

Univerzita Karlova v Praze

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Eva Pičmanová

Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou

Colitis Ulcerosa

*Nursing care of the patient with the diagnosis
of Colitis Ulcerosa*

Bakalářská práce

Praha, 2014

Autor práce: Eva Pičmanová, DiS.
Studijní program: Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková
Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství, 3. Lékařská fakulta
Odborný konzultant: MUDr. Robert Mudr
Pracoviště odborného garanta: Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla
Boromejského v Praze - Gastroenterologie

Předpokládaný termín obhajoby: květen 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 2014

Eva Pičmanová, DiS.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Marii Zvoníčkové a MUDr. Robertu Mudrovi za cenné rady, podněty a připomínky a také za jejich zkušenosti a pochopení. Dále bych ráda poděkovala kolektivu sester z gastroenterologického oddělení NMSKB za trpělivost a ochotu. V neposlední řadě děkuji své rodině za velikou podporu a pomoc během studia.

Obsah

Obsah.....	5
Úvod.....	8
Cíl	11
1. Klinická část	12
1.1. Trávicí trakt a jeho funkce.....	13
1.1.1. Tenké střevo	14
1.1.1.1. Anatomie	14
1.1.1.2. Fyziologie.....	15
1.1.2. Tlusté střevo	15
1.1.2.1. Anatomie	15
1.1.2.2. Fyziologie.....	17
1.2. Ulcerózní kolitida	18
1.2.1. Stručná definice a patologický nález.....	18
1.2.2. Etiopatogeneze onemocnění	18
1.3. Klinický obraz a příznaky nemoci	21
1.4. Komplikace nemoci	24
1.4.1. Lokální střevní komplikace	24
1.4.2. Extraintestinální projevy	25
1.4.3. Metabolické komplikace	26
1.4.4. Komplikace nezávislé na aktivitě onemocnění	27
1.5. Průběh a vývoj nemoci.....	28
1.6. Aktivita choroby	29
1.7. Diagnostika nemoci.....	30
1.7.1. Anamnéza	30
1.7.2. Fyzikální vyšetření	31
1.7.3. Laboratorní vyšetření	31
1.7.4. Zobrazovací metody	33
1.7.5. Endoskopická vyšetření.....	33
1.8. Terapie	35
1.8.1. Konzervativní terapie	35
1.8.1.1. Farmakologická terapie	35
1.8.1.2. Podpůrná a doplňková léčba.....	38
1.8.2. Chirurgická terapie	39
1.8.2.1. Případy chirurgických zákroků.....	40
1.8.2.2. Operační výkony	40
1.9. Prognóza onemocnění.....	42
1.10. Edukace.....	43
2. Ošetrovatelská část	44
2.1. Základní informace o nemocném.....	45
2.2. Údaje z lékařské anamnézy	46
2.2.1. Osobní anamnéza.....	46

