg **TT** 36,4 **hmotnost** 52kg **výška** 170cm **BMI** 18

Při vědomí, orientovaný, bez klidové dušnosti, bez cyanosy a ikteru, hydratace hraniční, ameningeální, orientačně neurologický nález v normě

Hlava: palpačně nebolestivá, výstupy n.V nebolestivé, n.VII symetricky inervuje, zornice isokorické, fotoreakce oboustranně zachována, jazyk plazí středem, nepovleklý

Krk: karotidy hmatné symetricky, náplň žil normální, štítnou žlázu nehmatám

Hrudník: dýchání sklípkové, čisté, AS 85/min, pravidelná, 2 ozvy, bez šelestu

Břicho: měkké, prohmatné, pohmatově mírně difusně citlivé, játra a slezina nezvětšeny, resistenci nehmatám, peristaltika přiměřená, tapotment oboustranně negativní, bez známek peritoneálního dráždění

DK: bez otoků a bez známek hluboké žilní trombosy, bez známek zánětu

P.r. : píštěl na scrotu, vytéká žlutavá tekutina, vyšetření per rectum si nepřeje

Pan A.H. byl přijat s diagnosou Crohnovy nemoci akutně exacerbované na standardní lůžko interního oddělení. Při příjmu jsme mu odebrali krev, protože zde byl již opakovaně hospitalisován nebylo nutné nemocného seznamovat podrobně s chodem oddělení. Na ambulanci podepsal souhlas s hospitalisací. Informace o svém zdravotním stavu si přeje podávat pouze své matce. Pan A.H. zná jméno svého ošetřujícího lékaře. V den přijetí bylo provedeno rentgenové vyšetření hrudníku a sonografické vyšetření břicha.

2. 2 Vyšetření:

RTG S+P: Plíce rozvinuté, t.č. bez známek pneumothoraxu, plicní parenchym s přiměřenou transparentí a plicní kresbou, bez evidentních infiltrativních změn. Srdce nezvětšené, bránice hladce konturované nález na zachyceném skeletu přiměřený věku.

USG střevních kliček: Zesílená hypoechogenní stěna celého vzestupného tračníku, šíře 5mm s vaskularizací, výrazné změny v oblasti ileocaecálního přechodu, dále postižené terminální ileum v délce 90mm, stěna hypoechogenní do 5mm, výrazně vaskularizovaná, lumen nepravidelné, zúžené. V okolí několik uzlin do 9mm. Tenké kličky levé polovivě a ve středním hypogastriu orientačně bez patrných změn.

Závěr: Zánětlivé změny aborálního ilea a celého ascendens při m.Crohn.

EKG: sinus.r. 85/min, osa doprava, PQ 0,12, QRS 0,10, PZ V5, ST-T bez ložisk. ischemických změn.

Základní dg: M.Crohn tenkého a tlustého střeva, fistulující a stenující forma,
ak.exacerbace na biologické terapii

Ostatní dg: Hypoproteinemie, malnutrice při zákl.dg.
Perianální píštěl s komunikací do rekta,

Biochemie sérum	Vstupní hodnoty	Norma
Na	137	136 – 145 mmol/l
K	4,40	3,6 – 5 mmol/l
Cl	99	95 – 105 mmol
Urea	5,2	2,5 – 6,5mmol/l
Kreat	58	55 – 150umol/l
Kyselina močová	200	180 – 420 umol/l
Bilirubin	23,5	2 – 17 umol/l
ALT	0,10	0,16 – 0,80ukat/l
AST	0,06	0,16 – 0,65ukat/l
ALP	0,77	0,83 – 2,9ukat/l
GMT	0,33	0,12 – 1,10ukat/l
AMS	0,61	1,4 – 4,0ukat/l
Cholesterol	2,80	Méně než 5,0 mmol/l
Celková bílkovina	60,6	60 – 80g/l
CRP	106,4	Do 10
albumin	38,7	36 – 47g/l
glykemie	4,60	3,6 – 5,8mmol/l
P	1,14	
FW	46/92	1 – 10 za hodin

Krevní obraz	Vstupní hodnoty	Norma
Leukocyty	7,5	4,0 – 11,0 x 10 na 9/litr
Erytrocyty	4,04	4,5 – 6,5 x 10 na 12/litr
Hemoglobin	110	130 – 180g/l
hematokrit	0,330	0,40 – 0,54 (40 – 54 %)
MCV- střední objem erytrocytů	82	78 – 94f/l
Střední koncentrace hemoglobinu	27,2	27 - 32
Koncentrace	330	
Trombocyty	325	150 – 400 x 10 na 9/litr

3/ koagulace: INR 0,91, APTT 32

4/ moč Ch+S: v normě

Krevní skupina: A1 Rh pozitivní

Lékařské ordinace: zajištění centrálního žilního vstupu, podávání i.v. terapie: Aminomix vak 2000ml kontin. 50ml/h, 5% Glukosa 500ml + Solu-medrol 125mg 1xdenně, Ciphin 200mg á 12 hod, p.o.medikace: Pentasa 500mg 2-2-2-2 tbl., Helicid 20mg 0-0-1 cps, během hospitalizace podat Remicade 200mg, zajistit konsilium chirurga.

2.3 Terapie:

infuse, i.v. terapie

A: Aminomix vak 2000ml r. 50 ml / hod

– parenterální výživa obsahující směs aminokyselin, minerály, glukosu

NÚ: Při dodržení doporučených indikací, kontraindikací, dávkování a způsobu podání nejsou nežádoucí účinky známy. Příliš rychlá infuze může vést k třesavce, nevolnosti, zvracení, renálním ztrátám aminokyselin s jejich následnou

nerovnováhou, hyperglykemií, zvýšení diurézy, glykosurií a hyperosmotickému komatu.

B: Solu-medrol do F 1/1 250 ml 1 denně

- methyprednisolon
- glukokortikoid

NÚ: Při obvykle jen krátkodobém podávání: při rychlé aplikaci hypotenze a dysrytmie, flush, erytém, svalová slabost. Potlačení imunitních reakcí: snížení rezistence vůči bakteriálním, virovým, mykotickým a parazitárním infekcím. Potlačení fibroplastických procesů: zpomalené hojení ran. Diabetogenní účinky: dekompenzace diabetu mellitu, event. jeho manifestace, diabetická ketoacidóza, diabetické koma (ketoacidotické i hyperosmolární).

C: Ciphin 200mg a 12 hod

- ciprofloxacin
- širokospektré chinolonové chemoterapeutikum

NÚ: často se vyskytující: gastrointestinální poruchy – nausea, průjem, kožní postižení – vyrážka, erytém, lokální reakce - flebitida

D: 5% Glukosa 250 ml

- roztok pro podávání infusí, ředění léků

E: Remicade

- infliximab
- imunosupresivum, inhibitor tumor nekrotizujícího faktoru alfa - Infliximab je rekombinantní chimérická IgG1 lidská-myší monoklonální protilátka proti TNFalfa.

NÚ: Časté: virové infekce, infekce dýchacích cest, sinusitida, dyspnoe, únava, bolesti na prsou, horečka, bolesti hlavy, vertigo, návaly horka, exantémy, pruritus, urtikarie, zvýšené pocení, suchost kůže, nauzea, průjmy, bolesti, dyspepsie.

Riziko akutních reakcí spojených s infuzí včetně anafylaktického šoku, riziko pozdní hypersenzitivní reakce. Riziko vážných infekcí, včetně tuberkulózy. Při současných znalostech nelze vyloučit možné riziko vývoje lymfomů a ostatních malignit u pacientů léčených látkami blokujícími TNF.

