

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Lenka Zimová

Ošetřovatelská péče o pacienta po IPAA-ileo pouch anální anastomóze

*Nursing care about a Patient after IPAA- ileo pouch anal
anastomosis*

Bakalářská práce

Praha 2014

Autor práce: Lenka Zimová

Studijní program: Všeobecná sestra

Bakalářský studijní obor: Ošetřovatelství

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3.LF UK

Odborný konzultant: MUDr. Ondřej Ryska Ph.D.

Pracoviště odborného konzultanta: Nemocnice Hořovice

Předpokládaný termín obhajoby: Září 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 26.května 2010

Lenka Zimová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové za ochotu, trpělivost a cenné rady a MUDr. Ondřeji Ryskovi Ph.D. za odborné vedení.

Obsah

1. ÚVOD	6
2. ANATOMIE TENKÉHO A TLUSTÉHO STŘEVA	7
2.1 TENKÉ STŘEVO-INTESTINUM TENUE	7
2.2 TLUSTÉ STŘEVO-INTESTINUM CRASSUM	7
3. FYZIOLOGIE TENKÉHO A TLUSTÉHO STŘEVA	10
3.1 TENKÉ STŘEVO	10
3.2 TLUSTÉ STŘEVO.....	10
3.3 FYZIOLOGIE DEFEKACE	11
3.4 VSTŘEBÁVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH ŽIVIN V GIT	12
4. IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY	14
4.1 INCIDENCE	14
4.2 PREVALENCE	15
4.3 MORTALITA	15
4.4 VARIACE GEOGRAFICKÉ, POHLAVNÍ, RASOVÉ, GENETICKÉ	15
4.5 RIZIKOVÉ FAKTORY	16
5. ULCERÓZNÍ KOLITIDA	17
5.1 HISTORIE	17
5.2 KLINICKÝ OBRAZ	17
5.3 DIAGNÓZA	19
5.4 KOMPLIKACE ULCERÓZNÍ KOLITIDY	22
5.6 LÉČBA.....	23
6. PROKTOKOLEKTOMIE S IPAA	26
7. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	28
7.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA	28
7.2 PŘÍPRAVA PACIENTA K OPERACI	30
7.3 PRŮBĚH OPERACE	30
7.4 PRŮBĚH HOSPITALIZACE	31
7.5 CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	33
7.6 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL DLE GORDONOVÉ- MODEL FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ	34
7.7 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A POSOUZENÍ STAVU	35
7.8 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	42
7.10 HODNOCENÍ PSYCHOSOCIÁLNÍHO STAVU NEMOCNÉHO	48
7.11 EDUKACE	49
7.12 PROGNÓZA	51
8. SOUHRN A ZÁVĚR	52
9. POUŽITÁ LITERATURA	53
10. SEZNAM PŘÍLOH	55

1.Úvod

Téma problematiky idiopatických střevních zánětů a konkrétně ulcerózní kolitidy jsem si vybrala z toho důvodu, že četnost nemocných se neustále zvyšuje. Velmi důležitá je včasná diagnostika a dobře nastavená léčba. Ani ta však nezabrání u některých nemocných chirurgické intervenci. Správně indikovaná proktokolektomie s ileo-pouch anální anastomózou (IPAA) představuje pro pacienty zlepšení kvality života bez nutnosti trvalého střevního vývodu. Ulcerózní kolitida je oproti Crohnově nemoci ve výhodě, protože je chirurgicky léčitelná. Toto řešení nabízí právě konstrukce ileo-pouch anální anastomózy.

Cíl práce:

Pro svou bakalářskou práci jsem zpracovala případovou studii, ošetrovatelskou péči o pacienta H. J. (41 let), s diagnózou ulcerózní kolitidy. Pacient byl přijat na standardní chirurgické oddělení plánovaně k operačnímu výkonu, proktokolektomii s ileo-pouch anální anastomózou.

V klinické části jsem se věnovala anatomii a fyziologii tenkého a tlustého střeva. Dále obecně problematice idiopatických střevních zánětů a podrobněji ulcerózní kolitidě, její historii, epidemiologii a léčbě. Dále jsem vysvětlila problematiku ileo-pouch anální anastomózy. Ošetrovatelská část začíná lékařskou anamnézou přípravou k operaci a samotným operačním výkonem. Pokračovala jsem průběhem hospitalizace. Dále jsem se věnovala problematice mnou vybraného ošetrovatelského modelu a dle jeho vzoru ošetrovatelské anamnéze a plánu ošetrovatelské péče. Také jsem zhodnotila psychosociální stav nemocného, edukovala ho. Závěr práce obsahuje seznam použité literatury a přílohy.

2.ANATOMIE TENKÉHO A TLUSTÉHO STŘEVA

K pochopení celé problematiky je třeba nejprve probrat anatomii částí zažívacího traktu, kterých se ulcerózní kolitida a ileo- pouch anální anastomóza konkrétně týká, tenkého a tlustého střeva.

2.1 Tenké střevo-intestinum tenue

Tenké střevo se dělí na tři oddíly: dvanáctník-duodenum, lačnick- jejunum, kyčelník- ileum.

Dvanáctník

Dvanáctník je dlouhý přibližně 25-30 cm a má tvar písmene C. Jeho části jsou: bulbus, sestupná část, horizontální část, vzestupný úsek a duodenojejunální ohyb, který přechází v jejunum. Vytváří tak tzv. duodenální okno, ve kterém je uložena hlava pankreatu. Duodenální sliznice je složena v četné příčné řasy, pouze v sestupné části je řasa podélná, na níž je vyvýšenina- papilla duodeni major. Zde do duodena ústí vývod pankreatu a žlučovod. Nad touto papilou se nachází menší- papilla duodeni minor. Zde ústí přídatný pankreatický vývod. Ve sliznici se nachází mukózní Brunnerovy žlázy. Sekrece těchto žlázek společně s alkalickou pankreatickou šťávou a žlučí neutralizuje kyselou žaludeční šťávu (1).

Lačnick

Lačnick je dlouhý přibližně dva metry. V lačnicku probíhá největší resorpce natrávené potravy. Sliznice je složena v četné příčné řasy kvůli zvýšení resorpční plochy. Z řas vybíhají drobné klky.

Kyčelník

Je dlouhý asi 3,5 m. Na sliznici kyčelníku je větší množství lymfatické tkáně, která vytváří tzv. Peyerovy plaky.

2.2 Tlusté střevo-intestinum crassum

Tlusté střevo celkově měří 1,5-1,8 a rozděluje se na tračnick-colon, a konečnick-rectum.

Tračník-colon

Svalovina tračníku je zesílena a vytváří tři pruhy- ténia. Mezi těmito pruhy se střešní stěna příčně vyklenuje a vytváří tzv. haustra. Tračník se rozděluje do pěti úseků- slepé střevo, vzestupný, příčný a sestupný tračník, esovitá klička. Významná resorpce tekutin probíhá v pravé polovině tračníku. V levé polovině tračníku se střešní obsah formuje ve stolici- faeces. Svalovina v levé polovině tračníku je mohutnější a lumen střeva má tak menší průsvit než vpravo.

Slepé střevo-caecum

Cékum je přibližně 7 cm dlouhý, vakovitý začátek tlustého střeva a je uložen v pravé jámě kyčelní. Jedná se o nejširší část střeva o průměru 6-7 cm. Na ústí tenkého střeva do céka vytváří sliznice horní a dolní příčnou řasu, valvula ileocaecalis(Bauhini). Pod ileocékálním spojením ústí appendix vermiformis, 5-6 mm široký červovitý výběžek. Z céka se na něj sbíhají všechny tři ténie. Jeho délka může kolísat mezi 2- 12 cm. Často bývá uložen pod cékem ,nebo směřuje do malé pánve. Méně často bývá uložen směrem vzhůru zevně ,nebo za cékem, někdy až pod játry. Někdy také směřuje k pupku podél mesenteria. Appendix a cékum jsou volné a jsou celé kryty peritoneem.

Vzestupný tračník-colon ascendens

Vzestupný tračník přisedá k zadní stěně břišní a je z přední strany kryt serózou. Tlusté střevo se pod játry ohýbá doleva a dále přechází v tračník příčný.

Konečné větve a. mesenterica sup., a. ileocolica zásobují terminální ileum, cékum a colon ascendent. Stejnojmenná žíla odvádí žilní krev. Podél těchto cév jsou mízní uzliny.

Příčný tračník- colon transversum

Příčný tračník probíhá napříč břišní dutinou do levého podžebří, kde se nachází slezina. Zde se opět otáčí a směřuje dolů. Kolon transversum je celé kryto serózou a má svůj závěs-mesocolon transversum- ve kterém probíhají cévy (a. colica media, větev a.mesenterica superior a žíla stejného jména). Zadní list velké předstěry se upíná na ténii tračníku (1,2).

Sestupný tračník- colon descendens

Sestupný tračník přisedá k zadní stěně břišní. Seróza ho kryje jen z přední strany. Pokračuje do levé jámy kyčelní, kde přechází v esovitou kličku.

Esovitá klička- colon sigmoideum

Esovitá klička je různě dlouhý úsek střeva. Je uložena v levé jámě kyčelní. Esovitá klička je volná, celou ji kryje seróza se závěsem. Přechází v konečník na hranici vchodu do malé pánve. Přechod kličky v konečník se nazývá rectosigmoideum.

Konečník- rectum

Konečník je asi 15 cm dlouhý úsek střeva. Nejsou zde haustra ani ténie. Na rektu jsou dvě ohbí a to v předozadní rovině. Horní sleduje konkavitu kosti křížové. Dolní, dopředu konvexní, míří do oblasti hráze. Konečník je v horní části rozšířen- ampula recti. Sliznice zde tvoří tři příčné řasy. Největší z nich je prostřední- Kohlrauschova řasa. Rektum pokračuje do malé pánve, jde retroperitoneálně a přechází v řitní kanál- canalis analis v místě tzv. anorektálního přechodu. Cirkulární svalovina je zde zesílena a tvoří vnitřní svěrač- m. sphincter ani internus. Zevně od něj je vrstva příčně pruhované svaloviny, která tvoří vřelí ovládaný svěrač- m. sphincter ani externus. Anální kanál se ven otvírá v oblasti anodermálního přechodu jako řiť-anus, která je lemována jemnou pigmentovanou kůží vytvářející řasy.

Tepenné zásobení pravého tračníku (cékum, colon ascendens, větší část příčného tračníku) zajišťuje a. mesenterica superior. Slezinné ohbí, levý tračník (colon descendens, sigmoideum) proximální část rekta zásobuje a. mesenterica inferior.

V oblasti aborálního transverza tak obě tyto povodí anastomozují – anastomozis magna Halleri. Dolní část zásobují větve z a. iliaca interna. Žilní krev z oblasti tračníku odvádí v. portae do jater. Pouze z distálního rekta krev odtéká přímo do dolní duté žíly. Mízní cévy zbíhající se z tračníku probíhají podél tepen a jdou dále paraaortálně. Do pánevních uzlin ústí poté mízní cévy z dolní části rekta. Do tříselných uzlin jdou mízní cévy z oblasti anu (1,2).

3. Fyziologie tenkého a tlustého střeva

V této kapitole se seznamujeme s fyziologií, abychom správně pochopili funkci tenkého a tlustého střeva a uvědomili si důležitost správného fungování a tím i hloubku potíží nemocného.

3.1 Tenké střevo

V tenkém střevě se potrava promíchává s trávicími šťávami a žlučí a je dále zpracovávána. Podílí se na tom pankreatické enzymy a enzymy produkované samotným tenkým střevem. Střevní sekrece je indukována mechanickými vlivy (tlakem, kontaktem), působením parasymptiku prostřednictvím nervus vagus (č.X) a vlivem hormonů zažívacího traktu (sekretin, cholecystokinin, vazoaktivní intestinální peptid- VIP). Vlastní sekret produkují Brunnerovy žlázy.

Motilita tenkého střeva se dá charakterizovat následovně: Potrava (chymus) se v tenkém střevě dostává do kontaktu se sliznicí. Chymus je promícháván kývavými a segmentačními pohyby, dále je posunován peristaltickými pohyby aborálním směrem. Frekvence pohybů od doudena k ileu má klesající tendenci. Trávenina přechází do tlustého střeva ileocékálním svěračem, jehož svalovina a chlopně zabraňují zpětnému návratu tráveniny.