2.2.2.	Sociální anamnéza.....	46
2.2.3.	Rodinná anamnéza.....	46
2.2.4.	Alergická anamnéza.....	46
2.2.5.	Nynější onemocnění.....	46
2.3.	Lékařské diagnózy.....	48
2.3.1.	Hlavní lékařská diagnóza.....	48
2.3.2.	Vedlejší lékařské diagnózy.....	48
2.3.3.	Výkon.....	48
2.4.	Ošetrovatelská péče.....	49
2.5.	Přehled provedených vyšetření.....	50
2.5.1.	Laboratorní vyšetření krve.....	50
2.5.2.	Přehled biochemického vyšetření krve.....	50
2.5.3.	Hodnoty hematologického a hemokoagulační vyš. krve.....	50
2.5.4.	Laboratorní vyšetření moči.....	51
2.5.5.	Fyziologické funkce.....	51
2.5.6.	Zobrazovací vyšetření.....	51
2.5.7.	Konziliární vyšetření.....	52
2.6.	Přehled Terapie během hospitalizace.....	53
2.6.1.	Léky podávané per os.....	53
2.6.2.	Léky podávané intravenózně.....	53
2.6.3.	Léky podávané subkutánně.....	54
2.6.4.	Léky podávané lokálně.....	54
2.7.	Ošetrovatelská anamnéza.....	55
2.7.1.	Vnímání zdraví.....	55
2.7.2.	Výživa, metabolismus.....	55
2.7.3.	Vylučování.....	56
2.7.4.	Aktivita, cvičení.....	56
2.7.5.	Spánek a odpočinek.....	57
2.7.6.	Vnímání - poznávání.....	57
2.7.7.	Sebeúcta, sebekoncepce.....	57
2.7.8.	Plnění rolí - mezilidské vztahy.....	57
2.7.9.	Sexualita.....	58
2.7.10.	Stres, zátěžové situace - zvládnání, tolerance.....	58
2.7.11.	Víra, přesvědčení - životní hodnoty.....	58
2.7.12.	Bezpečnost a ochrana.....	58
2.8.	Přehled ošetrovatelských diagnóz.....	59
2.8.1.	Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	59
2.8.2.	Potenciální diagnózy.....	59
2.9.	Krátkodobý plán péče - 1 .den.....	60
2.10.	Dlouhodobý plán péče.....	79
2.11.	Rozpracování dlouhodobých okruhů péče.....	79
2.12.	Hodnocení psychického stavu.....	84
2.13.	Edukace.....	85
	Závěr.....	87
	Resumé v českém jazyce.....	88
	Resume in English language.....	89

Seznam použitých zkratek	90
Seznam příloh	91
Přehled použitých léčiv	92
Seznam tabulek	95
Seznam obrázků	95
Seznam použité literatury	96

Úvod

Pro zpracování mé bakalářské práce jsem si vybrala problematiku ošetřovatelského procesu u pacienta s ulcerózní kolitidou, neboli onemocnění, kde celkový stav postiženého se odvíjí od zánětlivého procesu sliznice tlustého střeva. Problematika je mi velmi blízká. Pracuji na oddělení gastroenterologie Nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského a s tímto onemocněním se tu setkávám poměrně často. Na začátku třetího tisíciletí ulcerózní kolitida představuje v civilizovaných zemích trvalý problém a její výskyt stoupá. Jak uvedl jeden z přímých žáků *„Crohnova choroba ani Ulcerózní kolitida nejsou stonání na pár týdnů, ale chorobami, které provázejí své nositele po větší část jejich života.“*

Při léčbě těchto onemocnění je velice důležitý partnerský vztah mezi ošetřujícím personálem a pacientem. V Evropské unii byla dokonce konstituována profese IBD sester, což jsou speciálně vyškolené pracovníce, které se starají o tyto pacienty. Tato ideální situace bohužel není zcela rutinní, jelikož zdravotníci jsou často limitováni časem a množstvím ostatní práce. Pacienti s IBD jsou velmi často dobře informovaní o své nemoci pomocí různých brožur. Existuje i řada webových stránek, kde si lidé navzájem sdělují a vyměňují různé zkušenosti s lékaři, zařízeními, dietami atd. Často se tu však mohou vyskytnout nepravé a falešné informace. Pacient tak může získat i mylný, zkreslený obraz o některých situacích. Klasická literatura zde má tedy stále své místo, a proto vznikají různé brožury a letáky, kde jsou ověřené informace.

V dostupné literatuře se můžeme setkat s různými zkratkami, pod kterými se schovává Crohnova nemoc a Ulcerózní kolitida. Nejčastěji používané zkratky jsou NSZ - Nespecifický střevní zánět a ISZ - Idiopatické střevní záněty. Nejčastěji používanou zkratkou je anglická zkratka IBD - Inflammatory bowel diseases, v překladu - Zánětlivé střevní

onemocnění. Slovo idiopatické pochází z řečtiny a vyjadřuje *idios* – vlastní, sám, *pathos* - nemoc.

