



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Lucie Šubrtová

**Ošetrovatelská péče o pacienta
s Crohnovou chorobou**

Nursing care of a patient with Crohn's disease

Bakalářská práce

Praha, červen 2014

| | |
|-----------------------------------|---|
| Autor práce: | Lucie Šubrtová |
| Studijní program: | Ošetrovateľství |
| Bakalářský studijní obor: | Všeobecná sestra |
| | |
| Vedoucí práce: | Mgr. Renata Vytejčková |
| Pracoviště vedoucího práce: | 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Ústav ošetrovateľství |
| | |
| Odborný konzultant: | MUDr. Lukáš Havlůj |
| Pracoviště odborného konzultanta: | Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze a 3. LF UK, Praha, chirurgická klinika |

Datum a rok obhajoby: 26. června 2014

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 5. 5. 2014

Lucie Šubrtová

Poděkování

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala Mgr. Renatě Vytejkové a MUDr. Lukášovi Havlůjovi za jejich trpělivost, ochotu, cenné rady a odborné vedení mé práce.

Dále bych také chtěla poděkovat panu S. P., bez kterého by tato práce nikdy nevznikla.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| OBSAH | 5 |
| ÚVOD | 6 |
| 1. KLINICKÁ ČÁST | 7 |
| 1.1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE TRÁVICÍHO ÚSTROJÍ..... | 7 |
| 1.1.1. <i>Obecná stavba stěny trávicího ústrojí</i> | 7 |
| 1.1.2. <i>Krevní zásobení trávicího ústrojí</i> | 8 |
| 1.1.3. <i>Řízení činnosti trávicího ústrojí</i> | 9 |
| 1.1.4. <i>Dutina ústní, hltan, jícn, žaludek</i> | 9 |
| 1.1.5. <i>Tenké střevo (intestinum tenue)</i> | 10 |
| 1.1.6. <i>Thusté střevo (intestinum crassum)</i> | 12 |
| 1.2. CHARAKTERISTIKA CROHNOVY CHOROBY..... | 14 |
| 1.2.1. <i>Patologie Crohnovy choroby</i> | 14 |
| 1.2.2. <i>Klinické projevy Crohnovy choroby</i> | 15 |
| 1.2.3. <i>Diagnostika Crohnovy choroby</i> | 16 |
| 1.2.4. <i>Komplikace Crohnovy choroby</i> | 17 |
| 1.2.5. <i>Medikamentózní léčba Crohnovy choroby</i> | 18 |
| 1.2.6. <i>Chirurgická léčba Crohnovy choroby</i> | 20 |
| 1.2.7. <i>Prognóza Crohnovy choroby</i> | 23 |
| 1.2.8. <i>Incidence a prevalence Crohnovy choroby</i> | 23 |
| 2. SPECIÁLNÍ KLINICKÁ ČÁST | 24 |
| 2.1. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM..... | 24 |
| 2.1.1. <i>Lékařská anamnéza</i> | 24 |
| 2.1.2. <i>Souhrn provedených diagnostických vyšetření</i> | 26 |
| 2.1.3. <i>Průběh hospitalizace</i> | 32 |
| 2.1.4. <i>Pacientova prognóza</i> | 45 |
| 3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST | 46 |
| 3.1. CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU..... | 46 |
| 3.2. OŠETŘOVATELSKÝ MODEL MAJORY GORDONOVÉ..... | 47 |
| 3.3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA PODLE MAJORY GORDONOVÉ ZE DNE 14. 11. 2013 (2. POOPERAČNÍ DEN)..... | 48 |
| 3.4. KRÁTKODOBÝ PLÁN PÉČE..... | 52 |
| 3.5. KRÁTKODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN STANOVENÝ KE 2. POOPERAČNÍMU DNI (14. 11. 2013)..... | 53 |
| 3.6. DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE..... | 63 |
| 3.7. PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO..... | 67 |
| 3.8. EDUKACE PACIENTA..... | 68 |
| 3.8.1. <i>Dieta pro pacienty s Crohnovou chorobou ve stadiu relapsu</i> | 69 |
| 3.8.2. <i>Dieta pro pacienty s Crohnovou chorobou ve stadiu remise</i> | 70 |
| ZÁVĚR | 71 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK | 72 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 74 |
| SEZNAM POUŽITÝCH PŘÍLOH | 76 |

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila komplikovaný případ 20letého pacienta s Crohnovou chorobou, který byl přijat k ileocekální resekci na chirurgickou kliniku Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Toto téma jsem si vybrala především proto, že Crohnova choroba postihuje mladé lidi a nelze ji zcela vyléčit.

Cílem mojí bakalářské práce je se více dozvědět o diagnostice, terapii, léčbě, prognóze a nutných omezeních, především v oblasti stravování, které pacienta čekají. Ráda bych také poznala konkrétní ošetrovatelskou péči o takto nemocné pacienty.

V první části práce se zabývám anatomií a fyziologií trávicího ústrojí, především tenkého a tlustého střeva. Dále popisuji patologii a patofyziologii onemocnění, diagnostiku, komplikace, léčbu - jak medikamentózní, tak chirurgickou, prognózu a také incidenci a prevalenci Crohnovy choroby.

Ve speciální klinické části se věnuji samotnému pacientovi. Uvádím základní údaje o nemocném, popisuji diagnostická vyšetření, kterým se pacient podrobil před a v průběhu hospitalizace, popisuji operační zákrok a průběh hospitalizace.

Další část mojí bakalářské práce se týká ošetrovatelské péče o pacienta. Popisuji obecnou charakteristiku ošetrovatelského procesu. Pro vypracování ošetrovatelské anamnézy jsem si vybrala model podle Majory Gordonové. U pacienta jsem vypracovala krátkodobý plán ošetrovatelské péče ke 2. pooperačnímu dni na JIP. Stanovila jsem aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy společně s cíli, intervencemi, realizací a hodnocením cílů. Na krátkodobý plán navazuje dlouhodobý plán péče, psychologie nemocného a edukace především v oblasti stravování.

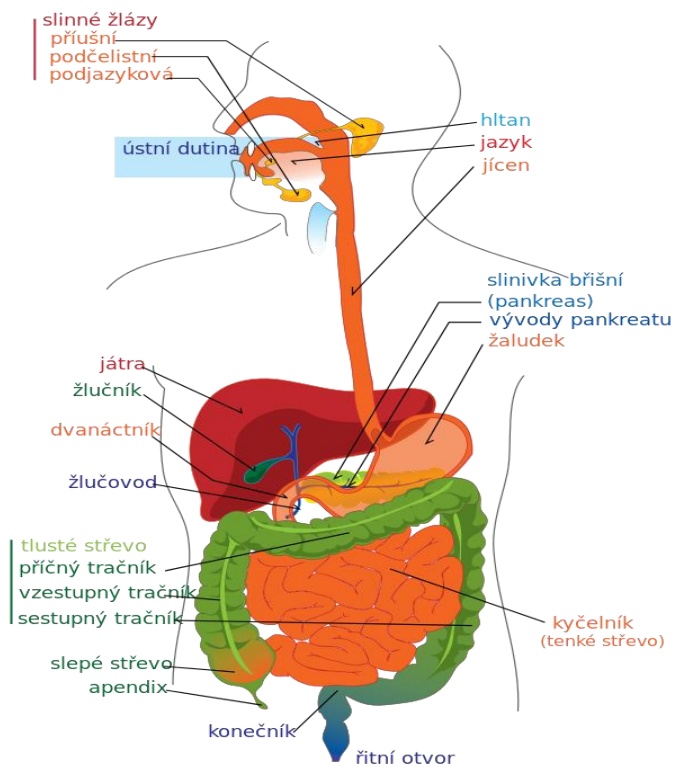
Součástí mé práce je seznam zkratk, příloh a použité literatury.

1. Klinická část

1.1. Anatomie a fyziologie trávicího ústrojí

„ Mezi hlavní funkce GIT (viz obrázek č. 1) patří trávení (mechanické a chemické zpracování potravy), vstřebávání (přestup látek stěnou GIT do krve nebo lymfy), přeměna či skladování živin (hlavně v játrech) a v poslední řadě také vylučování (odstraňování nestrávených zbytků potravy a zplodin metabolismu).“ (Rokyta, 2008, s. 129)

Obrázek č. 1- trávicí soustava člověka



Zdroj: http://cs.wikipedia.org/wiki/Tr%C3%A1vic%C3%AD_soustava

1.1.1. Obecná stavba stěny trávicího ústrojí

Stěna trávicí trubice je tvořena čtyřmi charakteristickými vrstvami, kterými v pořadí z vnitřku navenek jsou:

- Sliznice (tunica mucosa) vystýlá celou trávicí trubicí jako měkká, růžová až červená vrstva, zvlhčená sekretem ze žlázek. V některých oddílech GIT

je sliznice hladká, jindy je složená v řasy nebo vyběhá ve drobných výběžcích.

- Podslizniční vazivo (tunica submucosa) je řídké vazivo, připojující sliznici ke svalovině. Jsou tu uloženy pleteně cév a nervů, tzv. nervové plexy.
- Svalová vrstva (tunica muscularis) je uspořádána do dvou vrstev. Tou první je vrstva vnitřní kruhovitá (cirkulární), druhou vrstvou je vrstva zevní podélná (longitudinální). Na začátku a na konci trávicí trubice je svalovina příčně pruhovaná, ve střední části najdeme svalovinu hladkou. Oba typy svaloviny jsou místy zesíleny ve svěrače (sfinktery).
- Zevní povrchová vrstva. Mimo břišní dutinu kryje trávicí trubici vrstva tvořená řídkým kolagenním vazivem (tunica adventicia). Dutinu břišní vystýlá lesklá serózní blána, která přechází i na orgány, které jsou v ní uloženy (peritoneum).(2,3,4)

1.1.2. Krevní zásobení trávicího ústrojí

Součástí krevního systému zažívacího ústrojí je zásobení sleziny, ledvin a také pankreatu. Truncus coeliacus (zásobuje krví žaludek, duodenum, játra, slezinu a pankreas), arteria mesenterica superior a inferior (zásobují krví tenké a tlusté střevo), jsou tepny, které přivádějí krev do zažívacího ústrojí člověka. Arterie se po příchodu k orgánům dále větví. Poté z nich vycházejí arterioly, které pronikají až do submukózy, kde přispívají k sekrečním a resorbčním funkcím GIT. Toto propojení vytváří první kapilární systém. Žilní krev je odváděna splachnickým systémem do portální vény (vena portae) a odtud pokračuje do jater, kde je retikuloendotelovými buňkami zbavována až sem došlých bakterií a jiného cizorodého materiálu. Toto propojení se nazývá druhým kapilárním systémem. Oba dva kapilární systémy jsou seřazeny do tzv. portálního systému.(1)

1.1.3. Řízení činnosti trávicího ústrojí

Pro správnou činnost GIT musí být zajištěno jednotné řízení motility a sekrece pomocí nervového a humorálního řízení.

Nervové řízení začíná ve stěně jícnu a pokračuje až do řítního otvoru. Střevní (enterický) nervový systém má ve stěně GIT dvě nervové pleteně, a to ve svalovině, plexus myentericus Auerbachi (řídí hlavně motilitu GIT), a plexus submucosus Meissneri, pod sliznicí (řídí sekreci a lokální prokrvení). Celý tento systém je schopný samostatné činnosti, přičemž obě složky jsou napojeny na vegetativní nervový systém, který má za úkol stimulovat nebo oslabovat takto řízené gastrointestinální funkce a koordinovat je s potřebami organismu.

Humorální řízení je zajištěno několika hormony endokrinních žláz jako je např. glukagon, somatostatin, tyroxin. Ale jejich účinek je ve většině případů obecný. Cíleně na GIT působí pouze parathormon a kalcitriol (zvyšuje vstřebávání fosfátů a vápenatých iontů střevem). Lokální hormony GIT, kterými jsou např. gastrin, sekretin, bombezin, histamin, atd., ovlivňují motilitu a sekreci GIT. (1)

1.1.4. Dutina ústní, hltan, jícen, žaludek

Dutina ústní (cavum oris) má několik funkcí, které můžeme rozdělit na funkce s trávením související (přijetí potravy, příprava potravy pro další zpracování, zprostředkování počítku chuti, tvorba sousta, zprostředkování polykacího reflexu) a na ty, které s trávením nesouvisejí (nespecifická imunitní ochrana organismu, artikulace). (1)

Hltan (pharynx) je trubicovitý orgán, který je společný pro dýchací i trávicí systém.

Jícen (oesophagus) je trubicovitý orgán, délky okolo 25 cm, který spojuje hltan se žaludkem. Má pouze transportní funkci. V horní třetině jícnu je svalovina příčně pruhovaná, která přechází ve svalovinu hladkou v dolní třetině jícnu. Až po bránici je jícen zevně kryt adventicií, v krátké břišní části je pak kryt peritoneem.

Žaludek (ventriculus) je vakovitě rozšířená část trávicí trubice. Rozlišujeme na něm několik částí: kardií, fundus a vrátník, který navazuje na duodenum. Žaludek slouží především pro skladování potravy, její další zpracování, jak mechanické tak chemické, a v poslední řadě také zajišťuje postupný výdej do duodena. V žaludku má možnost se vstřebat pouze část vody, alkohol a některé léky. Pomocí žaludeční peristaltiky, která je řízena prostřednictvím lokálních hormonů dle charakteru potravy, dochází v žaludku k rozměňování a promíchávání obsahu žaludku. Vzniká trávenina neboli chymus. V žaludku se také tvoří žaludeční šťáva, které se denně vytvoří okolo 2 - 3 litrů. Hlavní součástí žaludeční šťávy je voda, ionty, HCl, pepsinogeny, mucin a vnitřní faktor, který je důležitý pro vstřebávání vitamínu B₁₂. Sekrece žaludeční šťávy je řízena třemi fázemi: cefalickou, gastrickou a intestinální. (1)

1.1.5. Tenké střevo (intestinum tenue)

Tenké střevo je nejdelší částí trávicí trubice, kde také probíhá největší část trávení potravy a vstřebávání živin z rozštěpené potravy. Spojuje žaludek s tlustým střevem. Jeho délka je velmi variabilní, v rozmezí okolo 3 - 5 metrů. Tenké střevo se rozděluje na tři hlavní oddíly: duodenum, jejunum a ileum.

Duodeum neboli dvanáctník je první a nejkratší úsek tenkého střeva, který v podobě podkovy obkružuje hlavu pankreatu a je přirostlý k zadní stěně břišní. Jeho délka je přibližně okolo 25 cm. Sliznice tenkého střeva je složena v kruhovitě řasy, které však chybí v horní části duodena, kde je sliznice hladká. Obsahuje žlázy dvojího druhu: glandulae intestinales (produkují isotonickou tekutinu, do které jsou následně z enterocytů uvolňovány enzymy) a glandulae duodenales (produkují alkalický sekret, jenž neutralizuje kyselinu solnou, která je obsažena v žaludeční šťávě). V sestupné části duodena se nachází papilla duodeni major, do které ústí žlučovod společně s hlavním vývodem pankreatu, a také papilla duodeni minor jako přídatný vývod z pankreatu.

Jejunum (lačník) a ileum (kyčelník) jsou nejdelší části tenkého střeva, které jsou volně pohyblivé a složeny v četné kličky. Vyplňují většinu prostoru břicha pod játry, žaludkem a příčným tračníkem tlustého střeva a zasahují shora až na peritoneem pokryté části pánevních orgánů, přičemž kličky jejunum jsou uloženy

spíše v levé horní části dutiny břišní, kličky ilea pak naopak v pravé dolní části.

Přechod mezi nimi není přesně ohraničený. Jejunum má oproti ileu o něco silnější stěnu, vyšší a bohatší slizniční řasy, výraznější cévní zásobení a také více lymfatické tkáň. Ileum se napojuje v pravé jámě kyčelní ileocekálním ústím do tlustého střeva, kde má vytvořenou chlopeň, jež směřuje střevní obsah do tlustého střeva. (2,3,4)

V tenkém střevě se odehrává konečné zpracování potravy, kdy se živiny rozkládají na nejjednodušší složky (proces trávení) a ty jsou pak dále transportovány do krve nebo do mízních cév (proces vstřebávání). Ke své funkci je tenké střevo velmi dobře přizpůsobeno: jeho délka je 4 - 7 metrů s vnitřní plochou o velikosti přibližně 250 m². Jeho sliznice je poskládána do řas a tvoří výběžky, tzv. klky, je pokryta enterocyty, které mají na povrchu kartáčový lem tvořený mikrokly, čímž se dále zvětšuje povrch střeva, který je velmi potřebný pro vstřebávání. Klk je výchlipka sliznice, do níž vstupuje arteriola, větvící se uvnitř do kapilár, a vystupuje z ní žíla. Obě tyto krevní cévy jsou doprovázeny cévou lymfatickou. Tato stavba umožňuje snadný odvod vstřebaných živin do krve (látky rozpustné ve vodě) a do lymfy (látky rozpustné v tucích).

V epiteliálních buňkách Lieberkuhnových krypt se denně tvoří 1800 ml čisté tekutiny s mírně alkalickým pH. Tato tekutina se velmi rychle reabsorbuje v klcích a tvoří rozpouštědlo pro vstřebané živiny. Pokud je reabsorbce porušena, ztrácí se velké množství tekutiny a iontů průjmovitou stolicí, což může vést až k život ohrožujícímu stavu.

Brunnerovy žlázy, jež jsou lokalizované převážně v duodenu, produkují hlen, jehož hlavní funkcí je ochrana sliznice. Mimo jiné se ve střevě také produkují další trávicí enzymy (disacharidázy, peptidázy, střevní lipáza), které jsou uvolňovány natrávením z deskvamovaných buněk tenkého střeva.

Motilita tenkého střeva je řízena nervově a humorálně. Nervovou regulaci obstarává sympatikus (zpomalení), parasympatikus (zrychlení) a také reflexy (intestino-intestinální, ileo-gastrický, gastro-ileální). Z humorálních působků zvyšuje motilitu substance P, bombezin a neurotensin. Naopak snížení motility obstarává somatostatin a GIP.

Zvláštní význam má duodenum, které řídí sekreci a vyprazdňování žaludku (nervově enterogastrickým a duodenokolickým reflexem a humorálně GIP, sekretinem, CKK a somatostatinem). V duodenu se nachází ústí vývodu pankreatu a žlučníku na tzv. Vaterské papile, a proto v něm působí trávicí enzymy pankreatické šťávy a žluč. V duodenu se také vstřebávají vitaminy B₁, B₂ a C.

Z duodena prochází trávenina do jejunu a ilea, kde se tvoří střevní šťáva tenkého střeva, která rozkládá natrávené živiny na jednoduché sloučeniny, a kde se živiny hlavně vstřebávají. (1)

1.1.6. Tlusté střevo (intestinum crassum)

Tlusté střevo je poslední částí trávicí trubice. Je celkem dlouhé asi 1,5 - 2 metry a je naředlé barvy. Skládá se z několika částí, kterými jsou: slepé střevo (caecum), vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transversum), sestupný tračník (colon descendens), esovitý tračník (colon sigmoideum) a konečník (rektum).

Slepé střevo (caecum) je dlouhé asi 10 cm a je vakovitým začátkem tlustého střeva. Na jeho vnitřním okraji odstupuje červovitý výběžek (apendix vermiformis), který bývá dlouhý asi 10 - 15 cm. Vyznačuje se především tím, že v jeho podslizničním vazivu je nahromaděná lymfatická tkáň, kterou může postihnout zánět - apendicitis.

Vzestupný tračník (colon ascendens) navazuje na caecum, je dlouhý přibližně 16 - 20 cm, postupuje vzhůru až pod játra a je přisedlý na zadní stěnu břišní. Pod játry přechází svým ohbím (flexura coli dextra) do příčného tračníku.

Příčný tračník (colon transversum) je dlouhý v průměru okolo 50 cm. Prochází napříč dutinou břišní na levou stranu, kde se nachází další ohyb střeva (flexura coli sinistra). Je zavěšen na peritoneální duplikatuře (mesocolon transversum), která umožňuje jeho pohyblivost. Přechází v sestupnou část tlustého střeva (colon descendens).

Sestupný tračník (colon descendens) dosahuje délky 20 - 30 cm a je stejně jako vzestupný tračník přirostlý na zadní stěnu břišní. Dosahuje k levé jámě kyčelní, kde přechází v esovitou kličku.

Esovitý tračník (colon sigmoideum) je uložen v levé jámě kyčelní a svým tvarem připomíná písmeno „S“. Je přidržován volným peritoneálním závěsem (mesosigmoideum) k zadní stěně břišní.

Konečník (rektum) je konečným oddílem tlustého střeva. Jsou na něm patrný jeho dvě hlavní části, a to horní, rozšířený a v pánvi uložený úsek, který je asi 10 cm dlouhý (ampula recti), a naopak dolní, úzký, 2 - 4 cm dlouhý úsek (canalis analis), který vyústí v řitní otvor (anus). V konečníku rozeznáváme dva svěrače: vnitřní (tvořený hladkou svalovinou, vůlí neovladatelný) a zevní (tvořený příčně pruhovanou svalovinou, vůlí ovladatelný).