3.2 Tlusté střevo

Ve sliznici tlustého střeva se nenacházejí klky a je zde značné množství lymfatické tkáně. Hladký pohyb tráveniny podporuje hlen, který je tračníkem secernován. Hlavním úkolem tlustého střeva je zpětná resorpce tekutiny. Rektum navíc představuje rezervoár, kde je stolice skladována před defekací. Chymus o objemu 1,5 litru, který přijde do tlustého střeva, je tak redukován na objem přibližně 60-120 ml stolice (3).

Vlastní pohyby tlustého střeva zajišťují posun tráveniny směrem k rektu. Pohyby jsou stimulovány nervově (n.X sakrální plexy), dále chemickými látkami nebo mechanickými podněty. Mezi hormony stimulující motilitu patří gastrin, sekretin a cholecystokinin- CCK.

Důležité jsou některé reflexy, které podporují motilitu tlustého střeva. Patří sem gastrokolický reflex, tj. zvýšená motilita tlustého střeva při naplnění žaludku. Dále také reflex duodeno kolický, který lze definovat podobně.

Rychlost posunu tráveniny v tlustém střevě je závislá na jejím složení a kvalitě. Při vyšším obsahu vlákniny (tj. nestravitelných částí jako celulóza, pektiny, ligniny) se posun urychluje a trávenina v tlustém střevě přetrvává do 30 hodin. Pokud v potravě vláknina není, obsah v tlustém střevě přetrvává až 70 hodin.

Resorpce v tlustém střevě je velmi důležitá. Při tvorbě stolice je zpětně absorbováno přes 90% vody. Jde o aktivní transport stěnou střevní a to nejenom vody, ale i elektrolytů.

Fyziologicky významná je přítomnost saprofytických bakterií v tlustém střevě. Tyto bakterie jsou převážně anaerobní, nebo fakultativně anaerobní a mohou štěpit sacharidy, malé množství pektinu a celulózy a také rozkládat bílkoviny a podílet se tak na konečné úpravě stolice. Bakterie střevní mikroflóry tvoří zhruba 60% hmotnosti stolice. Některé z těchto bakterií syntetizují vitamíny, především vitamín K, který je mimo jiné nezbytný pro syntézu hemokoagulačních faktorů v játrech (3).

3.3 Fyziologie defekace

Při naplnění rekta se vyvolá reflexní děj, tzv. defekační reflex. Svěrač, který se nachází mezi sigmoideem a vlastním rektem je slabý, kruhový a je řízen vegetativním nervstvem. Tento svěrač postupně povolí při naplnění sigmoidea a při naplnění konečníku nastává pocit nucení na stolici. Parasympatikus ze sakrální míchy posiluje peristaltické vlny, které obsah dále posouvají. Vnitřní řitní svěrač se otevírá současně se zvyšujícím se tlakem na stěnu rekta. Vnitřní svěrač je ovládán vegetativním nervstvem, je to hladký sval. Zevní řitní svěrač ovládáme vůlí, tudíž je defekace pod naší kontrolou. Pro správné ovládání zevního svěrače je nutný citový vjem z oblasti anorekta, který také pomáhá odlišit plynou a tuhou náplň rekta. Pomocí povolení zevního svěrače a použití břišního lisu je umožněno úplné vyprázdnění konečníku (3,15).

3.4 Vstřebávání jednotlivých živin v GIT

Vstřebávání cukrů

Sacharidy- škroby a disacharidy- sacharóza, laktóza, eventuelně monosacharidy- glukóza, fruktóza, obsažené v potravě jsou vstřebávány ve formě jednotlivých hexos aktivní formou. Fruktóza se vstřebává rychleji, protože má vlastní transportní systém. Sacharidy se většinou vstřebávají již v doudu a na začátku ilea.

Vstřebávání bílkovin

Bílkoviny se postupně štěpí proteolytickými enzymy (např. pepsin, trypsin) na polypeptidy a ty dál na jednotlivé aminokyseliny. Enzymy jsou postupně v tenkém střevě inaktivovány neutrálním pH. V duodenu a tenkém střevě jsou aminové kyseliny aktivně vstřebávány. Několik systémů přenáší aminokyseliny tzv. kontrasporem se sodíkem. Dále je to také resorpce tzv. facilitovanou difuzí. Transport je pasivní do slizniční buňky a odtud do krevního oběhu.

Vstřebávání tuků

Tuky tvoří v naší potravě 20-30 % její kalorické hodnoty. Jejich vstřebávání a trávení závisí na několika zásadních faktorech. Je nezbytné, aby z tuků obsažených v trávenině byla vytvořena emulze. To se děje pomocí žlučových kyselin. Žlučové kyseliny mají výraznou schopnost snižovat povrchové napětí a tím emulgovat tuk na drobné kapénky. Lehce zásadité pH rovněž emulgaci podporuje. Na takto vytvořenou plochu účinně působí pankreatická lipáza, eventuelně další lipázy, odštěpující jednotlivé mastné kyseliny od trojmocného alkoholu (glycerolu). Vytvářejí se tzv. micely, útvary o velikosti kolem 5nm. Jsou vytvořené žlučovými kyselinami, mastnými kyselinami, event. monoglycerolem. Přítomen je i cholesterol. V kartáčovém lemu enterocytů se z micel uvolňují vlastní lipidické faktory, které rychle přecházejí přes membránu buněk. Lipidy se v největší míře resorbují v jejunu. Žlučové kyseliny jsou poté zpětně absorbovány v terminální části ilea (tzv. enterohepatální oběh) (4).

Vstřebávání vody a některých minerálů

V gastrointestinálním traktu se vstřebává denně velké množství vody. Patří sem voda, kterou vypijeme, voda, která je obsažená v potravinách a voda, která je součástí trávicích šťáv (sliny, žaludeční šťáva, pankreatická šťáva, žluč a střevní sekret). Vstřebávání vody se v největší míře uskutečňuje v tenkém střevě, zbytek pak ve střevě tlustém. Sodík se vstřebává aktivně pomocí Na–K–ATPázy, která transportuje sodík z lumen gastrointestinálního traktu do buněčného intersticia. Jelikož je tento pohyb doprovázen pohybem vody (osmotický tah), je její vlastní vstřebávání především výsledkem aktivního vstřebávání sodíku. Resorpce vápníku, na kterém se aktivně podílí vitamin D, je také velmi důležité. Vitamin D se v játrech a ledvinách upraví na hormon zvaný kalcitriol. Účinek tohoto hormonu spočívá ve vytvoření specifické bílkoviny v buňkách střevní stěny, která váže vápník a transportuje jej do krve. Železo přijímáme v potravě většinou trojmocné, ale vstřebat se může jen v dvojmocné formě. Za pomoci kyseliny chlorovodíkové (nízké pH) se trojmocné železo vlivem látek v potravě (vitamin C, cystein, SH-skupiny) redukuje na dvojmocné, které je vstřebatelné. Železo je v krevní plazmě přepravováno pomocí bílkoviny-transferinu (4).

4. IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY

Idiopatické střevní záněty, ve zkratce nazývány IBD- Inflammatory Bowel Diseases, jsou vleklá zánětlivá onemocnění, postihují tenké a tlusté střevo. Patří do skupiny civilizačních chorob. Příčina jejich vzniku není zcela objasněna, ale z větší části je přisuzována poruše komunikace mezi imunitním systémem a mikrobiálním obsahem střeva. Poprvé bylo IBD diagnostikováno až ve 2. polovině 20. století v USA a v západní Evropě. Incidence toho onemocnění se za posledních 20 let stále zvyšuje a to především v západních zemích. Každý rok je v České republice diagnostikováno cca 100-120 nových nemocných s ulcerózní kolitidou a přibližně 500-600 nových pacientů s Crohnovou chorobou. Dnešní medicína umožňuje kompletní léčbu jen některých typů IBD, většina pacientů díky současné léčbě však žije „normální život“ bez větších omezení.

Do Skupiny idiopatických střevních zánětů patří onemocnění: Ulcerózní kolitida, Crohnova nemoc a tzv. neurčitá (indeterminovaná) kolitida.

U ulcerózní kolitidy se jedná o nespecifický hemoragicko katarální nebo ulcerózní zánět, postihující sliznici konečníku a pokračující v různém rozsahu kontinuálně až na celý tračník. Průběh je akutní, chronický nebo nárazový- exacerbuující (5).

Crohnova nemoc se projevuje chronickým nespecifickým zánětem jakékoliv části trávicí trubice od dutiny ústní až po anorektum. Zánět bývá segmentální, nebo plurisegmentální, obvykle transmurální, v typických případech granulomatózní. Nejčastěji se objevuje v oblasti ileocékálního přechodu respektive terminálního ilea.

V případě indeterminované kolitidy se překrývají rysy ulcerózní kolitidy a Crohnovy nemoci. Objevují se i různé atypické známky, takže je nemožné klasifikovat onemocnění na jeden z výše jmenovaných typů (5).

4.1 Incidence

Ulcerózní kolitida se nejvíce vyskytuje v severní Evropě, v USA a Izraeli. Ve střední Evropě a Austrálii je zaznamenán střední výskyt. Nejnižší výskyt je v Jižní Americe, Asii a Africe. Roční incidence symptomatické ulcerózní kolitidy v zemích

s anglosaskou populací je 5-8/100000. V České republice je incidence 3-5/100000. Mírný vzestup incidence, který je pozorován v posledních 30 letech, může být způsoben mimo jiné i lepší diagnostikou. Incidence Crohnovy nemoci je nejvyšší v severní Evropě a USA, střední na Středním Východě a v Austrálii a nízká v Jižní Americe, Asii a Africe.

4.2 Prevalence

U asymptomatické ulcerózní kolitidy se odhaduje prevalence asi na 34/100000. V severozápadní Evropě se prevalence ustálila mezi 35-70. V České republice je to 40-45. U Crohnovy nemoci je prevalence v České republice 18-22.

4.3 Mortalita

Ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc se jako přímá příčina smrti nevyskytuje příliš často. Častější příčinou úmrtí jsou komplikace nemoci (malnutrice, anémie) nebo komplikace chirurgického výkonu. V USA, Severní Evropě a Velké Británii je mortalita 0,2- 0,4/ 100000 za rok. Za posledních 30 let mortalita neklesla ani přes pokroky v léčbě (15).

4.4 Variace geografické, pohlavní, rasové, genetické

Idiopatické střevní záněty se více vyskytují na severu než na jihu a více u obyvatel měst než u venkovanů. Ovšem některé recentní údaje uvádějí spojitost s městským životem u Crohnovy choroby, ale ne u ulcerózní kolitidy. IBD nejčastěji propukají v období dospívání a v mladém dospělém věku. Pohlavní diference je známá u obyvatel severní Evropy, Velké Británie a USA a čítá o 30% vyšší výskyt u žen. V ostatních oblastech je incidence stejná u obou pohlaví. Dále jsou IBD častější u bělošského obyvatelstva než u černošského. Při výskytu IBD zřejmě hrají roli i genetické faktory.

4.5 Rizikové faktory

Za rizikový faktor můžeme považovat stravu, ovšem spojení mezi potravou a ulcerózní kolitidou nebylo bezpečně prokázáno. Častější výskyt Crohnovy choroby v Japonsku v posledních létech je spojován se zvýšeným používáním tuku. U nemocných s IBD byla častěji zjištěna nižší spotřeba zeleniny a vyšší spotřeba masa, vajec a mléka. Jako další rizikové faktory jsou ve vztahu s IBD uváděny: délka kojení mateřským mlékem, infekční agens, pobyt v klimatizovaných místnostech, stres, nepravidelná pracovní doba, vyšší nebo naopak nižší socioekonomická třída, hygienické návyky, používání zubní pasty, alergie, nedostatek zinku v potravě, kontraceptiva, požívání tzv. fast foods. Protektivním faktorem je pravděpodobně kouření, ale pouze v případě ulcerózní kolitidy, nikoliv u Crohnovy choroby (5).

5. Ulcerózní kolitida

Idiopatická proktokolitida je ulcerózní nebo hemoragicko-katarální nespecifický kontinuální zánět sliznice tlustého střeva.