Perorální terapie :

A: Pentasa 500mg tbl.

– mesalazin 500mg

antiflogistikum, antirevmatikum

NÚ: Nejčastěji nauzea, bolesti břicha, zvracení, průjem, kožní reakce (kopřivka, exantém)

B: Helicid 20mg cps

– omeprazol,

antiulcerósum, inhibitor protonové pumpy

NÚ: Tolerance omeprazolu je velmi dobrá, nežádoucí účinky jsou obvykle mírné a reverzibilní. Nejčastěji se mohou vyskytnout dyspeptické obtíže (epigastrický tlak, flatulence, průjem, nauzea), bolesti hlavy, ojediněle alergické reakce.

2. 4 Průběh hospitalizace : Během 3-týdenní hospitalizace se stav pacienta částečně zlepšil. Za 3 týdny přibral 3,5kg. Sám udává, že se lépe cítí. Pacient má 2-3 stolice denně, před defekací udává bolest a křeče v břiše. 15.den hospitalizace si A.H. stěžoval na tlak na hrázi, bolest na hrázi při chůzi a sezení. Pozoroval bulku u anu. Bulka samovolně praskla, pacientovi se ihned ulevilo. Teplota byla 37,6 st.C. Lékař po vyšetření nemocného doporučil doplnit sonografické vyšetření a následně s nálezem chirurgické konsilium.

USG levé varlete: V místě resistance je ložisko s vaskularizovaným obalem, centrálně hypo až anechogenní s četnými bublinami vzduchu. Šíře stěny je do 8m. Velikost abscesové dutiny je 36x22x21mm. Velikost celého ložiska je v průměru do 40mm. Jinak je varle bez strukturálních změn.

Závěr: V místě hmatné resistance je abscesová dutina.

Následné chirurgické konsilium – závěr: 31 letý pacient s komplikovanou Crohnovou chorobou terminálního ilea, tračnicku a perinea, v současnosti na biologické léčbě na interním oddělení. Večer došlo ke spontánní perforaci a parciální evakuaci abscesu na hrázi. Na USG potvrzena abscesová dutina na

perineu, zasahující do scrota. Perianálně vpředu směrem do base scrota vyklenutí velké jako slepičí vejce, palpačně silně bolestivé, s drobným perforačním otvorem, na obou varlatech je zcela normální nález. Jedná se o recidivu anoperineálního abscesu při fistulující formě Crohnovy choroby v této lokalitě. Navrženo vyšetření anorekta v celk. anestezii, incize a drenáž abscesu.

Nemocný byl lékařem seznámen s nutností chirurgického ošetření abscesu v celkové anestezii, souhlas s operací a celkovou anestézií podepsal.

Dle ordinace lékaře byl večer před chirurgickým zákrokem podán Diazepam 5 mg tbl.

16.den – den operace:

Pan A.H od půlnoci lačnil, spolu s informovanými souhlasy překládán sestrou na operační sál v 9 hodin.

Před odjezdem na sál - teplota 37,4st.C, TK 115/65, Puls 82

Na operačním sále byl vyšetřen anální kanál s přilehlou částí rekta. V klidné celkové anestezii v gynekologické poloze za pomoci rozvěrače byl vyšetřen anální kanál a přilehlá část rekta. V předu ve střední čáře byla široká přeepitelisovaná fissura lemovaná drobnými zánětlivými pseudopolypy s jedním širokým přemostujícím pseudopolypem uprostřed délky. V místě zubaté čáry při čísle 12 bylo patrné vnitřní ústí transsfinktericky probíhající píštěle, která směřovala do abscesové dutiny při basi scrota. Jinak byl na sliznici análního kanálu i přilehlé části rekta normální nález. Po trojúhelníkovité kožní excisi zabírající 3 drobné perforační otvory byla otevřena abscesová dutina uložená v podkoží, ze které se pod tlakem vyprazdňoval hustý páchnoucí hnis – odeslán na bakteriologii. Po exkochleaci stěn abscesové dutiny a výplachu peroxidem elektrickým nožem byl protnut zmíněný přemostujícím pseudopolyp a traktem píštěle pak protáhnut silikonový drén. Vložením ruličky se Spongostanu do análního kanálu a mulový tampon se čtvercem namočeným v Betadine do abscesové dutiny na perineu byl výkon ukončen.

V 10.30 hod. Pacient přivezen zpět ze sálu na oddělení, probuzen, spavý.

Lékařské ordinace po příjezdu ze sálu :

i.v.terapie: Hartmann 1000ml rychlostí 100ml/h

sledovat stav vědomí

měřit TK, P po 30 minutách do 14.30 hodin

sledovat močení

sledovat bolesti

Doporučení:

Klid na lůžku ještě 4 hodiny, poté se může napít, večer dle tolerance najíst. Od 15hod smí na WC na sedačce, po stolici dopor. sprcha a převaz sterilními čtverci.

Pacient byl po chirurgickém ošetření abscesu bez komplikací. Pokračovala i.v. terapie, došlo ke změně antibiotik z Ciphinu 200mg i. v. na Efloran 500mg i.v. á 8 hodin. Pan A. H. Léčbu toleroval bez komplikací. Odvod z drénu ustal, den po výkonu byl pacient již bez teplot. Drén byl odstraněn 2 den po operaci. Pan A.H. nezvracel, chuť k jídlu měl dobrou.

V průběhu týdne po chirurgickém ošetření byl zhodnocen celkový stav pacienta s těžkou formou Crohnovy nemoci, s přetrvávajícím významným postižením ilea a pravého tračníku. Možnosti konzervativní léčby byly vyčerpány. V dalším postupu bylo doporučeno chirurgické řešení - resekční výkon.

Chirurgické konsilium s pětidenním odstupem po ošetření abscesu – 21. den hospitalisace:

Bolesti na hrázi po evakuaci abscesu zcela ustaly. Afebrilní, rána na perineu klidná, čistě granuluje. Vzhledem k vyčerpaným možnostem konzervativní léčby přistupujeme k resekčnímu výkonu v rozsahu resekce postiženého ilea a části pravého tračníku se založením terminální ileostomie a slepým uzávěrem amorálního konce tračníku. V další době provedeme plastiku anoperineální píštěle a nakonec přistoupíme k obnovení kontinuity GITu. Pacient opakovaně detailně seznámen s možnostmi chirurgické léčby i nutností rozdělit resekční výkon na etapy a v první době založit ileostomii. S navrženým postupem souhlasí. Bez přípravy střeva, peroperačně miniheparinizace, dále antibiotika.

Doporučení před operací:

Večer před operačním zákrokem byl za pacientem anesteziolog, vyplnil anesteziologický dotazník a zhodnotil anesteziologická rizika. Naordinoval

premedikaci – na noc Diazepam 5mg 1tbl p.o., na zavolání ze sálu Dormicum 7,5mg 1tbl p.o., zapít douškem vody.

- Pacient od půlnoci lačnil
- Byla podána premedikace dle ordinace lékaře

22. den hospitalisace:

- Ráno se pacient vysprchoval
- Pacientovi byla provedena bandáž
- Byly změřeny fyziologické funkce, zapsány do překladové karty
- Byly objednány 2 krevní konzervy na sál
- S pacientem byla sepsána sesterská překladová zpráva
- Na zavolání ze sálu bylo podáno Dormicum 7,5mg 1 tbl per os.
- CŽK byl asepticky ošetřen a označen datem ošetření

22. den hospitalisace byl pacient přeložen na operační sál k resekcčnímu výkonu.