Do tlustého střeva prochází trávenina ileocekálním přechodem. Součástí tohoto přechodu je Bauhinská chlopeč. Ta brání překotnému vyprazdňování tenkého střeva a současně návratu tráveniny. (2, 3, 4)

Hlavním úkolem tlustého střeva je fermentace, vstřebávání vody a iontů, skladování zbytků chymu, tvorba a vylučování formované stolice (defekace) a také se tu díky činnosti bakterií produkuje vitamin K.

V tlustém střevě se produkuje velké množství vazkého hlenu, který ochraňuje stěnu střeva před poškozením a pomáhá také vytvářet formovanou stolici. Pohyby tlustého střeva se dělí na místní - mísící a celkové - peristaltické (propulzivní). Regulace těchto pohybů je řízena pomocí reflexů nebo parasympatikem.

Díky osídlení bakteriemi, jež jsou schopné štěpit část rostlinné vlákniny, tu vznikají i vitaminy, především K, B₁, B₂. Také se tu tvoří střevní plyny složené z CO₂, vodíku, sirovodíku a metanu.

Trávenina se postupně zahušťuje resorpcí iontů a vody, formuje se ve stolici a prochází do rekta. Tlak o síle 2, 5 - 5, 5 kPa vyvolá pocit nucení na stolici a po zvýšení tlaku na 5, 5 - 6, 5 kPa vzniká defekační reflex. Samovolnému odchodu stolice brání dva svěrače, viz výše. Při defekačním reflexu svěrače ochabují a zapojují se břišní svaly a bránice, kontrakce se účastní i hrudní svaly při inspiriu a zavřené hlasivkové štěrbině.

Ke GIT patří i slinné žlázy, slinivka břišní, játra a žlučník se žlučovými cestami. Jsou to žlázy, které produkují látky uplatňující se společně se střevní flórou na procesu trávení. (1)

1.2. Charakteristika Crohnovy choroby

1.2.1. Patologie Crohnovy choroby

Crohnovu chorobu (enteritis terminalis), nazývanou také zkratkou IBD, řadíme mezi chronická idiopatická zánětlivá onemocnění, která mohou postihnout celou zažívací trubici. Nejčastěji je postiženo terminální ileum a tlusté střevo (viz obrázek č. 2). Etiologie tohoto onemocnění není známá. Pravděpodobně se na vzniku tohoto onemocnění mohou podílet genetické predispozice společně s imunologickými a mikrobiálními faktory. Nejčastěji se Crohnova choroba objevuje mezi 20. až 30. rokem života, druhým věkovým mezníkem je věk 60 let. Nicméně její věková hranice není přesně dána. Stěna střeva je u rozvinutého onemocnění výrazně ztlustělá. Hranice mezi postiženým a nepostiženým střevem je ostrá. Na sliznici se nacházejí ulcerace, hluboké fisury, abscesy a píštěle. Výjimečný není ani výskyt několika zánětlivě pozměněných ložisek, která jsou od sebe oddělena normální střevní sliznicí. Lumen střeva bývá mnohdy stenotický.(5)

Obrázek č. 2- distribuce onemocnění v trávicí soustavě



Zdroj: <http://www.crohn.cz/informace-o-onemocnenich/crohn/zakladni-specifika-onemocneni-morbus-crohn/>

1.2.2. Klinické projevy Crohnovy choroby

Projevy Crohnovy choroby se liší podle toho, kterou část trávicí trubice a v jaké míře zánět postihl. Hlavními symptomy jsou průjem, horečky, bolesti břicha a úbytek hmotnosti. Kterýkoliv z těchto projevů může převažovat nad těmi ostatními. Počínající projevy Crohnovy choroby nemusejí být nijak dramatické, pacienti si mohou během několika měsíců stěžovat na neurčité bolesti břicha. Často také trpí intermitentním průjmem. (6, 8)

Nejtypičtější umístění zánětu je na přechodu tenkého a tlustého střeva. Pacienti často trpí bolestmi břicha, teplotami, průjmy a hubnutím, které je důsledkem nižšího příjmu potravy a zánětlivé aktivity choroby. Bolesti jsou křečovitého charakteru a dostávají se hlavně po jídle v časovém rozmezí 30 - 60 minut.

Pokud se zánět vyskytuje pouze na tlustém střevě, pak se u pacientů objevují rovněž bolesti břicha, průjmy, které mohou někdy být krvavého charakteru. Dále pak mohou být přítomny i hnisavé projevy kolem konečníku (píštěle, abscesy) a často i mimostřevní projevy, jako jsou například záněty kloubů, rohovky a duhovky či kožní změny.

Bolesti břicha, neprospívání, hubnutí a chudokrevnost jsou hlavními příznaky zánětu, který postihuje tenké střevo. Rizikem je u této formy Crohnovy choroby opakovaná neprůchodnost tenkého střeva nebo tvorba píštělí (do močového měchýře) a abscesů. V poslední době se prokazuje i riziko malignizace u tohoto onemocnění, které bylo dříve typické spíše u ulcerózní kolitidy.

Poslední oblastí výskytu zánětu je oblast konečníku a řitního kanálu. Důsledkem jsou hnisavé projevy u konečníku, abscesy, píštěle, vředy v řitním kanále a infiltrované anální papily, které vytvářejí bolestivé výrůstky v konečníku.(6)

1.2.3. Diagnostika Crohnovy choroby

Anamnéza a fyzikální vyšetření pacienta jsou jedním z prvních vyšetření. Pro postižení idiopatickým střevním zánětem může svědčit těžká podvýživa, otoky, bolestivé vyšetření, nález v konečniku nebo píštěle v okolí konečniku.

Při laboratorním vyšetření krve se u pacientů zjišťuje anémie, snížení hladiny železa v séru, zvýšené CRP, zrychlená sedimentace červených krvinek a zvýšení hladiny bílých krvinek a krevních destiček, což bývá typické pro aktivní zánět. V poslední době přibývá také vyšetření stolice, kdy bývá u pacientů vyšší koncentrace kalprotektinu (bílkovina, která se uvolňuje z bílých krvinek rozpadajících se ve střevě).

Z ultrasonografického vyšetření lze vyčíst tloušťku střevní stěny, zánětlivé změny v okolí střeva, šíři průsvitu střeva a reliéf sliznice. Dále se dá zjistit rozsah zánětu a popřípadě vyloučit další komplikace.

Enteroklýza je kontrastní rentgenové a zobrazovací vyšetření, které trvá kolem 60 - 90 minut. Nález je díky dvojkontrastní náplni střeva plynem a baryem podrobnější a tedy preciznější. Provádí se při postižení tenkého střeva. Vyšetření se provádí zavedením tenké sondy do žaludku a poté do duodena - sondou se vpraví do těla řídký roztok barya a metylcelulózy. Následuje snímkování v krátkých časových intervalech.

Počítačová tomografie nahradila klasické rentgenové vyšetření. V kombinaci s enteroklýzou poskytuje lékaři prostorový obraz dutiny břišní a možnost prohlédnout si jak sliznici, tak celou střevní stěnu.

Magnetická rezonance je určena především pro pacienty, kterým zánět postihl konečník nebo řitní kanál a způsobil jim zde hnisavé komplikace v podobě píštělí nebo abscesů. Magnetická rezonance dokáže přesně zobrazit průběh píštěle nebo umístění abscesu. Tato zobrazovací metoda je vhodná i pro těhotné pacientky.

Koloskopie patří mezi endoskopická vyšetření. Současně je považována za nejdůležitější a pro pacienty zároveň nejobávanější vyšetření. Indikací pro vyšetření jsou: stanovení definitivní diagnózy a provedení diferenciální diagnózy, poznání rozsahu, známek aktivity a závažnosti změn, zjištění histologické povahy makroskopických lézí, předoperační vyšetření k posouzení typu navrhovaného

chirurgického výkonu, k posouzení odpovědi na medikamentózní léčbu a prognózu choroby. Samotnému výkonu předchází pečlivá příprava pacienta, která spočívá v dokonalém vyprázdnění tlustého střeva. Dva dny před vyšetřením se musí dodržovat tekutá dieta a den před vyšetřením musí pacienti vypít projímadlo, obsahující makrogol.

Endosonografické vyšetření rekta umožňuje posoudit anatomickou situaci kolem konečníku a v jeho stěně. Používá se především u pacientů s postižením v této oblasti.

ERCP je kombinací rentgenologické a endoskopické metody. Dokáže zobrazit vývody žlučových cest a slinivky břišní. Využívá se při podezření na mimostřevní komplikace s postižením žlučovodů nebo slinivky břišní.

Kapslová endoskopie spočívá v požití kapsle s minifotoaparátem, který zhotovuje dva snímky za vteřinu po dobu 6 - 8 hodin. Obraz se přenáší pomocí snímacího zařízení, které má pacient na břiše. Tímto vyšetřením získáváme informace o zánětlivých změnách na tenkém střevě.

Enteroskopie je vyšetření tenkého střeva, jehož nejmodernější formou je dvoubalonová enteroskopie. Umožňuje vyšetření celého tenkého střeva. Lékaři mají také možnost odebrat nemocnému vzorky tkáně. Toto vyšetření probíhá v hluboké analgosedaci. (6,7,9)

1.2.4. Komplikace Crohnovy choroby

Nejčastějšími komplikacemi jsou: krvácení, abscesy, píštěle, stenóza, perforace. Komplikacemi jsou i vzdálené projevy, které má na svědomí imunitní reakce organismu. Řadíme sem i komplikace metabolické.

Krvácení se většinou objevuje na počátku onemocnění. Masivnost krvácení závisí na tom, jak velká céva je erodována. Masivní krvácení je však velmi vzácné, při jeho výskytu je nutná okamžitá operace.

Abscesy se tvoří u 15 - 20 % pacientů, píštěle dokonce u 20 - 40 % pacientů. Léčba může být chirurgická, punkce pod CT, ultrazvukem a nebo medikamentózní (antibiotika, imunosupresiva, biologická léčba).

Stenóza je komplikací, která se objevuje u 30 – 40 % pacientů. Výrazné zúžení lumen střeva může vyústit až ve střevní neprůchodnost, která se projevuje křečovitými bolestmi břicha, zvracením a váhovým úbytkem. Často bývá postiženo hlavně tenké střevo. Léčbou je chirurgický zákrok nebo endoskopická dilatace.

Perforace se vyvíjí postupně v průběhu silného zánětu a může vést až ke vzniku píštěle a abscesu, uloženého mimo střevní stěnu. Léčba je chirurgická a spočívá v resekci postiženého střeva.

Vzdálenými projevy může být nodózní erytém na kůži, záněty spojivky a rohovky, enteropatická artritida.

Metabolické komplikace vyplývají z porušeného vstřebávání živin nebo z nežádoucích účinků užívaných léčiv. Patří sem osteoporóza, chudokrevnost, malnutrice, nedostatek zinku a selenu, žlučové nebo ledvinové kameny. (6, 10)

1.2.5. Medikamentózní léčba Crohnovy choroby

Léčba Crohnovy choroby je často nekonečný proces. Je zaměřena na dvě hlavní oblasti: na léčbu aktivního onemocnění a na prevenci vzplanutí v případě, že je nemoc v remisi. Léčba se dělí na konzervativní v podobě podávání léků, výživy a některých endoskopických zákroků a léčbu chirurgickou. (6, 8)

- **Medikamentózní léčba aminosalicyláty**

Zástupcem je sulfasalazin, který má protibakteriální i protizánětlivé účinky. Jeho nevýhodou jsou vedlejší účinky, jako jsou bolesti hlavy, pocit na zvracení či bolesti v nadbříšku. U jiných pacientů může měnit krevní obraz, zvyšovat hladinu jaterních testů, u mužů může způsobit přechodnou neplodnost. Jeho použití v klinické praxi je významně omezeno. Po vysazení léčby sulfasalazinem vedlejší příznaky mizí. V 70. a 80 letech minulého století přibýly nové příbuzné látky, která byly významné tím, že se při jejich užívání nevyskytovaly nežádoucí účinky, díky tomu, že obsahují pouze kyselinu 5 - aminosalicilovou (mesalazin). Výhodou také je, že je možné podávat vyšší dávku aktivní substance (mesalazinu).

- **Hormonální léčba**

Prvním typem hormonální léčby je podávání kortikosteroidů (Prednison, Medrol). Mají protizánětlivý účinek a používají se především pro léčbu středně a vysoce aktivní fáze onemocnění. Riziky užívání kortikosteroidů jsou: závislost na kortikoidech, narušení metabolismu kostní tkáně a metabolismu cukrů, zvýšení krevního tlaku a vylučování žaludeční kyseliny, ztráty kalia a magnezia, kosmetické problémy (měsíčkovitý vzhled obličeje, akné, vypadávání vlasů). Léčba kortikoidy začíná nasazením větší dávky léku s tím, že se ji po dvou až třech týdnech lékaři snaží ukončit. Celková délka léčby by neměla přesáhnout tři měsíce.

Druhým typem hormonální léčby jsou topické steroidy (Budesonid). Tyto kortikoidy se podávají pacientům, kteří trpí mírně až středně aktivní fází Crohnovy nemoci, a to především v oblasti spojení tenkého a tlustého střeva. Vzhledem k tomu, že se tento lék vstřebává krví do jater, kde se mění na neúčinný metabolit, nenarušuje metabolismus.

- **Medikamentózní léčba imunosupresivy**

Imunosupresiva (Azathioprin, 6 - merkaptopurin, Metotrexát) snižují bouřlivou odpověď imunitních orgánů na antigenní stimulaci. Musí se podávat dlouhodobě (3 - 6 měsíců). Používají se především pro udržení klidové fáze nemoci nebo tehdy, pokud lékaři potřebují snížit dávku nebo vysadit kortikosteroidy. Mezi hlavní nežádoucí účinky patří nesnášenlivost, alergická reakce a porušení krve tvorby.

- **Biologická léčba**

Cílem biologické léčby je odstranit závažné zdravotní potíže provázející agresivní zánět, omezit nutnost hospitalizace, snížit riziko chirurgické léčby, uzavřít píštěle nebo alespoň snížit sekreci z nich, zahojit vředy a tím zabránit trvalým změnám na trávicí trubici a především zlepšit kvalitu života. Biologická léčba je v současné době velmi atraktivní. Užívá se především u pacientů, u kterých selhala léčba kortikosteroidy i imunosupresivy. Nejčastějšími komplikacemi a nežádoucími účinky biologické léčby jsou alergické reakce, dále

pak bolesti hlavy, závratě, návaly, infekce, skrytá tuberkulózní infekce. Před zahájením biologické léčby musí každý pacient podstoupit základní testy (rentgenogram hrudníku a tuberkulinový test), které se v průběhu léčby pravidelně opakují.

- **Podpůrná a doplňková léčba**

Cílem podpůrné a doplňkové léčby je organismu v době nemoci dodat chybějící vitaminy, ionty, atd. Řadíme sem enterální a parenterální výživu, substituční léčbu, protibakteriální léčbu (antibiotika) a bakteriální léčbu (probiotika).

Enterální výživa zcela nebo jen částečně nahrazuje běžnou potravu, především u pacientů, kteří trpí vleklým a dlouho trvajícím aktivním zánětem. Zpravidla obsahuje vitaminy, ionty, stopové prvky, oligopeptidy, aminokyseliny, cukry a snadno vstřebatelné tuky, které nezatěžují trávicí ústrojí.

Parenterální výživa spočívá v přívodu živin přímo do krve pacienta. Považuje se za krátkodobé řešení u pacientů, kteří jsou v tak závažném stavu, že jejich trávicí ústrojí by nezvládlo zpracovat ani enterální výživu.

Substituční léčba je určena pro všechny pacienty, kteří se léčí pomocí kortikoidů. Zahrnuje kalcium, kalium a magnezium ve formě tablet nebo tablet šumivých. U některých pacientů je potřeba perorálně dodávat železo.

Protibakteriální léčba se obvykle podává v rozmezí 6 - 12 týdnů. Velký význam má především v léčbě píštělí.

Bakteriální léčba zrychluje ústup klinických obtíží a oddaluje návrat akutní formy onemocnění. (6)

1.2.6. Chirurgická léčba Crohnovy choroby

Chirurgická léčba přichází v úvahu při neúčinnosti léčby medikamentózní či při komplikacích onemocnění. Přesto se pacienti v 70 až 90 procentech operačnímu výkonu nevyhnou. Operace u pacientů můžeme rozdělit na operace plánované či akutní.

Důvody k plánované operaci jsou: selhání či nesnášenlivost konzervativní léčby, zhoubný nádor střeva, přednádorový stav či podezření na střevní nádorové onemocnění, dále pak vleklá střevní neprůchodnost, píštěle a vleklé krvácení.

Selhání či nesnášenlivost konzervativní léčby je nejčastějším důvodem k nutnosti chirurgického zákroku. Patří sem skupina pacientů, kterým se i před správně vedenou konzervativní léčbu nedaří dobře, mají křečovitě bolesti břicha, průjmy, nízkou váhu a jsou trvale unavení. Dále jsem patří pacienti, kteří jsou nuceni dlouhodobě užívat kortikosteroidy, jež mají mnoho nežádoucích účinků.

Zhoubný nádor střeva, podezření na střevní nádorové onemocnění či přednádorový stav jsou důvodem k operaci u nemocných, kteří trpí zánětem mnoho let. Riziko vzniku nádorového onemocnění je vyšší po 10 letech trvání choroby.

Operační řešení u vleklé střevní neprůchodnosti se zvažuje v době, kdy nepomáhá pacientovi úprava či nasazení konzervativní léčby a i nadále převládají příznaky zúžení střeva.

Střevní píštěle jsou často zdrojem infekce, protože pomocí nich dochází k pronikání střevního obsahu s bakteriemi do jiných orgánů. Často také způsobují zúžení průsvitu střeva, v jejich průběhu vznikají abscesy, které je obvykle třeba vyprázdnit pomocí drenáže pod rentgenologickou kontrolou. Pokud je píštěl prokázána, měl by být pacient opět léčen nejdříve konzervativně a po zklidnění zánětlivé reakce by mu měla být nabídnuta operace.

Vleklé krvácení je nejméně častou příčinou operace. Jedná se o nemocné, u kterých je časté krvácení důvodem podávání krevních náhrad.

Druhou skupinou operací, jsou operace, které není možné naplánovat a chirurgický zákrok je nutné provést v řádu hodin či několika dní. Důvody k akutní operaci jsou: perforace střeva, zánět pobřišnice, velké a život ohrožující krvácení do zažívacího traktu, těžká kolitida, toxické megakolon, akutní střevní neprůchodnost, hnisavá ložiska a abscesy.

Při perforaci střeva dochází k průniku střevního obsahu do dutiny břišní, kde způsobuje zánět.

Velké život ohrožující krvácení do zažívacího traktu, které ovlivňuje krevní oběh, je u pacientů výjimečné. Přesto je v těchto případech nutné zajistit

pacientovi intenzivní péči s tekutinovou podporou. Následně se pátrá po příčinách krvácení, přičemž se v průběhu vyšetření podaří většinou krvácení zastavit. Operace přichází na řadu při selhání těchto méně náročných výkonů.

Při těžkém zánětu tlustého střeva se může vzácně zánět rozšířit přes celou stěnu střevní, následně se poruší její celistvost a dochází k průniku bakterií a jejich toxinů do krevního oběhu. Výsledkem je kritický stav nemocného, který je umístěn na jednotku intenzivní péče. Pokud se jeho stav nezlepšuje, je nutné chirurgické odstranění tračníku.

K akutní operaci u střevní neprůchodnosti se přistupuje v případech, kdy nedojde k odeznění akutních příznaků nebo pokud je podezření na jinou příčinu neprůchodnosti.

Abscesy se vyprazdňují pomocí drénů pod rentgenologickou kontrolou. Operační drenáž se provádí v případě, kdy není možné zavést drén jinak.

Hlavním principem operací u pacientů s Crohnovou chorobou je odstranit co nejkratší část střeva a střevo co nejvíce šetřit. Nejčastěji je Crohnovou chorobou postižena tzv. ileocekální oblast, proto její odstranění - ileocekální resekce, je nejobvyklejší operací. Zdravé konce střeva se následně sešijí, obvykle koncem ke konci. Místo sešití se nazývá anastomózou (spojkou).

Strikturoplastika se provádí v případě, kdy je zúženo více úseků tenkého střeva nebo spojka po předchozí operaci. Strikturoplastikou se zúžená místa rozšiřují.

Při postižení tlustého střeva Crohnovou chorobou je odstranění tlustého střeva závislé na rozsahu postižení a na cévním zásobení tlustého střeva.

Nemocným, kteří mají těžký zánět konečníku, se obvykle musí vyvést z horního zdravého konce střeva střevní vývod. Dolní část (konečník) se buď slepě uzavře nebo je indikované založení stomie. Následuje intenzivní léčba konečníku a jeho okolí. V případě úspěšné léčby je možno střevo opět operačně spojit, v opačném případě je nutné odstranění konečníku (prokterektomie).