5.1 Historie

První popis kolitidy je již z r. 1859 a pochází od Wilkse. Popis byl ovšem reklasifikován v r. 1979 Thayerem jako Crohnova nemoc tračníku. Ulcerózní kolitida jako taková byla popsána Wilksem a Moxonem v r. 1875. Charakterizovali jí recidivujícími epizodami krvavého průjmu a zánětlivými změnami postihujícími sliznici a submukózu od rekta až do levého kolon. V r. 1895 provedl Weir apendikostomii u nemocného s kolitidou. V r. 1923 začal kolitidu léčit Strauss transfuzemi a nedráždivou stravou. V r. 1942 byl při léčbě použit sulfasalazin a zavedl jej N. Svartz. První velké sympozium na téma ulcerózní kolitidy se konalo v Londýně v roce 1909. Na mezinárodním kongresu v Paříži se v roce 1913 definitivně toto onemocnění jednou pro vždy vyloučilo ze skupiny střevních infekcí. Až po konci druhé světové války, kdy došlo k rozvoji imunologie, byla ulcerózní kolitida označena za autoimunitní onemocnění (5).

5.2 Klinický obraz

Příznaky

Hlavním příznakem ulcerózní kolitidy je průjem. Může, ale nemusí být přítomna krev ve stolici. K vyprazdňování stolice dochází často, avšak jednotlivé stolice nejsou objemné. Při proktokolitidě může nemocný pociťovat i bolest v rektu, tenesmy a nucení na stolici- tzv. urgence, při kterých však dochází jen k odchodu nevelkého množství krve či krvavého hlenu. Často pozorujeme kumulované defekace po probuzení. Při extenzivním rozsahu zánětu a v případě těžší nemoci mohou nemocní trpět až 20 vodnatými stolicemi, které se mohou objevovat přes den, ale i v noci. Ulcerózní kolitida může vyvolat i zácpu a to v případě kdy dojde k funkční obstrukci kvůli stenóze v oblasti anorekta. Pokud se krev

objevuje jen na povrchu stolice, je obvykle zánět omezen na oblast rekta. Pokud je postižení rozsáhlejší, je krev smísená se stolicí. Může se objevit i masivní hemoragie, k níž dochází při mechanickém poškození zánětlivě změněné sliznice a to nejčastěji samotnou stolicí. Dále se vyskytují bolesti v břiše, které jsou častější při fulminantním průběhu. Bolest bývá tupá, nebo ostrá, nejčastěji v dolní polovině břicha, či sleduje postižený úsek střeva. Obvykle se objevuje po jídle a úleva přichází po vyprázdnění. Dalším významným projevem bývá zvýšená teplota, která se nejvíce vyskytuje u středně těžké a těžké formy choroby. U nemocných se také často vyskytuje anorexie. Způsobuje ji nauzea, častý pocit sytosti, únava a strach, že jídlo vyvolá průjem a bolest. Zvracení se vyskytuje u těžkého průběhu a mechanismus vzniku je nejasný. Projevem anorexie, zvracení a odmítání potravy je úbytek na váze a malnutrice (15,6).

Fyzikální vyšetření

Při těžším průběhu můžeme zjistit zvýšenou teplotu, tachykardii a úbytek kožního turgoru. Při vyšetření břicha je možné nalézt hmatnou rourovitou rezistenci či poklepem distenzi střeva plynem. Při vyšetření per rectum je častá výrazná bolestivost a to z důvodu spastického sfinkteru. Sliznice bývá nerovná. Opomíjet se nesmí vyšetření kůže, očí a kloubů, kde můžeme nalézt patrné manifestace. U dětí se může objevit i retardace růstu.

Průběh a vývoj

Nejdůležitější faktory, které mohou ovlivnit průběh ulcerózní kolitidy jsou: věk a rozsah postižení v době prvního nástupu nemoci, trvání a tíže symptomů při prvních projevech. Jedna ataka akutní kolitidy se objevuje u 18% nemocných, chronický kontinuální průběh s perzistentními symptomy a nekompletní remisí má 7,2% pacientů, chronický intermitentní průběh s remisemi a relapsy má většina nemocných, až 64,4%. Průběh fulminantní, který může skončit fatálně, se vyskytuje u 4-8% pacientů. V průběhu první ataky se totální kolektomii podrobí 8% nemocných.

Ulcerózní kolitida většinou začíná nenápadně průjmem, který později bývá krvavý. V průběhu několika týdnů příznaky postupně narůstají. U 54% pacientů má první ataka lehký průběh. Charakteristické jsou mírné bolesti břicha a 5-6 stolic za den. Celkem 75% nemocných má proktitidu nebo proktosigmoiditidu. Počáteční obraz pankolitidy však může mít až 20% pacientů, u kterých se přidává únava a teploty. Většina pacientů postižených

proktitidou je ve věku mezi 20-40 roky. U mladších a starších pacientů se vyskytují těžší formy. I když bývá aktivita na počátku mírná, prvním projevem může být i těžká kolitida s rozvojem tzv. toxického megakolon. Léčba vyžaduje hospitalizaci. Dochází k úbytku na váze a rozvíjí se anemie, febrilie a tachykardie. Při první atace přechází do remise více než 90% nemocných. Naopak léčbu chirurgickou potřebuje po první atace 29% pacientů s těžkým průběhem.

Tíže klinického obrazu závisí na rozsahu postižení střeva a intenzitě zánětu. S těžkými zánětlivými změnami je obvykle spojena pankolitida. U nemocných s pankolitidou se ve více než 30% provádí kolektomie. Při levostranné formě se kolektomie provádí v 10% případů, u proktitidy ve 2 %. Nemocní, kteří onemocněli v průběhu života později, mají rozsáhlejší postižení s refrakterním průběhem. Remise je pravděpodobnější u pacientů s onemocněním distální části střeva. Pacienti dlouhodobě nemocní mají lepší klinický průběh nemoci, než ti s krátkou anamnézou (5,6).

Průběh ulcerózní kolitidy se dá rozdělit podle periodicity relapsů. Typ remitující-relapsy častější než jednou ročně, typ intermitující- s víceletými meziobdobími.

Další charakteristický znak ulcerózní kolitidy je dlouhodobý vývoj, který může být progresivní, stacionární nebo regresivní.

U progresivní formy se relapsy prodlužují, zhoršují a vyústí do stavu chronického, nebo perakutního. Při stacionárním průběhu choroba probíhá s pravidelnou periodicitou. Regresivní forma nemoci je charakterizována postupně se mívajícími relapsy (5,6).

5.3Diagnóza

Diagnóza ulcerózní kolitidy se stanovuje pomocí klinického, endoskopického, histologického a radiodiagnostického nálezu. Laboratorní vyšetření slouží jako pomocné stanovení aktivity nemoci a sledování reakce na léčbu.

Endoskopie

Nejčastějším endoskopickým nálezem při ulcerózní kolitidě je úbytek cévní kresby a difuzní erytém. Histologicky se difuzní erytém projevuje floridními zánětlivými změnami v lamina propria, spojenými s překrvením a dilatací kapilár. Erytém je obvykle doprovázen slizničním edémem, který se projevuje prosáklými a zduřelými rektálními řasami a granulární sliznicí. Zánět také doprovází exsudát na povrchu sliznice. Exsudát má žlutou až žlutohnědou barvu a je mukopurulentní. Sliznice je díky zánětu křehká a při dotyku snadno krvácí. U těžších forem sliznice krvácí spontánně a objevují se také malé vředy, které se později zvětšují a mají mapovitý vzhled. Spodina bývá často kryta fibrinózně hnisavým exsudátem. Důležitým znakem pro ulcerózní kolitidu je její distribuce- nemoc začíná v rektu a pokračuje souvisle proximálním směrem. Sliznice je nad postiženým úsekem normální. Při rozsáhlých ulceracích může mít sliznice pseudopolypoidní vzhled, nebo mohou vznikat slizniční můstky. V případě nálezu polypů je nezbytná mnohočetná mapovitá biopsie k vyloučení nádorových polypů. U dlouhotrvající kolitidy může být průsvit tlustého střeva zúžen. Střevo má trubicovitý vzhled s vymizením haustrace. Endoskopicky by mělo být vždy vyšetřeno i terminální ileum k vyloučení Crohnovy choroby (15,5).

Pro správnou léčbu jsou nezbytné endoskopické kontroly. Biopsii odebíráme zejména z oblastí edému či ulcerace. Po ileoanální anastomóze je endoskopické vyšetření nezbytné pro odhalení pouchitidy.

Radiodiagnostika

Zobrazovací vyšetření jsou indikována u pacientů s nejasnou diagnózou ulcerózní kolitidy. Všichni pacienti s potvrzenou diagnózou by měli mít minimálně jednou vyšetřeno tenké střevo k vyloučení postižení tenkého střeva typu Crohnovy choroby.

Nativní snímek

Prostý snímek břicha bývá indikován pouze u akutních stavů při podezření na toxické megakolon.

Magnetická rezonance

Magnetická enterografie je přesné neinvazivní vyšetření tenkého střeva nezatěžující pacienta radiací. Pomocí tohoto zobrazení je možné vyloučit postižení terminálního ilea Crohnovou chorobou, což je nezbytné před plánovanou konstrukcí pouche.

Počítačová tomografie

Pomocí CT je možné provést vyšetření tenkého střeva (enterografie) nebo tračnicku u pacientů u kterých nebylo technicky možné provést pankoloskopii. U pacientů s karcinomem vzniklým v terénu ulcerózní kolitidy je CT používáno v rámci Stagingu.

Irrigografie

Irrigografie je vyšetření tlustého střeva, při kterém se rektálně aplikuje baryum spolu s insuflací vzduchu (dvojitý kontrast). Kontraindikací je podezření na perforaci.

Laboratorní vyšetření

U 70% nemocných je nacházena anémie různého stupně. Je obvykle mikrocytární z nedostatku železa. Makrocytární je obvykle u nemocných užívajících sulfasalazin. Aktivita onemocnění a přítomnost komplikujících infekcí se odráží na sedimentaci červených krvinek respektive elevaci zánětlivých parametrů (c- reaktivní protein). Leukocyty mohou být zvýšené, ale i normální. K poruchám acidobazické rovnováhy dochází při úporném zvracení a těžkém průjmu. Hypoproteinémie je způsobena ztrátami a poruchou resorpce zánětlivě změněným tračnickem. U 70% nemocných zjišťujeme zvýšené sérové hladiny protilátek proti cytoplazmě neutrofilů (pANCA), což je jeden z nespecifických markerů IBD. Při dlouhodobém sledování pacientů respektive efektu léčby obvykle postačí sledování krevního obrazu, sedimentace erytrocytů a CRP (15,5).

5.4 Komplikace ulcerózní kolitidy

Krvácení

Krvácení je obvykle mírné, ale trvalé. Masivní krvácení se vyskytuje zřídka a pramení z oblastí výrazně zánětlivě změněné, kongestivní a ulcerované sliznice.

Perforace

Nejčastěji se vyskytuje v průběhu první epizody kolitidy. Nejvíce perforací zaznamenáváme v levé polovině tračnicku, zejména v esovité kličce. K perforaci může dojít iatrogeně při koloskopii v terénu těžké kolitidy.

Striktury

Nejčastěji striktury nalézáme u pacientů s extenzivním postižením a kontinuálním průběhem bez remisí. Přítomné jsou obvykle v esovité kličce a konečnicku. Rozvoj striktur zvyšuje riziko rozvoje malignity.

Toxické megakolon

Toxické megakolon je úplná, nebo segmentální dilatace tračnicku při těžkém zánětu tlustého střeva. Jedná se o důsledek ataky těžké kolitidy. Tračník ztrácí schopnost kontrakce a dilatuje z důvodu přestupu zánětlivého procesu do hlubších vrstev střevní stěny. Objevuje se paralytický ileus. U pacienta se rozvinou febrilie, tachykardie, tachypnoe, zhorší se klinický stav a může dojít k rozvoji septického šoku.

Riziko malignity

Riziko vzniku karcinomu je u pacientů s ulcerózní kolitidou 3-5% což je signifikantně více, než u normální populace. Typicky jde o karcinom pluricentrický. Riziková jsou pacienti s chronickou pankolitidou, která je rezistentní na konzervativní léčbu (5)

5.6 Léčba

Konzervativní léčba

Medikamentózní léčba se dělí na intenzifikovanou indikovanou v době relapsu a udržovací aplikovanou v období remise.

Aminosalicyláty

První lék, který podstatněji ovlivnil léčbu ulcerózní kolitidy, byl Sulfasalazin. Sulfasalazin obsahuje sloučeninu sulfonamidu (sulfapyridin a salicylát). Původně byl tento lék určen pro léčbu revmatoidní artritidy. Vykazoval však mnoho vedlejších účinků. V sedmdesátých letech zjistil Azad Khan, že u IBD lépe působí přímý derivát kyseliny 5 aminosalicylové (5-ASA)- Mesalazin. Ten je určen již takřka výhradně pro léčbu IBD. Aminosalicyláty působí protizánětlivě ve střevní sliznici a jsou lékem první volby lehké a středně těžké formy ulcerózní kolitidy. Lékové formy preparátu 5-ASA jsou tablety, čípky, klyzmata.