2.5 Závěr

Crohnova choroba je velmi časté postižení zařivacího traktu. Postihuje především jedince ve věku 20 – 30 let. Přestože onemocnění úspěšně léčit, až 50% nemocných se podrobí chirurgickému operačnímu zákroku pro komplikace při chorobě. Zlepšení stavu vyžaduje psychickou pohodu, dodržování medikamentosních a dietních opatření.

Onemocnění je celoživotní s tendencí k častým relapsům.

3. 0 Ošetrovatelská část

3. 1 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelská péče o pacienta byla prováděna metodou ošetrovatelského procesu. Při hodnocení pacienta byl použit model dle Marjory Gordonové.

Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je celostní přístup k poskytování ošetrovatelské péče, řeší individuální problémy nemocného, je kontinuální, vyvíjí se dle potřeb pacienta. Je zaměřený na tělesné, psychické, kognitivní, sociální a duchovní potřeby jedince. Zahrnuje zhodnocení pacienta, stanovení aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz, plánování péče, realizaci procesu a hodnocení dosažených výsledků. Součástí ošetrovatelského procesu je ošetrovatelská dokumentace.

Fáze ošetrovatelského procesu :

Posouzení, zhodnocení pacienta – na základě pozorování, rozhovoru, měření, dokumentace, rozhovoru s rodinou. Jedná se o sběr informací, které se týkají pacientových potřeb.

Stanovení ošetrovatelské diagnózy – na základě shromážděných informací, stanovení aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz, které reagují na aktuální stav nemocného.

Plánování péče – vede ke stanovení cílů péče společně s pacientem, rozhodování o tom, co nemocný nyní potřebuje a co je pro něj důležité. Do plánování péče se zapojují i jiní pracovníci, např. fyzioterapeut, sociální pracovník, logoped, ale i rodina pacienta.

Realizace plánu – provádí ji sestra s pacientem za účelem dosažení cílů, jde o provádění ošetřovatelských intervencí. Realizace zahrnuje i přípravu pacienta, pomůcek, prostředí.

Hodnocení péče – sestra i tým hodnotí, zda bylo dosaženo vytyčených cílů, s jakým výsledkem popř. proč nebylo, zda se vyskytl další ošetřovatelský problém, jak se změnila situace u pacienta. K hodnocení se mohou používat různé měřicí škály.

(1, 2)

3. 2 Model péče dle Marjory Gordonové

Model Marjory Gordonové komplexně hodnotí člověka a jeho zdravotní stav. Model jsem si vybrala z důvodu jeho celostního přístupu k potřebám pacienta. Na základě tohoto modelu získáváme komplexní informace k vytvoření ošetřovatelské anamnézy a k následnému stanovení plánu péče. Marjory Gordonová se zabývá těmito oblastmi :

- * Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
- * Výživa a metabolismus
- * Vylučování
- * Aktivita, cvičení
- * Spánek, odpočinek
- * Vnímání, poznávání
- * Sebepojetí, sebeúcta
- * Mezilidské vztahy, plnění rolí
- * Sexualita, reprodukční schopnost
- * Stress, zvládání zátěžových situací
- * Víra, životní hodnoty

1) Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Tato oblast se zabývá tím, jak nemocný hodnotí svůj zdr. stav, jaké aktivity pro své zdraví provozuje, důležitost ve vztahu k aktivitám a plánům. Obsahuje

informace o tom, jak si nemocný uvědomuje a zvládá rizika spojená se zdravotním stavem, jak pečuje o své zdraví. Jaké má zvyklosti, jestli užívá léky, drogy, alkohol.

2) Výživa a metabolismus

Tato oblast se věnuje příjmu potravy a tekutin, zahrnuje individuální způsob stravy, příjmu tekutin, denní dobu příjmu potravy, množství, preference k určitému jídlu. Patří sem i váha, výška, stav chrupu, vlasů, nehtů, chuť k jídlu.

3) Vylučování

Dává informace o vylučování moče, stolice, pocení, frekvencích vylučování, potížemi s vylučováním, návyky.

4) Aktivita, cvičení

Věnuje se tělesným aktivitám nemocného, jak se pacient udržuje v kondici, popř. co brání v aktivním cvičení. Patří sem i trávení volného času. Patří sem i zvládání denních činností, sebeobsluhy, např. Schopnost dojít na nákup, na WC, obléci se.

5) Spánek, odpočinek

Popisuje problémy se spaním, dobu spánku, zda má pocit odpočatosti, jak dlouho průměrně spí. Zda užívá hypnotika, zda má nějaké návyky před spánkem. Jestli se v noci budí, zda a jak často má noční děsy, sny.

6) Vnímání, poznávání

Popisuje způsob smyslového vnímání, zda nemocný dobře vidí, slyší, jestli užívá pomůcky, zda má potíže s pamětí a vybavováním, způsob vyjadřování, slovní zásoba.

7) Sebepojetí, sebeúcta

Jak jedinec hodnotí sebe sama, jak se cítí, jak je naladěný, zda má deprese, úzkosti, radost, zda bývá nervózní. Zda používá nějaké relaxační techniky, co mu pomáhá ve zvládání zátěžových situací.

8) Mezilidské vztahy, plnění rolí

Informuje o bydlení, zda má rodinné problémy, jak je zvyklý je řešit, kdo a co mu pomůže v jejich řešení, jak a zda se zapojuje rodina. Jestli je rodina funkční, zda má o nemocného zájem. Jak se v rodině cítí, zda není izolován.

9) Sexualita, reprodukční schopnost

Problémy v sexualitě, užívání antikoncepce, zda se pacient léčí nebo léčil s pohl. chorobou. U žen začátek menstruace, problémy s menstruací, počet dětí, klimakterium.

10) Stress, zátěžové situace

Zjišťuje jak pacient zvládá zátěžové situace, co mu pomáhá, na koho se může při nich obrátit. Nebo zda je zvyklý spoléhat sám na sebe.

11) Víra, životní hodnoty

Jakého je pacient vyznání, v co věří, jaké má individuální přání, žebříček hodnot, životní cíle.

(1, 2, 8)

3. 3 Zhodnocení pacienta s Crohnovou chorobou v modelu Marjory Gordonové :

1) Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pan A.H. hodnotí svůj zdravotní stav jako : „celkem dobrý“. Pacient je nyní nezaměstnaný, dříve pracoval jako dělník v kovovýrobě. Vadí mu časté pracovní neschopnosti. Za poslední rok byl 2x hospitalisován na 8 týdnů, další krátkodobé hospitalisace si vyžádala aplikace biologické léčby. Aktivně nikdy nesportoval, občas s kamarády hraje fotbal. Do práce jezdil na kole, vzdálenost 2km, v zimě autem. Rád také plave. Říká, že nepozoruje, že by si kvůli nemoci musel nějakou aktivitu odepřít. U Crohnovy choroby mu nejvíce vadí bolesti břicha a častější vyprazdňování. Udává, že když ho začne bolest břicho musí jít hned na WC, bojí se, že to jinak nestihne. Doma užívá Pentasu 3-3-3 tbl., kouří 5-10 cigaret denně. Drogy nikdy neužíval, říká, že v mládí s kamarády zkusil kouřit marihuanu. Alkohol si dá příležitostně.