V případě postižení celého tlustého střeva společně s konečníkem se provádí odstranění celého tlustého střeva včetně konečníku. Ileum se vyvádí jako střevní vývod. (15)

1.2.7. Prognóza Crohnovy choroby

Prognóza je závislá především na oblasti a rozsahu postižení střeva a komplikacích. Až 80 % pacientů se nevyhne chirurgickému řešení, z toho 50 % musí podstoupit druhý chirurgický zákrok a z toho opět 50 % se nevyhne dokonce třetímu chirurgickému zákroku.

1.2.8. Incidence a prevalence Crohnovy choroby

Největší incidence Crohnovy choroby je zaznamenána v severní Evropě a USA. Státy jako Jižní Amerika, Asie a Afrika jsou naopak zeměmi, kde je zaznamenán nejnižší výskyt Crohnovy choroby. Obecně incidence Crohnovy choroby neustále stoupá, což souvisí i se zlepšením diagnostiky tohoto onemocnění v posledních letech. V České republice je incidence Crohnovy choroby přibližně 1,7 - 2 nové případy/100 000 obyvatel za rok.

Prevalence Crohnovy choroby v České republice se pohybuje okolo 18 - 22/100 000 obyvatel. (14)

2. Speciální klinická část

2.1. Základní údaje o nemocném

Iniciály: S. P.

Pohlaví: muž

Věk: 20 let

2.1.1. Lékařská anamnéza

Nynější onemocnění:

Pacient přichází po domluvě s ošetřujícím lékařem překladem ze Všeobecné fakultní nemocnice, kde byl hospitalizovaný na oddělení jednotky intenzivní péče nefrologie pro bolesti břicha při Crohnově chorobě. Pacient byl ve VFN dosud léčen konzervativním postupem. Během hospitalizace došlo k recidivě bolestí břicha, febriliím. Byla mu odebrána hemokultura z CŽK. CT vyšetření prokázalo paracekální absces, který byl odstraněn drenáží pod CT kontrolou. Pro opakující se bolesti břicha je přeložen k operačnímu výkonu do FNKV.

Osobní anamnéza:

Pacient prodělal běžná dětská onemocnění. Ve dvou letech prodělal operaci hydrokély a pupeční kýly. Crohnova choroba mu byla diagnostikována v září roku 2013.

Farmakologická anamnéza:

Chronická medikace:

Enterol cps. 0-0-1

Probioflora tbl. 1-0-1

Medikace při překladu:

Unasyn 3g/6hod

Hydrocortisone 100mg/8hod

Kabiven peri 2400 ml/100ml za hodinu

Fraxiparine 0,3 ml s. c. á 24 hodin

Nolpaza 40 mg v 100 ml F 1/1 á 12 hodin

Rodinná anamnéza:

Bezvýznamná

Sociální anamnéza:

Žije doma s rodiči a bratrem.

Pracovní anamnéza:

V nedávné době odmaturoval. Je zaregistrovaný na úřadu práce. Příležitostně chodí na brigády.

Alergie:

U pacienta je prokázána alergie na Ciprofloxacin.

Abusus:

Nekouří, nepije alkohol, neužívá jiné návykové látky.

Status præsens:

TK: 115/60 mmHg, P: 95', SpO₂: 98%, TT: 36 C⁰, hmotnost: 85 kg,

výška: 180 cm, BMI 26

Pacient je plně orientovaný místem, časem i osobou. Spolupracuje. Kůže je bledého koloritu, bez ikteru a krvácivých projevů.

Hlava: poklep je nebolestivý. Jazyk je bíle povleklý, sliznice jsou vlhké.

Krk: hrdlo je klidné, thyroidea je nehmatná, karotidy tepou symetricky bez šelestu, náplň krčních žil je v normě. CŽK pod klíčkem vpravo - okolí klidné.

Hrudník: dýchání je čisté, sklípkové, bilaterálně symetrické, tiché. Akce srdeční je pravidelná, 2 ozvy, bez šelestu.

Břicho: v niveau, pokleповě citlivé v podbřišku a v pravém hypogastriu, kde je také výrazná palpační bolestivost, peristaltika +. Drén v pravém hypochondriu bez odpadů.

DK: bilaterálně bez otoků a patologických změn.

2.1.2. Souhrn provedených diagnostických vyšetření

Pacientovi byla provedena tato diagnostická vyšetření:

Před hospitalizací:

- **Nativní snímek břicha (1. 11. 2013)**

Pod bráničními kopulemi nebyl zjištěn volný plyn. Kličky jejunu a ilea jsou podkovovitě distendovány, s hladinkami tekutiny. Nejširší klička jejunu dosahuje šíře až 5,5 cm.

Závěr: ileus tenkého střeva.

- **CT, AG plicnice**

Vyšetření bylo provedeno po aplikaci 150 ml Lomeronu 350 i. v. Hlavní kmen a obě hlavní větve plicnice jsou homogenně naplněny, bez známek trombů. Lobární, segmentární a subsegmentární větve jsou volné. Periferní větvení bez známek blokace. V plicním parenchymu dorsobasálně na obou stranách jsou změny charakteru hypostatické hypoventilace. Nelze vyloučit počínající zánětlivé změny.

Závěr: bez známek akutní plicní embolie.

- **Echokardiografie**

Levá komora je nediletovaná bez hypertrofie, s normální systolickou a diastolickou funkcí. Kořen aorty nedilatován, aortální i mitrální chlopeč bez vady, nediletovaná levá síň. Pravostranné oddíly nedilatované, pravá komora s dobrou kinetikou. Stopová trikuspidální regurgitace s Pg max 35 - 40 mmHg připouštějícím lehkou plicní hypertenzi. Perikard bez výpotku.

- **CT enterografie**

Terminální ileum se zesílenou stěnou na 7,5 mm. Je patrné prosáknutí okolního tuku a v oblasti závěsu je u arteria ileocolica patrná ohraničená denznější kolekce (jde spíše o resorbující zánětlivé změny). Četnější uzliny na mesenteriu, do 10 mm. Orgány nitrobřišně bez nápadností. Játra bez ložiskových změn, intra a extrahepatální žlučovody nerozšířeny. Pankreas bez ložiska, nezvětšen. Ledviny bez městnání, bez strukturálních odchylek. Nadledviny bez patrné expanse.

Slezina nezvětšena, bez ložiskových změn. V retroperitoneu, na mesenteriu, v pánvi a tříselech bez lymfadenopatie. V pánvi bez volné tekutiny.

Závěr: nově ohraničená kolekce tekutiny v peritoneální dutině v malé pánvi.

Dif. Dg: Jde buď o nový absces s hladinou plynu s anaerobní infekcí, nebo jde o komunikaci terminálního ilea při postižení v rámci Crohnovy choroby s drážděním peritonea a ohraničeným výpotkem (jistě zánětlivým).

- **Drenáž meziklíčkového abscesu pod CT zaměřením**

Bylo provedeno nativní spirální CT břicha s následným MPR, zaměřena oblast abscesu. V místním umrtvení byla provedena drenáž 7,5 F J drénem. Bylo jednorázově odsáto 10 ml žlutého hnisu.

Během hospitalizace:

- **CT břicha a pánve (25. 11. 2013)**

Stav po ileocekální resekci. V oblasti operace v pravém mezogastriu difuzní prosáknutí tukových struktur s ohraničenou kolekcí s obsahem bublin plynu, se sytící stěnou - charakter abscesu. V terénu zánětlivých změn oblast anastomózy není dobře přehledná, lumen zúžené, velmi nepravidelné. Zmnožené a zvětšené mezenterální lymfatické uzliny v okolí velikosti do 20 mm. Ve stěně břišní ve střední čáře pod pupkem laločnatá kolekce s drobnou bublinkou plynu a sytící se stěnou odpovídající zřejmě abscesu. Zesílení stěny tenkého střeva zejména ilea.

Závěr: v oblasti pravého mezogastria difuzní prosáknutí tukových struktur s přítomností kolekce ve stěně břišní. Minimální množství volné tekutiny v peritoneální dutině. Mezenterální lymfadenopatie. Zvětšená slezina.

- **Drenáž tekutinové kolekce pod CT kontrolou (27. 11. 2013)**

V medioklavikulární čáře vpravo v lokální anestezii zaveden 14 F pig tail drén. Bylo aspirováno cca 5 ml nehomogenního, žlutohnědého materiálu. Při kontrolním vyšetření drén uložen v laterální stěně infiltrátu - abscesu. Z polohy drénu CT připouští postižení střeva (tračniku), střevní obsah není aspirován. Drén je fixován 2 stehy.

- **Laboratorní vyšetření**

Tab. 1 - biochemické vyšetření krve za měsíc listopad 2013

| | 13. | 16. | 19. | 20. | 22. | 24. | 28. | 30. | Referenční meze |
|--------------------------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-------------|---------------------|
| Natrium | 141 | 139 | | | | | | 145 | 136-145 mmol/l |
| Kalium | 4,58 | 4,28 | | | | | | 3,71 | 3,8-5,4 mmol/l |
| Chloridy | 102 | 101 | | | | | | 106 | 98-107 mmol/l |
| Kalcium | 2,22 | 2,13 | | | | | | 2,16 | 2-2,75 mmol/l |
| Anorg. Fosfáty | 1,27 | 1,19 | | | | | | 1,42 | 0,65-1,61 mmol/l |
| Urea | | 3,8 | | | | | | 1,87 | 2,8-8 mmol/l |
| Kreatinin enzymově | | 62 | | | | | | 61 | 63-104 umol/l |
| Glukóza | 4,66 | 3,74 | | | | | | 4,34 | 3,6-5,9 mmol/l |
| Celkový bilirubin | 7,2 | 5,9 | | | | | | 2,4 | <21 umol/l |
| ALT | 0,91 | 0,77 | | | | | | 0,26 | <0.73 ukat/l |
| AST | 0,36 | 0,65 | | | | | | 0,23 | <0.67 ukat/l |
| Alkalická fosfatáza | 1,17 | 1,21 | | | | | | 0,93 | 0.66-2.20 ukat/l |
| GGT | | 2,25 | | | | | | 1 | <1.77 ukat/l |
| Celková bílkovina | 56 | | | | | | | 57,4 | 65-85 g/l |
| Albumin | 30,7 | | | | | | | 30,2 | 35-53 g/l |
| CRP | | 78,4 | 113 | 276 | 209 | 253 | 36 | 17 | <5 mg/l |

Tab. 2 – biochemické vyšetření krve za měsíc prosinec 2013

| | 2. | 6. | 9. | 10. | 17. | Referenční meze |
|-------------------------------|------|-------------|-------------|------|-------------|--------------------|
| Natrium | 143 | 139 | 140 | 141 | 142 | 136- 145mmol/l |
| Kalium | 4,01 | 4,4 | 3,51 | 4,02 | 4,31 | 3,8-5,4 mmol/l |
| Chloridy | 105 | 103 | 104 | 106 | 106 | 98-107 mmol/l |
| Urea | | 5,82 | | | 1,73 | 2,8-8 mmol/l |
| Kreatinin enzymově | | 61 | | | 62 | 63-104 umol/l |
| Glukóza | | | | | 4,5 | 3,6-5,9 mmol/l |
| Celkový bilirubin | | | | | 61,6 | <21umol/l |
| ALT | | 0,91 | | | | <0.73ukat/l |
| AST | | 0,72 | | | | <0.67 ukat/l |
| Albumin | | 37,1 | | | 38,6 | 35-53 g/l |
| CRP | | 2 | | | 8 | <5 mg/l |

Tab. 3 – krevní obraz za měsíc listopad 2013

| | 13. | 16. | 19. | 20. | 22. | 28. | 30. | Referenční meze |
|--|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------------------|
| Leukocyty | 9,9 | 8 | 13,9 | 11,3 | 14,2 | 9,6 | 6 | 4,0-10,8 x 10 ⁹ /l |
| Erytrocyty | 4,98 | 3,77 | 3,56 | 3,65 | 3,88 | 3,88 | 3,37 | 4,20-5,9 x 10 ¹² /l |
| Hemoglobin | 135 | 102 | 97 | 99 | 104 | 102 | 88 | 140-180 g/l |
| Hematokrit | 0,41 | 0,317 | 0,297 | 0,3 | 0,313 | 0,319 | 0,279 | 0,4-0,52 l |
| Objem erytrocytu | 83,5 | 84,1 | 83,4 | 82,2 | 80,7 | 82,2 | 82,8 | 80-98 fl |
| Objem hemoglobinu v buňce | 27,1 | 27,1 | 27,2 | 27,1 | 26,8 | 26,3 | 26,1 | 27-34pg |
| Koncentrace hemoglobinu v buňce | 325 | 322 | 327 | 330 | 332 | 320 | 315 | 320-360 g/l |
| Distribuční šíře objemu erytrocytu | 14,2 | 14 | 13,7 | 13,6 | 13,3 | 13,4 | 13,7 | 11-14,5 % |
| Trombocyty | 317 | 279 | 297 | 281 | 300 | 360 | 298 | 135-400 x 10 ⁹ /l |
| Objem trombocytu | 12 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 8-12 fl |
| Distribuční šíře trombocytu | 14,1 | 13,7 | 12,8 | 12,2 | 13,1 | 12,7 | 12,3 | 10-18 fl |
| Destičkový hematokrit | 0,37 | 0,30 | 0,31 | 0,3 | 0,32 | 0,38 | 0,31 | 0,12-0,36 x 10 ³ /l |
| Quickův test | | | | | | | 14,9 | 11-15 s |
| Quick kontrola | | | | | | | 13,2 | 11-15 s |
| APTT test | | | | | | | 42,1 | 28-38 s |
| APTT kontrola | | | | | | | 32,9 | 28-38 s |
| APTT/R | | | | | | | 1,28 | 0,8-1,2 |
| INR | | | | | | | 13,2 | 0,8-1,2 |

Tab. č. 4 – krevní obraz za měsíc prosinec 2013

| | 2. | 6. | 9. | 10. | 17. | Referenční meze |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------------------|
| Leukocyty | 6 | 7 | 16,2 | 10 | 4,4 | 4,0-10,8 x 10 ⁹ /l |
| Erytrocyty | 3,66 | 3,97 | 4,22 | 3,86 | 4,21 | 4,20-5,9 x 10 ¹² /l |
| Hemoglobin | 94 | 107 | 115 | 106 | 113 | 140-180 g/l |
| Hematokrit | 0,306 | 0,333 | 0,353 | 0,321 | 0,352 | 0,4-0,52 l |
| Objem erytrocytů | 83,6 | 83,9 | 83,6 | 83,2 | 83,6 | 80-98 fl |
| Objem hemoglobinu v buňce | 25,7 | 27 | 27,3 | 27,5 | 26,8 | 27-34pg |
| Koncentrace hemoglobinu v buňce | 307 | 321 | 326 | 330 | 321 | 320-360 g/l |
| Distribuční šíře objemu erytrocytu | 13,9 | 14,9 | 15,2 | 15,4 | 14,6 | 11-14,5 % |
| Trombocyty | 242 | 223 | 180 | 174 | 198 | 135-400 x 10 ⁹ /l |
| Objem trombocytu | 11 | 12 | 12 | 13 | 12 | 8-12 fl |
| Distribuční šíře trombocytu | 12,2 | 15,7 | 15,9 | 17,3 | 15,7 | 10-18 fl |
| Destičkový hematokrit | 0,26 | 0,27 | 0,22 | 0,23 | 0,24 | 0,12-0,36 x 10 ³ /l |
| Quickův test | | 15,3 | | | | 11-15 s |
| Quick kontrola | | 13,2 | | | | 11-15 s |
| APTT test | | 38,9 | | | | 28-38 s |
| APTT kontrola | | 33,4 | | | | 28-38 s |
| APTT/R | | 1,16 | | | | 0,8-1,2 |
| INR | | 1,22 | | | | 0,8-1,2 |

2.1.3. Průběh hospitalizace

1. hospitalizační den (10. 11. 2013)

Pacient byl přivezen v odpoledních hodinách z VFN, kde byl hospitalizován pro trvalé bolesti břicha při Crohnově chorobě a k punkci abscesu pod CT kontrolou. Při punkci abscesu byly pacientovi kultivačně zjištěny kvasinky, které byly následně prokázány i ve stolici, hemokultuře a v CŽK, který musel být vyměněn. Do FNKV je přijat k ileocekální resekci. Pan S. P. byl umístěn na standardní chirurgické oddělení na 4 stanici ve FNKV. Pacient byl seznámen s oddělením. Dále byl uložen na pokoj, byla s ním vyplněna ošetřovatelská anamnéza a byly mu změřeny fyziologické funkce: TK= 125/60 mmHg, P= 64', TT= 36,9 °C, SpO₂ = 98%. Pacient je plně orientovaný, spolupracuje. Byla mu naordinována dieta OS - čajová. Večerní chronická medikace mu byla podána před odjezdem ještě ve VFN. Pacient má z VFN zavedený CŽK. Pacientovi byl podán Plasmalyte 1000 ml i. v., který byl aplikován rychlostí 150 ml/hod. Při zpracování ošetřovatelské anamnézy si pacient stěžoval na bolesti břicha, které hodnotil na stupnici VAS číslem 3. Pro zmírnění bolesti mu byla aplikována analgetika i. v. (1g Novalginu/100 ml FR po dobu 30 minut). Třicet minut od podání analgetik udával pacient bolest na stupnici VAS hodnotou mezi 1 - 2.

Dále mu byla ve 20:00 hod. podána antibiotika (Invanz 1g v 100 ml FR na 30 minut).

Pacienta ještě večer navštívil chirurg, který mu vysvětlil operační zákrok společně s jeho riziky a podepsal s ním informovaný souhlas. Dále byl pacient navštíven anesteziologem, který mu následně stanovil premedikaci.

2. hospitalizační den (11. 11. 2013)

Pacient se dnes cítí relativně dobře. Bolesti má mírné. Na vyžádání jsou mu podávána analgetika dle ordinace lékaře. Ostatní medikace (chronická, ATB) je vynechána. Od 11:00 hod. pacient popije 2 litry vody, které jsou smíchány se čtyřmi sáčky Fortransu. Na noc je pacientovi podán Oxazepam 1 tbl. per os. Pacient je zítra indikován k operačnímu výkonu.

3. hospitalizační den / 0. pooperační den (12. 11. 2013)

Pacient je dnes indikován k operačnímu výkonu. Od půlnoci má naordinovanou dietu NPO. V ranních hodinách sám provedl hygienu. Z medikace byl pacientovi podán Plasmalyte s 5% glukózou rychlostí 160 ml/hod, a antimykotika (Ecalta, Diflucan). Dále byly pacientovi vyvázány bandáže po třísla, vyčištěn pupík benzinem, cennosti byly převzaty do trezoru. 15 minut před odjezdem na sál mu byla podána premedikace dle ARO (Hydrocortison 100 mg i. v. a Morphin 8 mg i. m.) a pacient byl převezen na sál.

PŘEPIS OPERAČNÍHO PROTOKOLU:

Střední laparotomií lékaři pronikají do dutiny břišní. Kličky jsou vzájemně adherované, stěna střevní zánětlivě nastříklá, ztluštělá. Po rozrušení srůstů probíhá revize tenkého střeva, kdy orální část infiltrátu je bez stenózy střeva. Dále je provedena obvyklým způsobem ileocekální resekce při kontaktně krvácejících tkáních s následnou anastomózou stranou do konce vzestupného tračníku. Anastomóza je obtížná pro křehkost tkáně a zánětlivé ztluštění. Po opakovaném výplachu vlažným fyziologickým roztokem a kontrole hemostázy je umístěn tubicový drén do malé pánve a druhý parakolicky vpravo. Uzávěr laparotomie po vrstvách. Výkon proběhl bez komplikací.

Operační výkon trval zhruba dvě hodiny. Pacientovi byla zavedena NGS, PMK a dva břišní drény. Pan S. P. je po návratu z operačního sálu převezen na chirurgický JIP, je částečně při vědomí, orientovaný, reaguje na oslovení. Stěžuje si na bolestivost v místě operační rány, PMK odvedl 150 ml čiré moči, odpad z drénu a NGS byl minimální, operační rána neprosakuje, byl převázán CŽK průhlednou transparentní folií, která byla popsána dalším datem převazu za tři dny. Dále byl pacient připojen na monitorovací zařízení k měření fyziologických funkcí, které se mu 2 hodiny po operaci měří každých 15 min, poté dle ordinace lékaře. Po celou dobu jsou fyziologické funkce v normě. Dle ordinace lékaře mu byla podána analgetika (Novalgin 1g i. v./100 ml FR na 30 min), později byla pacientovi podávána analgetika kontinuálně pomocí lineárního dávkovače (Dolsin 300 mg ve 20 ml FR) a Plasmalyte s 5% glukózou

i. v. 150 ml/hod. Po 4 hodinách od návratu ze sálu byla pacientovi podána antikoagulancia s. c. (Fraxiparine 0,4 ml). Po návratu z operačního výkonu má pacient dietu NPO, dvě hodiny po operaci je mu indikována dieta 0S. Pro dnešní den má indikován klidový režim na lůžku.

