



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Ošetrovatelská péče o pacientku
s Crohnovou chorobou**

Nursing care of a patient with Crohn's disease

Případová studie

Praha, červen 2013

Lucie Stojánková

Autor Práce: Lucie Stojánková
Bakalářský studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra – prezenční forma

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková
Pracoviště vedoucího práce: 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
v Praze, Ústav ošetřovatelství

Odborný konzultant: MUDr. Hnaníček Jan
Pracoviště odborného konzultanta: Fakultní nemocnice královské Vinohrady
v Praze, II. interní klinika

Termín obhajoby: červen 2013

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 10.5.2013

.....
Lucie Stojánková

Poděkování

Tato práce vznikla díky pomoci mnoha lidí. Chtěla bych tedy v této části poděkovat vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Marii Zvoníčkové za cenné rady především v oblasti ošetrovatelské části a panu MUDr. Janu Hnaničkovi za odborné vedení mj. klinické části práce.

Dále mé poděkování náleží také paní N. M., bez které by práce nikdy nevznikla.

V Praze dne 10.5.2013

.....
Lucie Stojánková

Obsah

1. ÚVOD	7
2. KLINICKÁ ČÁST:	8
2.1. Anatomie a fyziologie trávicího traktu:.....	8
2.1.2. Tlusté střevo.....	12
2.2. Charakteristika Crohnovy choroby	13
2.2.1. Patologie Crohnovy choroby	13
2.2.2. Klinický obraz Crohnovy choroby	14
2.2.3. Léčba Crohnovy choroby.....	15
3. KLINICKÁ SPECIÁLNÍ ČÁST	18
3.1. Základní údaje o nemocné.....	18
3.1.1. Lékařská anamnéza:.....	18
3.1.2. Souhrn provedených diagnostických vyšetření:	20
3.1.3. Diagnostický závěr:	22
3.1.4. Předoperační péče:	22
3.1.5. Průběh hospitalizace:	23
4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	27
4.1. Charakteristika ošetřovatelského procesu	27
4.2. Charakteristika modelu Majory Gordonové.....	28
4.3. Ošetřovatelská anamnéza podle Majory Gordonové ze dne 16.12.2011 (3. pooperační den).....	28
4.4. Stanovení ošetřovatelských diagnóz:	32
4.5. Ošetřovatelský plán stanovený ke dni 16.12.2011 (3. pooperační den).....	33
4.6. Dlouhodobá péče	40
4.7. Psychologie nemocné	41
4.8. Edukace pacientky.....	43

4.8.1. Dietní omezení po resekci střeva	43
4.8.2. Dietní omezení pro pacienty s Crohnovou chorobou	44
5. ZÁVĚR	46
Seznam použitých zkratk:	47
Seznam příloh:	49
Seznam použité literatury:.....	50

1. ÚVOD

Cílem mé práce je případová studie ošetrovatelské péče o 23-letou pacientku, paní N. M. s Crohnovou chorobou. Pacientka byla přijata na plánovaný operační výkon s nálezem zánětlivého pseudotumoru terminálního ilea a enterální píštělí na chirurgické oddělení fakultní nemocnice.

V klinické části se zabývám anatomií a fyziologií trávicího traktu, převážně tlustého a tenkého střeva a jejich přechodem, kde se nejčastěji onemocnění vyskytuje. Dále se zabývám také patologií a patofyziologií Crohnovy choroby. Součástí práce je i popis klinických projevů onemocnění a jeho léčby, diagnostiky, komplikací a prognózy.

V klinické speciální části se zaměřuji na zdravotní stav pacientky, paní N. M., její lékařskou anamnézu, provedená diagnostická vyšetření a způsob řešení jejího onemocnění. Vycházela jsem z ošetrovatelské dokumentace, z informací, které mi poskytla pacientka a její ošetřující lékař. Popisuji průběh hospitalizace pacientky, předoperační péči, operační výkon a především podrobně rozepisuji pooperační péči.

V ošetrovatelské části popisuji péči o pacientku pomocí ošetrovatelského procesu a doplňuji i jeho obecnou charakteristiku. Pro vypracování ošetrovatelské anamnézy jsem si vybrala model Majory Gordonové a uvádím i jeho charakteristiku podle odborné literatury. Uvádím ve své práci aktuální i potenciální ošetrovatelské diagnózy, které jsem stanovila k 3. pooperačnímu dni, kdy se po chirurgickém zákroku pacientka vrátila z jednotky intenzivní péče (JIP) na standardní oddělení. Stanovila jsem u pacientky šest jednotlivých ošetrovatelských diagnóz. Ke každé jsem určila ošetrovatelský cíl péče, plán péče, realizaci plánu ošetrovatelské péče a konečné zhodnocení. V závěru práce jsem se zaměřila na psychický stav pacientky a její edukaci. V edukaci jsem rozepsala dočasné dietní omezení po operaci a dlouhodobé omezení pro Crohnovu chorobu.

Na konci mé práce jsem rovněž uvedla seznam použité literatury, seznam příloh a seznam zkratk.

2. KLINICKÁ ČÁST:

2.1. Anatomie a fyziologie trávicího traktu:

Trávicí ústrojí se skládá z mnoha částí, které jsou přizpůsobené své funkci. Dutina ústní je počátek GIT, kde dochází k prvnímu zpracování potravy. Dále pokračuje trávicí trubice jícnem, žaludkem, tenkým a tlustým střevem a ústí řitním otvorem.

Stěny GIT mají po celé délce obdobnou stavbu. Zahrnují sliznici, která je tvořena epitelovými buňkami (ty se mohou účastnit buď procesu sekrece nebo vstřebávání, podle umístění v GIT), a slizniční vazivo (lamina propria), které je složené z rozvolněné pojivové tkáně, kolagenu a elastinu, krevních cév a tenké vrstvy hladké svaloviny – slizniční svalové vrstvy (lamina muscularis mucosae). Ta při stahu ve střevě vytváří záhyby a rýhy. Druhou vrstvou pojivové tkáně tvoří submukóza. Obsahuje i větší krevní a lymfatické cévy a síť nervových buněk. Nervová pleteň se nazývá Meissnerův plexus. Je to hustá nervová pleteň, která je inervována autonomní částí nervového systému, jenž pracuje jako nezávislý nervový systém – nervový systém střeva (enterický). Pod submukózou se nachází vrstva vnější svaloviny (tunica muscularis). Tvoří ji tlustá kruhová vrstva hladké svaloviny kolem GIT, která způsobuje při smrštění zúžení průsvitu střeva. Nad touto vrstvou je další tenčí vrstva svalů. Ty jsou uspořádány podélně a při smrštění způsobí zkrácení trávicí trubice. Mezi oběma svalovými vrstvami je uložena další nervová pleteň, která se nazývá myenterická pleteň (Auerbachův plexus). Ta je opět částí nervového systému střeva. Vnější vrstvu trávicího traktu tvoří seróza, což je další pojivová vrstva a je pokryta dlaždicovými buňkami mezotelu. [17]

Součástí stěn v trávicím systému je hladká svalovina. Svalové buňky jednotlivých vrstev jsou spojeny na mnoha místech a z jednoho svalového vlákna na druhé přechází elektrická aktivita. Svalovina pracuje tedy jako celek.

V trávicím ústrojí se vyskytují 2 hlavní typy pohybů. Místní pohyby jsou zodpovědné za míchání tráveniny (pohyby segmentační). Promíchávají obsah s trávicími enzymy. Celkové pohyby (peristaltické) posunují tráveninu směrem ke konečníku rychlostí přiměřenou potřebám vstřebávání a trávení.

Tenké a tlusté střevo vyživují mezenterické arterie. Arterie se větví po příchodu k orgánům na menší a tenčí větve, které vytvářejí oblouky a vzájemně se propojují. Arterioly, které z nich vycházejí, pronikají do stěny střeva a podle svalových snopců se šíří do klků a do submukózy (tj. 1. kapilární systém), kde přispívají k sekrečním a resorpčním funkcím GIT. Žilní krev, kterou odvádí splachnický systém, vstupuje do portální vény (vena portae) a dále odtéká do jater. V jaterních sinusoidách (tj. 2. kapilární systém) je retikuloendotelovými buňkami (fixní makrofágy – Kupfferovy buňky) zbavována bakterií a jiných cizorodých materiálů, které došly až sem. Zde se také resorbují téměř všechny ve vodě rozpustné živiny do retikuloendotelových buněk a do hepatocytů. Krev se dále sbírá do jaterní žíly (vena hepatica) a odtud dále do dolní duté žíly (vena cava inferior).

Jelikož na sebe činnost jednotlivých částí trávicího traktu musí navazovat, má GIT zajištěn jednotné řízení motility a sekrece. Uplatňují se zde dva systémy, a to nervový a humorální.

Trávicí ústrojí má svůj vlastní nervový systém. Ten začíná ve stěně jícnu a pokračuje tudy až k řitnímu otvoru (anu). Střevní (enterický) nervový systém má ve stěně trávicího traktu zabudované 2 nervové pleteně – ve svalovině je to plexus myentericus Auerbachi a pod sliznicí plexus submucosus Meissneri. Myenterická pleteň řídí převážně motilitu a podslizniční pleteň sekreci a lokální prokrvení, které je důležité pro vstřebávání živin. Tento systém je schopen samostatně pracovat, ale obě jeho složky jsou napojeny ještě na vegetativní nervový systém, který může dále stimulovat nebo inhibovat takto řízené gastrointestinální funkce a koordinovat je s potřebami organismu. [15]

Na trávicí trakt mají vliv také hormony a to buď přímo nebo často i nepřímo. Přímý vliv má např. parathormon, kalcitonin a vit. D na vstřebávání kalcia a progesteron, který tlumí střevní motilitu. Nepřímý vliv mají např. hormony vazopresin a katecholaminy, které mají vasokonstrikční efekt nebo naopak cholecystokinin, který působí vasodilatačně. Dále zde působí hormony peptidické povahy, které se tvoří ve stěně GIT a jsou označovány jako (lokální) tkáňové hormony. Ty mají většinou parakrinní (ovlivňují své okolí) nebo apokrinní (ovlivňují samy sebe) účinky. Ovlivňují sekreci a motilitu GIT. Některé

hormony (gastrin, cholecystokinin a sekretin) mají i endokrinní účinky – jsou vylučovány do krve a působí tak na větší vzdálenost. [15, 9]

2.1.1. Tenké střevo

Nejdelším úsekem trávicí trubice je tenké střevo (intestinum tenue), které spojuje žaludek s tlustým střevem. Tady probíhá nejdůležitější proces trávení a vstřebávání jednoduchých složek rozštěpené potravy. Délka tenkého střeva se pohybuje v rozmezí 3 – 5 metrů. Tenké střevo rozdělujeme na 3 části: duodenum, jejunum a ileum.