Kortikosteroidy

Kortikoidy se používají k léčbě IBD od padesátých let minulého století. Představují lék první volby při exacerbaci onemocnění. Mají rychlý nástup protizánětlivého a antiedematózního účinku. K udržovací léčbě nejsou vhodné vzhledem k nežádoucím účinkům dlouhodobé terapie (osteoporóza, sekundární hypofunkce nadledvin, obezita). U pacientů vyžadujících pravidelné dávky kortikoidů hovoříme o tzv. kortikodependentní chorobě. Tito nemocní jsou kandidáti kurativní chirurgické léčby (5,7).

Imunosupresiva

Azathioprin a 6-merkaptopurin

Užívají se z důvodu četných imunologických abnormalit nalézaných u nemocných s idiopatickými střevními záněty. Užívají se při chronické formě ulcerózní kolitidy a to za účelem dlouhodobé imunosuprese, ke které nejsou kortikoidy vhodné. Dále se užívají jako lék druhé linie při rezistenci ke kortikoidům, při refrakterní ulcerózní kolitidě. Nástup efektu léčby trvá 5-6 týdnů. Nežádoucím účinkem je leukopenie, proto je nutná monitorace krevního obrazu.

Metotrexát

Užívá se jako alternativa při nesnášenlivosti nebo neúčinnosti azathioprinu, při léčbě refrakterní ulcerózní kolitidy. Terapie Metotrexátem by měla být aplikována vždy ve specializovaném gastroenterologickém centru.

Cyklosporin A

Indikací k jeho použití je exacerbace kolitidy eventuálně její fulminantní forma. Ve většině indikací se jedná o záchrannou terapii před akutní nebo subakutní kolektomií.

Antibakteriální léčba

Antibakteriální léky působí tak, že redukují množství antigenních vyvolavatelů v střevním lumen. Dále specifickým účinkem redukují mikroorganismy, které by mohly být zapojeny do etiologie zánětlivého procesu. Často využívaný metronidazol je vhodný i k dlouhodobé antibakteriální léčbě. Má navíc i aditivní a imunosupresivní účinek.

Biologická léčba

Používá se u pacientů, u kterých předchozí léčba kortikoidy a imunosupresivy selhala, či měla malou odezvu. Biologická léčba představuje rekombinantní protilátku proti tumor nekrotizujícímu faktoru alfa (antiTNFalfa). Tato léčba tlumí specifické dráhy v imunitní odpovědi organismu

V České republice jsou schváleny na léčbu ulcerózní kolitidy látky infliximab a adalimumab.

Jedná se o protilátky s různým zastoupením humánní i rekombinantní bílkoviny. Efekt léčby dosahuje u infliximabu podle některých studií až 70% (6,17).

Protiprůjmové léky

Používají se k redukci frekvence stolic u lehké a středně těžké kolitidy. Kontraindikací je těžká kolitida nebo kolitida s bakteriální superinfekcí.

Parenterální a enterální výživa

Cílem parenterální výživy je funkční zklidnění střeva (tzv. bowel rest). Nutriční účinek urychluje hojivé procesy a zlepšuje buněčnou imunitu. Enterální výživa by měla být vždy preferována. Je možná u všech pacientů mimo nemocné s kompletní obstrukcí. Uplatňuje se zde trofický efekt, který má enterální výživa na střevní sliznici. Nutriční podpora se rovněž využívá k přípravě malnutričních pacientů před elektivní operací (5)

Chirurgická léčba

Ulcerózní kolitida je oproti Crohnově nemoci chirurgicky kurativní. Provedením proktokolektomie je resekován celý tračník včetně rekta. Dojde tak k odstranění veškeré postižené sliznice. Důležité je správné načasování operace na období, kdy je pacient v dobré kondici. V případě refrakterní těžké kolitidy nebo toxického megakolon je však nezbytný urgentní výkon.

Metodou volby je subtotální kolektomie s vyústěním terminálního ilea v podobě ileostomie. Pahýl rekta je ponechán, malá pánev zůstává neporušena. Po odeznění akutního stavu je možné provést rekonstruktivní operaci s odstupem 2-6 měsíců (15).

6. Proktokolektomie s IPAA

Chirurgická léčba spočívá v odstranění celého tlustého střeva, veškeré nemoci postižené oblasti, včetně střeva, které není postižené, ale jistě by v budoucnu bylo. Jedná se o proktokolektomii. Resekuje se střevo v oblasti terminálního ilea a těsně nad liena dentata análního kanálu. Terminální ileum je možné vyvést jako trvalý střevní vývod (ileostomii), nebo napojit v rekonstrukční fázi operace na zbylou část análního kanálu.

Pouhé terminoterminální spojení by však při každé peristaltické vlně nutilo nemocného defekovat a pacient byl by prakticky inkontinentní. Je proto nutné vytvořit rezervoár, nahrazující původní rektum. V osmdesátých letech byl poprvé zkonstruován sešitím několika kliček terminálního ilea tzv. pouch-vak. Parks spojil 3 kličky střevní v S-pouch, Utsonomyia spojil kličky dvě-J-pouch, Nicholls sešitím čtyř kliček vytvořil W-pouch. Pouch lze zkonstruovat ručním sešitím, dává se však přednost šití pomocí staplerů. V dnešní době je preferován J-pouch.

Indikace k operačnímu výkonu:

- selhání, či nesnášenlivost konzervativní léčby-při vyčerpání možností konzervativní léčby
- zhoubný nádor střeva, přednádorový stav, podezření na nádorové onemocnění
- vleklá neprůchodnost střevní
- střevní píštěl s příznaky
- vleklé krvácení

Akutní indikace k operačnímu výkonu:

- perforace střeva, zánět pobřišnice
- velké, život ohrožující, krvácení do GIT
- těžká kolitida, toxické megakolon
- akutní střevní neprůchodnost

- hnisavá ložiska, abscesy

Operační výkon může být rozdělen na několik (2-3) fází. V tomto případě se při první fázi odstraní tlusté střevo, ale konečník se ponechá a slepě se uzavře. Je vytvořena ileostomie přibližně na 4 až 6 měsíců. Další fáze spočívá v odstranění konečníku a vytvoření pouche, který se přišije na svěrače. Ileostomie se může zrušit již v této fázi, nebo se nechává jako pojistná a zanořuje se ve třetí fázi s odstupem 2 až 3 měsíců (20).

Po výkonu je potřeba počítat s většími ztrátami tekutin při obnovení peristaltiky. Funkce pouche se totiž rozvíjí postupně. V prvních pooperačních dnech může mít nemocný i patnáct stolic denně. Frekvence se postupně snižuje až k průměrným 4 až 6 stolicím denně. Je nutné pooperačně sledovat průsvit anastomózy, který se může zužovat. Je zapotřebí anastomózu občas dilatovat.

Pooperační komplikace po tomto výkonu jsou časné a pozdní. Do časných patří pooperační krvácení, pooperační ileus a poruchy hojení anastomózy. Mezi pozdní komplikace patří ileus tenkých kliček s adhezí, píštěl nebo stenóza v oblasti IPAA.

I přes vyjmenované komplikace je průběh hojení většiny operací klidný a správně indikovaná operace zlepšuje kvalitu života nemocného. (15,5).

7. Ošetrovatelská část

7.1 lékařská anamnéza

Jméno: H. J.

Rok narození: 1973

Národnost: česká

Stav: ženatý, žije s manželkou, má dva syny 7 a 9 let

Povolání: obchodní zástupce

RA: otec po amputaci DK pro zánět, matka zdráva

OA: běžná dětská onemocnění

sledován pro colitis ulcerosa, četné polypy tlustého střeva

hypertenze zachycena v GE poradně

jednorázově záchyt glykemie 7 mmol/l

Abusus: alkohol příležitostně, nekouří od roku 2009

FA: Remicade, poslední aplikace 30.12. (infliximab)

Loseprazol 20 mg 1-0-0 (antiulcerotikum)

Prestance 10 mg 1-0-0 (antihypertenzivum)

Ferro- folgamma 3x týdně (antianemikum)

Calcichew D3 lemon 5x týdně – prevence a léčba nedostatku vit. D a vápníku

(8,18)

Alergie: neuguje

TAT: 2013

MRSA screening: negativní

Nynější onemocnění:

Pacient byl přijat k plánované operaci IPAA- lieo pouch anální anastomóze. Byl přijat na chirurgické oddělení 6. 1. 2014 v 11:19 hodin. Pacient je dle předoperačních vyšetření schopen operačního výkonu. Má tři kašovitě stolice denně s příměsí malého množství krve. Nachlazený není.

Stav při přijetí

Váha: 88kg

Výška: 175 cm

BMI: 28.7

TK: 140/85

Tep: 90 za minutu

Počet dechů: 14 za minutu

Teplota: 36.0

Subjektivně: Pacient se cítí dobře. Nepozoruje na sobě žádné potíže. Netrpí bolestí. Dýchá se mu dobře, necítí se nachlazen. S pohyblivostí a sebepěčí neudává žádné potíže ani omezení. Na kůži nepozoruje žádné defekty, otoky ani vyrážky. Netrpí nechutenstvím a potravinové alergie neguje. Močí bez obtíží, stolice toho času bez příměsí krve.

Pacient je při vědomí a plně orientovaný. Bez ikteru, dušnosti, cyanózy. Je afebrilní, kardiopulmonálně kompenzovaný. Stav jeho výživy a hydratace je dobrý.

Hlava: Velikost-normocefalická, tvar- mezocefalická, poklep nebolestivý, držení hlavy přirozené, příušní žláza nezvětšená, víčka bpn., oční bulby ve středním postavení, spojivky růžové, skléry bílé, zornice okrouhlé a izokorické, zvukovod bez sekrece, nos bez výtoku, jazyk plazí ve střední čáře.

Krk: krční páteř pohyblivá, pulzace karotid symetrická, lymfatické uzliny oboustranně nehmatné, štítná žláza nezvětšena.

Hrudník: symetrický, dýchání bilaterálně čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů, poklep plný, jasný, AS pravidelná, ozvy dvě ohraničené.

Břicho: V niveau, měkké, prohmatné, nebolestivé, t.č. bez patologických rezistencí, bez peritoneálních známek, poklep diferencovaný, bubínkový, palpačně dostupné orgány jsou přiměřeně velké, nebolestivé, peristaltika slyšitelná. Per rektum neprovedeno pro kolposkopii z 9/2013.sd

Dolní končetiny: bez otoků, naznačeny varixy obou bérců, pulzace jsou hmatné bilaterálně na AF, AP, ADP, ATP symetricky.

7.2 Příprava pacienta k operaci

Pacient byl připravován metodou Fast track. Tato metoda snižuje pooperační zátěž organismu a předchází pooperačním komplikacím. Spočívá v důkladné přípravě pacienta k operaci- nutriční, psychické, fyzické. Doporučuje se před operací zvýšení fyzické kondice, u kuřáků je doporučeno přestat kouřit. Provádí se nutriční screening, v případě malnutrice se podává nutriční podpora alespoň 10-14 dnů před operací. Důkladná edukace pacienta o kolemoperačním období snižuje stresovou zátěž. Podávání mechanické střešní přípravy není indikováno. (14)

Pacient měl v den příjmu dietu číslo dva. Tekutiny v neomezeném množství. Večer v den příjmu vypil dva preparáty Pre op, další dva ráno v den operace. Jíst mohl naposledy šest hodin před operačním výkonem, napít se mohl ještě dvě hodiny před operací, po té NPO. Výkon byl plánován na 11:00 hodin, tudíž byl pacient poučen, že může pít do 9:00 hodin. V den výkonu bylo pacientovi oholeno operační pole a byl mu zaveden permanentní žilní katetr. Půl hodiny před zahájením operačního výkonu mu byly podány profylaktická antibiotika, premedikace a byl odvezen na sál.