4. hospitalizační den / 1. pooperační den (13. 11. 2013)

Pacient se vzhledem ke svému stavu cítí dobře. Je plně při vědomí, klidný, eupnoický. Díky kontinuálnímu podávání analgetické směsi do CŽK pociťuje minimální bolesti. Pacientovi byla, z důvodu prevence dekubitů v oblasti dutiny nosní, převázána a posunuta z jedné strany nosní dírky na druhou NGS, která odvádí okolo 50 ml světlé žaludeční tekutiny. Operační rána se dnes nechává bez převazu, krytí neprosakuje. Oba břišní drény odvádějí minimální množství (cca 50 ml) tekutiny krvavého charakteru. PMK odvádí světle žlutou moč, bez patologických příměsí. Dieta zůstává 0S, je ponechán klidový režim na lůžku. Z medikace jsou mu i nadále podávána antibiotika (Invanz 1 g/100 ml FR i. v. na 30 min.) a antimykotika (Ecalta 100 g/250 ml 5% glukózy i. v. na 60 min). Je mu naordinována parenterální výživa (Nutriflex bazal 2000 ml i. v. na 18 hodin) a 500 ml FR s jednou ampulí Celaskonu rychlostí 100 ml/hod. Antikoagulační léčba (Fraxiparine 0,4 ml s. c.) je podána ve 20:00 hod. Bolesti jsou i nadále jako předchozí den tlumeny kontinuální analgetickou směsí s bolusovými dávkami analgetik (Novalgin 1g v 100 ml FR/30 min po 6 hodinách). Chronická medikace prozatím není podávána. Pro snadnější odkašlávání a k průchodnosti dýchacích cest se na JIP podává z preventivních důvodů každému pacientovi expektorancia Mukosolvan i. v. po 8 hodinách, stejně tak nebulizace, která se ředí v poměru 2 ml Mukosolvan + 2 ml FR. Fyziologické funkce se zaznamenávají každé 3 hodiny, příjem a výdej tekutin každých 12 hodin. U pacienta je pravidelně kontrolována operační rána, obsah drénu, NGS, PMK a bolest, která se pravidelně pohybuje, díky kontinuálnímu podávání analgetik, v rozmezí VAS do 2. Z pomocných vyšetření byla pacientovi odebrána krev z CŽK na KO, ALB, CB, minerály a glykémii (viz tab. - 1, 3).

5. hospitalizační den / 2. pooperační den (14. 11. 2013)

Pacient se dnes cítí lépe. Byly mu převázány bandáže dolních končetin. NGS odvádí minimální množství (cca 50 ml) světlého žaludečního obsahu. Byla opět převázána a posunuta z důvodu prevence dekubitů. CŽK byl převázán za aseptických podmínek. Okolí místa vstupu je klidné bez známek infekce. CŽK je kryt transparentní folií se zaznamenáním data dalšího převazu za tři dny. Dnes byl rovněž proveden převaz operační rány. Oba břišní drény neodvádí žádný odpad, proto byl drén číslo jedna vytažen a druhý drén byl zkrácen a vyveden do obvazu. Jejich okolí bylo klidné bez známek infekce. Operační rána a její okolí bylo rovněž klidné a bez známek infekce, rána byla odezinfikována, sterilním tamponem byla očištěna od nečistot, poté byla překryta stejně jako rána po drénu sterilními čtverci, sacími čtverci a přelepena náplastí. Pravidelně se sleduje, zda krytí neprosakuje. Pacientovi je ještě nadále ponechán PMK z důvodu přesného měření P+V tekutin. PMK odvádí stejné množství (cca 800 ml á 12 hodin) moči jako předchozí dny. Střevní peristaltika je již obnovena, na základě poslechu fonendoskopem v oblasti střev. Medikace je stejná jako 1. pooperační den (viz tab. č. 7), byla pouze přidána antacida (Helicid 1 amp. do 100 ml FR i. v. ve 20:00 hod.). Fyziologické funkce se měří každých 6 hodin, příjem a výdej tekutin zůstává měřený vždy po 12 hodinách (viz tab. č. 5). Pacient má klidový pohybový režim. Dnes u něj poprvé byla fyzioterapeutka, se kterou nacvičoval přetočení na bok a sed. V sedě se mu trochu točila hlava a pociťoval tlak v okolí operační rány. Pacientovi jsem dala k dispozici všechny pomůcky k provedení ranní hygieny, kterou zvládl s mojí pomocí. Po provedení hygieny s ním fyzioterapeutka ještě zkoušela vstát. Chůzi pacient z důvodu bolesti odmítl. Dieta je ponechána OS - čajová.

Obrázek č. 3- operační rána 2. pooperační den



Zdroj: autorka

Tab. č. 5 – přehled hodnot fyziologických funkcí ke 14.11. 2013

| | 7:00 | 13:00 | 19:00 | 1:00 | 7:00 |
|-------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| TK | 125/80 mmHg | 133/70 mmHg | 124/73 mmHg | 122/83 mmHg | 129/81 mmHg |
| P | 90 [˚] | 84 [˚] | 88 [˚] | 86 [˚] | 88 [˚] |
| Dech | 17 | 19 | 18 | 19 | 20 |
| Saturace O ₂ | 97% | 98% | 98% | 99% | 99% |
| P+V | +2880 ml | | +410 ml | | +2230 ml |
| TT | 36,7 C ⁰ | 36,8 C ⁰ | 36,7 C ⁰ | 36,6 C ⁰ | 36,7 C ⁰ |

Tab. č. 6 – přehled invazivních vstupů ke 14.11. 2013

| | |
|------|--------|
| CŽK | 8. den |
| PMK | 3. den |
| NGS | 3. den |
| 1XBD | 3. den |

Tab. č. 7 – farmakoterapie ke 14 . 11. 2013

| Název, způsob podání | Dávkování | Indikační skupina | Nežádoucí účinky |
|-------------------------------------|--|---|--|
| Invanz 1 g , i. v. | V 10 :00 hodin | Antibiotikum | Průjem, nauzea. |
| Ecalta 100 g, i. v. | V 10: 00 hodin | Antimykotika | Koagulopatie, křeče, bolesti hlavy, průjem, zvracení, nevolnost, vyrážka, pruritus |
| Nutriflex bazal 2000 ml, i. v. | 110ml/hod | Parenterální výživa | Nauzea a zvracení, nadměrné množství moče |
| Dolsin 300 mg, i. v. | Kontinuální dávkování rychlostí 0,8 ml/hod | Analgetikum | Nauzeat, zvracení |
| Novalgin 1 g, i. v. | Při VAS nad 2, po 6 hodinách, max, 4krát denně | Analgetikum, antipyretikum, spazmolytikum | Reakce z přecitlivělosti, vyrážka |
| Helicid, i. v. | 0-0-1 | Inhibitor protonové pumpy | Bolest hlavy, průjem, bolest břicha, zácpa, plynatost, nauzea nebo zvracení. |
| Fraxiparine 0,4 ml, s. c. | Ve 20: 00 hod | Antikoagulancia | Krvácení, malé krevní výrony v místě vpichu, |
| Mukosolvan, i. v | 8-16-24 | Expektorancia, mukolytika | Dysgeusie, nauzea, hypestézie v oblasti úst, vyrážka, kopřivka |
| Nebulizace 2 ml Mucosolvan + 2ml FR | 6-12-18-24 | Expektorancia, mukolytika | Dysgeusie, nauzea, hypestézie v oblasti úst, vyrážka, kopřivka |

Zdroj: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>

6. hospitalizační den / 3. pooperační den (15. 11. 2013)

Pacient se dnes cítí unavený. V noci se nevyspal, obtěžovala ho NGS. Vzhledem k tomu, že sonda neodvádí žádný obsah, je na ordinaci lékaře vytažena. Pacient se po jejím vytažení cítí lépe. CŽK je převázán ze včerejšího dne a krytí dnes zůstává. Operační rána byla klidná bez známek infekce. Břišní drén číslo jedna byl včera vytažen, druhý břišní drén byl dnes také odstraněn. Po odstranění krytí byla rána po drénu klidná, nejevila známky infekce, odvedla minimální množství krve. Operační rána byla odezinfikována, otřena sterilními tampony, překryta vrstvou sterilních čtverců a dvěma sacími čtverci a přelepena náplastí. Pravidelně se kontrolovalo prosakování obvazu. PMK je mu opět ponechán, odvádí cca. 1000 ml moči za 12 hodin, světle žluté barvy. U pacienta se neobjevují žádné příznaky, které by nasvědčovaly vznik uroinfekce. Medikace je totožná jako předchozí dny na JIP. Ráno před rehabilitací byla pacientovi podána analgetika. Byly mu odstraněny bandáže dolních končetin. Opět za ním přišla fyzioterapeutka, se kterou se sám posadil a zkusil udělat s naší oporou pár kroků kolem postele. Poté, v sedě na lůžku, sám provedl ranní hygienu. Dopomohla jsem mu s umytím zad a namazala jsem mu záda kafrovou masť. Fyziologické funkce jsou mu měřeny po 6 hodinách, příjem a výdej tekutin po 12 hodinách. Dieta je ponechána opět 0S - čajová, pohybový režim je klidový. V odpoledních hodinách pacient hodně spával, ale chtěl se opět zkusit postavit a trochu se projít. Jeho chůze byla více stabilní a jistá, jediné co mu vadilo, byly větší bolesti, které lokalizoval v oblasti operační rány. Po chůzi mu byl proto jednorázově opět přidán ke kontinuálním analgetikům Novalgin. Večer spal klidně.

Obrázek č. 4- operační rána 3. pooperační den



Zdroj: autorka

7. hospitalizační den / 4. pooperační den (16. 11. 2013)

Pacient je stále hospitalizován na JIP, jeho stav je o poznání lepší než v předchozích dnech. Cítí se dobře, bolesti při kontinuálním podávání analgetik nemá. Proběhl u něj opět převaz operační rány, stejně jako v předchozích dnech. PMK pacientovi rovněž zůstává. Medikace, dieta i pohybová opatření zůstávají stejná. Na pacientovi je znát větší stabilita a jistota při chůzi, také lepší samostatnost při běžných denních činnostech. V odpoledních hodinách se konalo konzilium ohledně ponechání nebo změny ATB. ATB byla podle výsledků zánětlivých parametrů ponechána do zítřka. Byla odebrána krev na laboratorní vyšetření (viz tab. 1, 3).

8. hospitalizační den / 5. pooperační den (17. 11. 2013)

Zdravotní stav pacienta je dobrý. Operační rána je klidná bez známek infekce. Místa vstupů po drénech jsou kryta náplastí Curapor, operační rána je potřena Jodcolodiem. ČŽK byl dnes převázán novou transparentní folií. Okolí místa vpichu je klidné, bez známek infekce. PMK je ponechán. Z medikace mu dnes byla naposledy podána ATB a také mu jsou dnes naposledy kontinuálně podávána analgetika přes lineární dávkovač. Fyziologické funkce jsou mu měřeny

po 8 hodinách, P+V tekutin po 12 hodinách. Vysazení kontinuálních analgetik snáší dobře, pociťuje jen mírné zhoršení bolesti v oblasti operační rány. Pacientovi je podána dieta 1A pooperační.

9. hospitalizační den / 6. pooperační den (18. 11. 2013)

Pacient je vzhledem k dobrému pooperačnímu stavu dnes překládán na standardní chirurgické oddělení. Je mu převázána operační rána, která je ošetřena stejně jako minulý den. CŽK zůstává dnes bez převazu. PMK mu byl dnes odstraněn, k posteli mu byla donesena močová láhev. Byl edukován o nutnosti sdělení sestře po prvním močení. Pacient se spontánně vymočil po hodině od odstranění PMK. Střevní pasáž a stolice byla obnovena. Sám provedl hygienu v sedě na lůžku. Z medikace už mu byla vysazena ATB, je mu tedy podána pouze parenterální výživa a analgetika. Dieta a pohybový režim zůstávají stejné. Fyziologické funkce byly celý den v normě. Okolo 11: 00 hod. byl pacient převezen na standardní chirurgické oddělení. Pacientovi byla po konziliu nasazena opět antimykotika (Diflucan 400 mg i. v. na 30 minut) na týden. Odpoledne hlavně odpočíval a chodil po chodbě. V noci spal dobře.

10. hospitalizační den (19. 11. 2013)

Pacient se cítil dobře, v noci spal klidně. Udával mírné bolesti v oblasti břicha. Z invazivních vstupů mu byl ponechán pouze CŽK, který je k dnešnímu dni zaveden 13. den. Operační rána byla převázána, je klidná, bez známek infekce. Z medikace má pacient naordinována analgetika (Novalgin 1g ve 100 ml FR na 30 min), prokinetika (Degan 1 amp i. v. do 20 ml FR po 8 hodinách), antimykotika (Diflucan 400 mg i. v. na 30 minut 1-0-0), antacida (Helicid 20 mg p. o. 0-0-1) a antikoagulační léčbu (Fraxiparine 0,4 ml s. c. 0-0-1). Chronická medikace (Enterol a Probioflora) zatím pacientovi není podávána. Fyziologické funkce byly v normě TK = 125/67 mmHg, P = 66[°]. Fyziologické funkce (TK, P) byly měřeny á 6 hodin. Dieta byla ponechána 1A pooperační, pohybový režim volný. Byla mu odebrána krev na biochemii a KO (viz tab. 1, 3).

11. hospitalizační den (20. 11. 2013)

Pacient si v ranních hodinách stěžoval na křečovitě bolesti břicha. Následně mu byla naměřena zvýšená tělesná teplota (TT = 37, 2 °C). Vzhledem k tomu, že bolesti břicha neustávaly, byl k pacientovi přivolán lékař, který mu naordinoval analgetika (Dolsin 50 mg i. m.) a odběry krve na CRP, KO a hemokulturu 3krát denně (viz tab. 1, 3). Pacient pociťoval po podání analgetik zmírnění bolesti. Operační rána byla převázána a nejevila žádné známky infekce. CŽK je dnes také převázán transparentní folii, okolí a místo vpichu nejeví žádné známky infekce. V medikaci nedochází k žádné změně, stejně tak zůstává stejná dieta a pohybový režim.

12. hospitalizační den (21. 11. 2013)

Pacient se dnes cítí lépe, teplota však zůstává mírně zvýšená (TT = 37, 1 °C), ostatní fyziologické funkce jsou v normě. Pacientovi byl za aseptických podmínek odstraněn CŽK a následně zaveden PŽK, ze kterého byla odebrána krev ke kontrole KO, CRP (viz tab. 3, 4). Dále byl pacient odeslán na ultrazvukové vyšetření břicha. Medikace je ponechána z minulého dne.

13. - 18. hospitalizační den (22. - 26. 11. 2013)

Pacientovi v těchto dnech klesla tělesná teplota, její hodnota se pohybovala v rozmezí 36 - 37 °C. Ostatní fyziologické funkce byly v normě. Každý den byl pacientovi kontrolován a převazován PŽK, kdy místo vstupu bylo klidné bez známek infekce. Stejně tak byla i pravidelně kontrolována a převazována operační rána. Šestnáctý hospitalizační den byly pacientovi odstraněny z operační rány stehy a rána byla ošetřena Jodcolodiem. V tento den byla také naposledy podána antimykotika a následně byl odstraněn i PŽK. Pravidelně byl kontrolován KO a hladina CRP (viz tab. 1, 3). Dále byl pacient odeslán na CT břicha s kontrastem, které prokázalo přítomnost abscesu v pravém mezogastriu. V těchto dnech byl také pacient pravidelně navštěvován nutričními terapeutkami, které mu vysvětlily základy stravování při tomto onemocnění a sestavily s ním individuální dietu pro další dny hospitalizace. Je mu naordinován šetřící pohybový režim.

19. hospitalizační den (27. 11. 2013)

Pacient se dnes připravuje na odstranění abscesu pod CT kontrolou. Byl velmi úzkostný, byly nutné častější návštěvy a důkladná konzultace jeho stavu s ošetřujícím lékařem. Od půlnoci pacient nepřijímá nic per os a dodržuje šetřící pohybový režim. Byl mu zaveden nový PŽK, který byl kryt netransparentní folií s datem převazu. Po punkci abscesu je pacient vrácen na standardní oddělení. Má zavedený břišní drén na spád. Dle škály VAS hodnotí bolest stupněm číslo 3 a vyžaduje pravidelně analgetika (Novalgin 1g ve 100 ml FR). Třicet minut od podání analgetik udává zmírnění bolesti na stupeň číslo 1 - 2.

Obrázek č. 5- drenáž abscesu pod CT kontrolou



Zdroj: autorka

20. - 21. hospitalizační den (28. - 29. 11. 2013)

Pacient se dnes cítí dobře, je bez bolestí, nevyžaduje žádná analgetika. Z medikace je mu podán Plasmalyte 1000 ml s 5% glukózou a prokinetika (Degan). Ve 20:00 hod. je podána antikoagulační léčba (Fraxiparine 0,4 ml s. c.). PŽK je dnes zaveden druhý den, provedl se jeho převaz. PŽK je funkční bez známek infekce. Drén odvádí minimální množství sterkorální tekutiny. Punktát pod CT byl odeslán na mikrobiologické vyšetření, kde byla zjištěna přítomnost

klostridií. Proto byl pacientovi předepsán Unasyn 3 g i. v. a Metronidazol. TK a puls jsou měřeny po 3 hodinách a jsou v normě. Byla mu odebrána krev na biochemické vyšetření a KO (viz tab. 1, 3). Vzhledem k podezření lékařů na píštěl v anastomóze je pacient 21. hospitalizační den překládán na JIP k plně parenterální výživě.

22. - 25. hospitalizační den (29.11. - 3. 12. 2013)

Pacient je opět na JIP. Byl mu odstraněn PŽK a zaveden nový CŽK do vena subclavia dexter. CŽK je funkční, opatřený clavy, krytý transparentní folií, bez známek infekce. Břišní drén odvádí minimální množství sterkorální tekutiny, jeho okolí nejeví známky infekce. Byl převázán za aseptických podmínek. Z medikace je pacientovi podávána parenterální výživa (Smofkabiven 1970 ml i. v./24 hodin), ATB (Unasyn 3 g i. v. á 6 hodin/100 ml FR, Metronidazol 500 mg i. v. á 8 hodin), antikoagulační léčba (Fraxiparine 0,4 ml s. c.), analgetika jsou podávána dle potřeby pacienta. Na JIP jsou pacientovi opět monitorovány veškeré fyziologické funkce včetně P+V tekutin. Fyziologické funkce včetně příjmu a výdeje tekutin byly v normě. Dieta je naordinována OS - čajová. Pacient rehabilitoval sed, stoj i chůzi. 22. hospitalizační den byla odebrána krev na KO, Quit, APTT, ionty, urea, kreatinin, glykémie, bili, JT, CB, alb, CRP, cholesterol a TG. 24. hospitalizační den odebrána krev na KO a ionty 3 (viz tab. 1, 2, 3, 4).

26. - 30. hospitalizační den (4. - 8. 12. 2013)

Pacient je soběstačný, aktivně spolupracuje. Z invazivních vstupů má zavedený CŽK, který se pravidelně á 3 dny převazuje za aseptických podmínek. Okolí místa vstupu je klidné, bez známek infekce. Drén odvádí okolo 50 ml enterálního obsahu. Byl proveden převaz, okolí nejeví známky infekce. Drén se 3krát denně proplachuje 10 ml FR. Z medikace je mu i nadále podávána parenterální výživa (Smof Kabiven 1970 kCal/24 hodin), analgetika dle bolesti (Novalgin 1g/100 ml FR na 30 min), antacida (Helicid 40 mg/100 ml FR na 30 min á 24 hodin), ATB (Metronidazol 500 mg na 30 min á 8 hodin) a antikoagulační léčba (Fraxiparine 0,4 ml s. c. ve 20:00 hod.). Fyziologické

funkce jsou v normě, každých 12 hodin se měří P+V tekutin, který je rovněž v rozmezí normálních hodnot. Dietu má pacient naordinovanou OS - čajovou a pohybový režim má prozatím omezený na lůžko. Jsou mu pravidelně prováděny kontrolní odběry krve (viz. tab. 2, 4).

31. hospitalizační den (9. 12. 2013)

Vzhledem k tomu, že drén neustále odvádí sterkorální obsah, je pacient dnes indikován k operační revizi pod ATB krytím (Invanz 1 g/100 ml FR na 30 min. před operačním výkonem). Od půlnoci nepřijímá NPO, v ranních hodinách je mu ještě převázán drén, oholeno operační pole a vyvázány bandáže po třísla. Na výzvu operačního sálu je pacientovi podána premedikace dle ARO a vydezinfikován pupík benzinem. Na operačním sále je pacientovi provedena relaparotomie. Při operačním zákroku je zjištěno, že příčinou pacientových problémů není píštěl, ale špatně zavedený drén po punkci abscesu pod CT kontrolou. Na operačním sále mu je zaveden PMK. Po operaci je pacient hospitalizovaný na JIP, kde je opět připojen na monitorovací zařízení, infuzní terapii a je mu podáván kyslík pomocí kyslíkových brýlí, pravidelně se měří fyziologické funkce, které jsou stabilní. Z medikace jsou mu podány infuzní terapie (Plasmalyte s 5% glukózou 1000 ml i. v. rychlostí 150 ml/hod), kontinuální analgetika (Dipidolor 60 mg- 4 amp ve 20 ml FR rychlostí 0,8 ml/hod lineárním dávkovačem), antacida (Helicid 40 mg/100 ml FR na 30 min á 24 hodin), ATB (Metronidazol 500 mg na 30 min á 8 hodin) a antikoagulační léčba (Fraxiparine 0,4 ml s. c. ve 20:00 hod). Byla odebrána krev na KO a ionty (viz tab. č. 2, 4). Dvě hodiny od operace je pacientovi naordinována dieta OS - čajová.