2) Výživa a metabolismus

Pan A.H. se doma stravoval dle svých slov „nedbale.“ Když měl stres, jídlo příliš neřešil. Když měl chuť, klidně snědl i mastné a kořeněné jídlo. Snídal černou kávu a cigaretu. Během pobytu v nemocnici jedl 5 – 6x denně, mezi jídly si dal svačinu, např. pečivo se sýrem, drobnou sladkost. Naposledy jedl v 21 hodin večer. Netoleruje sýry typu Lučina, šlehané pěny nebo pyrė. Po těchto potravinách ho bolelo břicho a musel častěji na toaletu. Ke snídani snědl 2 kousky pečiva a vypil 2 hrnky kávy. Dopoledne snědl svačinu, k obědu si dal 6 knedlíků a maso s omáčkou a rád si přidal. Nechutnala mu bramborová kaše ze sáčku. Odpoledne snědl sladkost, piškot nebo sušenku. K večeři snědl například zapečené těstoviny s masem, ke 2. večeři chléb s máslem a šunkou. Kvůli svému nižšímu finančnímu příjmu se domnívám, že se pacient doma nemůže dostatečně najíst a raději si koupí cigarety. U nás za 3 týdny přibral 3,5kg. Totéž jsme pozorovali i při minulých hospitalisacích. Váha 55,5kg, výška 172cm, BMI 18,6. Chuť k jídlu má dobrou, stav vlasů a nehtů v normě, kůže suchá.

3) Vylučování

Nemocný neudával potíže s močením. Před defekací udával bolesti břicha, což ho nutilo jít rychle na WC. Frekvence stolic byla 2-3 denně, s příměsí hnisu. V klidnější období choroby má 1 stolicu denně. Bolest břicha po defekaci odezní.

4) Aktivita, cvičení

Pan A.H. nikdy aktivně nesportoval. Volný čas tráví s dcerou. Mrzí ho, že přišel díky častým pracovním neschopnostem o práci, je z malého města a obtížně tam hledá pracovní uplatnění. Občas si s kamarády zahraje fotbal. Rád čte sportovní noviny, poslouchá hudbu.

5) Spánek, odpočinek

Pan A.H. spí 6 - 7 hodin denně, v nemocnici často i po obědě. Udává, že počet hodin spánku mu stačí. Spíše mu vadí, když je v nemocnici ze spánku

vyrušen. V noci se většinou nebudí. Chodí spát okolo 22. - 23. hodiny, před spánkem poslouchá rádio nebo si čte. Před operačním vyšetřením scrota nemohl usnout, byl nervosní, byl podán Diazepam 5mg tbl. per os. Jinak léky na spaní nikdy neužíval.

6) Vnímání, poznávání

Pan A.H. vidí i slyší dobře. Pozornost udrží, potíže s pamětí nepozoruje. Jeho slovní zásoba je chudší, často používá lidové výrazy a vulgarismy.

7) Sebepojetí, sebeúcta

Nemocný se nyní cítí lépe než před přijetím. Sám říká, že přibral v obličejí, nezdá se sám sobě být vyhublý. Říká, že má dobrou náladu, doufá, že operace dobře dopadne a pomůže mu vyřešit jeho chorobu. Ví ale, že uzdravení bude déle trvat a operačních výkonů bude několik. Jediné, co ho trápí, je neuspokojivý vztah s manželkou.

8) Plnění rolí, mezilidské vztahy

A.H. bydlí v malém městě v západních Čechách, v bytě 3 + 1 s manželkou a tříletou dcerou. Doma se snaží věnovat dceři. S manželkou si nerozumí díky neuspokojivé finanční situaci. Říká, že manželka nevěří, že by jeho zdravotní stav byl tak vážný. Dobře si rozumí s matkou, která ho podporuje. S matkou si telefonuje, o víkendu za ním jezdí na návštěvu. Manželka s dcerou ho nenavštěvuje, což ho velmi mrzí. Po propuštění chce vztah s manželkou řešit.

9) Sexualita, reprodukční schopnosti

Pan A.H. měl dle svých slov uspokojivé sexuální vztahy, nyní s manželkou 2 měsíce sexuálně nežije. Má 3 letou dceru. Říká: „nemám se za co stydět“, zároveň ale dodává, že nyní na sex nemá myšlenky.

10) Stres, zátěžové situace

Stresové situace řeší tak, že se jde projít, nebo za kamarády do restaurace. Po hádce s manželkou, jde navštívit matku. Často u ní zůstane i přes noc. V nemocnici se snaží mít dostatek informací o tom, co ho čeká, rád se ptá. O svých obavách potřebuje mluvit. Říká, že kdyby měl více možností, kouřil by.

11) Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pan A.H. o sobě říká, že je nevěřící. Vyjádřil se, že je pro něj nejdůležitější, aby operace dobře dopadla. Na prvním místě je pro něj zdraví. Pak peníze a rodina. Říká, že při neuspokojivém finančním příjmu se hůře žije. Myslí si, že invalidní důchod by mu pomohl tuto situaci alespoň po nějakou dobu pomoci vyřešit.

Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny ve spolupráci s pacientem, vycházeli z jeho aktuálního zdravotního stavu, při jejich stanovení jsem vycházela také z dokumentace pacienta.

1. Riziko vzniku komplikací z důvodu operačního zákroku
2. Bolest z důvodu pooperačního stavu, projevující se tlakem na hrázi
3. Subfebrilie z důvodu abscesového ložiska na hrázi
4. Porucha kožní integrity z důvodu operační rány
5. Riziko vzniku infekce z důvodu centrálního žilního vstupu
6. Průjem z důvodu zánětlivého střevního onemocnění
7. Riziko vzniku močové retence z důvodu anestezie a operačního zákroku
8. Riziko vzniku TEN z důvodu krátkodobého snížení pohyblivosti
9. Riziko vzniku pádu v souvislosti s anestezií

3. 4 Krátkodobý ošetrovatelský plán pro 16. den hospitalizace (den operačního zákroku)

1. Ošetrovatelská diagnóza: riziko vzniku komplikací z důvodu operačního výkonu

Ošetrovatelský cíl: 1) předejít komplikacím

2) pacient bude kontrolován po příjezdu z operačního sálu na oddělení á 30 minut 4 hodiny po operaci

Ošetrovatelský plán:

- sledovat stav vědomí
- sledovat fyziologické funkce
- podávat infusní roztoky a tekutiny dle ordinace lékaře
- zapsat fyziologické funkce a tekutiny do dokumentace
- zajistit pacientovi signalizační zařízení
- informovat lékaře o změnách stavu pacienta

Realizace:

Pacient přijel z operačního sálu v 10.30 hodin, probuzený, reagující na oslavení. Říká, že bude spát. Pacientovi změřen TK – 110/60mmHg, puls 70/min, saturace O₂ 97%. Pacientovi jsem napojila infusi Hartman sol. 1000ml i.v. pumpou Argus rychlostí 100 ml/hodinu. Operační rána kryta sterilními čtverci. Pacient neudává nucení na močení ani na stolicí. Odvod sekretu z drénu na hrázi je minimální.

11 hodin: TK 110/60mmHg, puls 74/min, infuse kapou.

11.30 hodin: TK 115/60mmHg, puls 72/min, infuse kapou, rána nesákne, pacient spí.

12 hodin: TK 120/60mmHg, puls 74/min, pacient vymočil 70ml čiré moči. Neudává bolest v oblasti ošetřeného abscesového ložiska. Sekrece z drénu je minimální.

12.30 hodin: TK 125/70mmHg, puls 80/min. Pacient udává pocit žízně, otřeny rty navlhčenou gázou, informován, že může pít od 14.30 hodin.

13 hodin: TK 125/60mmHg, puls 80/min. Pacient poslouchá rádio a baví se se spolupacienty. Pocit na zvracení neudává.