7.3 Průběh operace

Před samotným výkonem zavedl anesteziolog pacientovi epidurální katetr. Dále byl pacientovi zaveden permanentní močový katetr. V celkové anestezii provedl operátor dolní střední laparotomii a pronikl tak do dutiny břišní. Zde našel nastříknutou serózu tračnicku. Terminální ileum je intaktní. Sliznice rekta křehká a krvácivá. Operátor preparuje rektum,

nad svěračem jej přerušuje contourem. Po té mobilizuje tračník a odpreparuje omentum. Podvazuje cévy tračníku a odstraňuje celý tračník. Konstruuje pouch, který 29 mm staplerem napojuje na uzavřený anální kanál. Zkouška těsnosti je negativní. Vzhledem k hladkému průběhu výkonu protektivní ileostomii neprovádí. Operatér ještě vkládá drén do malé pánve. Po té provádí suturu stěny po vrstvách. Pacient snesl výkon dobře a po probuzení z anestezie byl přeložen na jednotku intenzivní péče.

7.4 Průběh hospitalizace

Dne 6. 1. 2014 byl pacient přijat na chirurgické oddělení a začal být připravován k operačnímu výkonu.

7.1. podstoupil operační výkon a byl přeložen na pooperační JIP. Po přivezení z operačního sálu je při vědomí, fyziologické funkce jsou v normě. Pacient má zavedený permanentní močový katetr, který odvádí čistou moč. Do epidurálního katetru kape kontinuálně směs analgetik. Na penrose drén je nalepen záchytný sáček, z drénu odchází sangvinózní sekrece. Má zavedeny dva permanentní žilní katetry, z nichž jeden si pacient sám omylem vytáhl. Sterilní krytí na operační ráně neprosakuje. Pacient začíná dvě hodiny po příjezdu ze sálu popíjet tekutiny, večer již může nutridrink.

8.1. byl pacient ráno vertikalizován, chůzi v doprovodu zvládá dobře. Hygienu s pomocí sestry zvládl vsedě u umyvadla. Proběhla výměna krytí na ráně. Dnes dostává třikrát denně nutridrink a bujon, dietu snáší bez obtíží. S fyzioterapeutem provádí pooperační rehabilitaci, nácvik respirační fyzioterapie, kondiční cvičení, šetrné protahování zkrácených tkání. Chůze v doprovodu sestry, nebo manželky několikrát denně. Penrose dren, permanentní žilní katetr i epidurální katetr ponechány.

9.1. se pacient cítí dobře, chůze v doprovodu, hygiena s dopomocí. PŽK bolestivý, extrahován a zaveden nový PŽK. Penrose i epidurální katetr ponechány. PMK odvádí čistou moč, provedena výměna sběrného sáčku. Výměna Curapore krytí na operační ráně. Večer trpí pacient nauzeou a zvrací, dle ordinace lékaře zavedena nasogastrická sonda, jíž bylo jednorázově odtahováno 400 ml žaludečního obsahu. Přes noc sonda průběžně odtahována. Pacient je dnes jen na tekutinách.

10.1. pacient po ránu opět cítí nevolnost, ze sondy odtaženo 300ml žaludečního obsahu. Cítí tlak na konečník, zavedena rektální rourka, ze které odešlo 600 ml krvavé tekutiny. Rourka zavedena znovu odpoledne, odvedla 300ml krvavé tekutiny. Večer byl pacient na WC, odešla světle hnědá vodová stolice. Chůze po oddělení v doprovodu. Výměna Curapore na operační ráně. Kontinuální analgezie do EDK. PMK ponechán, odvádí čirou moč. Z penrose drénu odebrán vzorek sekrece na bakteriologii. Opět je zatěžován stravou. NGS ponechána, při pokusu o odtažení již bez žaludečního odpadu.

11.1. NGS přes den zaštipnuta, v noci na spád. Cítí se dobře. Hygiena s dopomocí, chůze v doprovodu. K jídlu bujon a nutridrink. Výměna krytí na operační ráně, rána klidná, bez známek infekce. PŽK funkční, penrose extrahován, na ránu po drénu opět přilepen sběrný sáček- serosangvinozní sekrece. PMK odvádí čirou moč, provedena výměna sběrného sáčku. Pacient měl tekutou stolici.

12.1. se cítí dobře, hygiena provedena s dopomocí, chůze po oddělení v doprovodu. PMK extrahován, pacient močil spontánně bez obtíží. Po zavedení rektální rourky odešla hnědá vodnatá stolice. PŽK funkční, nebolestivý. Rána kryta Curaporem, neprosakuje.

13.1. hygiena provedena s dopomocí, chůzi zvládá pacient v doprovodu bez obtíží. Ráno opět zavedena rektální rourka, po té pacient několikrát na WC, kde odchází hnědá tekutá stolice. EDK po dokapání kontinuální analgezie vytažen, místo vpichu klidné, sterilně kryto. Večer odstraněna NGS, pacient netrpí nauzeou. Sběrný na sáček na ráně po drénu ponechán, operační rána kryta, bez prosaku.

14.1. se pacient cítí dobře, hygienu i chůzi po oddělení již zvládá sám. Dieta kašovitá, pacient ji snáší dobře. Ze vstupů již jen PŽK. Proveden převaz operační rány, která nejeví známky infekce, kryta tekutým obvazem.

15.1. pacient přeložen na standardní chirurgické oddělení. Je již plně soběstačný. Hygienu zvládá sám, dnes ve sprše. Dieta nadále kašovitá, pacient ji snáší bez obtíží. PŽK ponechána, bez infuzní terapie. Operační rána klidná, bez známek infekce. Sběrný sáček na stopě po drénu odstraněn pro minimální sekreci, krytí sterilními čtverci. Tekutá stolice několikrát denně.

16.1. je pacient bez obtíží, plně soběstačný, dietu 4B toleruje. Operační rána klidná. PŽK odstraněn, místo vpichu klidné. Dnes poučen nutriční terapeutkou o bezobzbytkové dietě. Stolicе několikrát denně, již kašovité konzistence.

17.1. je pacient propuštěn do domácího léčení. Cítí se dobře, s dimisí souhlasí. Je poučen o dodržování fyzického šetření po operaci. Dále je informován o další léčbě v ambulanci. Ještě jednou je nutriční terapeutkou poučen o dietě. Domů ho odváží manželka.

7.5 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Z teorie ošetrovatelského procesu vychází aktivní ošetrovatelská péče. Je to systematický způsob práce s nemocným a způsob přístupu k individualizované ošetrovatelské péči. Teorie procesu je založena na systematickém vyhledávání bio-psycho-sociálních potřeb pacienta a v jejich plánovitěm uspokojování pomocí aktivní a iniciativní péče (10).

Fáze ošetrovatelského procesu:

1. Zhodnocení nemocného- *Kdo je můj nemocný?* Shromažďování informací potřebných pro individualizovanou péči pomocí ošetrovatelské anamnézy. Ošetrovatelská anamnéza není ve všech bodech stejná s lékařskou anamnézou. Více se zaměřuje na způsob života, soběstačnost, sociální situaci a charakteristiku osobnosti, na jeho reakci na hospitalizaci a onemocnění.

2. Stanovení ošetrovatelských problémů- *Co trápí mého nemocného?* Stanovení problému a potřeb nemocného. Získané informace hodnotí sestra ze dvou hledisek. Z hlediska svého, profesionálního a z hlediska nemocného. Sestra o problémech a jejich naléhavosti s nemocným hovoří a až po té je definitivně seřadí podle důležitosti. Dle dohody s pacientem vypracuje sestra ošetrovatelský souhrn- diagnózy. Některé diagnózy představují současný problém, jiné problém potenciální.

3. Plánování ošetrovatelské péče – *Jak mohu přispět k řešení, co je nejlepší pro nemocného udělat?* Určení konkrétních opatření pro ošetrovatelskou péči. Na základě

sestavení ošetrovatelských diagnóz vypracuje sestra plán ošetrovatelské péče. U každé plánované činnosti musí být stanoven cíl, kterého chceme dosáhnout. Cíl nám umožňuje kontrolu účinnosti poskytované péče.

4. Aktivní individualizovaná péče- *Vlastní ošetřování*. Provede se realizace plánované péče. V této fázi plní každý člen ošetrovatelského týmu svoji vymezenou roli a úkoly dané ošetrovatelským plánem. Současně je možné získat nové poznatky o nemocném a případně upravit plán.

5. Zhodnocení efektu poskytnuté péče- *Pomohla jsem mu?* Zhodnotí se účinnost péče a přizpůsobí se plán nynější situaci nemocného. Hodnotíme pomocí zadaných cílů, použít můžeme také různé stupnice hodnocení.

Každá fáze zastupuje samostatnou jednotku, na kterou navazuje další fáze. Péče však musí být uplatněna jako celek. Průběh jednotlivých kroků je ovlivňován kroky ostatními (10).

7.6 Ošetrovatelský model dle Gordonové- model fungujícího zdraví

Marjory Gordon

Narodila se v USA v roce 1941. Základní ošetrovatelské vzdělání získala na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku, dále studovala na Unter College of the City University v New Yorku a na Boston College. V roce 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Byla také prezidentkou NANDA do roku 2004. (10,17)

Odborníky je tento model považován za nejkomplexnější. A to z hlediska holistického. Podle tohoto modelu je sestra schopna kvalifikovaně zhodnotit stav pacienta. Získá komplexní informace potřebné k sestavení ošetrovatelské anamnézy, stanovení diagnóz, naplánování a realizování plánu péče. Základní strukturu modelu dle Gordonové tvoří dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu (9,11,12).

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví- V této oblasti nám pacient sděluje to, jak vnímá vlastní zdravotní stav a jak o své zdraví pečuje.

2. Výživa a metabolismus- Zde pacient popisuje způsob příjmu jídla a tekutin. Kvalitu a kvantitu konzumovaného jídla a tekutin, zvláštní preference. Patří se také hodnocení stavu kůže, vlasů, nehtů, chrupu, výška a hmotnost, schopnost hojení.

3. Vylučování- V této oblasti nás pacient informuje o způsobu vylučování. O případných potížích či poruchách vyprazdňování.

4. Aktivita a cvičení- Tato položka zahrnuje základní denní aktivity, všechny typy sportů, trávení volného času.

5. Spánek a odpočinek- Trvání doby spánku, vnímání kvality a kvantity spánku a vnímání úrovně životní energie. Ptáme se na obvyklé činnosti před spaním, způsob navození spánku, eventuálně užívání hypnotik.

6. Vnímání, poznávání- Zjišťujeme úroveň vědomí a mentálních funkcí. Zda pacient netrpí bolestí. Zda užívá kompenzační pomůcky. Hodnotíme poznávací schopnosti jako je učení, rozhodování, paměť, způsob slovního vyjadřování.

7. Sebekoncepce a sebeúcta- Pacient popisuje emocionální stav a vnímání sebe sama, individuální názor na sebe. Sestra hodnotí nonverbální projevy.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy- Zjišťujeme úroveň mezilidských vztahů pacienta a způsob plnění životních rolí, snášení tíhy zodpovědnosti v současné životní situaci. Ptáme se na soulad nebo narušení vztahů v rodině.

9. Sexualita, reprodukční schopnost- Pacient popisuje uspokojení, či neuspokojení v této oblasti.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance- Zjišťujeme celkový způsob tolerance a zvládnání stresových situací.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty- Zahrnuje vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení, včetně náboženské víry.

12. Jiné

7.7 Ošetřovatelská anamnéza a posouzení stavu

Anamnestické údaje jsem odebrala na pooperačním chirurgickém oddělení JIP první pooperační, tedy třetí hospitalizační den. Získala jsem je pomocí rozhovoru s pacientem, nahlížením do dokumentace, rozhovorem s ošetřujícím personálem a ošetřujícím lékařem pacienta. Získané informace jsem zpracovala pomocí modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové. Rizika jsem stanovila pomocí hodnotících škál a to: riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové, riziko pádu dle Conleyové, Barthelův test základních všedních činností, posouzení aktuálního psychického stavu dle Glasgow coma scale.