32. hospitalizační den (10. 12. 2013)

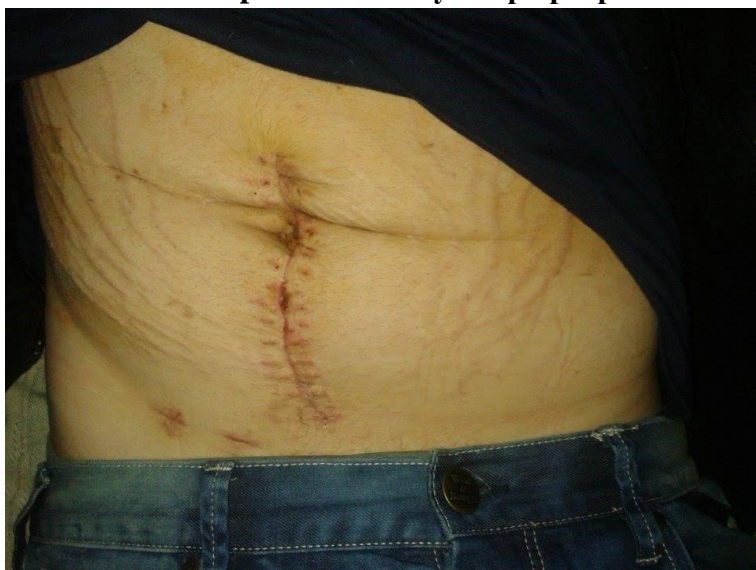
Pacient se dnes cítí lépe, je částečně soběstačný, spolupracuje. Dle ordinace lékaře je mu podáno: Plasmalyte s 5% glukózou 1000 ml + 30 ml 7,5% KCl +1 amp. C vit. rychlostí 150 ml/hod a Isolyte 1000 ml + 1 amp C vit. rovněž rychlostí 150ml/hod. Jako ATB je mu ponechán Invanz 1g i. v. á 24 hod. Antikoagulační léčba a analgetika jsou stejná jako předchozí den. Operační rána je

klidná bez známek infekce. Pacient dnes seděl a procházel se po oddělení, dieta zůstává stejná jako předchozí den. Byla mu odebrána kontrolní laboratoř na KO, Na, Cl a K (viz tab. 2, 4).

33. - 37. hospitalizační den (11. - 18. 12. 2013)

Pacient byl ve stabilizovaném stavu. Střevní pasáž byla obnovena, a proto byl pacient přeložen opět na standardní oddělení, kde probíhala postupná rehabilitace a realimentace. Byly mu postupně odstraněny všechny invazivní vstupy (CŽK, PMK, BD). Okolí invazivních vstupů bylo klidné bez známek infekce. Operační rána se rovněž hojila bez komplikací. Při propuštění byl pacient edukován, aby se dostavil do týdne na kontrolu a k vytažení stehů na chirurgickou ambulanci, pokud by se objevily jakékoliv potíže, má přijít ihned. Dále byl poučen o nutnosti dodržovat dietní opatření a pohybový režim (klidový). Pacient byl propuštěn do domácího léčení.

Obrázek č. 6 - operační rána týden po propuštění do domácího léčení



Zdroj: autorka

2.1.4. Pacientova prognóza

Pacient je nyní ve stabilizovaném stavu a cítí se dobře. Další relaps onemocnění a případná další operace však u něj nejsou do budoucna zcela vyloučeny.

3. Ošetrovatelská část

Druhou částí mé bakalářské práce je ošetrovatelská část, ve které popisují ošetrovatelský proces, model fungujícího zdraví dle Majory Gordonové, ošetrovatelskou anamnézu, přehled stanovených aktuálních a potencionálních diagnóz, krátkodobý i dlouhodobý plán péče včetně její realizace. Dále se v této části také věnuji psychosociálnímu stavu nemocného a edukaci především v oblasti výživy.

Pro svou práci jsem si vybrala pacienta s diagnózou absces střeva při Crohnově chorobě, který byl přijat na chirurgické oddělení k ileocekální resekci. Po operaci byl pacient umístěn na JIP, kde jsem také 2. pooperační den odebrala ošetrovatelskou anamnézu a vypracovala krátkodobý plán péče. Během hospitalizace u pacienta došlo ke komplikacím, které výrazně prodloužily dobu jeho hospitalizace. Po celou dobu, kterou pacient v nemocnici strávil, jsem sledovala vývoj jeho zdravotního stavu.

3.1. Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetrovatelství. Umožňuje systematický a specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetřování každého nemocného v nemocniční i terénní péči. Ošetrovatelský proces se odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama iniciativně rozhodne na základě poznání nemocného.(12)

Největším přínosem ošetrovatelského procesu je individuální poskytování ošetrovatelské péče každému jednotlivci, zlepšení návaznosti péče, povzbuzuje pacienty k aktivní účasti na vlastní péči a v neposlední řadě také to, že ošetrovatelský plán dává potřebné informace všem pracovníkům zdravotnického týmu.(13)

Ošetrovatelský proces má 5 fází:

- Zhodnocení nemocného = cílem je kvalitní zhodnocení pacienta a získání co největšího množství informací. Zhodnocení nemocného provádíme většinou pozorováním a rozhovorem s nemocným.

- Stanovení ošetřovatelských diagnóz = zahrnuje identifikaci potřeb pacienta, které jsme získaly díky jeho posouzení. Vztahuje se k jeho potřebám a problémům, které řešíme ošetřovatelskou intervencí.
- Plánování ošetřovatelské péče = cílem je určení priorit řešení problémů, stanovení cílů péče, určení jakým způsobem cílů dosáhneme a zápis ošetřovatelského plánu.
- Realizace ošetřovatelského plánu = v této fázi se realizují úkoly dané ošetřovatelským plánem.
- Hodnocení poskytnuté péče a zpětná vazba= zjišťujeme, zda bylo dosaženo stanoveného cíle, hodnotíme úspěch poskytnuté péče. (12)

3.2. Ošetřovatelský model Majory Gordonové

Model Majory Gordonové je považován za nejkompexnější pojetí člověka v ošetřovatelství z hlediska holistické filozofie. Tento model splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetřovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta v jakémkoliv systému zdravotní péče.

Model je odvozený z interakcí osoba - prostředí. Při kontaktu s pacientem sestra určuje funkční (zdraví) nebo naopak dysfunkční (nemoc) vzorce zdraví. Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetřovatelské údaje v objektivní době. Celkem Majory Gordonová identifikovala 12 vzorců zdraví:

- Vnímání zdraví - udržování zdraví
- Výživa - metabolismus
- Vylučování
- Spánek - odpočinek
- Citlivost (vnímání) - poznávání
- Sebepojetí - sebeúcta
- Role - vztahy
- Reprodukce - sexualita
- Stres, zátěžové situace - zvládání, tolerance
- Víra - životní hodnoty

- Jiné

(11)

3.3. Ošetřovatelská anamnéza podle Majory Gordonové ze dne 14. 11. 2013 (2. pooperační den)

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebírala od pana S. P. druhý pooperační den na JIP především pomocí rozhovoru s pacientem, nahlížením do zdravotnické dokumentace, pozorováním a rozhovorem s jeho rodinou a ostatními členy zdravotnického týmu. Dále jsem u pacienta vyhodnotila jeho rizika pomocí hodnotících škál. Informace jsem zpracovala dle modelu fungujícího zdraví podle Majory Gordové. Pacient se mnou ochotně spolupracoval a aktivně se zapojil.

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ, ZPŮSOB UDRŽOVÁNÍ ZDRAVÍ

Pan S. P. si před hospitalizací udržoval svoje zdraví především sportem (běhání, plavání, tenis) a dodržováním lékařských doporučení. Pan S. P. nekouří ani nepije alkohol. Prodělal běžná dětská onemocnění, jako dítě byl hospitalizovaný s pupeční kýlou. Jinak neprodělal žádné závažné úrazy ani infekční onemocnění.

Druhý pooperační den pan S. P. hodnotí svojí úroveň zdraví jako uspokojivou. Pacient se zaměřuje především na bolest, která ho omezuje v každodenních činnostech. Dodržuje všechna lékařská doporučení a snaží se aktivně zapojit. Dnes poprvé vstával z lůžka s doprovodem fyzioterapeuta a sestry. V odpoledních hodinách se se mnou prošel kolem lůžka. Doufá, že se jeho stav brzy zlepší a operace, kterou podstoupil, bude na dlouhou dobu tou poslední.

2. VÝŽIVA A METABOLISMUS

Pan S. P. měl dříve velmi rád smažená a sladká jídla. Sám říká, že moc rád jedl a o tom svědčila i jeho váha, která byla před rokem okolo 130 kg. Začal sportovat, hlavně běhat, a nechyběla ani úprava životosprávy spočívající především v omezení smažených a sladkých jídel. V posledních 4 měsících však

zhubl výrazně – 20 kg. Tento velký úbytek váhy už přičítá svému onemocnění. Neměl tolik chuť k jídlu, jedl málo, protože ho po jídle trápily bolesti břicha.

Druhý pooperační den má naordinovanou dietu 0S, která mu prozatím vyhovuje, protože nemá chuť k jídlu. Denní příjem tekutin per os je okolo 1,5 litru vody nebo čaje za 24 hodin. Pan S. P. měří 180 cm, váží 85 kg a jeho BMI je 26 (nadváha).

Nutriční riziko (viz příloha č. 5) je hodnoceno 2 body, byl proto kontaktován nutriční specialista. Neužívá žádné doplňky výživy. Do CŽK je mu podávána parenterální výživa a infuzní terapie. Má zavedenou třetím dnem nazogastrickou sondu, která odvádí okolo 50 ml světlého žaludečního obsahu.

Dále jsem pak hodnotila riziko vzniku dekubitů podle Nortonové (viz příloha č. 4) s výsledkem 32 - není přítomno riziko vzniku dekubitů.

Dnes byl panu S. P. proveden převaz operační rány. Operační rána je dlouhá asi 15 cm, její okolí je klidné, bez sekrece a známk infekce. Rána se hojí per primam. Pacientovi byly na operačním sále zavedeny dva břišní drény na spád. Jeden břišní drén je dnes lékařem vytažen, druhý je zkrácen do obvazu. Operační rána a okolí drénu je odezinfikováno, očištěno, jsou na ní přiloženy sterilní čtverce, které jsem přelepila náplastí.

3. VYLUČOVÁNÍ

S vylučováním moči neměl před hospitalizací problémy. Problémy má spíše s vylučováním stolice, kdy se mu střídají dny zácpy se dny, kdy trpí průjmy. Pacient byl naposledy na stolici dne 10. 11. 2013.

Druhý pooperační den má zaveden z operačního sálu PMK (3. den) z důvodu následné monitorace P+V na JIP (viz tab. č. 5). PMK je bez známek infekce a odvádí světle žlutou moč, bez zápachu a patologických příměsí. Pacient nemá stomii. Ztráty tekutin pocením jsou minimální. Pacient má z operačního sálu rovněž zavedenou NGS, která odvádí minimální množství (cca 50 ml) světlého žaludečního obsahu. Z operačního sálu má pacient rovněž zavedeny dva břišní drény, které neodvádějí žádný obsah.

4. AKTIVITA A CVIČENÍ

Pan S. P. byl před hospitalizací soběstačný ve všech každodenních činnostech. Rád sportoval, cestoval, chodil ven s kamarády a četl knihy.

Druhý pooperační den má od lékaře naordinovaný klidový pohybový režim a postupnou vertikalizaci. Ráno byla u pacienta fyzioterapeutka, která s ním poprvé od operace nacvičovala vstávání z lůžka, pacient se postupně postavil. Vzhledem k tomu, že pacient pociťoval tupou bolest v oblasti operační rány, odmítl udělat pár kroků. Návlek chůze zkusil s mojí pomocí v odpoledních hodinách. U pacienta jsem hodnotila míru soběstačnosti podle Barthelova testu všedních činností (viz příloha č. 3) s výslednou hodnotou 80 bodů, což znamená „lehká závislost“. Dále jsem u pacienta hodnotila riziko pádu dle Conleyové (viz příloha č. 5), výsledná hodnota byla 6 bodů, což znamená střední riziko pádu. Hygienickou péči pan S. P. provedl v sedě na lůžku. Poskytla jsem mu k ruce všechny nutné pomůcky. Hygienickou péči zvládl pan S. P. s mojí pomocí. Po hygieně pan S. P. cítil větší bolestivost v oblasti operační rány. Vzhledem ke snížené mobilitě pacienta u něj hrozí riziko vzniku TEN. Pacient má proto vyvázány bandáže po třísla a dle ordinace lékaře je mu podávána antikoagulační léčba. Odpoledne trávil spánkem, poslechem hudby a čtením knih.

5. SPÁNEK A ODPOČINEK

Doma pacient nemá žádné problémy se spaním. Obvykle spí kolem 8 hodin denně. Po probuzení se cítí odpočatý. K usínání nemá žádné zavedené rituály. Nikdy neužíval žádné léky na spaní.

Druhý hospitalizační den pacient spí vcelku bez problémů. Jen občas se budí ze strachu, zda si nevytáhl NGS a někdy ho zase vzbudí rušnější chod JIP. Dobu spánku udává jako dostačující. Hodně pospává během dne. Vzhledem ke kontinuálnímu podávání analgetik hodnotí bolest na analogové hodnotící škále stupněm mezi 1 - 2 a bolest ho při spaní neobtěžuje.

6. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Pacient je plně orientovaný místem, časem i osobou, aktivně spolupracuje. U pacienta jsem hodnotila GCS (viz příloha č. 6), které mu vyšlo 15 bodů, tj. plně při vědomí. Nemá žádné problémy se zrakem, sluchem ani řečí. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. O jeho zdravotním stavu jsou mu poskytnuty veškeré informace. Pacient vnímá velmi špatně bolest. Proto jsou mu na tlumení bolesti kontinuálně podávána analgetika. Pacientovi toto tlumení bolesti vyhovuje, dle VAS hodnotí bolest stupněm 1 - 2.

7. SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA

Pacient je klidný a vyrovnaný se svým zdravotním stavem, ale zároveň pociťuje úzkost a strach z bolesti a z nedostatku informací o svém zdravotním stavu a dalšímu průběhu hospitalizace. Doufá, že operace na nějaký čas vyřešila jeho problémy s nemocí a bude moci alespoň chvíli žít normální život. Pevně věří, že je to jeho jediná operace, která ho potkala. Po zotavení by si chtěl najít práci, ale bojí se, že kvůli své nemoci to bude obtížné, vzhledem k tomu, že nemocní nikdy nevědí, kdy je může znovu postihnout akutní vzplanutí nemoci. Příští rok by si chtěl podat přihlášku na vysokou školu. Velkou oporou mu je rodina a kamarádi ze školy.

8. PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Bydlí s rodiči a jedním starším bratrem v bytě v Chomutově. Velkou oporou mu jsou v této době rodiče a kamarádi ze školy, kteří mu hodně pomohli překonat strach z hospitalizace. Je rád, že stihl odmaturovat a doufá, že se příští rok dostane na vysokou školu. Jeho rodina je informována o jeho zdravotním stavu. Na návštěvu za ním jezdí 2krát týdně, volají mu každý den.

9. SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Při této otázce byl pacient vzhledem ke svému věku trochu stydlivý. V budoucnu by si určitě rád našel přítelkyni. Doufá, že jeho budoucí přítelkyně bude ochotná přijmout jeho onemocnění a ve všem mu pomoci.

10. STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE

Pacient je v tuto chvíli se svým stavem a nemocí smířený, i když má obavy z dalšího průběhu nemoci, snaží se ale na tuto věc myslet co nejméně. Největší stresovou situací pro něj bylo sdělení, že má v tak mladém Crohnovu nemoc, a poté informace, že je nutné chirurgické řešení nemoci. Velkou oporou mu byla rodina a kamarádi, kteří mu hodně pomohli překonat stres a strach.

11. VÍRA A ŽIVOTNÍ HODNOTY

Pan S. P. žádnou víru nevyznává. Jako svůj životní cíl má nyní hlavně se uzdravit. Akutní vzplanutí nemoci mu překazilo přijímací řízení na vysokou školu, kterého se musel vzdát, a tak doufá, že to příští rok vyjde. Chtěl by studovat Vysokou školu ekonomickou v Praze. Po studiu by si přál založit si svůj podnik a mít samozřejmě rodinu. Jeho velkým přáním také je, aby operace, kterou prodělal, byla tou poslední.

3.4. Krátkodobý plán péče

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila ke 2. pooperačnímu dni na JIP na dobu 24 hodin. Ošetrovatelské diagnózy jsem dále rozdělila na aktuální a potencionální.

PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ STANOVENÝCH KE 2. POOPERAČNÍMU DNI

AKTUÁLNÍ

- Bolesti břicha z důvodu operačního výkonu.
- Dočasná porucha soběstačnosti z důvodu bolesti a operačního výkonu.
- Úzkost a strach z bolesti a z nedostatku informací ohledně jeho zdravotního stavu.

POTENCIONÁLNÍ

- Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení CŽK, břišních drénů, operační rány.

- Riziko vzniku uroinfekce z důvodu zavedení PMK.
- Riziko vzniku dekubitů v oblasti dutiny nosní z důvodů zavedení NGS.
- Riziko malnutrice z důvodu zhoršení zdravotního stavu pacienta.
- Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu a podávání opiátu.
- Riziko vzniku TEN z důvodu dočasné imobility po operačním výkonu.

3.5. Krátkodobý ošetřovatelský plán stanovený ke 2. pooperačnímu dni (14. 11. 2013)

Krátkodobý ošetřovatelský plán jsem stanovila na základě odebrané ošetřovatelské anamnézy a stanovených diagnóz na JIP druhý pooperační den na 24 hodin.

AKTUÁLNÍ

1. Bolesti břicha z důvodu operačního výkonu

Cíl:

- Pacient bude udávat do 30 minut po bolusovém podání analgetik snížení bolesti na stupnici VAS do 2.

Plán:

- zjistit lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti,
- pravidelně kontrolovat pacientovu bolest dle VAS,
- sledovat verbální a nonverbální projevy bolesti,
- edukovat pacienta v možnosti úlevové polohy na boku,
- podávat analgetika dle ordinace lékaře,
- sledovat účinek analgetik a ústup bolesti,
- vše zaznamenat do ošetřovatelské dokumentace.

Realizace:

Pacient pociťoval tupou bolest břicha v oblasti operační rány. Vzhledem k tomu, že mu byla podávána kontinuálně analgetika (Dolsin 300 mg ve 20 ml FR) lineárním dávkovačem do CŽK, hodnotil bolest na stupnici VAS číslem 2. Po rehabilitaci a hygieně si pacient stěžoval na zhoršení bolesti dle stupnice VAS číslem 4. Pacienta jsem edukovala ohledně úlevové polohy na boku s pokrčenými

koleny. Byla mu také přidána bolusově analgetika (Novalgín 1g i. v. do 100 ml FR na 30 min). Po 30 minutách od podání analgetik pacient udával zmírnění bolesti a hodnotil ji na stupnici VAS stupněm 1. Během dne i večera pacient hodnotil bolest jako snesitelnou mezi stupněm VAS 1 - 2. Vše jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Pacient během dne zaujímal úlevovou polohu, kterou jsem mu doporučila. V této poloze se cítil lépe. Pravidelně jsem kontrolovala lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti, která byla nejvyšší při ranní hygieně a nácvičku vertikalizace. Po podání bolusových analgetik pacient udával zmírnění bolesti. Cíl byl splněn.

2. Dočasná porucha soběstačnosti z důvodu bolesti, operačního výkonu a kontinuální monitorace na jednotce intenzivní péče

Cíl:

- Aktivně zapojit pacienta do ošetrovatelských činností, na které se fyzicky cítí (hygienická péče, sed, stoj, popřípadě chůze).

Plán:

- zhodnocení pacientovy soběstačnosti pomocí Barthelova testu,
- dopomoci pacientovi při ranní hygieně,
- zajistit pacientovi soukromí při ranní hygieně,
- pomoci pacientovi při vertikalizaci a chůzi,
- pacient bude mít všechny potřebné věci ve svém dosahu včetně signalizačního zařízení,
- podporovat pacienta v soběstačnosti.