Historicky jsou obě nemoci relativně mladé. V polovině 19. století odlišil anglický lékař sir Samuel Wilks Ulcerózní kolitidu od bacilární dysenterie. První popis ulcerózní kolitidy pochází z Irska, kde byl v roce 1774 popsán asi 40letý muž s krvavými průjmy, s častými horečkami. Pravděpodobně šlo o ulcerózní kolitidu komplikovanou sklerotizující cholangitidou. V roce 1952 Wener a Polonsky ukázali, že u nemocných s UC je zvýšená aktivita sympatiku a parasimpatiku a o 2 roky později Engel koncipoval teorii, že UC vzniká na podkladě parasymptické aktivity následkem emočních stresů. V pozdější době byla nemoc spojována s různými kmeny bakterií, ale vždy se ukázalo, že sledované speciés není původcem nemoci. Od konce 30. let se stále více pomýšlelo na imunologické koncepce. Původně byla UC považována za hypersenzitivní reakci na složky potravy, což vedlo k vytvoření eliminačních diet. Klinická zkušenost ukázala, že eliminační diety nemají vliv na průběh UC a žádná z úvah o onemocnění nevysvětlila pravou příčinu onemocnění.

Na začátku 20. století se tato nemoc oddělila jako samostatná klinická jednotka od ostatních střevních zánětů. Historie Crohnovy choroby je spjata s legendárním gastroenterologem B. B. Crohnem, jehož jméno také od roku 1932 nese. V naší zemi je s oběma chorobami spojeno jméno prof. Mařatky, který v roce 1948 vydal monografii *Colitis ulcerosa*. Mařatkova literatura patří k základním pramenům informací o IBD nejen u nás, ale i v zahraničí.

Výskyt idiopatických střevních zánětů je v současné době zjišťován v ekonomicky vyspělých zemích Evropy a Severní Ameriky. Údaje o výskytu v České republice chybí, ale je předpokládáno, že se řadíme mezi vyspělé státy. Této situaci nasvědčuje řada okolností. Předpokládáme podobnou incidenci a prevalenci jako v západní Evropě. Dříve převažoval výskyt Ulcerózní kolitidy nad Crohnovou nemocí asi dvojnásobně, ale v poslední

době se rozdíl stírají. Poslední údaje ukazují, že na 100 000 obyvatel v průmyslových oblastech Evropy a Severní Ameriky každý rok přibude 10 nově diagnostikovaných pacientů s Ulcerózní kolitidou a 5-10 s Crohnovou nemocí. Celková prevalence s Crohnovou nemocí a Ulcerózní kolitidou dosahuje 200 - 250 případů na 100 000 obyvatel. V ČR by mohlo jít o 30.000 – 50.000 nemocných s IBD. (5, 11, 12, 13)

Cíl

Cílem mé bakalářské práce je zpracování komplexní problematiky péče o nemocného s diagnózou Ulcerózní kolitida. Svou práci rozdělím do klinické a ošetrovatelské části. V ošetrovatelské části zpracuji anatomicko-fyziologické poznatky a patofyziologii onemocnění. Dále zde nastíním možnosti léčby a průběh onemocnění. Cílem ošetrovatelské části je zpracování ošetrovatelské kazuistiky podle Majory Gordon. Na základě získaných poznatků stanovím ošetrovatelské diagnózy, které dále rozpracuji do plánu ošetrovatelské péče a následně zhodnotím efekt poskytnuté péče. Diagnózy stanovím k 9. pooperačnímu dni a 15. dni hospitalizace. Jde o den překlady z oddělení ARO na standardní gastroenterologické oddělení. Ráda bych, aby má práce sloužila ke studijním účelům jiných studentů a zdravotníků zajímajících se o problematiku IBD - Ulcerózní kolitidy. Ve své práci použiji fotografie pořízené ve spolupráci s pacientem, který mi dal svůj souhlas k použití v mé bakalářské práci.