Základní údaje o posouzení stavu

Jméno	J.H.
Pohlaví	Muž
Věk	41 let
Povolání	Zaměstnanec mrazíren
Stav	Ženatý
Důvod hospitalizace	Plánovaný operační výkon
Diagnóza	Ulcerózní kolitida
Provedený operační výkon	Ileo pouch anální anastomóza
Oddělení / den	CHI-JIP, 1. pooperační den
Operační rána	Dolní střední laparotomie, neprosakuje, kryta Curaporem, převazy denně
Monitorace	EKG +SpO2 kontinuálně, TK+P každou hodinu, glykémie každé čtyři hodiny, bilance tekutin+ CVP+ TT každých šest hodin
BMI	28,7
Dieta	0- tekutiny, přídatky-nutridrink
Alergie	Neudává
Invazivní vstupy	PŽK - dnes 2. den, kryt tegadermovou folií, infuzní terapie- Ringerův roztok, Glukóza s 8 jednotkami Humulinu R, analgetika- Novalgin, Paracetamol a ostatní medikace PMK -dnes 2. den, odvádí čirou moč, výměna sběrného sáčku zítra EDK -dnes druhý den, kryt Curapore, kontinuální analgezie- 10ml Procaine+ 6ml fentanyl+ 34ml fyziologického roztoku, rychlost 4 ml za hodinu

	Penrose drén- sveden do sběrného sáčku, odvádí sangvinozní sekreci
Chronická medikace per os	Loseprazol 20mg, Prestance 10mg, Ferro-folgamma, Calcichew D3 lemon 400 IU- dnes chronická medikace EX
Ostatní medikace	Conroloc 40mg i.v. po 12 hodinách, Degan 1 ampule i.v. po 8 hodinách
Bolest	Dle číselné hodnotící škály udává po ranní vertikalizaci bolest intenzity 4 dle VAS, kontinuální analgezie ponechána ve stejné dávce a podán novalgin 2 ml i.v. ve 100 ml fyziologického roztoku
Odchod plynů a stolice	Plyny ani stolice zatím neodchází
Použité škály pro stanovení rizik	Barthelův test základních všedních činností 60 b. Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové 32 b. Riziko pádu dle Conleyové 7b. Hodnocení vědomí a aktuálního psychického stavu dle Glasgow coma scale 15 b.

Ošetřovatelská anamnéza

1. Vnímání zdraví

Subjektivně:

Před operací se pan H. cítil dobře. Nemoc ho omezovala jen v některých sportech, nemohl provozovat bojové sporty a to ho trochu mrzí. Rekreační sporty a společné aktivity s rodinou zvládal. Snažil se o své zdraví pečovat, obzvláště v posledních letech. Přestal kouřit, stravu přizpůsobil nemoci. Po operaci se snaží doufat ve zlepšení, ale zároveň počítá s možností recidivy a pooperačními komplikacemi.

Objektivně:

Pacient se jeví jako vyrovnaný se svým zdravotním stavem.

2. Výživa a metabolismus

Subjektivně:

Před operací měl pacient bezesbytkovou dietu. Dieta mu nevadila, manželka je skvělá kuchařka a dokáže uvařit skvěle i dietní jídlo. Má díky tomu i nadváhu. Jeho BMI je při výšce 175 cm a váze 88 kg 28,7. Doma se snaží dodržovat zásady zdravé výživy, ale

nejsou striktní. Z tekutin preferuje neochucené minerálky a obyčejnou vodu. Když je teplo dá si s chutí pivo. Den před operací a v den operace ráno pil Pre op drink. O potravinových alergiích neví. Dnes dostal čaj a nutridrink, který si popíjí. Má na výběr z více příchutí, preferuje ovocné. Nechutenství nepocituje, jen není tak hladový jako obvykle, ač zatím pořádně nejí. Tekutiny přijímá bez problémů. Dnes si s chutí dal hořký ovocný čaj, manželka mu přinesla minerální vodu.

Objektivně:

Vizuálně nejví pacient známky podvýživy, naopak dle BMI (28,7) má nadváhu. Tekutiny přijímá v dostatečné míře (během dopoledne vypil 750 ml). Kůže pacienta je růžová, teplá, kožní turgor dobrý a sliznice jsou vlhké. Operační rána se nachází pod pukem, je dlouhá 15 cm. Operační rána je dnes převázána. Rána nekrváčí, neprosakuje, okolí rány je klidné. Hojí se per primam. Kryta Curaporem. Pacient má zavedeny následující vstupy: periferní žilní katetr (PŽK), permanentní močový katetr (PKM), epidurální katetr (EDK) a penrose drén. PŽK byl pacientovi zaveden na standardním oddělení v den operace z důvodu podání profylaktických antibiotik. PŽK na levé horní končetině na hřbetu ruky je dnes druhý od zavedení, kryt je folií Tegaderm, okolí vpichu je klidné, spojovací hadička kryta clavem. Převas je dle ošetrovatelského standardu nemocnice každý třetí den od zavedení, při němž se vymění spojovací hadička, clave a krytí. Do PŽK je přes infuzní pumpu přiváděn roztok Glukózy s 8 jednotkami Humulinu R, dále Ringerův roztok také kontinuálně, ostatní medikace časovaně dle ordinace lékaře. Penrose drén je sveden do sběrného sáčku, sekrece je sangvinózní. Od operačního výkonu do dnešního rána drén odvedl 150 ml sekrece.

3. Vylučování

Subjektivně:

Pacient trpěl před operací průjmy s příměsí čerstvé krve. V době recidivy nemoci měl přibližně šest stolic s krví denně. Měl obtíže s křečovými bolestmi břicha a nadýmáním. V době remise se cítil dobře a potíže se stolicí neměl téměř žádné, jen občas si

všiml trochy krve na toaletním papíře. Dnes, první pooperační den, má pocit nafouklého břicha.

Objektivně:

Pan H.J. má zaveden permanentní močový katetr velikosti 16 Fr (dnes 2.den), který odvádí čirou moč v optimálním množství. Stolicí dnes neměl, větry neodchází, peristaltika slyšitelná ve všech kvadrantech.

4. Aktivita, cvičení

Subjektivně:

Vždy se snažil být aktivní. Velice rád jezdí s rodinou na výlety na kole. S dětmi běhá po hřišti. Rád by sportoval intenzivněji, ale nebylo mu to doporučeno. Těší se, že po úplném zahojení po operaci se bude moci věnovat sportům již bez omezení. Dnes se cítí slabý.

Objektivně:

Ráno byl s pomocí personálu vertikalizován poprvé po operaci. Myslel si, že to nezvládne, ale nakonec to proběhlo dobře. Došel k umyvadlu, kde se na židli zvládl opláchnout a vyčistit si zuby. Dopoledne již si sám sedal na lůžku a několikrát se prošel kolem lůžka pod dohledem ošetřujícího personálu.

5. Spánek, odpočinek

Subjektivně:

Se spánkem potíže nikdy neměl. Jen se v období recidivy nemoci častěji budil kvůli bolesti. Nejraději spí na boku, doma má ortopedický polštář, musí poprosit manželku, aby mu ho přinesla. Je zvyklý před spaním vyvětrat, ale tady nechtěl večer obtěžovat personál. V nemocnici se častěji budí, ale celkový pocit ze spánku má dobrý a cítí se odpočatý. Před operací spal dobře, po operaci o něco hůř, chvíli musel hledat vhodnou polohu. Hypnotika odmítá, bojí se návyku.

Objektivně:

Dle ošetřujícího personálu na noční službě pacient spal. Probouzel se jen při delší přítomnosti sestry na pokoji. Při rozhovoru je bdělý, nejeví známky únavy.

6. Vnímání a poznávání

Subjektivně:

Cítí se dobře, nemá pocit změněného vnímání a poznávání.

Objektivně:

Pacient rozuměl všemu, o čem jsme spolu mluvili. Odpovídal přiléhavě k daným otázkám. Brýle nepoužívá, se zrakem potíže nemá. Chut', čich i hmat je v pořádku.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Subjektivně:

Cítí se teď klidně, to nejhorší má za sebou a teď už čeká jen postupné zlepšování. Sám sebe vnímá jako pozitivně naladěného člověka, přiměřeně společenského.

Myslí si, že je u přátel i kolegů v práci oblíben. Za dobrou vlastnost považuje smysl pro humor. Fyzicky je se sebou spokojen, důležitý je pro něj názor manželky, která je také spokojena. Po operaci plánuje více sportovat a vylepšit si tak postavu.

Objektivně:

Při tomto rozhovoru se usmívá, udržuje oční kontakt, řeč je plynulá. Působí pozitivně a vyrovnaně.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Subjektivně:

Za svoji hlavní životní roli považuje roli otce a manžela. Dle svého názoru plní obě jak nejlépe umí. Myslí si, že děti i manželka jsou šťastní. S dětmi si rozumí, má dva chlapce 7 a 9 let. Snaží se s nimi trávit co nejvíce času. S manželkou mají vztah založený na toleranci a vzájemné důvěře, myslí si, že je to jeho životní láska. Kvůli nemoci se obával, že nebude moci plnit roli živitele, ale zatím to zvládají dobře. Hned jak to bude možné,

vrátí se do práce, tak se snaží soustředit na dobré uzdravení bez komplikací, i když i na to je připraven.

Objektivně:

Pan H.J. žije s rodinou a dle jeho slov a chování manželky při návštěvách mají harmonický vztah. Časté telefonáty přátel ukazují, že je schopen udržovat přátelství i v době nemoci.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Subjektivně:

Pacient neměl problém se mnou hovořit na toto téma, ale zároveň byl touto otázkou překvapen. Před operací vedl uspokojivý sexuální život, který jen zřídka ovlivnila ataka nemoci. 1. pooperační den se touto myšlenkou zatím nezabýval, ale neobává se v budoucnu obtíží v souvislosti s operací.

Objektivně:

Nevidím na pacientovi, že by se obával dopadu nemoci na tuto stránku manželského soužití.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Subjektivně:

Považuje se za „klidšase“. Největší stres zatím zažil jen díky nemoci, jinak má klidný život. Má pocit, že se zátěžovými situacemi dokáže popasovat s chladnou hlavou. Před operací byl nervózní, ale snažil se to skrývat kvůli ženě a synům. Báł se pooperační bolesti, ale ta se dá zvládnout. Zhoršuje se jen při vstávání z lůžka.

Objektivně:

Pacient vypadá vyrovnaně, chová se klidně. Bolest v operační ráně udává v intenzitě 2 na stupnici bolesti dle VAS. Jeho mimika a poloha neznají, že by trpěl bolestí větší, než udává.

11. Víra, životní hodnoty

Subjektivně:

Pacient je ateista. O víře nepřemýšlí, duchovno ho nijak nezajímá. Mezi jeho životní hodnoty patří být hlavně dobrým člověkem a vychovat dobré lidi ze svých dvou synů. Být oporou své manželce.

Objektivně:

Návštěvu nemocničního kaplana nevyžaduje.

7.8 Ošetřovatelské diagnózy

Diagnózy jsem stanovila na první pooperační den. Pacient byl hospitalizován na pooperačním oddělení intenzivní péče na chirurgické klinice.

Aktuální:

1. Akutní bolest související s operační ránou
2. Porušení kožní integrity v souvislosti s provedeným operačním výkonem

Potenciální:

1. Riziko pádu související s pooperačním stavem
2. Riziko vzniku infekce související s invazivními vstupy-PŽK, EDK, PMK, penrose
3. Riziko vzniku tromboembolické nemoci související se sníženou pohyblivostí po operaci

7.9 Krátkodobý ošetrovatelský plán péče

Aktuální diagnózy:

1. Akutní bolest související s operační ránou

Cíl: Pacient bude alespoň do půl hodiny od podání analgetik udávat zmírnění bolesti, alespoň o jeden stupeň na stupnici VAS.

Intervence:

- zjistit lokalizaci bolesti, její charakter, intenzitu, ovlivnitelnost a průběh
- zajistit klidné prostředí
- sledovat neverbální projevy bolesti
- sledovat účinky podaných analgetik- Novalgin 2ml i.v. po 6 hodinách, Paracetamol i.v. po šesti hodinách, směs do EDK- Procaine 10ml, Fentanyl 6ml, Fyziologický roztok 34ml- kontinuálně 4ml/hod
- poučit pacienta o úlevových polohách
- poučit pacienta jak správně vstávat z lůžka

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacient je napojen na kontinuální analgezií do EDK. Pokud je v klidu, tato analgezie mu plně dostačuje. Při vertikalizaci a následné chůzi a hygieně bylo potřeba přidat ještě další analgetikum a to Novalgin 2 ml podaný v 100 ml fyziologického roztoku intravenózně. Pacient udával před podáním Novalginu bolest 5 dle VAS na pravítku bolesti, bolest je v oblasti operační rány a je tupá. Po podání analgetika a zaujmutí úlevové polohy hodnotí bolest číslem 3 dle VAS. Úlevová poloha, kterou pac hodnotí jako pro něj nejvhodnější, je na boku s mírně pokrčenými DK. S pacientem jsme nacvičovali správné vstávání z lůžka. Nejprve si vleže na zádech pokrčí dolní končetiny, dále přidrží operační ránu a pomalu se otáčí na bok. Ve chvíli, kdy je plnou vahou na boku, svěsí z lůžka dolní končetiny a pomocí opory horních končetin se posadí. Pokud nedojde k závratí, může se pacient postavit.