Duodenum, nebo-li dvanáctník, navazuje na žaludek a je nejkratší částí tenkého střeva. Dosahuje délky asi 20 – 28 cm a má podkovovitý tvar. V ohybu se nachází hlava pankreatu. Duodenum je přirostlé k zadní stěně břišní a jeho větší část je uložena za nástěnným peritoneem. Sliznice tvoří kruhovitě řasy, jen v horní části je sliznice hladká. Obsahuje 2 druhy žlázek: glandulae intestinales (produkce isotonické tekutiny, do níž se uvolňují enzymy) a glandulae duodenales (produkce alkalického sekretu, jenž neutralizuje kyselinu solnou nacházející se v žaludeční šťávě). V sestupné části se nachází papilla duodeni major (vývod pankreatu a žlučových cest) a papilla duodeni minor (další vývod pankreatu).

Jejunum (lačník) a ileum (kyčelník) jsou další dvě části navazující na duodenum. Tyto části jsou volně pohyblivé a jsou složeny v četné kličky, jenž vyplňují velkou část dutiny břišní v oblasti pod játry, žaludkem a příčným tračníkem tlustého střeva. Shora naléhají až na pánevní orgány kryté peritoneem. Jejunum a ileum jsou připojeny k zadní stěně břišní peritoneálním závěsem. Ze serózního povlaku střeva vybíhá ještě jeden závěs jejunu a ilea, mesenterium. Ten spojuje kličky jako souvislý vějířovitý dvojlist peritonea k zadní stěně pobřišnicové dutiny. Jejunum tvoří zhruba 2/5 a ileum asi 3/5 délky střeva. Přechod mezi jejunem a ileem je nezřetelný. Ileum je napojeno na tlusté střevo ileocekálním ústím, které od sebe jednotlivé části rozděluje chlopní. Ta zabraňuje návratu střevního obsahu zpět do tenkého střeva. [3, 13]

V tenkém střevě dochází ke konečnému zpracování potravy. Živiny se zde rozkládají na nejjednodušší složky (proces trávení), které jsou pak transportovány do krve nebo mizních cév (proces vstřebávání).

Ke své funkci je tenké střevo dobře přizpůsobeno. Je dlouhé 3 – 5 metrů a jeho vnitřní plocha je přibližně 250 m². Sliznice tvoří výběžky neboli klky a je kryta enterocyty. Ty mají na povrchu kartáčový lem tvořený mikrokly (výběžky buněk), který dále zvětšuje povrch střeva potřebný pro vstřebávání. Klk je výchlípkem sliznice, do které vstupuje arteriola (ta se uvnitř větví do kapilár) a vystupuje z ní žíla. Krevní cévy jsou doprovázeny cévami lymfatickými. Cévy umožňují snadné odvádění vstřebaných živin do krve (látky rozpustné ve vodě) a do lymfy (látky rozpustné v tucích).

V epiteliálních buňkách Lieberkühnových krypt se tvoří tekutina s mírně alkalickým pH (7,8 – 8,0), která se rychle resorbuje v klcích a tvoří rozpouštědlo pro vstřebané živiny. Pokud je reabsorpce porušena, ztrácí se velké množství tekutiny a iontů průjmovitou stolicí. Průjem může vést až k život ohrožujícímu stavu.

Brunnerovy žlázy (nejvíce je jich v duodenu) secernují hlen, který má za úkol chránit sliznici. Ve střevě se také produkují další trávicí enzymy, které jsou uvolňovány natrávením deskvamovaných buněk tenkého střeva (disacharázy, peptidázy a střevní lipáza).

Motilita tenkého střeva je korigována nervově a humorálně. Nervová regulace je řízena sympatikem (zpomalení) a parasympatikem (zrychlení) a reflexy: intestino - intestinální (roztažení jedné části zajistí relaxaci zbytku střeva), ileo - gastrický (snížení motility žaludku při rozpětí ilea) a gastro - ileální (zvýšení motility ilea při zvýšení motility žaludku). Z hormonů motilitu zvyšuje substance P, bombezin a neurotensin a snižuje ji somatostatin a GIP.

Významnou částí tenkého střeva je dvanáctník (duodenum), které řídí sekreci a vyprazdňování žaludku (nervově enterogastrickým a duodenokolickým reflexem a humorálně GIP, sekretinem, CKK a somatostatinem. V duodenu ústí vývody pankreatu a žlučníku na tzv. vaterskou papilu. Působí zde tedy trávicí enzymy pankreatické šťávy a žluč. Ve dvanáctníku se vstřebávají vitaminy B₁, B₂, a C.

Odsud trávenina přechází do lačnicku (jejuna) a kyčelníku (ilea). Zde se tvoří střevní šťáva tenkého střeva a ta rozkládá natrávené živiny na jednoduché sloučeniny, a hlavně se tu živiny vstřebávají. [15]

2.1.2. Tlusté střevo

Tlusté střevo má větší průsvit a tmavší barvu než střevo tenké. Měří přibližně 1,2 – 1,5 metru. Na jeho povrchu se podélně rýsují tři světlé pruhy (teanie coli), které jsou způsobeny ztluštěním podélné svaloviny střeva. Tyto tři pruhy se spojují v apendix. Tenie střevo tahem svaloviny zkracují tak, že na něm tvoří tzv. haustra coli. Tah se neustále mění a vzniká tak specifický pohyb tlustého střeva – haustrace). Tlusté střevo se dále liší tím, že v něm sliznice netvoří klky, ale poloměsíčité řasy (plicae semilunares), které jsou opět způsobeny vlivem teníí a také kontrahovanou cirkulární svalovinou.

Slepé střevo (caecum) je první částí tlustého střeva, měří asi 10 cm a ústí do něj ileum. Jeho součástí je červovitý přívěsek (apendix vermiformis), dlouhý přibližně 5-10 cm. Ten obsahuje lymfatickou tkáň, kde může vzniknout zánět (apendicitis).

Další významnou částí tlustého střeva je vzestupný tračník (colon ascendens). Navazuje na slepé střevo a jeho délka 16 – 20 cm stoupá vzhůru až do oblasti jater. Je zachycen na zadní stěnu břišní. Pod játry přechází svým ohbím (flexura coli dextra) v příčný tračník.

Příčný tračník (colon transversum) měří okolo 50 cm a prochází napříč dutinou břišní na levou stranu. Je zavěšen na peritoneálním závěsu, který mu umožňuje pohyblivost. Na jeho konci se nachází další ohyb (flexura coli sinistra) a za ním následuje další část střeva – sestupný tračník.

Sestupný tračník (colon descendens) dosahuje délky 20 – 30 cm a je opět přirostlý na zadní stěnu břišní. V oblasti levé jámy kyčelní přechází v esovitou kličku.

Esovitá klička (colon sigmoideum) je tvaru písmene S. Je přidržována volným peritoneálním závěsem a obtáčí se okolo musculus psoas major, levý močovod a vasa iliaca sinistra do pánve. Dále navazuje konečník.

Konečník (rectum) je poslední částí tlustého střeva, která vyúsťuje ven řitním otvorem (anus). Obsahuje 2 svěrače (musculus sphincter ani internus et externus), kde vnější svěrač je ovladatelný naší vůlí. [3, 13]

Do tlustého střeva (kolon) přichází trávenina 4 cm dlouhým ileocékálním svěračem, jenž brání rychlému vyprazdňování tenkého střeva a současně návratu tráveniny.

Hlavním úkolem tlustého střeva je vstřebávání iontů a vody, skladování zbytku tráveniny, tvorba a vylučování formované stolice (defekace). Také se zde činností bakterií produkuje vitamin K.

V tlustém střevě se netvoří trávicí šťáva. Produkuje se zde množství vazkého hlenu, který chrání stěnu tlustého střeva před poškozením a pomáhá vytvořit formovanou stolicí. Pohyby tlustého střeva se stejně, jako v celém trávicím systému dělí na místní (mísíci) a celkové (peristaltické). Řízení motility je reflexní, ale je řízena i parasympatikem (zrychluje střevní pohyby).

Kolon je osídleno různými bakteriemi, které dokážou štěpit část rostlinné vlákniny. Jejich činností navíc vznikají vitaminy, především vit. K, ale také thiamin (B₁) a riboflavin (B₂). Také se zde tvoří střevní plyny složené z CO₂, vodíku, sirovodíku a metanu.

Postupem tlustým střevem se postupně trávenina zahušťuje resorpcí iontů a vody, formuje se ve stolicí a pak prochází do rekta. Při tlaku 2,5 – 5,5 kPa je vyvolán pocit nucení na stolicí a při tlaku 5,5 – 6,5 kPa (50 torrů) vznikne defekační reflex. V rektu jsou 2 svěrače (sfinktery). Vnitřní svěrač je z hladké svaloviny a je tedy vůlí neovlivnitelný, zatímco zevní svěrač je z příčně pruhované svaloviny, je tedy ovladatelný vůlí. Během defekačního reflexu svěrače ochabují. Zapojují se břišní svaly a bránice. Denně se vyloučí 100 – 300g formované stolice podle charakteru stravy. [15]

2.2. Charakteristika Crohnovy choroby

2.2.1. Patologie Crohnovy choroby

Crohnova choroba je idiopatické chronické zánětlivé střevní onemocnění neznámé příčiny. Může se vyskytovat v celé zažívací trubici od dutiny ústní až po anus jako segmentální postižení. Nejčastěji je ale postiženo terminální ileum a tlusté střevo. V místě zánětu se většinou ve střevní stěně vyskytuje granulomatózní zánět.

Crohnova choroba se může vyskytovat v jakémkoliv věku. Nejčastější je však u lidí ve druhé a třetí dekádě. Onemocnění je často doprovázeno komplikacemi, jako jsou záněty oka, kloubů, intrahepatická pericholangitida a sklerotizující cholangitida atd. Na onemocnění se tedy pohlíží jako na systémové zánětlivé onemocnění s převážným postižením gastrointestinálního traktu.

Střevní stěna je u vyvinutého onemocnění výrazně ztlustělá, sliznice je makroskopicky hrbolatá, jako by byla vydlážděna kamennými kostkami (tzv. kočičí hlavy). Ztlustění je způsobeno fibrotizací. Přejít mezi postiženou a nepostiženou částí střeva je ostrý. Na sliznici jsou značné ulcerace a nacházejí se zde hluboké fisury a píštěle. V okolí se může vyskytovat i několik zánětlivě pozměněných ložisek, jež jsou od sebe oddělena zdravou střevní sliznicí. Ve tkáni nacházíme granulomy tvořené epiteloidními buňkami a ojedinělými velkými mnohояadernými buňkami. Tuková tkáň má na seróze tendenci obalovat povrch střeva. Dochází tak k přilnutí na peritoneum. Na rozdíl od ulcerózní kolitidy postihuje Crohnova choroba všechny vrstvy stěny střeva. Lumen střeva tedy bývá zúžené. [11]

2.2.2. Klinický obraz Crohnovy choroby

Příčina Crohnovy choroby není zcela zřejmá. Na vzniku onemocnění se může podílet autoimunitní reakce organismu, infekční agens nebo genetická zátěž.

Nejčastějším umístěním je terminální ileum. Komplikace se často musí řešit i chirurgickým zákrokem. Ani chirurgická léčba však není pro pacienta vyléčením, má význam jen dočasný, pouze při řešení komplikací.