13. 30 hodin: TK 120/65mmHg, puls 76/min. Pacient by si dal něco dobrého k jídlu, poučen, že to zatím není možné. Přislíbeno, že večer již bude moci večeřet.

14 hodin: TK 115/60mmHg, puls 74/min. Pacientovi podána antibiotika – Efloran 500 mg i.v. 100 ml, dnes 1.den. Pacient vymočil 100 ml čiré moči.

14. 30 hodin: TK 120/70 mmHg, puls 76/min. Pacientovi podán čaj 150 ml.

Fyziologické funkce a bilance tekutin byly zapsány do dekurzu.

Hodnocení:

Pacient byl sledován á 30 minut, byl kontrolován jeho stav, vědomí, odvod z drénu. Komplikace se nevyskytly. Cíl byl splněn.

2. Ošetrovatelská diagnóza: bolest z důvodu pooperačního stavu, projevující se tlakem na hrázi

Ošetrovatelský cíl: 1) pacient bude udávat zmírnění bolesti po podání analgetika do 30 minut

2) bolest na škále bude na č. 0, 1, max. 2

Ošetrovatelský plán:

- posudit bolest včetně lokalizace
- vyznačit bolest na škále od 0 - 10
- doporučit pacientovi úlevovou polohu
- připravit analgetikum dle ordinace lékaře
- podat analgetikum
- sledovat účinnost analgetika
- zaznamenat do karty bolesti

Realizace:

V 11 hodin pacient udával bolest v místě operačního zákroku. Pacient udává na škále bolesti od 0 (žádná bolest) do 10 (nesnesitelná bolest) číslo 6. Pantovi byla doporučena poloha vleže na zádech nebo na boku. Bolest pacient popisuje jako tlakovou. Lékař byl informován o pacientově problému, naordinoval podat Novalgin 1amp. i.v. do F 1/1 100 ml, kapat 30 minut. Infuzi jsem připravila, označila štítkem se jménem a účinnou látkou. V 11.15 hodin byla pacientovi infuze podána. V 11.45 hodin byla ukončena. Pacient udává zlepšení bolesti. V 12.15 hodin pacient kontrolován, udává na škále bolesti č.2. Do karty bolesti jsem tuto intervenci zapsala.

Hodnocení:

Pacient udává zmírnění bolesti z č. 6 na č. 2. Cíl byl splněn.

3. Ošetrovatelská diagnóza: subfebrilie z důvodu abscesového ložiska na hrázi

Ošetrovatelský cíl: pacient bude mít do 7 hodin po operaci fyziologickou teplotu

Ošetrovatelský plán:

- sledovat teplotu pacienta á 2 hodiny
- sledovat bilanci tekutin
- přiložit pacientovi chladivé obklady
- sledovat vědomí a stav pacienta
- podat antipyretika dle ordinace lékaře
- zapsat teplotu pacienta do dokumentace
- informovat o změnách lékaře

Realizace:

Pacient měl po příjezdu ze sálu v 10.30 hodin teplotu 37,6st.C. Teplotu pacienta jsem monitorovala po dvou hodinách do konce služby.

V 12.30 hod. teplota 37,6 st.C.

V 14.30 hodin teplota 37,6st.C.

Dle ordinace léklaře jsem podala v 15 hodin Paralen 500 mg 1 tbl per os. Protože pacient mohl po operaci pít až od 14.30 hodin, kapala infuze Hartmann 1000 ml rychlostí 100 ml za hodinu. Pan A.H. vypil v 14.30 hodin 150 ml čaje, v 15 hodin zapil lék 50 ml čaje. Teplý čaj mu byl dán k dispozici k lůžku. V 16hodin pacient říká, že se spotil – převlékla jsem pacientovi prádlo a lůžko. Chladivé obklady pacient zatím odmítá. V 16.30 hodin teplota 37,1st.C, v 18.30 hodin teplota 36,8st.C. Pacient do 18 hodin vypil 450ml čaje.

Teplotu pacienta jsem zaznamenala do teplotní tabulky i do dokumentace pacienta.

Hodnocení:

Pacient měl do 7 hodin po operaci teplotu 36,8 st.C. Cíl byl splněn.

4. Ošetrovatelská diagnóza: porucha kožní integrity z důvodu operační rány

Ošetrovatelský cíl: 1) pacient bude poučen o správném postupu při ošetření rány

2) operační rána bude sterilně ošetřena

Ošetrovatelský plán:

- poučit pacienta o aseptickém převazování rány
- připravit si pomůcky k převazu
- zajistit intimitu při převazu
- před převazem provést toaletu rány
- zhodnotit operační ránu, okolí rány, sekreci z rány
- sterilně převázat ránu
- ošetření zaznamenat do převazové karty

Realizace:

Pacienta jsem poučila o nutnosti sterilního převazu rány. Pacient ví, že rána se má nejprve osprchovat vlažnou vodou, poté se má přiložit na ránu sterilní čtverec. Připravila jsem si rukavice, sterilní čtverce, emitní misku. Z rány jsem sejmula dosavadní krytí. Operační rána je řez dlouhý 1,5cm, okolí je bez zarudnutí. Před převazem byla provedena toaleta rány. Silikonový drén odvádí malé množství cca 10ml páchnoucí hnisavé tekutiny. Ránu jsem překryla

sterilními čtverci. Aby čtverce správně držely, byly pacientovi nabídnuty síťované kalhotky, které čtverce udrží v požadované poloze. Do převazové karty jsem zapsala ošetření rány.

Hodnocení:

Operační rána byla sterilně převázána. Pacient zná správný postup při převazu. Cíl byl splněn.

5) Ošetřovatelská diagnóza: riziko vzniku infekce z důvodu centrálního žilního vstupu

Ošetřovatelský cíl: zabránit vzniku infekce

Ošetřovatelský plán:

- vysvětlit pacientovi nutnost převazu
- převaz provést dle platného standardu péče
- k převazu CŽK budou použity vhodné pomůcky
- převázat sterilně CŽK
- sledovat místo vpichu před aplikací a po aplikaci léku
- měnit infuzní sety 1krát denně
- zaznamenat ošetření CŽK do převazové karty

Realizace:

Pacienta jsem informovala o nutnosti převazu CŽK. Pana A.H jsem poučila o příznacích infekce – zarudnutí v místě vpichu, sekrece z místa vpichu, bolestivost, možné febrilie z důvodu zánětu.

Odstranila jsem dosavadní krytí na katetru. Místo zavedení je klidné, bez sekrece a známek zánětu. Pacient neudává bolest v místě vpichu CŽK. Místo vpichu jsem dezinfikovala Softaseptem, také místa obou úchytných stehů byla vydezinfikována. Na místo vpichu byl přiložen čtverec Inadine. CŽK byl kryt Tegaderm průhlednou náplastí. Náplast jsem opatřila datem ošetření. Provedla jsem dezinfekci spojovacích hadiček. Před odjezdem na sál byl CŽK propláchnut, opatřen heparinovou zátkou. Ošetření jsem zapsala do převazové karty.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, CŽK byl sterilně převázán. Pacient je bez známek infekce.