Hodnocení:

Dle slov pacienta jsou analgetika dostačující. V klidové poloze je bolest mírná. Vstávání a chůzi pacient zvládá, závrať měl jen krátce při posazení, bolest se při vstávání z lůžka zhoršuje, je tedy nutné přidat analgezií ještě před plánovaným vstáváním. Po podání bolusových analgetik udává pacient úlevu do dvaceti minut.

2. Porušení kožní integrity v souvislosti s provedeným operačním výkonem

Cíl: Operační rána se bude hojit per primam. Včasné rozpoznání místních i celkových známek infekce- zarudnutí, zvýšená tělesná teplota.

Intervence:

- monitorovat stav rány, známky infekce -febrilie, zarudlé okolí operační rány, hnisavá sekrece z rány, zvýšení zánětlivých parametrů v krevních testech
- při převazu je nutné dodržovat aseptický přístup- k převazu se používají sterilní nástroje, rána se dezinfikuje Betadine a kryje se sterilním Curaporem
- tělesná teplota se měří 4x denně
- zkontrolovat výsledky krevních testů- krevní obraz a c- reaktivní protein

Realizace: Převaz operační rány se prováděl asepticky. Před převazem jsme provedly hygienickou dezinfekci rukou. Po sejmutí krytí jsme operační ránu odezinfikovaly a kryly Curaporem.

Hodnocení: Rána je klidná, bez sekrece, nejeví známky infekce, hojí se per primam. Monitorace TT probíhá po šesti hodinách, pacient nemá zvýšenou teplotu. Laboratorní výsledky jsou dle lékaře odpovídající prvnímu pooperačnímu dnu.

Potenciální diagnózy:

1. Potenciální riziko pádu v souvislosti s pooperačním stavem

Cíl: Minimalizujeme riziko pádu na minimum po celou dobu hospitalizace.

Intervence:

- poučit pacienta o riziku pádu, o nutnosti doprovodu personálu při vstávání pacienta a chůzi
- zajistit vše potřebné na dosah ruky- signalizační zařízení, stolek
- označit identifikační náramek, lůžko a dokumentaci pacienta dle standardu ošetrovatelské péče
- zajistit bezpečné prostředí pacienta při vstávání a chůzi- dohled ošetřujícího personálu, suchá podlaha, pevná obuv, žádné překážky v cestě

Realizace: Pacient má identifikační náramek, lůžko a dokumentaci označeny červeným puntíkem. Signalizační zařízení má zavěšené na hrazdičce před sebou, pohodlně na něj dosáhne a umí ho použít. Ráno před první vertikalizací byl pacient poučen o riziku pádu, bylo mu vysvětleno, proč má náramek a lůžko označeny červeným puntíkem. Několikrát mu bylo zdůrazněno, že nikdy nesmí vstávat z lůžka sám. Při vertikalizaci byl odsunut pojízdný stolek, který pacient používá na čtení, podlaha byla suchá a pacientovi byly obuty pantofle.

Hodnocení: Pacient rozumí poučení ohledně rizika pádu Při vstávání, chůzi i ranní hygieně u umyvadla byl vždy přítomen ošetřující personál. Pacient neupadl.

2.Potenciální riziko infekce v souvislosti s invazivními vstupy

Cíl: U pacienta budou včas rozpoznány příznaky infekce- PŽK, EDK, PMK, penrose

Intervence:

- provádět převaz invazivních vstupů a drénu přísně asepticky
- sledovat vývoj celkových projevů infekce- horečka, třesavka
- sledovat místní projevy infekce
- sledovat potenciální příznaky uroinfekce

Realizace: Intravenózní vstupy se převazují dle ošetrovatelského standardu. Pacient měl PŽK 2.den, přelepený Curaporem, musel tedy být proveden převaz. Okolí katetru bylo klidné, bez známek rozvíjející se infekce. Jako krytí byla použita transparentní folie Tegaderm. Spojovací hadička byla vyměněna a na její konce byl nasazen Clave. Takto ošetřená kanyla se dle standardu převazuje každý třetí den. EDK byl kryt Curaporem, po ranní hygieně byl Curapore vyměněn, okolí vstupu EDK bylo klidné, bez projevů infekce. EDK je ke kůži přišit jedním stehem, aby nedošlo k jeho nechtěnému vytažení. PMK odvádí čirou moč. Dle ošetrovatelského standardu nemocnice se musí vyměnit každých 21 dní. Dnes je zaveden 2.den, odvádí čirou moč. Sběrný sáček se mění každé tři dny, tudíž zítra. Při ranní hygieně jsem zkontrolovala okolí močové katetru při vstupu do močové trubice, nepozoruji zarudnutí ani výtok. Penrose drén je sveden do sběrného urostomického sáčku. Sáček dnes vyměněn, okolí vstupu drénu klidné, drén je ke kůži přišit jedním stehem. Kůže v okolí drénu očištěna a ošetřena ochranným filmem, který se používá před nalepením urostomického sáčku. Sáček je vypouštěn dle potřeby. Drén vede sangvinózní sekreci.

Hodnocení: PŽK je kryt transparentní folií, je průchodný, okolí vstupu není zarudlé, aplikace je bez bolesti. EDK je plně funkční, kryt Curaporem, místo vstupu EDK nejeví známky infekce. PMK je průchodný, vede čirou moč, okolí vstupu je bez výtoků. Penrose drén vede sangvinózní sekreci, okolí vstupu bez známek infekce. Pacient nemá zvýšenou tělesnou teplotu, neměl třesavku.

3. Potenciální riziko tromboembolické nemoci (TEN) související se sníženou pohyblivostí po operaci

Cíl: Pacient nejeví známky TEN po celou dobu hospitalizace. Včas rozpozná známky TEN.

Intervence:

- sledovat projevy TEN- změna barvy a citlivosti dolních končetin- DK, bolest DK
- sledovat funkčnost kompresních punčoch
- poučit pacienta o projevech TEN- změna barvy a citlivosti DK, bolest DK

- aplikovat antikoagulační léky dle ordinace lékaře
- sledovat nežádoucí účinky lék

Realizace: Pacient má nasazené kompresní punčochy. Sundaly jsme je jen při hygieně a poté byly opět nasazený. Dolní končetiny nejsou oteklé, jsou teplé, barva je fyziologická. Pacient byl dnes ráno vertikalizován a prošel se po pokoji. Během dne rehabilitoval a několikrát se prošel v doprovodu personálu a manželky. Pacientovi se aplikuje Fraxiparine dle ordinace lékaře- 0,4 ml s.c. po 24 hodinách. Bez projevů krvácivosti. Edukovala jsem pacienta o TEN a seznámila ho s preventivním opatřením (viz kapitola Edukace).

Hodnocení: Pacient má nasazený kompresní punčochy. Nejeví známky TEN a je plně informován o TEN a rizicích s TEN souvisejících.

Dlouhodobá ošetrovatelská péče

Cíle diagnóz jsou aktuální po celou dobu pobytu pacienta i po překladi na standardní oddělení kam byl přeložen osmý pooperační den.

Akutní bolest související s operační ránou: Po extrakci EDK byly podávány analgetika již jen bolusově podle potřeby pacienta. Nejčastěji analgetika vyžadoval po tělesné námaze- hygiena, chůze. Intenzita bolesti dle pacienta nikdy nepřekročila hodnotu 5 dle VAS. Na standardním oddělení se bolest pohybuje mezi hodnotami 1-3 dle VAS. Analgetika si žádá již jen před spaním, přes den je odmítá a zvládá sebeobslužné činnosti bez užití analgetik. Bolest je na konci hospitalizace jen mírná, neomezuje pacienta v běžných denních činnostech.

Porušení kožní integrity v souvislosti s provedeným operačním výkonem: Rána se hojí per primam, dále je převazována dle ordinace lékaře a prosaku krytí. Na oddělení JIP tomu tak je každý den. Na standardním oddělení se krytí mění po hygieně, z důvodu namočení krytí. Kryje se Curaporem, před dimisí Opsite sprejem. V den dimise je extrahováno půl stehů z rány. Zbytek stehů se odstraní při návštěvě ambulance následující týden. Rána je klidná, není zarudlá, bez sekrece.

Potenciální riziko pádu v souvislosti s pooperačním stavem: Během pobytu v nemocnici u pacienta nedošlo k pádu. V době trvání rizika byl pacient vždy doprovázen

ošetřujícím personálem. Na standardním oddělení bylo riziko přehodnoceno- pacient již netrpí závratěmi a již neužívá opioidy- je bez rizika. Po oddělení se pohybuje již bez doprovodu ošetřujícího personálu. Byl však poučen, že při změně stavu (závratě, pocit slabosti) bude ke vstávání a chůzi kontaktovat ošetřovatelský personál.

Potenciální riziko infekce v souvislosti s invazivními vstupy: Během dalšího pobytu na JIP byl pacient zbaven PMK, EDK a penrose drénu. Okolí vstupu PMK,EDK a penrose drénu jsou klidné bez známek infekce. Pacient močil čistou moč, při močení nepozoroval pálení, či řezání. Stopa po penrose drénu je kryta nejprve savými čtverci, na konci hospitalizace Curaporem a je již bez sekrece.

Potenciální riziko TEN související se sníženou pohyblivostí po operaci: Pacient je plně soběstačný, chodící, bez změny barvy a citlivosti DK a bez bolesti DK. Kompresní punčochy měl stále nasazené až do konce hospitalizace.

Při postupném zatěžování stravou měl pacient potíže s nauzeou a zvracením, stav byl zlepšen přechodným zavedením NGS. Na konci hospitalizace pacient plně toleruje nastavenou dietu- bezzbytkovou, nezvrací, dále má pacient pravidelnou stolicí ve frekvenci odpovídající operačnímu výkonu. Do domácího ošetřování je pacient propuštěn 10. pooperační den. Příští týden je pozván na kontrolu do chirurgické ambulance.

7.10 Hodnocení psychosociálního stavu nemocného

Psychologie nemoci

Jakýkoliv druh onemocnění má neblahý vliv na člověka. Ovlivňuje celou jeho bytost., chování, rysy osobnosti i emoční projevy, protože mění jeho dosavadní způsob života. Omezuje ho ve výkonu povolání, běžných denních činnostech, často zahýbe s mezilidskými vztahy. Adaptace na nemoc je dlouhodobý dynamický proces, který má určité fáze a kterými si musí projít každý nemocný, jeho rodina a nejbližší. Sestra musí pozorně sledovat, jak se pacient s nemocí vyrovnává, jak jí zvládá a sledovat provázející psychické změny. Psychická stránka pacienta, jeho způsob prožívání nemoci a reakce na nemoc tvoří důležitou složku při léčbě a ošetřování pacientů, protože ovlivňují průběh nemoci.

Psychosociální stav pacienta

Pan H.J. trpí ulcerózní kolitidou. Prvními projevy byl zaskočen, našel krev ve stolici. Báł se, že se jedná o onkologické onemocnění. Vlastně se mu při sdělení diagnózy ulevilo. Ale jen do té doby, kdy zjistil, co vlastně ulcerózní kolitida znamená a co ho čeká. Z operačního výkonu měl strach, zaskočil ho rozsah operace. Po té, co zjistil, že operace ho může nemoci zbavit, jeho strach klesl téměř na nulu a byl odhodlaný, vše zvládnout beze strachu.

Zhodnocení komunikace

Pacient byl vždy komunikativní. I v době, kdy se necítil dobře, se snažil usmívat a spolupracoval s ošetrovatelským personálem. Pooperační průběh probíhal dle lékaře standardně, takže byl pacient v klidu, věděl co ho čeká a nepůsobil tak ve stresu, či že by měl strach.

Zvládání stresu

Pacient se snaží všemu postavit čelem a nebát se když není důvod. Oceňuje komunikaci s operátorem, který mu vše vysvětlil velice podrobně, připravil ho včas i na méně příjemné situace, takže neměl strach, že se děje něco závažného, když nastaly. Myslí si, že stres kolem diagnózy a operace, ho nijak negativně neovlivnil.

Motivace k léčbě

Jednoznačně manželka a synové.

7.11 Edukace

Pacient byl edukován již při příjmu na oddělení chirurgie a pak dále po celou dobu hospitalizace. Na edukaci se podílel celý zdravotnický tým- sestry, lékaři, specialisté. Edukace probíhala formou rozhovoru i instruktáže. Během edukace dochází k předání

důležité informace. Sestra nesmí zahltit pacienta informacemi a musí si ověřit, že pacient všemu rozuměl a umí s informacemi správně naložit.