Zánětlivá tkáň se hojí jizvou, a to způsobuje srůsty a tedy zúžení lumina střev. V těchto zhojených místech je ztížená střevní průchodnost. Pokud je stenóza rozsáhlá, může se projevit poruchou pasáže (ileus) a ta se řeší chirurgicky - většinou resekci střeva nebo plastikou bez stomie. Typický je vznik píštělí (fistule) a abscesů mezi střevem a okolními orgány (vesica urinaria, vagina, perirektální kůže). Pro Crohnovu chorobu je charakteristické střídání období remise onemocnění a akutních atak s průjmovitými stolicemi, bolestmi břicha,

subfebriliemi, zvracením a úbytkem na váze díky poruchám vstřebávání živin. Postižený je anemický a má související příznaky: únavu, nevykonnost, slabost, ztrácí chuť k jídlu. Patologicky se může ve stolici vyskytovat množství nestrávených tuků (steatorea) nebo čerstvá krev či hlen. Diagnóza lze snadno potvrdit vyšetřením střeva pomocí kontrastní rentgenové metody (enteroklýza), enteroskopií a kolonoskopií, při níž lze odebrat i bioptické vzorky postižené tkáně. Znamky zánětlivého procesu se zjišťují i laboratorně: zvýšená krevní sedimentace, zvýšené hodnoty C - reaktivního proteinu, leukocytóza a anemie v krevním obrazu, známky poruchy resorpce živin, vitaminů a stopových prvků v biochemickém vyšetření krve.

U nemocných se mohou vyskytnout také mimostřevní projevy onemocnění (artritida, iridocyklitida, erythema nodosum, afty, cholangitida, Bechtěrevova choroba, cholelitiáza, hepatitida atd.). [18]

2.2.3. Léčba Crohnovy choroby

Léčba je nekonečný proces. Střevní zánět je buďto v akutní nebo v bezpříznakové fázi. Nemoc je v podstatě nevléčitelná. Možností léčby však přibývá a na každého pacienta může zabírat jiný typ léčby.

Léčba se dělí na chirurgickou a nechirurgickou (konzervativní). Ta se skládá z podávání léků, správné výživy, ale i endoskopických zákroků.

Do terapeutických doporučení patří šetřící hodnotná strava, nejlépe bezsezbytková, aby se zabránilo rozvoji ileózních komplikací.

2.2.3.1. Farmakologická léčba

Farmakologická léčba zahrnuje:

- *aminosalicyláty* (sulfasalazin, mesalazin), které působí protizánětlivě; ve formě tablet, čípků, klyzmat nebo pěny

- *hormonální léčbu:*
 - kortikosteroidy (prednison, medrol) – mají protizánětlivý účinek, ale časté vedlejší účinky (závislost, narušení metabolismu cukrů, kostní tkáň, zvýšení TK, kosmetické problémy aj.)
 - topické steroidy (budesonid) – působí protizánětlivě, vstřebává se krví a metabolizuje v játrech; nenarušuje metabolismus
- *imunosupresiva* (azathioprin, 6-merkaptopurin, metotrexát) – snižují bouřlivou odpověď imunitních orgánů na antigenní stimulaci, nahrazují především léčbu kortikoidy; až na metotrexát (teratogen) jsou léky neškodné, mají jen málo vedlejších účinků; berou se dlouhodobě, někdy se ani nevysazují
- *biologickou léčbu* (infiximab, adalimumab) – léky na přírodní bázi – očkovací látky, přípravky vyráběné z lidské krve apod.; pro pacienty, u kterých selhaly ostatní typy léčby; tato léčba je velice účinná a neškodná, ale bohužel hodně nákladná [18, 1]

2.2.3.2. Podpůrná a doplňková léčba

Tato léčba doplňuje ostatní typy léčby. Napomáhá organismu, který je oslabený věčnými potížemi. Dodává chybějící vitaminy a ionty, upravuje výživu, snižuje vedlejší účinky protizánětlivé terapie, především kortikoidů.

Mezi druhy podpůrné léčby patří enterální a parenterální výživa, substituční léčba, protibakteriální léčba a bakteriální léčba.

Enterální a parenterální výživa nahrazuje nebo doplňuje běžnou potravu u pacientů, u kterých probíhá akutní fáze zánětu při Crohnově chorobě. Výživa nezatěžuje trávicí ústrojí a obsahuje vyvážené množství tuků, cukrů, bílkovin, vitaminů a minerálů i energetického příjmu. Parenterální výživa je krátkodobým řešením pro pacienty, kteří jsou v natolik vážném stavu, že by jejich trávicí ústrojí nezvládlo zpracovat ani enterální výživu.

Substituční léčba je nezbytná u pacientů, kteří se léčí kortikoidy. Zahrnuje kalcium, kalium a magnezium ve formě tablet nebo šumivých tablet. Někdy je třeba doplňovat také železo a vitamin B12.

Protibakteriální léčba zahrnuje antibiotika. Užívají se dlouhodoběji, obvykle 6 – 12 týdnů. Mají význam v léčbě píštělí a akutního zánětu.

Bakteriální léčba neboli probiotika jsou mikroorganismy, které člověku prospívají. Zrychlují ústup klinických obtíží a oddalují jejich návrat. Podávají se formou tablet. [1]

2.2.3.3. Chirurgická léčba

Chirurgická léčba se využívá při výskytu závažných komplikací onemocnění. Akutní operační výkony pro komplikace této nemoci jsou vzácné. Chirurgickou léčbu je nutno nejprve vždy dobře zvážit, jelikož operace neznamena vyléčení pacienta, ale jen dočasné odstranění potíží. Přesto nemocní podstoupí za život hned několik operací pro komplikace choroby. Správně načasované operace jsou většinou důležitou součástí léčby.

Způsoby operací u Crohnovy choroby se liší podle typu postižení střeva. Např. při segmentárním zánětu střeva se řeší problém resekci daného úseku střeva, zatímco při difúzním postižení tlustého střeva, a nebo při těžké proktitidě se přistupuje k proktokolektomii. Je možná také přímá ileorektální anastomóza.

Často se přistupuje k založení ileostomie, což vede většinou ke zlepšení stavu. Někdy však dojde také k remisi choroby. Ileostomie umožní také snížit dávky medikamentů včetně kortikoidů. K úplnému vyléčení choroby však nestačí.

Nutnost operačního zákroku z důvodu komplikací Crohnovy choroby je způsobena selháním nebo nedostatečností konzervativního způsobu léčby, píštělemi, abscesy nebo obstrukcí střeva. Zhruba 30% pacientů skončí s trvalou ileostomií. [16, 4]

3. KLINICKÁ SPECIÁLNÍ ČÁST

3.1. Základní údaje o nemocné

iniciály: N. M.

pohlaví: žena

věk: 23 let

3.1.1. Lékařská anamnéza:

Nynější onemocnění:

Pacientka přichází k plánovanému operačnímu výkonu s nálezem zánětlivého pseudotumoru terminálního ilea a enterální píštělí. Nedávno diagnostikována Crohnova choroba. Nyní udává bolesti břicha, nechutenství, váhový úbytek okolo 10 kg za posledních 6 měsíců (vysvětlovala si úbytek na váze stresem ve škole), průjemy netrpí. Před plánovaným výkonem byla hospitalizována na interní klinice v Praze pro nutriční podporu, kde opět nabrala 5 kg, a nyní je přeložena na chirurgické oddělení v Praze.

Osobní anamnéza:

Prodělala běžné dětské nemoci, již v dětství prodělala dvakrát operaci pro neprůchodnost střev. Crohnova choroba byla diagnostikována před půl rokem. Jinak nikdy vážněji nestonala, neprodělala doposud žádné operace.

Farmakologická anamnéza:

Mirelle (*antikoncepce*)

Rodinná anamnéza:

dvě sestry a jeden bratr zdraví, matka zdráva, otec: karc. plic, zemřel

Gynekologická anamnéza:

menstruace od 13 let, nepravidelný cyklus, nyní pacientka užívá orální antikoncepci

Sociální anamnéza:

pacientka je svobodná, má vystudovanou SŠ s maturitou, nyní je studentkou přírodovědecké fakulty v Českých Budějovicích, žije s matkou a třemi mladšími sourozenci v Písku

Pracovní anamnéza:

studentka, občasně brigády

Alergie:

neudává

Abusus:

nekuřačka, alkohol pouze příležitostně

Status praesens:

TK = 100/60 mm Hg, TF = 78', TT = 36,5°C, hmotnost = 53 kg, výška = 170 cm, BMI = 18

Pacientka je plně při vědomí, orientovaná časem, místem i osobou, spolupracuje, dýchání klidné, pokožka normální, bez ikteru a cyanózy, hydratace v normě.

Hlava:

palpačně nebolestivá, zornice izokorické, bulby ve středním postavení, pohyblivé, fotoreakce oboustranně +, skléry bílé, spojivky bledé. Oči, uši a nos bez sekrece.

Krk:

pohyblivý, náplň krčních žil normální, uzliny nezvětšené.

Hrudník:

dýchání sklípkové, čisté, bez vedlejších dechových fenoménů, hrudník souměrný, AS = 67/min., pravidelná, bez šelestů

Břicho:

palpačně mírně bolestivé v pravém podbřišku, měkké, prohmatné, játra a slezina nezvětšeny, peristaltika +, poklep bubínkový

DKK:

bez otoků, bez patologických změn

Per rektum:

mírně bolestivé, ampula prázdná

3.1.2. Souhrn provedených diagnostických vyšetření:

V časovém rozmezí jednoho měsíce před operací byla provedena tato diagnostická vyšetření:

- **koloskopie:** nález zánětlivého pseudotumoru terminálního ilea a enterální píštěl
- **moč + sediment:** vyšetření neodhalilo žádné patologické změny – moč bez známek zánětu a bez patologických příměsí, pH = 6,0; hustota moči 1015 kg·m⁻³
- **koagulace:** APTT = 36,0 s., INR = 1,0
- **krevní skupina:** 0 Rh⁺
- **KO:**

KO	Hodnoty při příjmu pacientky	Hodnoty před propuštěním pac.	Referenční hodnoty
Leukocyty	7,4	7,4	4,0 – 11,0 . 10 ⁹ /l
Erytrocyty	3,2*	3,1*	4,5 – 6,5 . 10 ¹² /l
Trombocyty	341	339	150 – 400 . 10 ⁹ /l
Hemoglobin	125*	123*	130 – 180g/l
Hematokrit	0,38	0,37	0,35 – 0,47
MCV – střední objem ery.	84	84	78 – 94 f/l
Střední koncentrace hemoglobinu	29,1	29,0	27 - 32

- biochemie:

Biochemie - sérum	Hodnoty při příjmu pacientky	Hodnoty před propuštěním pac.	Referenční hodnoty
Na	142	145	136 – 145 mmol/l
K	4,50	4,23	3,6 – 5 mmol/l
Cl	98	101	95 – 105 mmol/l
P	1,25	0,97	0,65 – 1,6 mmol/l
Urea	5,3	5,3	2,5 – 6,5 mmol/l
Kreatinin	72	73	55 – 150 µmol/l
Kys. močová	198	197	180 – 420 µmol/l
Bilirubin	5,5	5,2	2 – 17 µmol/l
ALT	0,32	0,32	0,16 – 0,80 µkat/l
AST	0,26	0,25	0,16 – 0,65 µkat/l
ALP	1,12	1,10	0,83 – 2,9 µkat/l
GMT	0,41	0,41	0,12 – 1,10 µkat/l
AMS	2,29	2,3	1,4 – 4,0 µkat/l
Cholesterol	6,8*	6,0*	< 5,0 mmol/l
Celková bílkovina	80,1	79,2	60 – 80 g/l
CRP	30,2*	23,3*	< 10
Albumin	38,8	37,0	36 – 47 g/l
Glykémie	5,2	5,1	3,6 – 5,8 mmol/l

3.1.2.1. Shrnutí výsledků vyšetření

Koloskopie prokázala známky chronického zánětu a nález enterální píštěle. Vyšetření moči a sedimentu bylo bez patologií. Koagulace v normě. Krevní odběry odhalily snížené erytrocyty a hemoglobin, což může být známkou sníženého vstřebávání železa v důsledku zánětlivých změn na střevní sliznici. Jedná se tedy o sideropenii – anemii způsobenou nedostatkem železa. Pacientka má mírně zvýšený cholesterol, který je však fyziologický při aplikaci parenterální

výživy. Před operací výsledky poukazovaly na zánětlivé změny v těle, po operaci hladina CRP již klesala.