Realizace:

U pacienta jsem zpracovala a vyhodnotila Barthelův test soběstačnosti (viz příloha č. 3) s výsledkem 80 bodů - lehká závislost. Pacient byl upozorněn na to, aby se pohyboval se zvýšenou opatrností jak na lůžku, tak i mimo něj. Je si vědom, že je připojen k monitorovacímu zařízení, jsou mu podávány infuze do CŽK, má zavedený PMK a dva břišní drény. Je seznámen s tím, že pokud by chtěl vstávat z lůžka, má přivolat vždy zdravotnický personál pomocí signalizačního zařízení, které mu bylo umístěno k lůžku. Pacient byl v ranních

hodinách poprvé vertikalizován a zároveň byl edukován fyzioterapeutkou o správném vstávání z lůžka do sedu přes bok. Před vertikalizací mu byly zkontrolovány bandáže dolních končetin, invazivní vstupy byly chráněny před poškozením nebo vytržením. Sed zvládl pacient dobře, cítil jen mírné točení hlavy, které po chvíli ustalo, a tupou bolest v oblasti operační rány. Chůzi okolo lůžka pacient z důvodu bolesti v okolí operační rány odmítl. Po rehabilitaci jsem mu poskytla všechny potřebné pomůcky k provedení ranní hygieny a zajistila jsem mu soukromí zatažením zástěn. Pacient hygienu zvládl sám, kromě mytí zad, se kterým jsem mu pomohla a následně jsem mu ještě záda promazala kafrovou masťou. Pan S. P. ještě chvíli po provedení ranní hygieny seděl a poté si s mojí malou pomocí přes bok lehl zpět do postele. Odpoledne spíše odpočíval, až v později odpoledne se sám posadil, postavil a s mojí pomocí udělal pár kroků okolo postele. Pacient má naordinovanou čajovou dietu. Čaj popíjí sám, vypité množství tekutin si zapisuje na papír, vzhledem k měření příjmu a výdeje tekutin.

Hodnocení:

Pacient po celý den aktivně spolupracoval. Aktivně se zapojil do ranní hygieny, kterou provedl jen s malou dopomocí. Dnes se také poprvé posadil a vstal z lůžka po operaci, chůzi sice odmítl, ale v odpoledních hodinách jí chtěl sám zkusit. Předměty denní potřeby má v dosahu, stejně tak i signalizační zařízení. V případě potřeby ví, jak přivolat sestru. Cíl byl splněn.

3. Úzkost a strach z bolesti a z nedostatku informací o jeho zdravotním stavu

Cíl:

- Pacient bude udávat zmírnění pocitu úzkosti a strachu.

Plán:

- zajistit pacientovi dostatek informací o jeho zdravotním stavu,
- informovat pacienta o provedení ošetrovatelských a lékařských výkonů,
- chovat se k pacientovi empaticky,
- pokusit se odvést pacientovu pozornost od bolesti.

Realizace:

Informovala jsem lékaře o pacientově pocitu úzkosti a strachu z nedostatku informací ohledně jeho zdravotního stavu a dalšího průběhu hospitalizace. Každý ošetrovatelský výkon, který jsem u pacienta prováděla, ať už to byl převaz operační rány, povytažení břišního drénu nebo aplikace léků do CŽK, jsem pacientovi důkladně vysvětlila. Během provádění jakéhokoliv ošetrovatelského výkonu jsem s pacientem komunikovala, abych odvedla jeho pozornost od bolesti. Před hospitalizací pacient neměl žádné negativní zkušenosti s bolestí, které by ho nyní ovlivnily. Proto byla jeho větší vnímavost k bolesti dána jeho psychikou.

Hodnocení:

Lékař během ranní vizity pacientovi vše vysvětlil a zodpověděl jeho dotazy.

Po odchodu lékaře jsem se pacienta zeptala, zda mu byly podány všechny informace, které potřeboval zodpovědět. Odpověděl, že ano, a pocíval úlevu. O všech výkonech, které jsem u pacienta prováděla, jsem ho dostatečně informovala. Během provádění ošetrovatelských výkonů se mnou pacient aktivně komunikoval. Pacient na moje optání na míru úzkosti a strachu reagoval pocitem zmírnění úzkosti a strachu. Cíl byl splněn.

POTENCIONÁLNÍ

4. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení CŽK, břišních drénů, operační rány

Cíl:

- Minimalizovat riziko vzniku infekce.
- Včasné rozpoznání místních i celkových známek infekce.

Plán:

- pravidelná hygienická dezinfekce rukou,
- zhodnotit stav a funkčnost CŽK,
- invazivní vstupy a operační ránu převazovat vždy za aseptických podmínek,
- invazivní vstupy a operační ránu převazovat dle standardů oddělení a dle potřeby pacienta,

- měnit infuzní sety vždy po 24 hodinách,
- pravidelná výměna clavů á 3 dny,
- zhodnotit operační ránu (velikost, vzhled, lokalizace, sekrece) a její okolí,
- zajistit pacientovi soukromí při převazu,
- poučit pacienta o postupu každého převazu a nutnosti aseptického postupu,
- infuze, parenterální výživu a analgetickou směs připravovat a podávat do CŽK vždy asepticky,
- monitorace FF, především TT,
- každý převaz zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace,
- sledovat lokální známky infekce - zarudnutí, otok, lokálně zvýšená teplota, bolest,
- sledovat celkové známky infekce - zvýšená teplota a pocení.

Realizace:

Pacienta jsem dnes ráno informovala o tom, že u něj bude proveden převaz CŽK a operační rány. Začala jsem převazem CŽK, který je trojcestný, zavedený do vena subclavia a opatřený clavy. Samotnému převazu předcházela řádná hygiena rukou a příprava pomůcek potřebných k převazu CŽK. Nejdříve jsem odstranila původní krytí CŽK, zhodnotila jsem místo invazivního vstupu, které nejevilo žádné známky infekce. Poté jsem místo vstupu odezinfikovala a okolí otřela pomocí sterilního tamponu a peánu. Místo vstupu jsem opět přelepila průhlednou folii Tegaderm, které je určeno přímo pro krytí CŽK. Folií jsem dále popsala dnešním datem převazu a dále datem, kdy má být CŽK opět převázán. Zkontrolovala jsem průchodnost CŽK aplikací 5 ml FR. Aplikace FR byla v pořádku, pacient nepocítoval žádné pálení ani bolestivost při aplikaci FR. Vyměnila jsem infuzní sety a napojila zpět analgetika a parenterální výživu. Dále jsem převázala operační ránu, která se dnes převazovala poprvé od operace. Nejprve jsem sejmula původní krytí, na kterém byly přiměřené stopy krve. Operační rána byla asi 15 cm dlouhá, její okolí bylo klidné bez známek infekce. Operační ránu jsem odezinfikovala a pomocí tamponu v peánu jsem odstranila zaschlé zbytky krve především mezi stehy. Operační ránu jsem překryla sterilními čtverci a modrým savým čtvercem a vše přelepila náplastí. Jako poslední jsem převázala břišní drény. Opět jsem odstranila původní krytí. Oba břišní drény

odvádějí minimální množství krve, jsou vyvedeny do sáčku na spád. Okolí břišních drénů je klidné bez známek infekce. Drén číslo jedna je odstraněn lékařem, druhý drén je zkrácen a vyveden do obvazu. Okolí drénů jsem opět odezinfikovala, očistila sterilními tampony od nečistot a zbytku dezinfekce. Místa vstupu drénu jsem překryla nastříženými sterilními čtverci. Zkrácený drén jsem ještě překryla vrstvou nenastřížených sterilních čtverců. Vše jsem přelepila náplastí. Pacienta jsem poučila o možnosti prosáknutí zkráceného drénu, a že má v tomto případě dát vědět zdravotnického personálu. Vše jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace. Pacientovi byly pravidelně měřeny FF, které byly v normě, dále mu byla ještě změřena TT, pacient byl afebrilní.

Hodnocení:

Během péče o pacienta jsem se snažila minimalizovat riziko vzniku infekce na minimum především dodržováním aseptických zásad. Zároveň jsem se snažila o včasné rozpoznání případných známek infekce. CŽK, operační rána a břišní drény byly asepticky převázány a byl o nich proveden záznam do ošetrovatelské dokumentace. Pacient byl obeznámen s postupem převazu a plně při něm spolupracuje. U pacienta se neobjevily žádné známky infekce. Cíl byl splněn.

5. Riziko vzniku uroinfekce z důvodu zavedení PMK

Cíl:

- Minimalizovat riziko vzniku uroinfekce.
- Včasné rozpoznání místních i celkových známek uroinfekce.

Plán:

- důkladná hygienická péče oblasti genitálu,
- poučit pacienta o nutnosti důkladné hygienické péče v oblasti genitálu,
- sledovat barvu, zápach a příměsi moči,
- výměna močových sáčků á 3 dny
- vypouštět močový sáček á 6 hodin a dále dle potřeby,
- sledovat P+V tekutin a zaznamenávat hodnoty do ošetrovatelské dokumentace,
- minimalizovat rozpojování systému,

- sledovat lokální a celkové známky uroinfekce,
- zajistit dostatek příjmu tekutin.

Realizace:

Pacientovi byl PMK zaveden v den operace na operačním sále. K dnešnímu dni je tedy zavedený 3. den. Pacient byl před ranní hygienou poučen o nutnosti důkladné hygienické péče v oblasti genitálu vzhledem k zavedenému PMK. Během hygienické péče jsem dohlédla na to, aby se pacient v oblasti genitálu důkladně umyl. Pacienta jsem poučila o nutnosti hlášení, kdyby pociťoval pálení či řezání v oblasti močového ústrojí. Po 6 hodinách, jsem chodila vypouštět močový sáček a současně jsem kontrolovala barvu, zápach a příměsí moči. Moč byla světle žluté barvy, bez zápachu a příměsí. Tento den jsem také pacientovi močový sáček vyměnila a popsala ho dalším datem výměny za tři dny. Příjem tekutin si pacient zapisoval sám, současně byl poučen o nutnosti dostatečného příjmu tekutin. Příjem a výdej tekutin byl dostatečný a zaznamenávala jsem ho každých 12 hodin do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Pacient neudává žádné obtíže ve spojitosti se zavedeným PMK. Moč má světle žlutou barvu, nezapáchá a je bez patologických příměsí. Hygienickou péči genitálu pacient provedl sám pod mým dohledem. Příjem a výdej tekutin je v normě, hodnoty jsou zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace. Pacient dodržuje pitný režim. Neobjevují se u něj žádné známky uroinfekce. O všem je řádně poučen. Cíl byl splněn.

6. Riziko vzniku dekubitů v oblasti dutiny nosní z důvodů zavedení nazogastrické sondy

Cíl:

- Minimalizovat riziko vzniku dekubitů.
- Včasné rozpoznání počátečních příznaků dekubitů.

Plán:

- jednou denně nebo dle potřeby pacienty měnit polohu NGS,
- převazovat NGS jednou denně nebo dle potřeby pacienta,

- udržovat NGS čistou a suchou.

Realizace:

Pacientovi byla hned ráno odlepena náplast z nosu. Zbytek náplasti jsem jemně odstranila z nosu navlhčeným tamponkem s benzinem. Poté jsem sondu posunula na druhou stranu nosní dírky a opět jsem jí přelepila náplastí. Pacienta jsem se dotázala, zda nepocítuje v oblasti nosu nějaké pálení či bolestivost. Pacient všechny tyto obtíže, které by naznačovaly vznik dekubitů, negoval. V odpoledních hodinách se pacientovi náplast z nosu trochu odlepila, a proto jsem mu nos opět očistila benzinem a sondu jsem posunula opět na druhou stranu a přilepila náplastí.

Hodnocení:

U pacienta nedošlo ke vzniku dekubitů v oblasti dutiny nosní. Nebyly přítomny ani žádné známky, které by naznačovaly vznik dekubitu. NGS byla pravidelně převazována a měněna její poloha z jedné strany nosní dírky na druhou. Cíl byl splněn.

7. Riziko malnutrice z důvodu zhoršení zdravotního stavu pacienta

Cíl:

- Pacient nezhubne během hospitalizace více jak 5 kg

Plán:

- zhodnotit pacientovo riziko vzniku malnutrice,
- zajistit pacientovi dostatečný příjem tekutin,
- sledovat bilanci tekutin,
- kontaktovat nutričního specialistu.

Realizace:

Zhodnotila jsem pacientovo riziko vzniku malnutrice (viz příloha č. 5) s výsledkem 2 bodů. Vzhledem k tomu, že tento počet bodů znamená riziko vzniku malnutrice, kontaktovala jsem nutričního specialistu. Pacient je dnes druhý den po operaci a má prozatím naordinovanou čajovou dietu. Je mu podávána parenterální výživa (Nutriflex bazal 2000 ml i. v. na 18 hodin a 500 ml FR s jednou ampulí Celaskonu rychlostí 100 ml/hod). Chuť k jídlu prozatím nemá.

Zajistila jsem tedy pacientovi dostatečný příjem tekutin. Pacient si zaznamenával příjem vypitých tekutin na papír. Já jsem každých 12 hodin hodnotila jeho příjem a výdej tekutin, který byl za 24 hodin +2330 ml.

Hodnocení:

Pacient má prozatím naordinovanou čajovou dietu, snažila jsem se tedy o to, aby co nejvíce pil a tekutiny si zaznamenával na papír. Je mu podávána také parenterální výživa. Pacient vzhledem k dalším komplikacím během hospitalizace, která se značně prodloužila, zhubl 3 kg. I přesto byl cíl splněn.

8. Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu a podávání opiátů

Cíl:

- Minimalizovat riziko pádu.

Plán:

- zhodnotit pacientovo riziko pádu dle Conleyové,
- zajistit bezpečné prostředí,
- dát pacientovi všechny pomůcky na dosah k lůžku, především signalizační zařízení,
- edukovat pacienta o riziku pádu, aby nevstával sám z lůžka a vždy vstával z lůžka pouze ze sestrou nebo fyzioterapeutem,
- pomoci pacientovi při vstávání z lůžka,
- kontrolovat zdravotní stav pacienta (točení hlavy, nevolnost),
- označit pacientův identifikační náramek červeným puntíkem pro riziko pádu.

Realizace:

Zhodnotila jsem pacientovo riziko pádu dle Conleyové (viz příloha č. 5), jehož výsledek byl 6 bodů což značilo střední riziko pádu. Pacient již měl náramek i cedulku na posteli označenou červeným puntíkem. Pana S. P. jsem poučila o možnosti rizika pádu, aby nevstával sám z lůžka a vždy kdyby chtěl z lůžka vstát, aby zavolal zdravotní sestru. Upravila jsem také jeho prostředí, kdy jsem mu zvedla postranice v horní části lůžka. Společně s fyzioterapeutkou jsem pacientovi pomohla do sedu a ptala jsem se ho, zda se mu netočí hlava nebo zda mu není nevolno. Pacient pociťoval jen mírné točení hlavy, které po chvíli

přestalo. Pacientovi jsem položila k lůžku všechny potřebné věci k provedení ranní hygieny, kterou provedl s mojí pomocí. Poté jsem pacientovi pomohla zpět do lůžka, umístila jsem k ruce všechny potřebné věci, především signalizační zařízení.

Hodnocení:

U pacienta nedošlo k pádu. Zároveň byl poučen o riziku pádu a jeho prevenci. Všechny potřebné věci, včetně signalizačního zařízení má v dosahu u lůžka. Cíl byl splněn.

9. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu dočasné imobility po operačním výkonu

Cíl:

- Minimalizovat riziko vzniku TEN.
- Včasné rozpoznání příznaků TEN.
- Pacient bude znát prevenci a příznaky TEN.

Plán:

- preventivní provedení bandáží po třísla na dolních končetinách,
- pravidelná kontrola funkčnosti bandáží dolních končetin,
- sledovat projevy TEN,
- edukovat pacienta o TEN, jejích příznacích a možnosti prevence,
- podávat antikoagulační léčbu (Fraxiparine 0,4 ml s. c. ve 20:00 hod) dle ordinace lékaře.

Realizace:

Ráno jsem pacientovi převázala bandáže dolních končetin až po třísla. Během dne jsem bandáže pravidelně kontrolovala, a pokud byly shrnuty, znovu jsem je převázala. Při převazování bandáží byly dolní končetiny bez známek TEN (bez začervnění, otoku, bolesti). Pacient byl poučen o tom, co je TEN, o jejích příznacích a nutnosti dodržovat preventivní opatření (bandáže dolních končetin, cvičení v lůžku, antikoagulační léčba). Pacient dnes také poprvé rehabilitoval, odpoledne se dokonce i prošel kolem postele. Noční služba pacientovi aplikovala antikoagulační léčbu (Fraxiparine 0,4 ml s. c. ve 20:00 hod.).

Hodnocení:

Pacient nejevil známky TEN. Byl poučen o tom, co je TEN, o jejích příznacích a nutnosti dodržovat preventivní opatření. Cíl byl splněn.

3.6. Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

Při tvorbě dlouhodobého ošetrovatelského plánu péče jsem se zaměřila na pacientovy problémy z krátkodobého plánu od 3. pooperačního dne do jeho propuštění.

VÝVOJ BOLESTI BĚHEM HOSPITALIZACE

Aktuálním problémem je u pacienta především tlumení bolesti. Bolesti jsou u pacienta na JIP tlumeny pomocí kontinuálních analgetik (Dolsin 300 mg ve 20 ml FR).

5. pooperační den jsou pacientovi postupně snižována kontinuální analgetika a následně jsou úplně vysazena. Pacient snáší vysazení kontinuálních analgetik dobře.

Dále jsou pacientovy bolesti tlumeny Novalginem 1 g ve 100 ml FR.

11. hospitalizační den se u pacienta objevily silné bolesti břicha, proto je mu naordinován Dolsin 50 mg i. m.

Po zbytek hospitalizace je pacientovi podáván pouze Novalgin 1 g do 100 ml FR. Lokalizace, charakter a intenzita bolesti se pravidelně zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace.

VÝVOJ SOBĚSTAČNOSTI BĚHEM HOSPITALIZACE

Pozornost by měla být věnována i pacientově soběstačnosti. Ve dnech na JIP je nutný dohled nad pacientem a případně je nutné mu dopomoci. Vzhledem k tomu, že po dobu hospitalizace na JIP je kontinuálně monitorován, je mu podávána infuzní terapie a má mnoho invazivních vstupů, hrozí u něj větší riziko pádu. Pacient je o všem poučen.

Do 10. hospitalizačního dne má vzhledem k hospitalizaci na JIP pacient šetřící pohybový režim. Postupně se zapojuje do běžných denních činností.

Po překladu pacienta na standardní oddělení má pacient volný pohybový režim. Byl u něj přehodnocen Barthelův test základních všedních činností s výsledkem 100 bodů- nezávislý.

Díky křečovitým bolestem břicha (13. - 18. hospitalizační den) je pacientovi opět doporučován šetřící pohybový režim.

19. hospitalizační den se pacient připravuje k punkci abscesu pod CT kontrolou.

21. hospitalizační den je pacient překládán opět na JIP k plné parenterální výživě. Má ordinovaný klidový pohybový režim. Barthelův test základních všedních činností je 85 bodů - lehce závislý.

31. hospitalizační den je pacient indikován k operační revizi, po které je několik dní opět na JIP.

Poté je hospitalizován vzhledem ke zlepšení stavu opět na standardní oddělení k postupné rehabilitaci.

VÝVOJ ÚZKOSTI A STRACHU

V souvislosti s úzkostí a strachem pro nedostatek informací je během celé hospitalizace nutné dohlížet na pravidelnou konzultaci pacienta s lékařem zejména při důležitých zvratech v jeho zdravotním stavu. S pacientem je třeba také často hovořit, naslouchat mu, podporovat ho. Při provádění jakýchkoliv ošetřovatelských postupů je nutné pacientovi vše vysvětlit a neustále s ním mluvit.

VÝVOJ RIZIKA VZNIKU INFEKCE

Vzhledem k potencionálnímu riziku vzniku infekce z důvodu zavedení CŽK, břišních drénů a operační rány, je nutná pravidelná kontrola, převazy a aseptický přístup. Při kontrole je nutné sledovat případné počínající známky infekce. Je třeba kontrolovat i celkové známky infekce.

3. pooperační den byl pacientovi odstraněn druhý břišní drén a byl proveden převaz operační rány. Okolí bylo klidné bez známek infekce.

12. hospitalizační den je pacientovi odstraněn CŽK a zaveden PŽK. Místo po vpichu zavedeného CŽK je klidné bez známek infekce.

16. hospitalizační den jsou pacientovi odstraněny stehy z operační rány a také odstraněn PŽK, který je znovu zaveden o tři dny později vzhledem

k přípravě pacienta k punkci abscesu pod CT kontrolou. Po punkci abscesu pod CT kontrolou má pacient opět zavedený břišní drén na spád, jeho okolí je klidné bez známek infekce. Drén odvádí sterkorální obsah.

22. hospitalizační den je pacientovi opět zaveden CŽK a odstraněn PŽK z důvodu podávání parenterální výživy na JIP.

Vzhledem k tomu, že drén neustále odvádí sterkorální obsah, je pacient indikován 31. hospitalizační den k operační revizi.

33. – 37. hospitalizační den je pacient opět na standardním oddělení, kde jsou mu postupně odstraněny všechny invazivní vstupy. U pacienta se neobjevují žádné známky infekce.