6) Ošetřovatelská diagnóza: Průjem z důvodu zánětlivého střevního onemocnění

- Ošetřovatelský cíl:** 1) pacient bude o vhodné stravě edukován
2) pacient bude vědět, jakých potravin se má

vyvarovat

Ošetřovatelský plán:

- sledovat frekvenci, charakter, množství stolic
- sledovat příměsi ve stolici
- sledovat bolesti břicha nebo jiné projevy v souvislosti s defekací
- nepodávat pacientovi potraviny, které netoleruje
- sledovat, zda průjem nemá souvislost se změnou podávání antibiotika
- zajistit edukaci pacienta
- kontrolovat dodržování dietních opatření
- zajistit intimitu při defekaci
- zajistit hygienickou očistu po defekaci
- zaznamenat četnost stolic a odchylky do dokumentace pacienta
- poučit pacienta o nutnosti informovat personál o příměsích ve stolici a jakékoli změně spojené s defekací

Realizace:

Pacient byl na stolici večer v 18 hodin. Stolice byla kašovitá s příměsí hlenu. Před defekací udává pacient bolesti břicha, které ho nutí navštívit WC. Ráno pacient lačnil, večer povečeřel dietní plátek masa s těstovinami. Pacientovi nebyly podány potraviny které netoleruje – sýry typu Lučina, pěny a pyré. Zajistila jsem edukaci nutriční terapeutkou, pacient byl upozorněn na nutnost dodržování dietních opatření. Ve 14hodin mu byla podána nově naordinovaná antibiotika Efloran 500mg i.v. Pacient neudává žádné potíže po aplikaci antibiotik. Pacientovi byla umístěna signalizace na dosah ruky. Po stolici se pacient vysprchoval, byla mu sterilně ošetřena operační rána na hrázi. O změnách

charakteru stolice v souvislosti s Crohnovou chorobou již pacient s lékařem mluvil. Frekvenci a charakter stolice jsem zapsala do dokumentace.

Hodnocení:

Pacient byl edukován ohledně dietních opatření při Crohnově chorobě. Říkal, že se bude snažit nejíst nevhodné potraviny. Pan A.H ví, kterých potravin se má vyvarovat. Cíl byl splněn.

7) Ošetřovatelská diagnóza: riziko vzniku močové retence z důvodu anestezie a operačního zákroku

Ošetřovatelský cíl: pacient se vymočí do 6 hodin po operaci

Ošetřovatelský plán:

- seznámit pacienta s nutností vymočit se do 6 hodin po operaci
- sledovat pacienta po 30-ti minutách
- sledovat pacientův příjem a výdej tekutin
- zajistit tekutiny
- lůžko opatřit močovou lahví s držákem
- zajistit signalizační zařízení na dosah ruky
- zajistit soukromí při močení
- zapsat do dokumentace bilanci tekutin

Realizace:

Po příjezdu ze sálu v 10.30 hodin neudává nucení na močení. Pacientovi bylo vysvětleno do kdy se má vymočit. Pana A.H. jsem poučila o nutnosti přivolat sestru při tlaku v močovém měchýři a nemožnosti vymočit se, bolestech v podbřišku, v případě hmatné rezistence v podbřišku. Sledovala jsem pacienta po 30-ti minutách, nucení na močení ani příznaky retence neměl. K lůžku jsem nemocnému umístila močovou láhev s držákem. Pacient má signalizační zařízení umístěné na dosah ruky. Ve 12hodin A.H. vymočil 70ml čiré moče. Před vymočením byly zatáhnuty závěsy u lůžka. Očista rukou po vymočení byla provedena. Pacient do konce služby vymočil 550 ml, vypil 400 ml (pít mohl až od 14.30hodin) čaje, i.v. mu bylo podáno 600ml tekutin. Pacient je v bilanci +

450ml. Pacient preferuje močení na WC. Od 4 hodin po operaci bylo pacientovi umožněno močení na WC. Bilance tekutin byla zaznamenána do dokumentace.

Hodnocení:

Pacient vymočil za 7,5 hodiny 550ml moče. Cíl byl splněn.

8) Ošetrovatelská diagnóza: riziko vzniku TEN z důvodu krátkodobého snížení pohyblivosti

Ošetrovatelský cíl: 1) pacient bude bez známek TEN

2) pacient bude poučen o cvicích v prevenci
TEN

Ošetrovatelský plán:

- vysvětlit nutnost bandáže DK
- kontrolovat funkčnost bandáže
- kontrolovat prokrvení a citlivost na DK
- poučit pacienta o vhodných cvicích v prevenci TEN

Realizace:

Pacientovi jsem vysvětlila nutnost bandáže DK- podpora prokrvení a žilního návratu při poloze vleže. Po příjezdu ze sálu jsem kontrolovala bandáž, nebyla nikde shrnutá, ani pacienta netlačila. Pacient neudává pocit tlaku v lýtku, končetiny jsou bez otoku, špičky prstů bez otoku, dobře citlivé. Pulzace na obou končetinách je dobře hmatná. Pacientovi jsem doporučila cviky – extenzi a flexi DK v oblasti kotníků a kolen. V 15.15hodin jsem doprovodila pacienta na sedačku na WC, pacient nevykazoval oběhové změny. Pacient cvičil s DK v intervalu á 2 hodiny. Po cvičení s končetinami byla bandáž kontrolována.

Hodnocení:

Pacient byl poučen o vhodných cvicích v prevenci TEN, pacient byl bez příznaků TEN. Cíl byl splněn.

9) Ošetrovatelská diagnóza: riziko vzniku pádu z důvodu anestezie

Ošetrovatelský cíl: 1) předejít vzniku pádu

2) minimalizovat rizikové faktory

Ošetrovatelský plán:

- přesunout bezpečně pacienta z lehátka na lůžko
- zajistit zabrzdění lehátka a lůžka při manipulaci s pacientem
- poučit pacienta o nutnosti použití postranic
- přesunout pacienta dle standardu péče
- zajistit lůžko pacienta postranicemi
- zajistit signalizační zařízení
- sledovat stav pacienta á 30 minut po dobu 4 hodin po operaci
- všímat si chování a reakcí pacienta
- kontrolovat pacienta při prvním vstávání po operaci
- kontrolovat podlahu v okolí lůžka pacienta

Realizace:

Pacient se vrátil z operačního sálu v 10.30 hodin. Pan A.H. byl již probuzený, říkal, že bude spát. Pomohla jsem sanitářovi přemístit pacienta z lehátka na lůžko. Lehátko bylo zabrzděno, také lůžko pacienta jsem zabrzdila.

Pacientovi jsem vysvětlila nutnost použití ochranných ohrádek v lůžku. K zajištění bezpečnosti pacienta jsem použila oboustranné ohrádky. Pacient má signalizační zařízení umístěno na dosah ruky.

V 11 hodin pacient spí.

V 11.30 hodin pacientovi kapou infuze, A.H. je klidný, reaguje na výměnu infuzí.

V 12 hodin pacient je probuzený, klidný, je informován že má být v klidu na lůžku po dobu 4 hodin po operaci tj. do 14.30 hodin.

V 12.30 hodin orientován, mluví přiléhavě, komunikuje se spolupacienty.

V 13 hodin orientován, poslouchá rádio.

V 13.30 hodin orientován, říká, že by něco snědl. Čte si knihu.

V 14 hodin orientován, vymočil se do močové lahve.

V 14.30 hodin orientován, napil se, klidný.

Při prvním vstávání z lůžka v 15.15 hodin byl pacient klidný, orientovaný. Podlaha byla suchá. Pacient si přesedl na zabrzděný pojízdný vozík. Pana A.H jsem dovezla na sedačce na WC. Po použití WC jsem dovezla pacienta v pořádku na lůžko.

Hodnocení: Pan A.H neupadl, minimalizovala jsem rizikové faktory. Cíl byl splněn.