Ostatní výsledky byly bez patologie. Hladina erytrocytů a hemoglobinu se po operaci ještě snížila díky krevním ztrátám při výkonu. Nyní, pokud se zánět nevrátí, by se výsledky měly zlepšovat.

3.1.3. Diagnostický závěr:

Pacientce byla diagnostikována Crohnova choroba se zánětlivým pseudotumorem a enterální píštělí. Byla indikována k chirurgickému řešení.

3.1.4. Předoperační péče:

Před přijetím pacientky na chirurgické oddělení k plánované operaci byla pacientka zhruba měsíc, v období prosince 2011, hospitalizována na interním oddělení gastroenterologie pro nutriční podporu v Praze. Zde jí byl zaveden centrální žilní katétr (CŽK) do v. subclavia a do něj byla aplikována parenterální výživa.

Dieta: p.o.: probioflora, Nutridrink

Medikace:

Milgamma 1 amp. i.m. 8hod. (*vitaminy*)

SMOFkabivene 1500ml - kape 24 hodin (*parenterální výživa*)

+ 1 amp. Addamel (*směs stopových prvků pro parenterální výživu*)

+ 1 amp. Vitalipid (*liposolubilní vitamíny pro parenterální výživu*)

+ 1 amp. Soluvit (*vitamíny*)

Plasmalyte 1000ml - 100ml/hod. jednorázově (*infundabilia*)

Ferrlecit 1 amp./100 ml FR - kape 1 hod. (*antianemika*)

Pacientce se zde podařilo opět přibrat 5 kg a o 8 dní později byla přijata do nemocnice k operačnímu výkonu.

3.1.5. Průběh hospitalizace:

Pacientka byla po hospitalizaci pro nutriční terapii na interním gastroenterologickém oddělení přijata 12. 12. 2011 na chirurgickém oddělení v nemocnici v Praze, kde jsem o ní pečovala. Paní N. M. byla v dobrém stavu. V den přijetí vážila 53 kg při výšce 170 cm, BMI tedy 18. Pacientce zůstal zavedený ČŽK (v den příjmu 7. den) z interního oddělení.

Po příjmu se paní N. M. začala vyprazdňovat (Fortrans) a byla jí nařízena dieta 0S (čajová) a od půlnoci dieta NPO (nic per os). Byla jí nasazena antikoagulační léčba: Fraxiparine 0,3 ml s.c. ve 20 hod.

Druhý den se pacientka začala připravovat na operaci. Stolice již byla vyprázdněna. Pacientka se osprchovala, byly jí provedeny nízké bandáže dolních končetin, oholila si třísla a pupek byl vyčištěn benzínem. Pacientka byla už od půlnoci lačná. Byl jí změřen TK = 90/60 mm Hg a P = 75'. Ještě před operací jí byla aplikována infuzní terapie: Plasmalyte 1000ml i.v. na 8 hodin. Okolo 12. hodiny byla převezena na operační sál.

3.1.5.1. Operační výkon:

Byla provedena revize celého tenkého střeva. Orální jejunum a ileum se prokázalo jako zdravé, zatímco terminální ileum bylo stenotické a vytvářelo ileoileální píštěl a na druhém místě adhezi k močovému měchýři. Píštěl byla uzavřena a vyjmuta. Byla provedena ileocekální resekce s anastomózou stranou do konce vzestupného tračníku. Byl uložen trubicový drén do malé pánve. Výkon proběhl bez komplikací, pacientka neutrpěla výrazné ztráty krve. Po operaci byla převezena na JIP.

3.1.5.2. Pooperační péče:

Z operačního sálu byla ve 14:30 hod. přeložena na JIP. Na sále byl zaveden během operace permanentní močový katétr (PMK), epidurální katétr, nasogastrická sonda (NGS) a jeden drén do dutiny břišní (spádová drenáž). Pacientka byla plně při vědomí, oběhově stabilní a stěžovala si na silné bolesti břicha a tak byl podán bolus do epidurálního katétru. Byl jí změřen TK = 108/63,

P = 90' a SpO₂ = 99%. Operační rána neprosakovala a odpad z drénu byl přiměřený. Dieta byla naordinována OS (čajová) – 2 hod. po operaci.

Pacientka měla stále naordinovanou parenterální výživu (Plasmaglu 1000ml na 8 hodin), dále ATB (Augmentin 1,2 g i.v. 16 a 24 hod.), antikoagulační léčbu (Fraxiparine 0,3 ml s.c. ve 20 hod.), do epidurálu byly kontinuálně podávány analgetika (Marcaine 0,5% 15 ml + Sufenta 6 ml/50 ml FR) a při bolestech měla ještě naordinována další analgetika na 16 a 24 hod. (Novalgin 1g/100 ml FR i.v.). Při nevolnostech dále antiemetika (Degan 1 amp. i.v. v 16 a 24 hod.)

První den po operaci (14.12.2011) byla pacientka nadále sledována na JIP. Pacientka se cítila dobře vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Bandáže dolních končetin byly ráno převázány. Na bolest jí byly stále epidurálním katétrem podávány léky proti bolesti (viz výše). Břišní drén odváděl přiměřenou stopu krve, břicho bylo klidné a obvaz suchý. Rána se hezky hojila a byl proveden převaz. Neustále byly monitorovány FF, kde TK se pohyboval okolo 100/60, P = 70' a TT = 36,5°C. Z NGS bylo přes den odvedeno 150 ml derivační tekutiny. Přes infuzní pumpu byla pacientce podávána parenterální výživa: Aminobazal vak 1550 ml na 16 hodin od 20 hod. Byla provedena kontrolní vyšetření krve – statim: KO, minerály, glykémie, alb. a CB. Také byla měřena bilance tekutin (+920 ml). Dieta a ostatní medikace se téměř nelišily od pooperačních. Pacientce byla dále léčena i antibiotickou léčbou.

Druhý den po operaci (15.12.2011) pacientka stále zůstává na JIP. Pacientka neměla žádné obtíže. Střevní pasáž byla již v činnosti. Operační rána se hezky hojila, neprosakovala, byl proveden převaz. Odpad z drénu byl přiměřený (200 ml/24 hod.), moč byla čirá. Pacientka byla afebrilní (TT = 36,7°C), nadále probíhala monitorace FF, kde TK = 100/60, P = 100' a SpO₂ = 99%. Bandáže dolních končetin byly ráno převázány. Byla již odstraněna NGS. I nadále byla měřena bilance tekutin (+950 ml). Antibiotická léčba již byla ukončena, jelikož pacientka se uzdravovala a byla po celou dobu afebrilní. Epidurální katétr byl ponechán a byly přes něj pacientce aplikovány totožné látky ve stejném množství. Bylo opět provedeno kontrolní vyšetření krve – statim: ionty a 2x glykémie. Dieta a medikace byla totožná, jako předchozí den (pouze ATB – ex.). Jelikož pacientka

neměla žádné potíže, byla v noci (ve 24 hodin) přeložena zpět na standardní oddělení a její rekonvalescence tedy dále probíhala tam.

Třetí den po operaci (16.12.2011) již byla tedy pacientka zpět na standardním chirurgickém oddělení. Pacientka neměla žádné obtíže, pouze mírné bolesti a stěžovala si vždy na nevolnosti spojené s aplikací parenterální výživy. Potíže však mohly být psychické. Rána se dobře hojila, byla bez známek zánětu. Byl proveden převaz rány, epidurálního katétru a CŽK. Bandáže byly pro klidový režim na lůžku nadále ponechány. Odpad z drénu byl minimální: 150 ml/24 hod., moč byla nadále čirá a v optimálním množství, fyziologické funkce odpovídají předchozímu dni, tedy: TK = 100/60, P = 100' a SpO₂ = 99%. Bilance tekutin již měřena není. Dieta stále zůstává 0S (čajová).

Medikace:

Epidurální katétr: Marcaine 0,5% 15 ml (*lokální anestetikum*) + Sufenta 6 ml (*analgetika*)/50 ml FR

Aminobazal central 1550 ml (*parenterální výživa*)

+ 1 amp. Celaskon i.v. (*vitamíny*) - na 16 hod. od 20 h.

Fraxiperine 0,3 ml s.c. ve 20 h. (*antikoagulancia*)

Novalgin 1 amp. /100 ml FR i.v. - 7 a 15 h. p.p. (*analgetika*)

Novalgin tbl. p.b. max. á 8 hod. (*analgetika*)

Další dny hospitalizace probíhaly i nadále bez komplikací. Pacientce byl 4. den po operaci odstraněn epidurální katétr a břišní drén byl zkrácen a nyní drénoval obsah tekutin z dutiny břišní pouze do obvazu. Rána byla klidná a bez známek zánětu, hezky se hojila. Byl proveden převaz. Pacientka pomalu začala vstávat z lůžka a postupně i chodit v doprovodu sestřičky či fyzioterapeuta a tak jí již byly konečně sundány i bandáže dolních končetin.

Pátý den po operaci (18.12.2011) byla operační rána klidná, hezky se hojila a tak byla převázána pouze sterilními čtverci a plošnou náplastí Omnifix. Tento den byla parenterální výživa podána naposledy (totožná jako předchozí dny) a byla pozměněna dieta z 0S (čajové) na 1A pooperační. Z drénu vyvedeného do obvazu vytékalo minimální množství sekretu.

Šestý den po operaci (19.12.2011) byla operační rána již celkem zhojená a tak se pouze potřela tekutým obvazem Jodcollodium a ponechala se bez dalšího

krytí. Pacientce byl odstraněn i břišní drén, který již neodváděl téměř žádný sekret. Dále byl vytažen i PMK. Dieta byla pozměněna na 1B pooperační a pacientce byl nařízen klidový pohybový režim. Pacientka sama chodila po oddělení a rehabilitovala. Pacientce byla odebrána parenterální výživa, jelikož už sama s jistým omezením jedla.