VÝVOJ RIZIKA VZNIKU UROINFEKCE

Vzhledem k tomu, že se pacientovi na JIP sleduje P+V tekutin, má stále zavedený PMK a hrozí u něj tak riziko vzniku uroinfekce. Je nutné tedy dbát na důkladnou hygienu pacienta, především v oblasti genitálu, sledovat a kontrolovat množství, konzistenci, barvu, zápach a patologické příměsi v moči. Při ošetřování PMK musíme dodržovat aseptický přístup a minimalizovat rozpojování systému. Nutný je také pacientův dostatečný příjem tekutin.

9. hospitalizační den je pacientovi odstraněn PMK. K dispozici má močovou láhev. Pacient se do hodiny sám spontánně vymočil.

Do 31. hospitalizačního dne pacient chodí sám na WC. Po operační revizi je mu opět na tři dny zaveden PMK, který je opět při překladech pacienta na standardní oddělení odstraněn.

VÝVOJ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ Z DŮVODU ZAVEDENÉ NGS

Pacient má z operačního sálu zavedou NGS, díky které hrozí u pacienta riziko vzniku dekubitu v oblasti dutiny nosní. Sonda neodvádí 3. pooperační den žádný obsah a pacienta obtěžuje. Je tedy na ordinaci lékaře 3. pooperační den odstraněna.

VÝVOJ RIZIKA VZNIKU MALNUTRICE Z DŮVODU ZHORŠENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Od 5. pooperačního dne je pacient postupně zatěžován stravou. Má naordinovanou dietu 1A - pooperační.

Od 13. hospitalizačního dne chodí za pacientem nutriční specialistiky a vysvětlují mu zásady dietních opatření při Crohnově chorobě.

19. hospitalizační den je pacient indikován k punkci abscesu pod CT kontrolou, a proto nesmí nic jíst ani pít.

21. hospitalizační den je pacient na plné parenterální výživě.

31. hospitalizační den je pacient připravován k operační revizi, a proto má opět dietu NPO. Po operaci má opět čajovou dietu.

Od 33. hospitalizačního dne je pacient opět na standardním oddělení, kde je postupně zatěžován stravou.

Nutriční terapeutky za ním chodí dle jeho potřeby. Do domácího léčení pacient odchází s kompletními znalostmi o nutných dietních opatření.

VÝVOJ RIZIKA PÁDU

Pacient byl po celou dobu hospitalizace v riziku pádu. Riziko se přehodnocovalo dle hodnotící škály podle Conleyové. Pacientovi bylo zajištěno bezpečné prostředí a všechny pomůcky, hlavně signalizační zařízení měl vždy v dosahu.

VÝVOJ RIZIKA VZNIKU TEN

I přesto, že se pacient postupně začíná hýbat, stále u něj hrozí riziko vzniku TEN.

Od 3. pooperačního dne pacient začíná pomalu chodit, a proto mu byly odstraněny bandáže dolních končetin.

Bandáže po třísla má opět vyvázány od 21. do 33. hospitalizačního dne, kdy je hospitalizován na JIP, je po punkci abscesu pod CT kontrolou a po operační revizi.

Po celou dobu hospitalizace je mu podávána dle ordinace lékaře antikoagulační léčba (Fraxiparine 0,4 ml s. c.).

3.7. Psychologie nemocného

Výskyt chronického onemocnění znamená pro tak mladého člověka velký zásah do jeho života a do nejbližších sociálních vztahů, zejména rodiny. Mění se jeho potřeby, psychika a také motivace. Člověk se musí najednou vyrovnat se zátěží psychickou, fyzickou i finanční. Způsob, jakým nemocný vznik náročné životní situace zvládne, závisí především na informacích, které pacient o nemoci má, jak před, tak v průběhu hospitalizace. Důležitým aspektem v prožívání nemoci je také sociální zázemí, zvláště v rodině. Osobnost pacienta je však pro prožívání nemoci tou nejdůležitější oblastí, protože každý z nás prožívá náročné životní situace jiným způsobem. Každý nemocný člověk prožívá obavy a strach, především ze svojí budoucnosti. Úzkostní lidé také očekávají zvýšenou náklonnost a opečovávání od zdravotnického personálu, protože se velmi často cítí osamělí a izolovaní. Úzkost bývá u těchto pacientů často vystřídána depresí a rezignací. (17)

Crohnova choroba je chronické a vleklé onemocnění, které se v dnešní době stále nedaří trvale vyléčit. Panu S. P. je 20 let, měl spoustu plánů do budoucna, které mu však diagnostika Crohnovy choroby překazila. Jeho obtíže začaly přibližně před rokem, kdy trpěl bolestmi břicha, kterým nepřikládal velkou důležitost. Crohnova choroba mu byla diagnostikována teprve před necelým půl rokem. Pan S. P. se sdělením této diagnózy vyrovnával těžce. Nepřipouštěl si, že by mohl být v tak mladém věku vážněji nemocný. On i jeho rodina se museli naučit žít jiným životním stylem než doposud. Nejvíce se však podle pana S. P. Crohnova choroba promítla do jeho stravování, musel se učit, které potraviny a nápoje smí konzumovat a naopak, které jsou přísně zakázány. Během několika měsíců se s onemocněním naučil žít. Velký zvrat přišel právě v době, kdy se mu bolesti břicha navrátily, aniž by si uvědomoval jakékoliv porušení lékařských doporučení. Z okresní nemocnice v Chomutově byl převezen do Prahy, kde mu byl diagnostikován absces a nutnost chirurgického řešení onemocnění. Pacient se operačního zákroku obával, vyžadoval od lékařů spoustu informací ohledně hospitalizace, průběhu operace a dalšího pooperačního průběhu. Ve zvládnutí stresu mu velmi pomáhala rodina, která za ním sice nejezdila každý den, ale několikrát denně mu volala. Po návštěvě nebo telefonátu měl vždy lepší náladu.

V pooperačním období pacient více reagoval na bolest, proto mu musela být kontinuálně podávána analgetika. Přesto se u něj objevovaly dny, kdy trpěl úzkostí a strachem. Právě v těchto dnech vyžadoval často konzultace s lékařem. V pooperačním období jsem mu ve zvládnání stresu pomohla i já. Trpělivě jsem mu naslouchala, snažila jsem se mu se vším pomoci a hlavně ho rozptýlit. Pacient byl velmi komunikativní, rád vyprávěl různé historky ze školy, z domova a z cest. Rozptýlením mu bylo také sledování filmů a poslech hudby. Znovuvytvoření abscesu a následná nutnost další operace pro něj nebyla tou nejlepší zprávou, ale s pomocí rodiny vše zvládl. Nyní doufá, že 37 dní, které v nemocnici strávil, budou na dlouhou dobu ty poslední.

3.8. Edukace pacienta

Pro úspěšnost léčby Crohnovy choroby je dodržování dietních omezení stejně důležité jako léčba medikamentózní či chirurgická. Dietní opatření se liší podle toho, zda se pacient nachází ve stadiu relapsu nebo remise. Pacienti s tímto onemocněním v akutní fázi trpí proteino - energetickou podvýživou s váhovým úbytkem, nedostatkem bílkovin a specifickými deficity vitamínů, minerálů a stopových prvků. (17, 18)

Po celou dobu hospitalizace pacienta pravidelně navštěvovaly nutriční terapeutky a seznamovaly ho s dietou. Vzhledem k tomu, že edukace v této oblasti byla pro pacienta tou nejdůležitější oblastí edukace, i vzhledem k tomu, že u pacienta bylo zjištěno riziko malnutrice, rozhodla jsem se tomuto tématu věnovat i v této části méj bakalářské práce.

Pacient má od příjmu dietu 1 A pooperační. Před operačním zákrokem 24 hodin nesmí nic per os. Po operačním zákroku je mu podávána cestou CŽK parenterální výživa. Pacient smí pít prozatím pouze čaj.

Až 8. hospitalizační / 5. pooperační den je pacient postupně zatěžován stravou, dieta 1A pooperační.

Od 14. hospitalizačního dne má od nutričních terapeutek stanovenou individuální dietu.

18. hospitalizační den se pacient připravuje k puncii abscesu pod CT kontrolou a nesmí nic per os. Poté má pacient opět nasazenou parenterální

výživou společně s čajovou dietou. Parenterální výživu společně s čajovou dietou má pacient až do 29. hospitalizačního dne, kdy od půlnoci nesmí NPO, protože je následující den indikován k operační revizi.

Po operaci 30. hospitalizační den je pacient opět na JIP. Dvě hodiny po operaci smí pít čaj neb vodu.

33. hospitalizační den je pacient opět na standardním oddělení. Až do propuštění je postupně zatěžován stravou.

Nutriční terapeutky za ním chodí dle jeho potřeby. Do domácího léčení pacient odchází s kompletními znalostmi o nutných dietních opatření.

3.8.1. Dieta pro pacienty s Crohnovou chorobou ve stadiu relapsu

Možností léčby relapsu je podávání plné enterální či parenterální výživy. 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.

V tomto období onemocnění je nutné podávat pacientům bezsezbytkovou dietu (vyloučení nerozpustné vlákniny a hůře stravitelných jídel). Vhodné je přidání probiotik. Pacienti by měli přijímat menší porce jídla, 5 až 6 denně, jídlo mít důkladně rozmělněné. Přijímané tekutiny by měly být vlažné a v dostatečném množství (min 2 litry denně). (16)

Mezi nevhodné potraviny patří: jídla tučná, smažená a uzená, zvěřina, kachna, husa, slanina, tlačěnka, nadýmavá zelenina, ovoce s tuhými slupkami a zrníčky, které je také nadýmavé, tvrdé a syrové, dále luštěniny, čerstvé pečivo (jak světlé, tak tmavé), koření včetně majonéz. Většina pacientů také špatně snáší mléčné výrobky. Z nápojů je nevhodný alkohol, káva, sycené nápoje a nápoje, které jsou příliš teplé i příliš studené.

Mezi vhodné potraviny řadíme: vývary z libového masa, netučné druhy mas vhodně tepelně připravené (vaření, dušení), z ovoce pouze zralé oloupané banány a jablka, starší pečivo, koření pouze pomocí bylinek, solíme mírně.

3.8.2. Dieta pro pacienty s Crohnovou chorobou ve stadiu remise

V tomto období onemocnění není nutné dodržovat žádná zvláštní dietní opatření. Zásadou však zůstává, že strava by měla být nedráždivá, šetřící, dostatečně kaloricky vyvážená. S dostatkem vitamínů. Každý nemocný si musí najít svoji individuální snášenlivost k určitým potravinám. I nadále je nutné dodržovat pitný režim (2 - 2,5 litrů denně). Strava by neměla obsahovat tvrdou nestravitelnou rostlinou vlákninu. Je doporučován také zvýšený příjem bílkovin, železa, vápníku a vitamínu B a C. (8, 16). V přípravě jídel preferujeme vaření, vaření v páře, dušení, pečení či opékání na sucho.

Závěr

Moje bakalářská práce se zabývá komplikovaným případem 20letého pacienta, který byl přijat s Crohnovou chorobou k ileocekální resekci.

Klinická část mojí bakalářské je zaměřena na anatomii a fyziologii trávicího ústrojí, především jsem se zaměřila na anatomii a fyziologii tenkého a tlustého střeva. Dále jsem se v klinické části věnovala charakteristice Crohnovy choroby- patologie a patofyziologii, klinickým projevům, diagnostice, komplikacím, léčbě a prognóze. V závěru klinické části jsem poukázala na incidenci a prevalenci Crohnovy choroby v posledních letech.

Ve speciální klinické části se věnuji již samotnému pacientovi. Popsala jsem tu základní údaje o nemocném, lékařskou anamnézu, laboratorní výsledky vyšetření a dále pak předoperační a pooperační péči s kompletním průběhem hospitalizace.

V ošetrovatelské části jsem zpracovala ošetrovatelskou anamnézu, kterou jsem získala pozorováním a rozhovorem s pacientem, nahlížením do dokumentace a od ostatních členů zdravotnického týmu. Údaje jsem zpracovala dle fungujícího modelu zdraví podle Majory Gordonové. Ze získaných údajů jsem sestavila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Ke každé diagnóze jsem si stanovila cíl, plán, její realizaci a v závěru jsem zhodnotila, zda byly dané cíle splněny či nikoliv. Vzhledem k mladému věku pacienta jsem se věnovala jeho psychologii a také edukaci především v oblasti výživy, která je pro toto onemocnění velmi důležitá.

Zpracování bakalářské práce a ošetrovatelská péče o tohoto pacienta mi přinesla komplexnější pohled na toto závažné onemocnění. Velkým přínosem pro mě bylo pozorovat jeho psychický stav a také možnost sledovat vývoj jeho zdravotního stavu. Pacient byl hospitalizován poměrně dlouhou dobu a vzhledem k nevléčitelnosti onemocnění sice odcházel ve stabilizovaném stavu, ale ne zcela zdrav. Přesto doufám, že nyní bude dlouho dobu bez komplikací a nutnosti další hospitalizace.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALB = albumin
ALT = alaninaminotrasferáza
AST = aspartátaminotrasferáza
ATB = antibiotika
Atd = a tak dále
ARO = anesteziologicko resuscitační oddělení
Amp = ampule
APTT = aktivovaný parciální tromboplastinový čas

BD = břišní drén
BMI = body mass index
B₁ = thiamin
B₂ = riboflavin
B₁₂ = kobalamin

°C = Celsiovy stupně
Cl = chlór
Cm = centimetry
CO₂ = oxid uhličitý
CRP = c – reaktivní protein
CŽK = centrální žilní katétr

D = dech
DK = dolní končetiny

ECHO = echokardiografie

FF = fyziologické funkce
FNKV = Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
FR = fyziologický roztok

GCS = glasgow coma scale
GGT = gama - glutamyltransferáza
GIP = na glukóze závislý inzulinotropní polypeptid
GIT = gastrointestinální trakt

HCl = kyselina chlorovodíková

IBD = idiopatické břišní záněty
i. m. = intramuskulární
INR = vyjádření hodnoty Quickova testu.
i.v. = intravenózní

JIP = jednotka intenzivní péče

KCal = kilokalorie

Kg = kilogram
KPa = kilopascal
KO = krevní obraz

ml = mililitry
Mg = miligram
mmHg = milimetry rtuťového sloupce

Na = sodík
NGS = nazogastrická sonda
NPO = nic per os

P+V = příjem a výdej tekutin
PMK = permanentní močový katétr

s.c. = subkutánní
Spo2 = saturace krve kyslíkem

TEN = tromboembolická nemoc
TK = tlak krevní
TT = tělesná teplota

VAS = vizuální analogová škála bolesti
VFN = Všeobecná fakultní nemocnice

OS = čajová dieta
1A = pooperační dieta

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- (1) ROKYTA, Richard et. al. *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, ošetrovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. 2. přepracované vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2008. ISBN 80-86642-47-X
- (2) NAŇKA, Ondřej a ELIŠKOVÁ Miloslava. *Přehled anatomie*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-612-0
- (3) ČIHÁK, Radomír a GRIM, Miloš. *Anatomie 2*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-247-0143-X
- (4) ROKYTA, Richard, MAREŠOVÁ, Dana a TURKOVÁ, Zuzana. *Učebnice somatologie 1. a 2.* Vyd. 4. Praha: Nakladatelství VIP Books s.r.o. , 2007. ISBN 978-80-87134-02-3
- (5) MAČÁK, Jiří, MAČÁKOVÁ Jana a DVOŘÁČKOVÁ Jana. *Patologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3530-6
- (6) ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-600-7
- (7) KOHOUT, Pavel a PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. Vyd. 1. Praha: Forsapi, 2006. ISBN 80-903820-0-2
- (8) LUKÁŠ, Karel. *Idiopatické střevní záněty - minimum pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-173-0
- (9) MILAN, Lukáš et al. *Idiopatické střevní záněty - nejistoty, současné znalosti a klinický přístup*. Vyd. 1. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-85824-79-5
- (10) LUKÁŠ, Karel. *Idiopatické střevní záněty - diagnostika a léčba pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton 1997. ISBN 80-85875-31-4

- (11) PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
- (12) STAŇKOVÁ, Marta. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-282-5
- (13) Lemon 1: *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. [1. vyd.]. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. ISBN 80-7013-234-5.
- (14) LUKÁŠ, Karel. *Idiopatické střevní záněty*. Vyd.2. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-85875-31-4
- (15) Kolektiv autorů. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. Vyd.1. Praha: Medimport, 2010
- (16) KOHOUT, Pavel. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Vyd.1. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN: 80-7345-023-2
- (17) VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X
- (18) GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora. Praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978- 80- 247 – 1868- 2

SEZNAM POUŽITÝCH PŘÍLOH

Příloha č. 1: ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2: ošetřovatelský plán

Příloha č. 3: Barthelův test základních všedních činností

Příloha č. 4: hodnotící škála rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Příloha č. 5: hodnotící škála rizika vzniku malnutrice, hodnotící škála rizika pádu dle Conleyové

Příloha č. 6: GCS

Příloha č. 1: ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení : *Chk. JIPZ*.....

Datum a čas odběru anamnézy : *14.11.2013, 7:00*..

Jméno (iniciály) : *S.P.*..... Pohlaví: *muž*... Věk : *20 let*.....

Datum přijetí : *12.11.2013*

Datum propuštění : *18.11.2013 (standardní oddělení)*

Stav: *neobdobný*

Povolání:.....

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): *akut. strava*.....

Chronická onemocnění : *Chřivka chovba*.....

Infekční onemocnění: NE ANO.....

Režimová opatření:.....

Léčba:

Operační výkon: *dechální korekce*..... Pooperační den: *2*.....

Farmakoterapie:

- *Multivliv. Masak 2000 ml i.v. na 18 hod*
- *FR 500 ml + ampu. telaskon 100 ml / hod*
- *Invaziv. 1g / 100 ml FR in. v. 30 min 1x denně*
- *Exalga 100 mg / 150 ml 5% G. i.v. na 60 min 1x denně*
- *Navalgim 1g / 100 ml FR na 30 min při bolesti nad 2, Masu 4x denně*
- *Dolacim 100 mg do 20 ml FR 0,8 ml / hod*
- *Praviparen 0,4 ml s.c. 1x denně*
- *Klidol 1 amp / 100 ml FR melxidiaz. mukosolvan 2 ml + 2 ml FR á 6 hod*

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké: *antibiotikům*

Fyziologické funkce : P : *90'* TK : *125/80* D : *17*..... SpO2 : *97%* TT : *36,7*

Hmotnost : *85 kg* Výška : *180 cm*

1) Vědomí

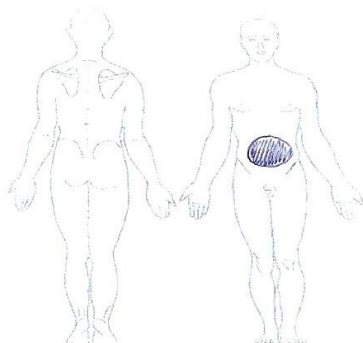
stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : *15*.....

Orientovaný Dezorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne

lokalizace :



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

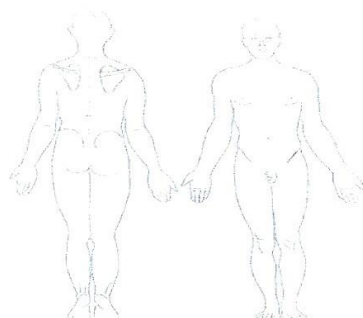
3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: 30

lokalizace :



Ošetření rány:.....
.....

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....

Úrazy: ano ne jaké:.....

Prodělaná dětská onemocnění: *operace pupku, byly, žádná dětská onemocnění*

Infekční onemocnění: ano ne jaká:.....

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *05-tajata*..... Nutriční skóre: *2*.....

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:.....

Jakým druhům potravin dává přednost: *ovce*.....

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:.....

Enterální výživa Parenterální výživa: *Nutriflex basal 2000ml iv*

Denní množství tekutin: *1l*..... Druh tekutin: *voda, čaj*.....

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: *10-15 kg*

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

poslední stolice: *10.11*.....

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: *3*.....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *klidový pohybový režim*.....

Barthel test: *80 - lehka asistace*.....

Riziko pádu: ANO skóre: *6 - střední riziko pádu* NE

Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 13 hodina usnutí : 20:00

poruchy spánku : ano ne jaké :

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem : /

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké :

potíže se sluchem: ano ne jaké :

porucha řeči: ano ne jaká :

kompensační pomůcky: ano ne jaké :

orientace : orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Sebepojetí, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : sám v kolektivu

co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : *komunikativní, přátelský*

pocit zlosti, vzteku : ano ne

pocit strachu : ano ne z čeho : *z nedostatků informací a bolesti*

pocit úzkosti : ano ne

jak klient vyjadřuje negativní emoce: *potřebou si o problémech promluvit*

emocionální stav : *spokojený*

Úroveň komunikace a spolupráce: *aktivní spolupráce a komunikace*

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : *pozitivní, přátelský*

bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *rodina*

kontakt s rodinou : ano ne

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů :

počet potratů :

antikoncepce : ano ne jaká :

pravidelnost menstruace : ano ne Klimakterium : ano ne

problémy s prostatou : ano ne jaké :

pohlavní onemocnění : ano ne jaké :

zvláštnosti v sexuálním chování :/.....