Poskytnutí základních informací- Pacient byl při příjmu na oddělení seznámen s ošetrovací jednotkou, právy pacienta, chodem oddělení a jeho vnitřním řádem, signalizačním zařízením a s ošetřujícím personálem. Byl informován o účelu identifikačního náramku, předoperační přípravě a nutnosti aplikace léků. Pacient byl dále přijat na oddělení příjmovým lékařem- chirurgem a po té navštívil anesteziologickou ambulanci, kde byl anesteziologem poučen o průběhu anestezie na operačním sále. Za pacientem se také v průběhu dne stavil operatér, aby zodpověděl případné otázky pacienta a znovu si probrali průběh operace a hospitalizace. Večer při aplikaci Fraxiprainu byl pacient edukován o riziku TEN a prevenci.

Edukace v pooperačním období až do dimise pacienta- Po operaci byl pacient edukován o nutnosti klidového režimu do dalšího rána. První pooperační den proběhla edukace o správném vstávání po operačním výkonu a prevenci rizika pádu. Fyzioterapeut edukoval o správné pooperační rehabilitaci. Při zatěžování pacienta stravou ho navštívil nutriční terapeut, aby ho informoval o správné dietě bezprostředně po operačním výkonu i dlouhodobě po dimisi. Byla připomenuta prevence rizika TEN. Při dimisi byl edukován o péči o operační ránu, fyzickém šetření a další léčbě v ambulanci.

Edukace zaměřená na 1. pooperační den

Prevence pádu- Pacientovi je vysvětleno, proč je u něj potenciální riziko pádu a co to znamená. Je poučen o nutnosti doprovodu při vertikalizaci a chůzi. Ví o nutnosti použití pantoflí při chůzi.

Technika posazování a vstávání, ale také lehání z lůžka po operaci- Technika je mu vysvětlena krok po kroku. Otočí se vleže na bok s pokrčenými DK, které po té spustí z lůžka a za pomoci podpěrek se posadí. Pokud netrpí závratí, může se za pomoci personálu postavit a zkusit se projít kolem lůžka. Pokud se chce pacient položit zpět, použije opačný postup.

Péče o genitál v souvislosti s PMK- Pacient je poučen o dodržování přísně hygieny genitálu jako prevence infekce močového měchýře. Je také poučen, aby informoval personál ihned, jak by zpozoroval bolesti v podbřišku a pálení v močové trubici.

Nutnost kontinuální monitorace- Pacient je seznámen se všemi svody a manžetou, jakou plní funkci a co měří. Je poučen, že pokud by se chtěl projít, je potřeba ho nejdříve ze všech monitoračních přístrojů odpojit.

Péče o ránu a invazivní vstupy- Ošetřující personál vysvětlil pacientovi důvod zavedení invazivních vstupů a péči o ně. Ví, že si nesmí odlepovat krytí z operační rány a sám extrahovat invazivní vstupy.

7.12 Prognóza

Prognóza pana H. J. je z medicínského hlediska příznivá. Pacient by měl být touto operací své choroby zbaven. Pokud nedojde k dlouhodobým pooperačním komplikacím, k nimž patří pouchitida, zužování průsvitu anastomózy, ileus kliček tenkého střeva, měl by být pacient bez větších obtíží. Přetrvávat bude vyšší počet stolic (5).

8. Souhrn a závěr

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila pacienta, který trpí ulcerózní kolitidou. Tato nemoc se v dnešní době vyskytuje stále častěji a pacientů jako je pan H.J. neustále přibývá. Proto je nutné si tuto problematiku přiblížit a seznámit se s novými druhy operačních výkonů. Ileo- pouch anální anastomóza je pro mě velmi speciální výkon z toho důvodu, že pacientovi po jeho provedení umožňuje vést normální život bez nepříjemných atak nemoci. V klinické části jsem popsala anatomii a fyziologii střev, samotnou ulcerózní kolitidu a typ operačního výkonu, který byl pacientovi proveden.

V ošetřovatelské části jsem stručně popsala charakteristiku ošetřovatelského procesu a vybraný model ošetřovatelské péče. Pomocí modelu jsem sestavila ošetřovatelskou anamnézu, diagnózy a plán péče. Ošetřovatelský plán péče jsem zhodnotila. Následovalo zhodnocení psychosociálního stavu nemocného a edukace. V závěru jsem uvedla použitou literaturu a seznam příloh.

Spolupráce s panem H.J. byla příjemná. Byl velice vstřícný a vždy ochotně spolupracoval. Do vytváření ošetřovatelského plánu se aktivně zapojoval.

9. Použitá literatura

- 1., FIALA P., VALENTA, J. A EBERLOVÁ, L. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Praha: Karolinum, 2009. str. 173. ISBN 978-80-246-1491-5
2. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. Praha: Grada Publishing 2002, 488 s., ISBN 80-247-0143-X
3. MOUREK, J. *Fyziologie. Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada 2005, str. 204. ISBN 80-247-1190-7
4. SILBERNAGL, S., AGAMEMNON, D. *Atlas fyziologie člověka*. Praha: Grada Publishing 2004, 448 s., ISBN 80-247-0630-X
5. LUKÁŠ, K. a spol. *Idiopatické střevní záněty*. Praha: Triton 199, str. 186. ISBN 80-85875-31-4
6. ČERVENKOVÁ, R. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: 2009, str. 101. ISBN 978-80-7262-600-7
7. MARTÍNKOVÁ, J. a kolektiv. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada 2007, str. 380. ISBN 978-80-247-1356-4
8. KOCINOVÁ, S., ŠTERBÁKOVÁ, Z. *Přehled nejužívanějších léčiv*. Praha: Informatorium 2003, str 93. ISBN 80-7333-012-1
9. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: 2008, str. 185. ISBN 80-7013-324-4
10. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. a kol. *Ošetrovatelství 1/2*. Praha: Informatorium 1996, 209s., ISBN 80-85427-94-X
11. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada 2006, 150 s., ISBN 80-247-1211-3
12. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství- teorie*. Martin: Osveta 2006, 211 s., ISBN 80-8063-227-8

13. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing 2006, 246 s., ISBN 80-247-1399- 3

Publikace:

14. ŠERCLOVÁ, Z. a kol. *Akcelerovaná pooperační rehabilitace ve střevní chirurgii*

15. NOVOTNÝ, A. a kol. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. Medimport

Další internetové zdroje:

16. www.cilena-lecba.cz/ulcerozni-kolitida

17. www.bc.edu/content/bc/schools/son/faculty/Emeritus/gordon.html

18. www.sukl.cz/modules/medication/search.php

19. www.pouch.webdone.cz/o-operacich/

10. Seznam příloh

1. Ošetrovatelská anamnéza

2. Plán ošetrovatelské péče

3. Pouch

Ošetrovatelská anamnéza

Oddělení : CHIRURGIE - JIP

Datum a čas odběru anamnézy : 8.1.2014

Jméno (iniciály) : H. J. Pohlaví : MUŽ Věk :

Datum přijetí : 6.1.2014 Datum propuštění : 17.1.2014

Stav : VENATÝ Povolání : ZAMĚSTNANEC HRAČKOVEN

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní) : ULCERÓZNÍ KOLITIDA

Chronická onemocnění :

Infekční onemocnění : NE ANO

Režimová opatření :

Léčba:

Operační výkon : LED. POUCHANÁLNÍ ANASTOMÓZA Pooperační den : 1

Farmakoterapie :

CONTROLON 40 MG I.V. PO 12 HODINÁCH

DEGAN 1 AMPULE I.V. PO 8 HODINÁCH

RINGERŮV ROZTOK I.V. ; GLUKÓZA 40% 40ML

10 EFK - 10 ML PROCAINE + 6 ML FENTANYL + 34 ML FYZIOLOGICKÉHO ROZTOKU

NOVALGIN 8 ML I.V.

Jiné léčebné metody :

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké :

Fyziologické funkce : P : 40 TK : 107/44 D : 16 SpO2 : 98% TT : 36,6

Hmotnost : 88 kg Výška : 175 cm

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : 15 B

Orientovaný Deorientovaný

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba)..... *OMERZENÍ A VŮLI NEMOCI CÍTIL JEN ČÁSTEČNĚ (NEJTERÉ SPORTY), JINAK SE CÍTÍ DOBRĚ. PO OPEVACI DŮVEA V UPLNĚ VLEPŠENÍ*

Úrazy: ano ne jaké:

Prodělaná dětská onemocnění: *ŽEŽIVA, DĚTSKÁ ONEMOCNĚNÍ*

Infekční onemocnění: ano ne jaká:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *0, NUTRIČNÍ* Nutriční skóre: *0,3*

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Jakým druhům potravin dává přednost:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké: *NUTRIČNÍ*

Enterální výživa: */* Parenterální výživa: */*

Denní množství tekutin: *1,5 l* Druh tekutin: *ČAJ, MINERÁLKA*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik:

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne *PHK*

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

poslední stolice: *4. 1. 2014*

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: *2. DEN*

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *DOBRĚ I DOPROVOZU PERSONÁLU*

Barthel test: *60B*

Riziko pádu: ANO skóre:

NE

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí
 ležící pohyblivý ležící nepohyblivý
 pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : *6-7 HODIN* hodina usnutí : *MEZI 22-23 HOD*
poruchy spánku : ano ne jaké :
hypnotika : ano ne
návyky související se spánkem : *VYVĚTRANÝ POKOJ, ORTOPEDIČNÝ POLSTAR*

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké :
potíže se sluchem: ano ne jaké :
porucha řeči: ano ne jaká :
kompenzační 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 : *SE SEBOU JE VYROVNANÝ, JE OPTIMISTA, MÁ SMYSL PRO HUMOR*
pocit zlosti, vzteku : ano ne
pocit strachu : ano ne z čeho :
pocit úzkosti : ano ne
jak klient vyjadřuje negativní emoce: *JE NÁLADOVÝ, SPÍŠ SE STRANÍ OSTATNÍCH*
emocionální stav : *VYROVNANÝ*
Úroveň komunikace a spolupráce: *VELMI VSTŘÍENÁ SPOLUPRÁCE, PŘÍZEMNÁ KOMUNIKACE*

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : *POZITIVNÍ*
bydlí doma sám : ano ne
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *MANŽELKA*
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 : *NEVÍDÁVA*

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : klidný rozrušený úzkostný depresivní strach

prožívá nějaké napětí : ano ne jaké, z čeho :

způsob odreagování : *ZDOLINA, PŘÁTELE, SPORT*

kouření : ano ne kolik :

alkohol : ano ne kolik : *VELKÝ MĚŘÍTKA PIVO*

drogy : ano ne jaké :

15) Víra

Víra ano ne jaká :

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : *PENROSE* Datum zavedení : *4. 1. 2014*

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : *4. 1. 2014* kde :

Stav : *BEZ PROJEVU INFERENCE FUNKČNÍ*

centrální datum zavedení : kde :

stav :

ne

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

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 :

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napítí	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

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

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

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 ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnutú péče	Podpis sestry
8.1.	A. Akútny infarkt, anorgánická apnoe, komatóz	Pacient bude schopný vykonať základné životné funkcie, udržať normálnu telesnú teplotu a podstarať sa sám o seba.	<p>Kritičnosť: ochrana života, prevencia komplikácií, monitorovanie vitálnych funkcií, poskytovanie základnej starostlivosti, poskytovanie emocionálnej podpory, poskytovanie informácií o zdravotnom stave pacienta.</p>	<p>Do 12 hodín pacienta vykonať analýzu, sledovať dýchaciu funkciu, krvný tlak, teplo, pulz, saturáciu kyslíka, poskytnúť základnú starostlivosť, poskytnúť emocionálnu podporu, poskytnúť informácie o zdravotnom stave pacienta.</p>	
8.2.	B. Pacient potrebuje informácie o zdravotnom stave, potrebuje podporu pri rozhodovaní o zdravotných opatreniach	Pacient bude schopný vykonať základné životné funkcie, udržať normálnu telesnú teplotu a podstarať sa sám o seba.	<p>Monitorovanie zdravotného stavu, poskytovanie informácií o zdravotnom stave pacienta, poskytovanie emocionálnej podpory, poskytovanie informácií o zdravotnom stave pacienta.</p>	<p>Pracovník zdravotníckej starostlivosti, poskytovanie informácií o zdravotnom stave pacienta, poskytovanie emocionálnej podpory, poskytovanie informácií o zdravotnom stave pacienta.</p>	