Sedmý den po operaci (20.12.2011) byla pacientce opět zkontrolována operační rána a znovu byl aplikován tekutý obvaz Jodcollodium. Pacientce byla přidělena dieta 2 (šetřící) a měla dále dodržovat šetřící pohybový režim. Byl vytažen CŽK a pacientka mohla být propuštěna v celkově dobrém stavu do domácího ošetřování.

Před propuštěním byla pacientka poučena o dodržování diety (šetřící) a pohybového režimu (klidový). Na kontrolu na chirurgickou ambulanci má přijít za týden k extrakci stehů, a pokud by se naskytly nějaké potíže, musí přijít ihned. Na kontrolu k praktickému lékaři se má dostavit do 3 dnů. Pacientka byla o všem poučena a následně propuštěna do domácí péče.

4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

4.1. Charakteristika ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces je logický a systematický přístup k poskytování ošetřovatelské péče. Je to soubor specifických ošetřovatelských zákroků v péči o zdraví nemocného. Zahrnuje použití vědeckých metod pro určení zdravotních potřeb pacienta a určení jejich priorit. Mezi tyto metody patří plánování způsobu uspokojování potřeb nemocného, realizace ošetřovatelského plánu, vyhodnocení výsledků a efektivity dané péče.

Ošetřovatelský proces je cyklický a jednotlivé části se tedy vzájemně prolínají a opakují. Je to průběh ošetřovatelské činnosti – způsob práce s nemocným, způsob přístupu k profesionální ošetřovatelské péči, která je uskutečňována v určitém logickém pořadí.

Ošetřovatelský proces se skládá z 5 fází:

1.) **Posuzování**, neboli zhodnocení nemocného.

Do této fáze patří sběr dat pro vyplnění anamnézy (rozhovor, pozorování, testování, měření).

2.) **Diagnostika**, neboli stanovení ošetřovatelských potřeb, problémů nebo diagnóz.

Sem patří ošetřovatelské problémy diagnostikované sestrou, problémy, které pociťuje nemocný, ale i dohoda s nemocným o jejich prioritách.

3.) **Plánování** ošetřovatelské péče

V této fázi stanovujeme krátkodobé a dlouhodobé cíle ošetřovatelské péče, návrhy vhodných opatření pro jejich dosažení a opět i dohoda s nemocným o pořadí jejich naléhavosti.

4.) **Realizace**, neboli aktivní individualizovaná péče.

Zde se uplatňují ošetřovatelské plány při dosahování naplánovaných cílů.

5.) **Vyhodnocení**, neboli zhodnocení efektu poskytnuté péče.

Obsahuje objektivní změření účinku péče, zhodnocení fyzického i psychického komfortu nemocného. [5, 10]

4.2. Charakteristika modelu Majory Gordonové

Model M. Gordonové je považován za nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie. Model splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta v jakémkoliv systému zdravotní péče.

Při kontaktu s daným pacientem sestra určuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví, kterých je celkem 12. Vzorce vystihují oblasti chování jedince v určitém čase a určují základní ošetrovatelské subjektivní i objektivní údaje.

Mezi 12 vzorců zdraví M. Gordonové patří: vnímání zdraví – udržování zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, citlivost (vnímání) a poznávání, sebepojetí a sebeúcta, role a vztahy, reprodukce a sexualita, zvládání a tolerance stresu a zátěžových situací, víra a životní hodnoty aj. [14]

4.3. Ošetrovatelská anamnéza podle Majory Gordonové ze dne 16.12.2011 (3. pooperační den)

Pro zpracování anamnézy a k provedení ošetrovatelského procesu jsem si vybrala 3. pooperační den. V tento den se totiž pacientka vrátila po operaci z JIP na standardní oddělení, kde jsem ji měla dále na starost.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví:

Subjektivně:

Pacientka nepovažuje svůj stav za příliš závažný, avšak není to poprvé, co se s podobným problémem léčí. Již dříve byla dvakrát operována kvůli střevní neprůchodnosti. Je si vědoma návratnosti onemocnění, ale je s tím smířena. Přesto by si přála, aby už na další takovou operaci nemusela, aby mohla v klidu dostudovat VŠ a poté pracovat.

Pacientka považuje za aktivity k udržení zdraví sport. Vždy aktivně sportovala a hodlá se sportu věnovat i po zotavení se po operaci. Má ráda cyklistiku, kanoistiku a lyžování. Udělá všechno pro to, aby se mohla ke sportu vrátit co nejdříve.

Objektivně:

Pacientka se jeví jako vyrovnaná.

Výživa a metabolismus:

Subjektivně:

Svůj zdravotní stav paní N. M. přičítala nejen svému onemocnění, ale spíše stresu, který prožívala ve škole. Nyní svou váhu vnímá jako nízkou, ale necítí se slabá ani podvyživená. Těší se, že až se zotaví, bude moci v rámci možností opět normálně jíst (bude dodržovat dietu kvůli Crohnově chorobě).

Objektivně:

Za poslední půl rok, kdy pacientce byla diagnostikována Crohnova choroba, pacientka trpěla nechutenstvím a občasnými bolestmi břicha. Ztratila na váze 10 kg. V den přijetí vážila 53 kg při výšce 170 cm, BMI tedy 18. Po nálezů zánětlivého pseudotumoru terminálního ilea a enterální píštěle, byla hospitalizována na interním oddělení pro nutriční podporu v Praze, kde jí byla podávána parenterální výživa a opět tak přibrala 5 kg.

Vizuálně se nejeví jako vyhublá, jelikož díky sportu má dostatek svalové hmoty.

Vylučování:

Subjektivně:

Pacientka neudává žádné potíže s močením ani před operací, ani nyní. Nemá pocit nadměrného pocení.

Objektivně:

Paní N. M. má prozatím zavedený permanentní močový katétr (dnes 3. den), který odvádí čistou moč světle žluté barvy v optimálním množství. Katétr byl ponechán z důvodu klidového pohybového režimu na lůžku.

Na stolici pacientka ode dne operace zatím nebyla. Před operací byla defekace v pořádku, pravidelná, obden. Nikdy netrpěla průjmy nebo zácpou.

Pocení je v normě.

Aktivita, cvičení:Subjektivně:

Paní N. M. pravidelně chodila do školy a před zhoršením stavu se aktivně věnovala sportu (uvedeno výše). Ráda svůj volný čas trávila s přáteli nebo se svým přítelem. Ráda také cestovala. Těší se, že po zotavení se ke svým koníčkům opět vrátí.

Nyní se v nemocnici zabaví především spánkem, denními návštěvami rodičů i přátel nebo čtením knih či posloucháním hudby.

Objektivně:

Nyní je u pacientky naordinován klidový pohybový režim na lůžku. Pacientka se pouze posazuje v lůžku. Je schopna se sama umýt, pokud jí personál poskytne umývadlo k lůžku.

Spánek a odpočinek:Subjektivně:

Paní N. M. přes den hodně spí, jelikož jí tak rychleji ubíhá pobyt zde v nemocnici a cítí se ve spánku dobře. V noci spí dobře, jen se častěji budí. Usíná okolo 21. hodiny a přes den spí celkem okolo pěti hodin. Bolesti se nebudí, terapie podávaná do epidurálního katétru jí vyhovuje, má pouze mírné bolesti, které se právě snaží zaspát.

Objektivně:

Pacientka spí dobře, nemá se spánkem problémy.

Vnímání, poznávání:Subjektivně:

Pacientka nemá pocit změněného vnímání a poznávání.

Objektivně:

Paní N. M. je plně při vědomí a orientovaná osobou, místem i časem. Dobře vidí i slyší a spolupracuje. Potíže s pamětí či poznáváním jsem u pacientky nepozorovala.

Sebepojetí, sebeúcta:Subjektivně:

Pacientka je se svým onemocněním smířena, přestože neví, co přesně ji ještě čeká a jestli se nebude průběh nemoci nadále zhoršovat. Počítá do budoucna i s dalšími případnými operacemi.

Chtěla by ale normálně dostudovat VŠ a nastoupit do práce. Ještě neví, co za práci bude dělat, ale těší se, až bude mít školu hotovou.

Její oporou, která ji udržuje stále v dobré a optimistické náladě, je rodina a také její přítel, se kterým je už od 18 let, tedy 5 let.

V posledních dnech byla paní N. M. velice závislá na zdravotnickém personálu. Tento stav však vnímá pouze jako přechodný po operačním výkonu a až se zotaví, bude opět plně soběstačná.

Plnění rolí, mezilidské vztahy:Objektivně:

Paní N. M. žije stále u svých rodičů (matky) spolu se svými 3 sourozenci v Písku v bytě 3 + 1. Je studentkou VŠ a nyní je pro ni nejdůležitější dokončit magisterské studium na přírodovědecké fakultě v Českých Budějovicích.

Sexualita a reprodukční schopnost:Objektivně:

Pacientka má od 18 let staršího přítele. Vzhledem k nedostatku soukromí s pacientkou na 4 - lůžkovém pokoji jsem se paní N. M. neptala přímo na sexuální život. Přítele však má a užívá orální antikoncepci, z čehož vyplývá, že je pravděpodobné, že provozují s partnerem i sex.

Paní N. M. zatím neplánuje děti, ale do budoucna by je s partnerem určitě chtěli a to minimálně 2, podle sociální situace.

Stres, zátěžové situace:Subjektivně:

Paní N. M. je silná mladá slečna. Momentálně se trochu obává, jak bude po dlouhé absenci ve škole studium zvládat. Jak již bylo uvedeno, pacientka měla

se stresem potíže již před diagnostikováním jejího onemocnění, jednalo se o stres ve škole.

Jinak je nyní ale paní N. M. vyrovnaná, s nemocí je smířená a zatím ji nijak výrazně neomezuje.

Její největší podporou je rodina a přítel, kteří jí udržují neustále v dobré náladě a nedovolí jí si žádné problémy připouštět.

Objektivně:

Pacientka vypadá vyrovnaně.

Víra, životní hodnoty:

Subjektivně:

Paní N. M. nevěří v boha. Věří však v anděla strážného, který nad ní vždy stojí.

Jako největší životní hodnotu považuje zdraví a pak své blízké, rodinu a přítele. Na penězích jí příliš nezáleží, jinak by prý šla studovat raději práva.

4.4. Stanovení ošetřovatelských diagnóz:

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny ke dni 16.12.2011 (3. pooperačnímu dni) podle výše uvedené ošetřovatelské anamnézy a podle zdravotního stavu a potřeb pacienta.

Aktuální diagnózy:

1. Bolest břicha z důvodu operačního výkonu
2. Deficit soběstačnosti v důsledku poruchy mobility a klidového pohybového režimu na lůžku po operačním zákroku

Potenciální diagnózy:

3. Riziko vzniku infekce z důvodu operační rány, břišního drénu, centrálního žilního katétru a epidurálního katétru
4. Riziko vzniku uroinfekce z důvodu zavedeného permanentního močového katétru

5. Riziko pádu v důsledku množství invazivních vstupů a snížené mobility po operaci
6. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu krátkodobého snížení mobility

4.5. Ošetřovatelský plán stanovený ke dni 16.12.2011

(3. pooperační den)

1. Bolest břicha z důvodu operačního výkonu:

Cíl ošetřovatelské péče:

- Intenzita bolesti se bude pohybovat na stupnici VAS do 2.
- Pacientka bude udávat zmírnění bolesti do 30 min. po podání analgetika.