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : klidný rozrušený úzkostný depresivní strach

prožívá nějaké napětí : ano ne jaké, z čeho : *medikalizace informací*

způsob odreakování : *počehy, hudby, tla*

kouření : ano ne kolik :

alkohol : ano ne kolik :

drogy : ano ne jaké :

15) Víra

Víra ano ne jaká :

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : *2x. břišní drén* Datum zavedení : *12.11*

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : kde :

Stav :

centrální datum zavedení : *7.11.* kde : *v. subclavia*

stav : *funkční, bez*

anémie infekce

ne

Sonda : ano ne jaká : *NGS* datum zavedení : *12.11*

Stomie : ano ne jaká : stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení :

Tracheotomie : ano ne č. : od kdy :

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr : ano ne

Jiné invazivní vstupy :

Příloha č. 2: ošetrovatelský plán

| OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA | CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | REALIZACE PLÁNU PÉČE | HODNOCENÍ POSKYTNUTÉ PÉČE |
|--|---|--|---|---|
| Bolesti břicha z důvodu operačního výkonu. | Pacient bude udávat do 30 minut po bolusovém podání analgetik snížení bolesti na stupnici VAS do 2. | -zjistit lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti, -pravidelně kontrolovat pacientovu bolest dle VAS, -sledovat verbální a nonverbální projevy bolesti, | -pacient pociťuje tupé bolesti břicha, -jsou mu podávána kontinuální analgetika (Dolsin 300 mg ve 20 ml FR) lineárním | Pacient během dne zaujímal úlevovou polohu na boku, kterou jsem mu doporučila. V této poloze se cítil lépe. Pravidelně jsem kontrolovala lokalizaci, charakter a intenzitu bolesti, |
| | | -edukovat pacienta o možnosti úlevové polohy na boku, -podávání analgetik dle ordinace lékaře, -sledovat účinek analgetik a ústup bolesti, -vše zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace. | dávkovačem do CŽK, -hodnocení bolesti pacientem číslem 2 na stupnici VAS, -po hygieně a rehabilitaci zhoršení bolesti na stupnici VAS | kteřá byla nejvyšší při ranní hygieně a nácviku vertikalizace. Po podání bolusových analgetik pacient udával zmírnění bolesti. Cíl byl splněn. |
| | | | číslem 4, -edukace ohledně úlevové polohy na boku s pokrčenými koleny, -podání analgetik bolusově (Novalgin 1 g | |
| | | | i.v do 100 ml FR), -po 30 minutách od podání analgetik pacient pociťuje úlevu od bolesti, hodnocenou na stupnici VAS číslem 1, | |
| | | | -během dne pacientovo hodnocení bolesti jako snesitelné, -vše zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace. | |

| OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA | CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | REALIZACE PLÁNU PÉČE | HODNOCENÍ POSKYTNUTÉ PÉČE |
|---|---|--|---|---|
| Dočasná porucha soběstačnosti z důvodu bolesti, operačního výkonu a kontinuální monitorace na jednotce intenzivní péče. | Aktivně zapojit pacienta do ošetřovatelských činností, na které se fyzicky cítí (hygienická péče, postupná vertikalizace, popřípadě chůze). | -zhodnocení pacientovy soběstačnosti pomocí Barthelova testu, -dopomoci pacientovi při ranní hygieně, -zajistit pacientovi soukromí při ranní hygieně, -pomoci pacientovi | -vyhodnocení testu soběstačnosti s výsledkem 80 bodů = lehká závislost -upozornění pacienta na to, aby se | Pacient aktivně spolupracoval. Aktivně se zapojil do ranní hygieny, kterou provedl sám jen s mojí dopomocí. Dnes se také poprvé posadil a vstal z |
| | | při vertikalizaci a chůzi, -pacient bude mít všechny potřebné věci ve svém dosahu včetně signalizačního zařízení, -podporovat pacientovu soběstačnost. | pohyboval se zvýšenou opatrností jak v lůžku tak mimo něj, -je si vědom, že je připojen k monitorovacímu zařízení, jsou mu podávány | Lůžka po operaci, chůzi odmítl, ale v odpoledních hodinách chtěl chůzi sám zkusit. Předměty denní potřeby má pacient v dosahu, |
| | | | infuze do CŽK, má zavedený PMK a dva břišní drény -je seznámen s tím, že pokud by chtěl vstávat, má upozornit sestru pomocí signalizačního zařízení, které | Stejně tak i signalizační zařízení. V případě potřeby ví, jak přivolat sestru. Cíl byl splněn. |
| | | | má na dosah ruky, -před rehabilitací zkontrolovány bandáže DK, -sed zvládl pacient dobře, cítil jen mírné točení hlavy, | |
| | | | které po chvíli ustalo, -chůzi pacient, vzhledem k bolesti v oblasti operační rány odmítl, -po rehabilitaci jsem mu | |

| OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA | CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | REALIZACE PLÁNU PÉČE | HODNOCENÍ POSKYTNUTÉ PÉČE |
|---|--|--|--|--|
| | | | poskytla všechny nutné pomůcky k provedení ranní hygieny a zajistila jsem mu soukromí, -pacient | |
| | | | zvládl ranní hygienu jen s mojí pomocí, -v odpoledních hodinách se pacient sám postavil a udělal pár | |
| | | | kroků kolem postele, -pacient popíjí sám čaj nebo vodu a příjem si zapíše na papír. | |
| Úzkost a strach z bolesti a z nedostatku informací o jeho zdravotním stavu. | Pacient bude udávat zmírnění pocitu úzkosti a strachu. | -zajistit pacientovi dostatek informací o jeho zdravotním stavu, -informovat pacienta o provedení ošetřovatelských a lékařských výkonů, -chovat se k pacientovi empaticky, | -informovala jsem lékaře o pacientově pocitu úzkosti a strachu z nedostatku informací ohledně jeho zdravotního stavu a dalšího | Lékař během ranní vizity pacientovi vše vysvětlil a zodpověděl jeho dotazy. Po odchodu lékaře jsem se pacienta zeptala, zda mu byly podány všechny |
| | | -pokusit se odvést pacientovu pozornost od bolesti. | průběhu hospitalizace, -každý ošetřovatelský výkon jsem pacientovi důkladně vysvětlila, | Informace, které potřeboval zodpovědět. Odpověděl, že ano, a pociťoval úlevu. O všech výkonech jsem pacienta dostatečně informovala. |

| OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA | CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | REALIZACE PLÁNU PÉČE | HODNOCENÍ POSKYTNUTÉ PÉČE |
|--|--|--|--|--|
| | | | -během provádění výkonů jsem s pacientem komunikovala k odvedení jeho pozornosti od bolesti, -pacient nemá | Pacient se mnou aktivně komunikoval. Na moje optání ohledně zmírnění míry úzkosti a strachu reagoval pozitivně. |
| | | | žádné negativní zkušenosti s bolestí, které by ho nyní ovlivnily. | Cíl byl splněn. |
| Riziko infekce z důvodu zavedeného CŽK, břišních drénů, operační rány. | Minimalizovat riziko vzniku infekce. Včasné rozpoznání místních i celkových známek infekce. | -pravidelná hygienická dezinfekce rukou, -zhodnotit stav a funkčnost CŽK, -invazivní vstupy a operační rány převazovat dle standardů oddělení a dle potřeby pacienta, | -informovala jsem pacienta o tom, že u něj bude proveden převaz CŽK a operační rány, -jako první převaz CŽK: - po hygienické | Během péče o pacienta jsem se snažila minimalizovat riziko vzniku infekce na minimum především dodržováním aseptických |
| | | -měnit infuzní sety po 24 hodinách, -pravidelná výměna bezjehlových vstupů á 3 dny, -zhodnotit operační ránu (velikost, vzhled, lokalizace a sekrece) a její okolí, -zajistit pacientovi | dezinfekci rukou jsem odstranila původní krytí, zhodnotila jsem místo vpichu, které nejevilo žádné známky infekce. Místo vstupu | zásad. Zároveň jsem se snažila o včasné rozpoznání případných známek infekce. CŽK, operační rána a břišní drény byly asepticky převázány a byl o nich proveden |
| | | soukromí při převazu, -poučit pacienta o postupu každého převazu a nutnosti aseptického postupu, -infuze, parenterální výživu a analgetickou směs připravovat a podávat do CŽK vždy asepticky, | jsem odezinfikovala, očistila sterilními čtverci a přelepila náplastí Tegaderm. Zkontrolovala jsem průchodnost CŽK aplikací | záznam do ošetřovatelské dokumentace. Pacient byl obeznámen s postupem převazu a plně při něm spolupracoval. U pacienta se neobjevily žádné známky |

| OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA | CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | REALIZACE PLÁNU PÉČE | HODNOCENÍ POSKYTNUTÉ PÉČE |
|-------------------------|-------------------------|--|--|---------------------------|
| | | -monitorace FF, především TT, -každý převaz zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace, -sledovat lokální známky infekci, -sledovat celkové známky infekce. | 5 ml FR. Poté jsem vyměnila infuzní sety. Následoval převaz operační rány: opět jsem po provedení | infekce. Cíl byl splněn. |
| | | | hygienické dezinfekce rukou odstranila původní krytí, na kterém byla přiměřená stopa krve. Operační ránu společně | |
| | | | s drény jsem odezinfikovala a očistila sterilními tampony. Operační ránu jsem kryla sterilnímu čtverci a modrými | |
| | | | savými čtverci. Byl odstraněn jeden břišní drén, druhý byl zkrácen do obvazu. Místo bylo opět kryto sterilními čtverci a | |
| | | | modrými savými čtverci. Pacient je poučen o možnosti prosakování ze zkráceného drénu. | |

| OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA | CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | REALIZACE PLÁNU PÉČE | HODNOCENÍ POSKYTNUTÉ PÉČE |
|---|---|---|--|--|
| | | | -vše je zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace, -pravidelné měření fyziologických funkcí (v normě), | |
| | | | -pacientovi byla pravidelně měřena TT, pacient byl afebrilní. | |
| Riziko vzniku uroinfekce z důvodu zavedení PMK. | Minimalizovat riziko vzniku uroinfekce. Včasné rozpoznání místních i celkových známek infekce. | -důkladná hygienická péče v oblasti genitálu, -poučit pacienta o nutnosti důkladné hygienické péče v oblasti genitálu, -sledovat barvu, zápach a příměsi moči, -výměna močových sáčků á 3 dny, | -pacient je před ranní hygienou poučen o nutnosti důkladné hygienické péče v oblasti genitálu vzhledem k zavedenému PMK, | Pacient neudává žádné obtíže ve spojitosti se zavedením PMK. Moč má světle žlutou barvu, nezapáchá a je bez patologických |
| | | -vypouštět močový sáček á 6 hodin, -sledovat P+V tekutin a zaznamenávat hodnoty do ošetřovatelské dokumentace, -minimalizovat rozpojování systému, -sledovat lokální a | -pacient nepocítuje žádné příznaky, které by nasvědčovaly infekci, a je poučen o nutnosti hlášení sestře, | příměsí. Hygienickou péči genitálu pacient provedl sám, pod mým dohledem. P+V tekutin je v normě, hodnoty jsou zaznamenány |
| | | celkové známky uroinfekce, -zajistit dostatek příjmu tekutin. | kdyby pocítoval pálení a řezání v oblasti močového ústrojí, -po 6 hodinách je pacientovi vypuštěn močový sáček a zhodnocena barva moči, | do ošetřovatelské dokumentace. Pacient dodržuje pitný režim. Neobjevují se u něj žádné známky infekce. |

| OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA | CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | REALIZACE PLÁNU PÉČE | HODNOCENÍ POSKYTNUTÉ PÉČE |
|--|---|--|--|--|
| | | | zápach či příměsi v moči, -výměna močového sáčku, -pacient poučen o nutnosti dostatečného příjmu tekutin, který | O všem je řádně poučen. Cíl byl splněn. |
| | | | si zapisuje sám na papír, -P+V tekutin zaznamenán á 12 hodin do ošetrovatelské dokumentace. | |
| Riziko vzniku dekubitu v oblasti dutiny nosní z důvodu zavedení nazogastrické sondy. | Minimalizovat riziko vzniku dekubitu. Včasné rozpoznání počátečních příznaků dekubitů. | -1 krát denně nebo dle potřeby pacienta měnit polohu NGS, -převazovat 1 krát denně nebo dle potřeby pacienta NGS, -udržovat NGS suchou a čistou. | -v ranních hodinách převaz NGS: odstranění fixační náplasti a odstranění zbytku náplasti tamponkem s benzinem. Poté jsem sondu posunula na | U pacienta nedošlo ke vzniku dekubitu v oblasti dutiny nosní. Nebyly přítomny ani žádné známky, které by naznačovaly vznik dekubitu. NGS byla pravidelně |
| | | | druhou stranu nosní dírky. Znovu jsem sondu zafixovala náplastí. -pacient nepocítuje v oblasti nosu žádné pálení | převazována a měněna její poloha z jedné strany nosní dírky na druhou. Cíl byl splněn. |
| | | | či bolestivost, -v odpoledních hodinách jsem sondu znovu převázala stejným způsobem jako ráno. | |

| OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA | CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | REALIZACE PLÁNU PÉČE | HODNOCENÍ POSKYTNUTÉ PÉČE |
|---|---|--|--|--|
| Riziko malnutrice z důvodu zhoršení zdravotního stavu pacienta. | Pacient nezhubne během hospitalizace více jak 5 kg. | -zhodnotit riziko vzniku malnutrice, -zajistit dostatečný příjem tekutin, -sledovat bilanci tekutin, -kontaktovat nutričního specialistu. | -zhodnocení pacientova rizika vzniku malnutrice s výsledkem 2 body = riziko vzniku malnutrice, -prozatím má pacient | Pacient má prozatím naordinovanou čajovou dietu. Snažila jsem se o to, aby pacient co nejvíce pil a tekutiny si zaznamenával na papír. Je mu podávána parenterální |
| | | | čajovou dietu a parenterální výživu (Nutriflex bazal 2000 ml i.v na 18 hodin), -chuť k jídlu prozatím nemá, | výživa. Pacient vzhledem k dalším komplikacím během hospitalizace, která se značně prodloužila, zhubl 3 kg. I přesto byl cíl splněn. |
| | | | -zajištění dostatečného příjmu tekutin -pacient si zaznamenává příjem vypitých tekutin na papír, | |
| | | | -každých 12 hodin hodnocení příjmu a výdeje tekutin, který byl za 24 hodin +2330 ml. | |

| OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA | CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | REALIZACE PLÁNU PÉČE | HODNOCENÍ POSKYTNUTÉ PÉČE |
|--|----------------------------|---|---|---|
| Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu a podávání opiátů. | Minimalizovat riziko pádu. | -zhodnotit pacientovo riziko pádu dle Conleyové, -zajistit bezpečné prostředí, -dát pacientovi všechny pomůcky na dosah k lůžku, především signalizační zařízení, | -zhodnocení pacientova rizika pádu dle Conleyové s výsledkem 6 bodů = střední riziko pádu, -identifikační náramek i | U pacienta nedošlo k pádu. Zároveň byl poučen o riziku pádu a jeho prevenci. Všechny potřebné věci, včetně signalizačního zařízení má |
| | | -edukovat pacienta o riziku pádu, aby nevstával sám z lůžka a vždy při vstávání z lůžka přivolal sestru, -pomoci pacientovi při vstávání z lůžka, -kontrolovat zdravotní stav pacienta (točení hlavy, nevolnost), | cedule na posteli jsou opatřeny červeným puntíkem, -pacient poučen o možnosti rizika pádu, aby nevstával sám z lůžka, | v dosahu u lůžka. Cíl byl splněn. |
| | | -označit pacientův identifikační náramek červeným puntíkem pro riziko pádu. | -upravení prostředí (zvednutí postranic v horní části lůžka) -společně s fyzioterapeutkou jsem pacientovi pomohla do sedu a současně | |
| | | | kontrolovala jeho zdravotní stav, -pacient pociťoval jen mírné točení hlavy, které po chvíli ustalo, -dala jsem pacientovi k lůžku všechny potřebné věci na | |
| | | | provedení ranní hygieny k lůžku, -po provedení ranní hygieny jsem pacientovi pomohla zpět do lůžka, dala mu k ruce všechny potřebné věci včetně signalizačního zařízení. | |

| OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA | CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | REALIZACE PLÁNU PÉČE | HODNOCENÍ POSKYTNUTÉ PÉČE |
|--|---|--|--|--|
| Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu dočasné imobility po operačním výkonu. | Minimalizovat riziko vzniku TEN. Včasné rozpoznání příznaků TEN. Pacient bude znát prevenci a příznaky TEN. | -preventivní provedení bandáží po třísla na DK, -pravidelná kontrola funkčnosti bandáží DK, -sledovat projevy TEN, -edukovat pacienta o TEN, jejích | -ráno převázání bandáží DK po třísla, -během dne pravidelná kontrola funkčnosti bandáží, a pokud byly | Pacient nejevil známky TEN. Byl poučen o tom, co je TEN, o jejích příznacích a nutnosti dodržování preventivních opatření. |
| | | příznacích a možnosti prevence, -podávat antikoagulační léčbu (Fraxiparine 0,4 ml s.c. ve 20:00 hodin) dle ordinace lékaře. | shrnuty znovu jsem je převázala, -při převázování bandáží DK byly dolní končetiny bez známek TEN (bez začervnění, otoku, bolsti), | Cíl byl splněn. |
| | | | -pacient je poučen o tom, co je TEN, o jejích příznacích a nutnosti dodržovat | |
| | | | preventivní opatření (bandáže DK, cvičení v lůžku, antikoagulační léčba), -pacient poprvé rehabilitoval, | |
| | | | -v odpoledních hodinách se prošel kolem lůžka, -noční služba aplikovala antikoagulační léčbu. | |

Příloha č. 3: Barthelův test základních všedních činností

Barthelův test základních všedních činností (ADI-activities daily living)

| činnost | provedení činnosti | bodové skóre |
|-------------------------|--------------------------|--------------|
| 1. najedení, napítí | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 2. oblékání | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 3. koupání | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 4. osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 5. kontinence moči | plně kontinentní | 10 |
| | občas inkontinentní | 5 |
| | trvale inkontinentní | 0 |
| 6. kontinence stolice | plně kontinentní | 10 |
| | občas inkontinentní | 5 |
| | inkontinentní | 0 |
| 7. použití WC | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 8. přesun lůžko - židle | samostatně bez pomoci | 15 |
| | s malou pomocí | 10 |
| | vydrží sedět | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 9. chůze po rovině | samostatně nad 50 m | 15 |
| | s pomocí 50 m | 10 |
| | na vozíku 50 m | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 10. chůze po schodech | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |

Hodnocení stupně závislosti: 00

| | |
|---------------|----------------------------|
| 0 – 40 bodů | vysoce závislý |
| 45 – 60 bodů | závislost středního stupně |
| 65 – 95 bodů | lehká závislost |
| 96 – 100 bodů | nezávislý |

Zdroj: STAŇKOVÁ, Marta. *Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Brno: institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80 - 7013 - 323 -

Příloha č. 4: hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

| Schopnost spolupráce | Věk | Stav pokožky | Přidružená onemocnění | Fyzický stav | Vědomí | Aktivita | Mobilita | Inkontinence |
|----------------------|-----------|--------------|-----------------------------------|----------------|-------------|----------------|-----------------|----------------|
| Úplná 4 | < 10 4 | Normální 4 | Žádné 4 | Dobry 4 | Bdělý 4 | Chodí 4 | Úplná 4 | Není 4 |
| Částečně omezená 3 | < 30 3 | Alergie 3 | DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3 | Zhoršený 3 | Apatický 3 | S doprovodem 3 | Část. omezená 3 | Občas 3 |
| Velmi omezená 2 | < 60 2 | Vlhká 2 | Trombóza, obezita 2 | Špatný 2 | Zmatený 2 | Sedačka 2 | Velmi omezená 2 | Převážně moč 2 |
| Žádná 1 | > 60 1 | Suchá 1 | Karcinom 1 | Velmi špatný 1 | Bezvědomí 1 | Leží 1 | Žádná 1 | Moč+stolice 1 |

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

Příloha č. 6: Glasgow Coma Scale

Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí GCS (Glasgow Coma Scale)

| | |
|---|-----------|
| 1. otevření očí | |
| spontánní | 4 body |
| na oslovení | 3 |
| na bolest | 2 |
| bez reakce | 1 |
| 2. slovní odpověď | |
| orientovaná | 5 |
| zmatená | 4 |
| nekomunikuje | 3 |
| nesrozumitelné zvuky | 2 |
| žádná odpověď | 1 |
| 3. reakce na bolest | |
| provede na příkaz pohyb | 6 |
| lokalizuje podnět (pohyb k podnětu) | 5 |
| úniková reakce (pohyb od podnětu) | 4 |
| ne cílená flexe končetiny (dekortikační reakce) | 3 |
| ne cílená extenze končetiny (decerebrační reakce) | 2 |
| nereaguje | 1 |
| celkem | <u>15</u> |

hodnocení: 15 – 13 bodů
12 – 9 bodů
8 – 3 body

lehká porucha vědomí
střední porucha vědomí
závažná porucha vědomí