4. 0 Dlouhodobý léčebný plán

Pan A. H. Byl na našem oddělení hospitalizován se stenozující komplikovanou Crohnovou chorobou. Během hospitalizace se kombinací dietních opatření a léčby podařilo zvýšit váhu pacienta o 3,5 kg za 3 týdny. Léčbu pacient dobře toleroval. 15. den hospitalizace si vyhmatal bulku u análního otvoru, udával bolest při sezení, chůzi, defekaci. Bulka samovolně praskla, vyteklo malé množství hnisavé tekutiny. Přivolaný chirurgický konziliář navrhl na další den chirurgické ošetření abscesu v krátké celkové anestezii. 16. den byl pacientovi chirurgicky ošetřen absces.

2. den po operaci z rány již nevytéká žádný sekret, byl odstraněn silikonový drén. Pacient je bez teplot, rána se hojí. Pacientovi byla změněna antibiotika, dobře je toleroval. V pooperačním období měl nemocný dobrou chuť k jídlu, nezvracel. I přes doporučení lékaře dále chodil kouřit. Frekvence stolic byla 2 – 3 krát denně s příměsí hnisu. Pátý pooperační den se sešlo konzilium, které vzhledem k pokročilému stavu choroby u ne zcela spolupracujícího pacienta doporučilo resekční výkon na terminálním ileu a pravém tračnicku.

Toto rozhodnutí pacient čekal, věděl, že u něj k operaci jednou dojde. O operačním řešení již mluvil i se svým gastroenterologem. Přesto měl pacient obavy, hlavně z vyprazdňování po operaci. Chirurgem mu bylo vyznačeno místo budoucí stomie, průběh operace byl pacientovi vysvětlen. Pan A.H. si rád o svém zdravotním stavu promluvil se zdravotním personálem. 22. den hospitalizace byl pan A. H. přeložen na operační sál.

5. 0 Psychosociální zhodnocení pacienta

Pan A. H. prožívá nemoc jako něco nevídaného. Sám říká: „nechápu, proč to muselo postihnout zrovna mne, když v naší rodině nikdo tuto nemoc neměl.“ Crohnovu chorobu má pacient 6 let, podstatnou část této doby trávil v pracovní neschopnosti. Stěžuje si na malý finanční příjem a z toho pramenící častá nedorozumění s manželkou.

Postoj k nemoci: Přestože se dlouhodobě léčí, udává zlepšení svého stavu po podání Remicade. Po léčbě se cítí lépe, sám ale říká, že nedokázal přestat kouřit, jak mu bylo doporučováno. Snaží se alespoň počet cigaret co nejvíce omezovat. Nemoc mu vadí spíše jako něco, co přináší omezení a zákazy. Také si rád dopřeje v jídle, a to i v nemocnici, přes dietní doporučení sní např. bramborák.

Přesto, že pan A. H. je o nemoci informován, příliš vážně ji nebere. Dle jeho ošetřujícího gastroenterologa pacient nedbá dietních a medikamentózních opatření, nedodrжуje ani termíny kontrol. Na pobyt na našem oddělení reaguje jako na změnu prostředí z domácího na nemocniční. Je rád, že personál a oddělení zná, nejde do neznámého prostředí. Vadí mu např. lačnění před vyšetřeními, má rád své ranní rituály – sprchu, snídani...Z některých vyšetření byl pacient vystrašený, potřeboval povzbudit a pochválit, že vše dobře zvládl. Pobyt na lůžku nutný pro podávání vaku Aminomix tráví četbou, poslechem rádia, hovorem se spolupacienty.

Pan A. H. vyhledává příležitost ke komunikaci se zdr. personálem, při rozhovoru občas používá lidové výrazy a vulgarismy. Při komunikaci s pacientem je důležité si ověřit, že informacím dobře porozuměl.

Pokud se vyskytne stres, chce si o tom promluvit jak s personálem, tak s matkou, se kterou je v telefonickém kontaktu. Manželce netelefonuje, jenom ho mrzí, že dlouho neviděl dceru.

Na otázku, proč se vyhýbal ambulantním kontrolám říká, že neměl finance na cestu do Prahy. Je pravda, že poplatek za minulou hospitalizaci také nezaplatil.

Myslím si, že pacient nechtěl svůj stav v tu chvíli řešit, v dané chvíli nebyl dostatečně aktivní.

Z nemocnice odcházel edukován jak stomickou sestrou, tak nutriční terapeutkou.

Před propuštěním konzultoval svůj stav se sociální pracovnící, lékařem byl doporučen podat návrh na invalidní důchod, což pacient vítá. V pacientově přístupu k chorobě je patrný ne zcela odpovědný přístup ke svému stavu. Do nemocnice přijel až při závažnějším zhoršení stavu, vyhublý, s bolestmi břicha. Prognóza choroby je částečně dána přístupem pacienta.

6. 0 Edukace

Edukace (poučení) pacienta je důležitou součástí péče o pacienta. Pan A.H. byl edukován na oddělení gastroenterologie ohledně dietních opatření při Crohnově chorobě. Říkal, že je těžké tato opatření dodržet. Přiznal se, že občas sní v kiosku i bramborák, ostrý salát. Měla jsem možnost sledovat edukaci pacienta stomickou sestrou ohledně péče o stomii a okolí a nutriční terapeutkou ohledně dietních doporučení. Pacient byl edukován stomickou sestrou 8. den po operaci.

Ileostomie je vyústění konečné části tenkého střeva, obvykle se zakládá v pravém dolním kvadrantu břišní stěny. Kvůli velkému obsahu tekutin a trávicích šťáv je důležité, aby ileostomie vyčnívala několik centimetrů nad povrch kůže. Zpočátku ileostomie vylučuje 1 – 2 litry obsahu. Po několika týdnech se obsah zahustí na 500 – 800ml za den.

Založením stomie pacient ztrácí schopnost kontrolovat vlastní vůlí odchod stolice. Proto musí používat stomické pomůcky. Péči je také nutné věnovat i kůži v okolí stomie, aby se zabránilo nežádoucím komplikacím.

Péče o kůži v okolí stomie

První fází ošetření je očištění kůže. Je doporučeno omývat ji vlažnou vodou, k omývání se může použít dezinfekční nebo dětské mýdlo. K dočištění kůže je možné použít čistící pěnu nebo speciální odstraňovač lepidla z kůže. Čištění provádíme opatrně krouživými pohyby. Je – li kůže suchá a zarudlá, můžeme nanést vrstvu neдрáždivého mastného krému, necháme ho krátce působit a odstraníme zbytek. Kůže musí být dokonale suchá. Chlupy z okolí stomie je nutné kvůli přilnutí podložky odstraňovat elektrickým strojkem. Výměna sáčku je tak méně bolestivá.

Při zarudnutí kůže můžeme nanést ochranný film nebo hojivou pastu, která vytváří na kůži ochrannou vrstvu a podporuje přilnavost podložky.

Stomické pomůcky:

- sáčky a podložky v jednodílném nebo dvojdílném systému
- čisticí prostředky
- ochranné prostředky

Jednodílný systém je tvořen lepivou želatinovou podložkou, která je pevně spojena se sběrným sáčkem. Sáčky mohou být v průhledné nebo tělové barvě, jednorázové nebo vypouštěcí.

Dvojdílný systém je tvořen samostatnou podložkou a sáčkem. Uprostřed podložky je otvor, ohraničený plastovým kroužkem, který odpovídá určité velikosti sáčku. Sáčky obsahují uhlíkový filtr proti zápachu.

Mezi čisticí prostředky patří odstraňovače náplastí, čisticí roztoky, roušky a pohlcovače zápachu. Slouží k odstranění zbytků pasty a lepidla a k dočištění kůže.