Plán ošetřovatelské péče:

- Posuzovat intenzitu bolesti alespoň 3x denně a podle potřeby.
- Zjistit lokalitu a charakter bolesti.
- Podávat analgetika dle ordinace lékaře: Marcaine 0,5% 15 ml + Sufenta 6ml/50 ml FR do epidurálního katétru a podle potřeby Novalgin 1 amp. /100 ml FR i.v. 7 a 15 hod.
- Sledovat účinky podávaných analgetik.
- Provádět o bolesti zápis do dokumentace.
- Doporučit pacientce úlevovou polohu.
- Sledovat verbální i nonverbální projevy pacientky související s bolestí.

Realizace ošetřovatelské péče:

Pacientka je třetí den po operaci a pociťuje tedy zatím bolesti v oblasti operační rány. Na operačním sále jí byl zaveden epidurální katétr, kterým jsou kontinuálně podávány léky proti bolesti dle ordinace lékaře: Marcaine 0,5% 15 ml + Sufenta 6 ml/50 ml FR.

Pacientky jsem se v 7 hodin ráno zeptala, jak by svou bolest ohodnotila na škále od 0 do 10 a paní N. M. udávala stupeň číslo 4. Stěžovala si na tupou bolest v oblasti operační rány, která vyzařuje do celého břicha. Také prý má velké bolesti zad z dlouhého ležení bez hnutí. Proto jsem pacientce podala ještě lékařem

naordinovaná analgetika: Novalgin 1 amp. do 100 ml fyziologického roztoku i.v. a vše jsem řádně zapsala do dokumentace. Pacientce jsem doporučila úlevovou polohu v leže na boku a sdělila jí, že může polohu měnit sama.

Hodnocení:

Za 30 min. jsem šla infúzi odpojit a pacientka klidně spala v leže na boku, což mi potvrdilo, že medikace zabrala. Když se pacientka zhruba za dvě hodiny probudila, udávala bolest na škále od 0 do 10 stupeň číslo 1. Ani další hodiny se bolest významně neměnila. Pacientka nechtěla podat žádná další analgetika v 15 hod. dle ordinace lékaře. Udávala bolest na škále od 0 do 10 stupeň číslo 2 a cítila se v rámci možností dobře. Cíl jsem splnila.

2. Deficit soběstačnosti v důsledku poruchy mobility a klidového pohybového režimu na lůžku po operačním zákroku:

Cíl ošetřovatelské péče:

- Pacientka se bude cítit tělesně čistá.
- Pacientka bude mít vše potřebné v dosahu z lůžka.
- Bude se postupně zapojovat do aktivit, na které se fyzicky cítí.

Plán ošetřovatelské péče:

- Poskytnout paní N. M. hygienické pomůcky k lůžku a pomoci jí posadit se k umývadlu, aby se mohla sama umýt.
- Zajistit pacientce soukromí při hygieně.
- V rámci hygieny promazat pacientce bolavá záda kafrovou masťou.
- Pomoc při úpravě lůžka a jeho okolí.
- Zajistit, aby měla pacientka všechny potřebné věci v dosahu (především signalizační zařízení).

Realizace ošetřovatelské péče:

Vzhledem ke klidovému režimu na lůžku a všem výše uvedeným invazivním vstupům není vhodné provádět hygienickou péči v koupelně, a tak jsem ráno pacientce poskytla všechny potřebné pomůcky pro vykonání hygienické péče k lůžku. Zatáhla jsem závěs, aby měla pacientka alespoň minimální soukromí. Pomohla jsem jí svléknout noční košili a pak se pacientka sama umyla a provedla hygienu dutiny ústní. Poté jsem jí promazala bolavá záda kafrovou

mastí a opět pomohla noční košili obléci. Upravila jsem lůžko tak, aby se pacientka cítila pohodlně. Pomohla jsem paní N. M. opět si lehnout a připravila jsem jí všechny věci, co by mohla potřebovat tak, aby na ně dosáhla z lůžka a nemusela pro ně vstávat. K ruce jsem jí dala signalizační zařízení a dolila jsem paní N. M. čaj, aby mohla dodržovat pitný režim. Během dne jsem pravidelně za pacientkou docházela, dolívala jí čaj a ptala se jí, jestli něco nepotřebuje. Pokud pacientka spala, nebudila jsem ji a dopřála jí klid a pohodlí.

Hodnocení:

Pacientka se snažila co nejvíce zapojit do ranní hygieny. Během dne nic víc nepotřebovala ani po mém tázání a jevila známky spokojenosti. Cíl byl splněn.

3. Riziko vzniku infekce z důvodu operační rány, břišního drénu, centrálního žilního katétru a epidurálního katétru:

Cíl ošetrovatelské péče:

- Včasné rozpoznání známek infekce.
- Předcházet vzniku infekce.

Plán ošetrovatelské péče:

- Zajistit aseptický přístup při převazech výše uvedených katétrů a ran.
- Provádět pravidelně převazy operační rány a drénu min. 1x denně a dále dle potřeby.
- Před převazem provést toaletu rány (oplach vhodným roztokem).
- Zhodnotit operační ránu (lokalizaci, velikost, vzhled), její okolí a případně sekreci z rány.
- Pravidelně převazovat krytí Tegaderm na centrálním žilním katétru po 72 hodinách a dále dle potřeby.
- Pravidelně převazovat krytí Omnifix na epidurálním katétru po 24 hodinách a dále dle potřeby.
- Každý převaz zaznamenat do dokumentace.
- Poučit pacientku o nutnosti sterilního postupu při převazování rány.
- Zajistit intimitu při převazu.
- Asepticky připravovat infúze do CŽK a analgetické směsi do epidurálního katétru.

- Měnit infuzní sety po 24 hodinách.
- Zaznamenávat převazy do ošetrovatelské dokumentace.
- Sledovat lokální známky infekce – zarudnutí, bolest, zvýšená lokální teplota, otok.
- Sledovat celkové známky infekce – zvýšená tělesná teplota, zimnice, nadměrné pocení aj.

Realizace ošetrovatelské péče:

Ráno jsem pacientku informovala o nutnosti aseptického převazu operační rány, drénu a centrálního žilního a epidurálního katétru. Pacientka je zatím imobilní, takže veškerá péče o operační ránu zůstává na mně. Pacientku jsem však poučila, že až bude moci vstávat z lůžka, má si vždy před převazem ránu osprchovat.

Připravila jsem si veškeré potřebné pomůcky a pustila jsem se nejprve do převazu epidurálního katétru. Sejmula jsem krytí, odezinfikovala místo vstupu a jeho okolí pomocí peánu a sterilních tampónů dezinfekcí Betadine a opět jsem vstup překryla náplastí Omnifix. Nadepsala jsem náplast dnešním datem. Dále jsem převazovala centrální žilní katétr. Sejmula jsem krytí, odezinfikovala jsem okolí katétru obdobně jako u epidurálního katétru a přiložila nové sterilní krytí Tegaderm určené přímo na CŽK. Nadepsala jsem na fólii dnešní datum (16.12.11) a datum dalšího převazu(19.12.11). Dále jsem sejmula krytí operační rány. Rána byla zhruba 13 cm dlouhá, okolí klidné, bez známek zánětu. Provedla jsem oplach rány, osušila jsem místo sterilním čtvercem a poté otřela pomocí peánu a sterilních tampónů dezinfekcí Betadine. Přiložila jsem sterilní čtverce na ránu a přelepila textilní plošnou náplastí Omnifix. Nakonec jsem převazovala břišní drén. Sejmula jsem dosavadní krytí, provedla oplach roztokem aqua, osušila místo sterilním čtvercem a potřela dezinfekcí Betadine, jako minulé rány. Přiložila jsem nastřížený sterilní čtverec, který jsem překryla ještě celým sterilním čtvercem. Čtverce jsem opět ještě přelepila nastříženou náplastí Omnifix. Do převazové karty jsem zapsala ošetření operační rány a drénu a ošetření CŽK jsem zapsala do dokumentace o invazivních vstupech s dnešním datem.

Místa vpichů i rány byly klidné, bez známek infekce. Vše jsem řádně zapsala do dokumentace. Pacientka neměla rovněž příznaky celkové infekce. Vstupy jsem propláchla fyziologickým roztokem a vyzkoušela tak jejich průchodnost a funkčnost. Proplach fyziologickým roztokem šel volně a pacientka neudávala při jeho aplikaci bolest. Vyměnila jsem ráno při aplikaci nové infuze infuzní sety. Změřila jsem pacientce v 7 hodin ráno tělesnou teplotu a byla afebrilní, nejevila žádné známky infekce.

Hodnocení:

Během své péče o pacientku jsem udělala vše proto, abych zamezila vzniku infekce a zároveň včas odhalila první známky infekce. Rána, drén, centrální žilní katétr a epidurální katétr byly sterilně převázány a převazy řádně zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace. Pacientka zná důvod aseptického převazu a plně spolupracuje. Infekce u pacientky přítomna nebyla. Cíl byl splněn.

4. Riziko vzniku uroinfekce z důvodu zavedeného permanentního močového katétru:

Cíl ošetrovatelské péče:

- Včasné rozpoznání známek infekce močového ústrojí.
- Předcházet vzniku uroinfekce.

Plán ošetrovatelské péče:

- Dodržovat aseptický přístup při ošetřování močového katétru.
- Vyprazdňovat močový sáček po 6 hodinách a dále dle potřeby.
- Sledovat barvu a příměsi moči v močovém sáčku.
- Dbát u pacientky na řádnou hygienu genitálu, poučit pacientku o nutnosti hygieny genitálu při zavedeném močovém katétru.
- Zbytečně nerozpojovat katétr.
- Zajistit, aby měla pacientka dostatečný příjem tekutin.

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientka měla permanentní močový katétr zavedený již po operaci z JIP a na močovém sáčku bylo jako datum další výměny uvedeno 17.12., tudíž jsem dnes výměnu sáčku neprováděla. Pouze jsem se pacientky ráno při hygieně optala, zdali se v oblasti genitálu dobře omyla. Pacientce se dalo věřit, byla pečlivá. Dále

jsem po 6 hodinách chodila sáček vyprazdňovat a kontrolovala jsem tak i vzhled, zápach a příměsi moči. Moč byla čirá, světle žlutá a nijak výrazně nezapáchala. Její množství jsem vždy zapsala do dokumentace, jelikož pacientka měla naordinované měření bilance tekutin. Poučila jsem pacientku, že musí hlásit, kdyby pociťovala jakékoliv potíže v oblasti močových cest, jako jsou např. řezání a pálení. Také jsem paní N. M. edukovala, že musí dodržovat pitný režim a musí vypít alespoň 1,5 litru tekutin za den (zbytek hradí infuze naordinovaná lékařem). Pacientka si sama vždy řekla o dolítí čaje a příjem si hlídala sama.

Hodnocení:

Pacientka neudává žádné potíže ve spojitosti s permanentním močovým katétre. Hygienu genitálu provádí sama. Moč je čirá, světle žlutá, bez patologických močových příměsí a nezapáchá. Pacientka nejeví známky uroinfekce a dodržuje také pitný režim. O všem je řádně poučena. Cíl byl splněn.

5. Riziko pádu v důsledku množství invazivních vstupů, užívání opioidů a snížené mobility po operaci:

Cíl ošetřovatelské péče:

- Předejít vzniku pádu.
- Minimalizovat riziko pádu na minimum.

Plán ošetřovatelské péče:

- Pacientku poučit o riziku pádu, vysvětlit jí, že by neměla vstávat z lůžka.
- Zajistit, aby pacientka z lůžka dosáhla na všechny potřebné pomůcky, především na signalizační zařízení.
- Pomoci pacientce při vstávání z lůžka.
- Při posazování pacientky v lůžku dbát na to, jestli se jí netočí hlava.
- Zjistit riziko pádu pomocí hodnotící škály Morse.
- Při riziku pádu označit pacientce identifikační náramek a lůžko červeným puntíkem (důležité pro ostatní personál).

Realizace ošetřovatelské péče:

U pacientky bylo zjištěné riziko pádu pomocí skórovacího systému dle Conleyové, kde skóre bylo 7 bodů, což značí o středním riziku pádu. Pacientka měla identifikační náramek i lůžko již označené červeným puntíkem. Pacientku

jsem ale raději znovu poučila o riziku pádu spojeném s podáváním opiátů a pooperační slabosti. Pomohla jsem paní N. M. posadit se při hygieně a optala jsem se jí, zdali se jí netočí hlava. Poté jsem jí pomohla svléknout noční košili a nechala jsem jí chvíli samotnou. Po hygieně jsem jí opět pomohla s oblékání a uložila jsem jí zpět. Připravila jsem jí veškeré potřebné věci tak, aby na ně sama dosáhla a nemusela vstávat z lůžka. K ruce jsem jí dala signalizační zařízení.

Hodnocení:

Pacientka je poučena o riziku pádu a je si vědoma svých možností. Pacientka má všechno na dosah z lůžka včetně signalizačního zařízení. Z lůžka nevstává, a když něco potřebuje, používá signalizační zařízení. Stupnice Conleyové byla vyhodnocena a vyšlo z ní střední riziko pádu (7 b.).

6. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu krátkodobého snížení mobility a stavu po rozsáhlém operačním výkonu:

Cíl ošetřovatelské péče:

- Včasně odhalení známek tromboembolické nemoci.
- Bude znát prevenci TEN.

Plán ošetřovatelské péče:

- Provádět u pacientky preventivní bandáže po třísla DKK.
- Kontrolovat funkčnost bandáží.
- Poučit pacientku o preventivním cvičení proti tromboembolické nemoci.
- Poučit pacientku o nutnosti bandáží a preventivního cvičení na lůžku.
- Aplikovat pacientce antikoagulační léčbu dle ordinace lékaře: Fraxiparine 0,3 ml s.c. ve 20 hod.

Realizace ošetřovatelské péče:

Ráno jsem paní N. M. předělala bandáže DKK až do třísel a vložila za obvazy prst, abych zjistila jejich správnou funkčnost. Znovu jsem ji poučila o nutnosti bandáží a preventivního cvičení (podpora krevního návratu a prokrvení) do doby, než bude pacientka vstávat z lůžka a začne chodit. Nabídla jsem jí několik možných cviků – flexi a extenzi DKK v kolenu a kotníku. Bandáž jsem kontrolovala několikrát denně, a když byla shrnutá, znovu jsem ji předělala. Noční

služba pak pacientce aplikovala antikoagulační léčbu dle ordinace lékaře: Fraxiparine 0,3 ml. s.c. ve 20 hod.

Hodnocení:

Pacientka byla bez známek tromboembolické nemoci, znala preventivní opatření a aktivně cvičila v lůžku. Cíl byl splněn. [12, 2]

4.6. Dlouhodobá péče

V plánování dlouhodobé ošetrovatelské péče se budu zaměřovat na ošetrovatelské problémy od 4. pooperačního dne do dne ukončení hospitalizace.

Pacientka je po rozsáhlém operačním výkonu. Aktuálním problémem je především tlumení bolesti. Bolesti bude mít pacientka pravděpodobně ještě delší dobu, i když by postupně měly ustupovat. Je tedy potřeba z tohoto hlediska sledovat pacientku, posuzovat u pacientky intenzitu bolesti alespoň 3x denně a případně podávat analgetika dle ordinace lékaře. Je nutné sledovat účinky podaných analgetik a provádět zápis o bolesti do dokumentace.

Také je třeba u pacientky věnovat pozornost soběstačnosti. Paní N. M. bude postupně vstávat z lůžka a základní potřeby vykoná sama. Bude však potřebovat asistenci u hygieny a zpočátku i při přesunech.

V souvislosti s přesouváním se z lůžka a s chůzí musíme dát pozor, aby pacientka neupadla. Jelikož má stále zavedeno mnoho vstupů, hrozí u ní tedy riziko pádu. Pacientka je poučena a ví, že by z lůžka neměla vstávat sama, ale v doprovodu sestry nebo fyzioterapeuta.

Dále je třeba u pacientky pečovat o operační ránu, drén, CŽK a epidurální katétr, jelikož hrozí vznik infekce. Pacientka je poučena, že až bude moci do sprchy, má si vždy ránu osprchovat vlažnou vodou bez mýdla. Rána se po oplachu musí denně asepticky převazovat. Podle lékaře zvolíme vhodné krytí. Stejně tak budeme denně asepticky převazovat epidurální katétr, CŽK a drén. Po vytažení vstupů opět zvolíme vhodné sterilní krytí a poučíme pacientku, jak se o rány starat. Vždy po převazu musíme rány a okolí vstupů zhodnotit a vše řádně zapsat do dokumentace. Také je potřeba kontrolovat mimo lokální projevy infekce i ty

celkové. Proto je třeba 2x denně měřit tělesnou teplotu, zdali pacientka nemá horečku, sledovat, jestli není opocená nebo nemá zimnici.

Jelikož má pacientka stále zavedený i PMK, hrozí u ní také vznik uroinfekce. Musíme tedy dbát u pacientky na správnou hygienu genitálu, budeme kontrolovat množství, konzistenci, barvu, zápach a příměsi moči. Při ošetřování močového katétru musíme dodržovat aseptický přístup a neměli bychom katétr zbytečně rozpojovat. Močový sáček je nutné vypouštět nejdéle po 6 hodinách a nebo dle potřeby. Také je důležité neustále pacientce připomínat, aby dodržovala pitný režim.

Přestože pacientka bude už postupně vstávat z lůžka, stále u ní hrozí vznik TEN v důsledku stavu po rozsáhlém operačním výkonu. Proto je důležité stále podávat antikoagulační léčbu dle ordinace lékaře (Fraxiparine 0,3 ml s.c. ve 20 hod.). Od 4. dne by pacientka měla již pomalu vstávat z lůžka a tím pádem můžeme odstranit i bandáže DKK.

Pacientka je o všem poučena, ale přesto by se edukace měla před propuštěním do domácí péče zopakovat.

4.7. Psychologie nemocné

Nemoci postihují nejen tělo, ale i lidskou psychiku. Obzvláště pokud se jedná o nemoci s dlouhodobým charakterem.

Crohnova nemoc sebou navíc kromě komplikací choroby přináší i mnohá omezení, především ve stravovacích návycích a dietních omezeních.

Paní N. M. nemoc nijak zvlášť neprožívá a spíše na ni pohlíží s nadhledem. „Stejně s tím už teď nic neudělá“, jak říká. Největší strach však má, aby se nemoc neprojevila i u někoho z rodiny nebo třeba později i u jejích dětí. Průběhu nemoci a jejích následků je si vědoma ona i její přítel a oba se s tím prý smířili.

Tato operace nejspíš nebyla pacientky prvním zákrokem v souvislosti s Crohnovou chorobou. Již v dětství byla dvakrát operována pro neprůchodnost střev, avšak nemoc jí byla diagnostikována teprve před půl rokem. Nyní je však celkem zřejmé, že by to mohlo mít souvislost.

Pacientka se obává dalších operačních zákroků, které s onemocněním budou souviset. Ileózní stavy zažila již několikrát a nerada by, aby se opakovaly. Nicméně se svěřila, že je jí jasné, že nějaké zdravotní problémy v budoucnu určitě bude mít. Chce však udělat všechno proto, aby se tyto potíže co nejvíce oddálily, a bude tedy dbát na pravidelné kontroly a vyšetření.

Paní N. M. zná veškerá omezení v souvislosti s chorobou. Říká, že dietu bude i nadále řádně dodržovat, ač velmi nerada. Mezi její nejoblíbenější jídla totiž patří hlavně ovoce a zelenina, oříšky a celozrnné výrobky. Všechny tyto potraviny ale nyní musela velmi omezit.

V nemocnici momentálně pacientku nejvíce trápí dlouhé hodiny, které musí trávit napojená na parenterální výživu. Jedná se o 16 hodin. Paní N. M. výživu velmi špatně snáší. Během aplikace je jí vždy nevolno od žaludku a nebaví ji dlouhé ležení v lůžku. Těší se, že bude moct zase začít normálně jíst a vaků s výživou se zbaví.

Pacientka je jinak velmi komunikativní. Ráda se se svými názory a pocity svěří a chce si o nich povídat. Má zájem se dozvědět o nemoci co nejvíce, aby věděla, jak předcházet jejím komplikacím.

Také je na pacientce díky její otevřenosti a komunikativnosti velmi dobře poznat, jak se zrovna cítí. Když jí například kape vak AIO s výživou nebo když má bolesti, je zamlklá a odvrací pohled, když jí někdo klade otázky. Zkrátka je poznat, že jí opravdu není dobře.

S rodinou a přáteli má vztahy velmi dobré, často za ní chodí různé návštěvy, přestože pochází až z Českých Budějovic. Pravidelně za ní dochází rodina a její přítel, občas i její kamarádky. Po návštěvě je vždy povídavější a má lepší náladu.

Pacientka z nemocnice odcházela edukovaná chirurgem, fyzioterapeutem i nutriční terapeutkou. Dietní omezení znala již z dřívějších a nyní slibuje, že je bude i nadále dodržovat.

4.8. Edukace pacientky

Nedílnou součástí léčby je i řádné poučení pacienta o všech omezeních, které sebou přináší nemoc i pooperační stav.

Fyzioterapeut dochází v nemocnici za pacienty už druhý den po operaci a postupně s nimi procvičuje jednotlivé části těla. Druhý den se začíná nejdříve s dechovou rehabilitací a postupně se přidává cvičení horních a dolních končetin, otáčení se v lůžku, technika vstávání a nakonec i nácvik chůze. 3. den po zákroku měla pacientka zatím naordinovaný klid na lůžku. Fyzioterapeut s ní tedy procvičoval jen končetiny a hlavu. Po ukončení klidového pohybového režimu na lůžku se pacientka postupně učila z lůžka vstávat. Vstávala tedy přetočením se na bok s pokrčenýma nohama v koleni, sesunutím dolních končetin z lůžka, sedem pomocí horní končetiny a postupným pomalým postavením. Chůze i po delším ležení v lůžku pro mladou pacientku nebyl vůbec problém.