Ochranné prostředky zahrnují ochranný film, který se nanáší před přiložením podložky, vytváří ochrannou vrstvu, zlepšuje přilnavost podložky.

Ochranná pasta slouží k vyrovnání nerovností pokožky, adhezivní pasta má uklidňující účinky, utěsňuje prostor mezi podložkou a kůží. Zásypový pudr – nanáší se v tenké vrstvě pod podložku při podráždění kůže.

Pana A.H jsem měla možnost sledovat i po operaci. O místě stomie byl poučen chirurgem před operací. V místě budoucího vyústění ileostomie byl fixem vyznačen kroužek.

Pacientovi bylo nejprve těžké jenom se na stomii podívat, vadil mu odchod střevního obsahu do sáčku. Pacient byl při edukaci pozorný a vše uměl popsat, dělalo mu problém vypustit si sáček. Za podpory personálu si pacient sám vyměnil sáček 10. den po operaci. Preferoval jednodílný systém s vypouštěcí sponou.

Výživa a pitný režim u ileostomie

Hlavní funkcí tenkého střeva je resorpce živin, minerálů, vody a tvorba vitamínů. Ileostomický obsah je tekutější než u kolostomie, obsahuje více vody.

Regulace vyměšování účinkem potravy:

Potraviny zabraňující nadýmání: doporučeno vyloučit čerstvé pečivo, luštěniny, česnek, kysané zelí, cibuli, vejce, květák

Potraviny působící proti nadýmání: jogurt, brusinky

Potraviny zahušťující stolici: rýže, dušená mrkev, strouhaná jablka, banány, brambory, hořký silný čaj

Potraviny s projímavým účinkem: švestky, třešně, hrušky, fíky, alkohol

K zabránění zápachu by pacienti neměli jíst nadměrné množství živočišných bílkovin, vejce, česnek, cibuli, květák. Zápach tlumí bílý jogurt, petržel, špenát.

Pacientovi bylo doporučeno jíst 5 – 6 krát denně v menším množství, sledovat reakci na potraviny, stravovat se podle zásad zdravé výživy.

(9, 17)

7. 0 Prognóza

Crohnova choroba je závažné zánětlivé střevní onemocnění, vyskytující se zejména u mladší populace.

Onemocnění je celoživotní se sklonem k četným rekurencím, které se střídají s obdobím klidu. Více než 50% jedinců se podrobí chirurgickému zákroku pro závažné komplikace choroby.

I po střevních resekcích je 50% riziko návratu choroby do zatím zdravé části střevní sliznice. Pacienti, kteří mají rozsáhlé postižení střeva jsou více ohroženi vznikem nádorového onemocnění tenkého či tlustého střeva.

Zavedení biologické léčby významně zlepšilo kvalitu života nemocných, snížilo počet hospitalizací a chirurgických výkonů. Onemocnění vyžaduje dodržování správné životosprávy, medikace a kontrol gastroenterologem.

Pan A.H. má Crohnovu chorobu 6 let. V naší nemocnici se léčí 3 roky. Bylo pro něj těžké připustit si, že je nemocný. Říká, že s dodržováním životosprávy má problémy. Zkoušel také přestat kouřit, ale nedaří se mu to. Tak alespoň snížil počet cigaret. Onemocnění ovlivnilo i jeho ekonomickou situaci, nyní je nezaměstnaný, rodina žije z mateřské, přídavků a pomoci od rodičů. Tato situace nemocného velmi trápí. Lékařem byl pacientovi navrhnout invalidní důchod, což by řešilo jeho neuspokojivou finanční situaci a zlepšilo kvalitu života.

Pacient doufá, že léčba mu přinese uzdravení, zbavení potíží a povede k plnohodnotnému životu.

8. 0 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem zpracovávala případ nemocného s diagnózou Crohnovy choroby. V klinické části popisuji anatomii zažívacího traktu, obecně vysvětluji, co je to Crohnova choroba, jakou má lokalizaci, projevy, jaká jsou doporučená vyšetření při Crohnově chorobě, léčba, komplikace.

V klinické speciální části popisuji konkrétního pacienta, pana A.H., 31 let s komplikovanou formou této choroby. Zvláště jsem se zaměřila na popis dne chirurgického zákroku – 16. dne hospitalizace. V této části jsem využila i lékařskou dokumentaci.

V ošetrovatelské části jsem zhodnotila pacienta dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové. V den chirurgického zákroku bylo stanoveno 9 ošetrovatelských diagnóz. Pan A.H. byl na oddělení gastroenterologie hospitalizován 22 dní, poté byl přeložen na operační sál.

Seznam použitých zkratek

AMP - ampule

BMI – body mass index, index tělesné hmotnosti

CPSL – kapsle

CŽK – centrální žilní katetr

DK – dolní končetiny

EKG – elektrokardiograf

F 1/1 – fyziologický oztok

I.V. - intravenózně, nitrožilně

KG - kilogramy

NÚ – nežádoucí účinky

ML – mililitr

MG - miligram

P - puls

PER OS – perorálně, ústy

SAT O₂ – saturace kyslíku, okysličení

TBL – tablety

TEN – tromboembolická nemoc

TK – krevní tlak

USG - ultrazvuk

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1. TRACHTOVÁ, E. a kol.:** Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, ISBN 80-7013-324-8
- 2. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE.:** Lemon 1. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, ISBN 80-7013-234-5
- 3. RICHARDS, A., EDWARDS, S.:** Repetitorium pro zdravotní sestry, Praha, Grada Publishing, 2004, ISBN 80-247-0932-5
- 4. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F.:** Kapesní průvodce zdravotní sestry. Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-0242-8
- 5. PAVLÍKOVÁ, S.:** Modely ošetrovatelství v kostce. Praha, Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1211-3
- 6. MAREČKOVÁ, J.:** Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách. Praha, Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1399-3
- 7. ČERVINKOVÁ, E. a kol.:** Ošetrovatelské diagnózy. Brno, NCO NZO, 2005, ISBN80-7013-358-9
- 8. MASTILIAKOVÁ, D.:** Úvod do ošetrovatelství II. Díl. Praha, Karolinum, 2003, ISBN 80-246-0428-0
- 9. KAPOUNOVÁ, G.:** Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha, Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1830-9
- 10. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.:** Interní ošetrovatelství I. Praha, Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1148-6
- 11. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.:** Interní ošetrovatelství II. Praha, Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1777-8
- 12. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A.:** Gastroenterologie a hepatologie učebnice. Praha, Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1787-6

- 13. ROKYTA, R., a kol.:** Fyziologie. Praha, ISV nakladatelství, 2000, ISBN 80-85866-45-5
- 14. KLENER, P., et al.:** Vnitřní lékařství. Praha, Galén, Karolinum, 2006, ISBN 80-7262-430-X (Galén), ISBN 80-246-1252-6 (Karolinum)
- 15. DYLEVSKÝ, I.:** Somatologie. Olomouc, Epava, 2000, ISBN 80-86297-05-5
- 16. VOKURKA, M., a kol.:** Patofyziologie pro nelékařské směry. Praha, Karolinum, 2005, ISBN 978-80-246-0896-9
- 17. MARKOVÁ, M.:** Stomie gastrointestinálního a močového traktu. Brno, NZO NCO, 2006, ISBN 80-8013-434-8
- 18. GABALEC, L.:** Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. Medicína pro praxi, 2009, ročník 11, číslo 1, str. 16 – 21.

SEZNAM PŘÍLOH

Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelské diagnózy