Pacientka také absolvovala rozhovor s lékařem (chirurgem), který jí popsal průběh operace a vysvětlil možná rizika dalších zákroků. Znovu jí podrobně popsal charakteristiku onemocnění a jeho komplikace. Pacientka už o nemoci věděla z dřívější doby, a proto pro ni informace nebyly nijak šokující.

Paní N. M. byla o dietních opatřeních poučena už dříve, takže neměla nyní problémy edukaci porozumět. Nutriční terapeutka poučila o dietě pacientku těsně před propuštěním a dala jí informace i písemně.

4.8.1. Dietní omezení po resekci střeva

Po resekci střeva je třeba zažívací trakt nějakou dobu velmi šetřit. Pro dietní opatření platí všeobecná pravidla:

- Je třeba oddělovat tekutou složku od pevné.
- Vyvarovat se mléčným výrobkům (možnost pooperační intolerance laktózy).
- Při steatoree (= nadměrné množství tuku ve stolici) je nutno kontrolovat vylučování oxalátů močí; při zvýšené hladině oxalátů v moči se doporučuje dieta omezující potraviny obsahující větší množství oxalátů a doplňovat vápník, který ve střevě s oxaláty tvoří komplexy.

- Při průjmech, které jsou vyvolány žlučovými solemi, je třeba podávat cholestyramin, který má schopnost vázat žlučové kyseliny.
- Při nízké hladině vit. B12 musí být tento vitamin substituován intramuskulární aplikací.
- Výživa by měla být chudá na tuk (< 25% energetického příjmu) a bohatá na sacharidy.
- Vyvarovat se potravinám s vysokým podílem nestravitelné vlákniny. [7]

4.8.2. Dietní omezení pro pacienty s Crohnovou chorobou

Dietní opatření jsou velmi důležitou součástí léčby idiopatických zánětlivých střevních onemocnění. Na léčbu dietou se klade stejný důraz jako na léčbu medikamentózní nebo chirurgickou. Složení vhodné diety je však u jednotlivých pacientů odlišné, v podstatě si každý nemocný musí jednotlivé potraviny vysledovat sám. Pro tyto choroby neexistují žádná přesná dietetická doporučení. Dietní opatření se navíc liší v době akutního vzplanutí (relaps) a ve fázi klidového stádia (remise).

Dieta v klidovém stádiu onemocnění:

Během tohoto období nejsou žádná významná dietetická opatření. Strava by měla být nedráždivá a kaloricky vydatná. Dieta by měla být lehce stravitelná.

Každý pacient si musí sám vysledovat, které potraviny jsou pro něj nevhodné. Často mezi ně ale patří: luštěniny, syrová zelenina, zeleninové a ovocné šťávy, citrusové ovoce, kyselé zelí, cibule, tučné a kyselé pokrmy, mléko (při laktóзовé intoleranci) a destiláty.

Naopak dobře snášené potraviny bývají: vařené maso, ryby, drůbež, brambory, rýže, těstoviny, snadno stravitelné vařené ovoce a zelenina.

Strava by neměla obsahovat tuhou nestravitelnou rostlinnou vlákninu. Pokrm by měl být připraven tak, aby byl měkký, lehce vstřebatelný a snadno stravitelný. Vhodné je vaření, dušení, pečení, příprava v alobalu či mikrovlnné troubě.

Důležité je také vyvážení všech živin, tedy sacharidů, bílkovin a tuků. Strava by měla být bohatá na vitamíny a minerály, případně pacient může užívat doplňky stravy v podobě různých preparátů (u pacientů po resekci v oblasti terminálního ilea substituce vitamínu B12).

Pacienti s tímto onemocněním potřebují větší příjem bílkovin, přibližně 1,2 g na 1 kg tělesné hmotnosti. Mezi potraviny s vysokým obsahem bílkovin patří zejména maso, ryby, vejce, mléko a mléčné výrobky. Dále je vhodný i zvýšený obsah železa, vápníku a vitaminů B a C.

Také je důležité dodržovat pitný režim, kdy je třeba vypít 2-2,5 litru tekutin denně. Příjem tekutin je dobré oddělovat od příjmu tuhé stravy.

Pokud pacient trpí malnutricí, je běžná strava doplňována také enterální výživou, buďto popíjením – sippingem, nasoenterální sondou nebo gastrostomií.

Dieta v akutním stádiu onemocnění:

Při akutním zánětu je nejdůležitější snížit zatížení střeva. Pacient nemůže tedy normálně přijímat potravu. Ta je nahrazena po několik týdnů speciální enterální nebo parenterální výživou, dokud příznaky neustoupí.

Důležitý je zvýšený příjem tekutin pro předejití dehydratace v souvislosti s průjemem. Nejvhodnějšími tekutinami jsou voda a slabý čaj.

Návrat k normální dietě musí být pozvolný. Nejprve se k enterální/parenterální výživě přidává i normální lehce stravitelná strava, jako je čaj a bílé pečivo. Postupně se pak přidává vařená zelenina, brambory, rýže, těstoviny, libové maso a nízkotučné sýry, drůbež a ryby. Pacientům je podávána bezsezbytková strava – tzn. bez nerozpustné vlákniny a hůře stravitelných jídel. Není třeba omezovat množství rozpustné vlákniny, vhodné je přidání probiotik. Nakonec se přechází opět k dřívější stravě. [19, 8, 6]

5. ZÁVĚR

Moje bakalářská práce popisuje případ nemocné s Crohnovou chorobou po resekci střeva v oblasti ileocekálního přechodu. V klinické části, jsem popisovala anatomii a fyziologii zažívacího ústrojí, především tenkého a tlustého střeva a jejich přechodu, kde je nejčastější výskyt Crohnovy choroby. Dále jsem se zabývala patologií, patofyziologií a klinickým obrazem Crohnovy choroby, jaké jsou možnosti léčby, komplikacemi a prognózou choroby.

V klinické speciální části popisují konkrétní případ pacientky, 23 - leté paní N. M. s Crohnovou chorobou, která byla indikována ke střevní resekci pro komplikace onemocnění. Zaměřila jsem se na předoperační péči, operační výkon a pooperační péči. Uvedla jsem také lékařskou anamnézu, provedená vyšetření a diagnostický závěr, který z nich vyplývá.

V ošetrovatelské části jsem využila modelu fungujícího zdraví Majory Gordonové a podle něj jsem sestavila ošetrovatelskou anamnézu. Z těchto údajů jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy, a u každé diagnózy dále ošetrovatelské cíle a intervence. Popsala jsem realizaci jednotlivých bodů a vše zhodnotila. Zabývala jsem se tedy ošetrovatelským procesem.

Také jsem se zabývala psychickým stavem nemocné a edukací pacientky, převážně v oblasti pro tuto nemoc velmi důležité – výživy.

Crohnova choroba je nevléčitelné onemocnění, avšak i přesto doufám, že jsem udělala vše pro to, aby se pacientka v mé péči cítila co nejlépe.

Seznam použitých zkratk:

AIO = All In One

aj. = a jiné

aj. = a jiné

alb. = albumin

ALP = alkalická fosfatáza

ALT = alaninaminotransferáza

amp. = ampule

AMS = alfa - amyláza

APTT = Aktivovaný parciální tromboplastinový test

AS = akce srdeční

AST = aspartátaminotransferáza

ATB = antibiotikum

atd. = a tak dále

BMI = Body Mass Index

CB = celková bílkovina

CCK = cholecystokinin

CO₂ = oxid uhličitý

CRP = C reaktivní protein

CŽK = centrální žilní katétr

DKK = dolní končetiny

FR = fyziologický roztok

GIP = gastrický inhibiční peptid

GIT = gastro - intestinální trakt

GMT = gama - glutamyltransferáza

hod. = hodina

i.m. = intramuskulární

i.v. = intravenózní

INR = International Normalization Ratio

JIP = jednotka intenzivní péče

KO = krevní obraz

kys. = kyselina

max. = maximální
MCV = střední objem erytrocytů
min. = minimálně
např. = například
NGS = nazogastrická sonda
NPO = nic per os
P = puls
p.b. = při bolestech
p.o. = per os
p.p. = podle potřeby
pH = PowerofHydrogen
PMK = permanentní močový katétr
Rh⁺ = Rhesusfactor - pozitivní
s.c. = subkutánní
SpO₂ = saturace kyslíku v krvi
SŠ = střední škola
tbl. = tableta
TEN = tromboembolická nemoc
TF = tepová frekvence
tj. = to jest
TK = tlak krve
TT = tělesná teplota
tzv. = tak zvaný
VAS = vertebrogenní algický syndrom
vit. = vitamin
VŠ = vysoká škola

Seznam příloh:

1. Ošetřovatelská anamnéza
2. Plán ošetřovatelské péče
3. Bartelové test základních všedních činností
4. Zhodnocení rizika pádu
5. Hodnocení rizika vzniku dekubitů, hodnocení nutričního stavu

Seznam použité literatury:

1. ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén, c2009, 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
2. ČERVINKOVÁ, Eliška a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Ošetrovatelské diagnózy: pomůcka k výuce ošetrovatelského procesu v rámci programu Leonardo*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000, [56] karet. ISBN 80-7013-303-1.
3. ČIHÁK, Radomír a Miloš GRIM. *Anatomie*. 2. upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2002, 470 s. ISBN 80-247-0143-x.
4. HOCH, Jiří. *Akutní chirurgie tlustého střeva*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1998, 184 s., 8 s. obr. příl.:. ISBN 80-85800-85-3.
5. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: ISV, 2000, 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
6. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
7. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s., [16] s. barev. obr.příl. ISBN 978-80-247-1830-9.
8. KOHOUT, Pavel. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha: Maxdorf, c2004, 174 s. ISBN 80-7345-023-2.
9. LANGMEIER, Miloš. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
10. *Lemon 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky*. [1. vyd.]. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
11. MAČÁK, Jiří a Jana MAČÁKOVÁ. *Patologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 347 s., [20] s. barev. obr.příl. ISBN 80-247-0785-3.
12. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

13. NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009, xi, 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.
14. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
15. ROKYTA, Richard. *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, ošetrovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. 2., přeprac. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2008, 426 s. ISBN 80-86642-47-X.
16. SCHEIN, Moshe a Paul N ROGERS. *Urgentní břišní chirurgie: Schein's commonsense emergency abdominal surgery*. 1. čes. vyd. Praha: Grada, 2011, xxi, 419 s. ISBN 978-80-247-2357-0.
17. WARD, Jeremy P a R LINDEN. *Základy fyziologie*. 1. české vyd. Praha: Galén, c2010, 164 s. ISBN 978-80-7262-667-0.
18. ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 200 s., xv, xii s. barev. obr.příl. ISBN 978-80-247-3256-5.

Internetové zdroje:

19. ZBOŘIL, Vladimír. *Nutriční postupy*. [on-line]. Brno: Masarykova univerzita, 2013. Dostupnost z <http://www.crohnovanemoc.cz/zakladni-lecebne-metody/nutricni-postupy/dieta.html>