1. Klinická část

1.1. Trávicí trakt a jeho funkce

Trávicí trakt člověka je orgánová soustava, která zajišťuje příjem potravy, její mechanické a chemické zpracování, vstřebání živin, vyloučení nestrávených a nestravitelných zbytků. Cílem je získání živin z potravy, tedy trávení.

V trávicím systému probíhá trvalá výměna látek a energie - metabolismus. Trávicí ustrojí má v látkové výměně dva hlavní úkoly: trávení (mechanické a chemické zpracování potravy) a vstřebávání upravených látek. Mechanické rozmělnění přijaté potravy zajišťují zuby a jazyk. Po polknutí je potrava posunuta do hltanu a jícnem je dále transportována do žaludku. Pohyby žaludku a střev je trávenina dokonale promíchána s trávicími enzymy a dále posouvána systémem a trávena. Nestrávené zbytky potravy jsou zahuštěny, zformovány a vyloučeny v podobě stolice.

Chemickou stránku trávení charakterizuje především produkce šťáv žlázami trávicího systému. Trávicí šťávy obsahují vodu a látky bílkovinné povahy - enzymy, které jsou schopny štěpit bílkoviny, cukry a tuky.

Součástí trávicích pochodů je také vstřebávání (resorbce) rozštěpených látek. Vstřebávání probíhá v různých úsecích trávicího systému odlišnými mechanismy a různou rychlostí. Jedná se zejména o aktivní vstřebávání typické pro tenké střevo a o pasivní vstřebávání. Rychlost vstřebávání určuje vlastní rychlost trávení, která je závislá na množství a složení potravy. Tuky jsou vstřebávány až 12 hodin, ale například alkohol se vstřebává okamžitě. Trávení a vstřebávání je fyziologickým základem látkové a energetické přeměny. (1, 2, 26)

Nadále se zaměřím jen na dvě části trávicího traktu, a to tenké a tlusté střevo, které jsou pro problematiku zvoleného onemocnění stěžejní.

1.1.1. Tenké střevo

1.1.1.1. Anatomie

Tenké střevo - *intestinum tenue* je dlouhé asi 3 - 5 metrů. Jednotlivé oddíly střeva - *duodenum*, *jejunum* a *ileum* v sebe plynule přecházejí. Jejunum a *ileum* vytvářejí kličky tenkého střeva - *laquei intestini tenuis*.

Dvanáctník - *duodenum* má přibližně tvar písmene C je dlouhý asi 25 - 30 cm. Jeho začátek za pylorem je rozšířený a tvoří bulbus - označovaný jako D1. Následuje sestupná část D2, uložená vpravo od těla obratle L2 a dále se točí doleva jako dolní horizontální část D3 a nakonec se točí vzhůru krátkým vzestupným úsekem D4 a duodenálním ohybem přechází v jejunum. S výjimkou bulbu je *duodenum* pokryto peritonem jen z přední strany. Sliznice *duodena* je složena v četné příčné řasy, pouze na mediální stěně sestupné části je vytvořena podélná řasa, kde je vyvýšenina nazývaná se - *papilla duodeni major (papila Vateri)*, kde do *duodena* ústí vývod pankreatu a žlučovod. Nad touto papilou je menší *papilla duodeni minor (papila Santoriny)*, kde ústí přídatný pankreatický vývod.

Lačnick - *jejunum* je asi 2 m dlouhý úsek tenkého střeva, kde probíhá největší resorpce natrávené potravy. Pro zvýšení resorpční plochy je složena v četné příčné řasy, ze kterých vybíhají četné drobné klky. Jsou v ní drobné žlázy a mízní uzlíky. Jsou to paličkovité výběžky, na kterých vstřebané látky transportují přes epitelové buňky do krevního oběhu, kterým se dostávají do jater. Podslizniční vazivová vrstva klku je prostoupena cévními kapilárami, které zde tvoří mohutné pleteně. Vstřebává se zde 60% přijatých tuků. Hladká svalovina je zde kryta serózou.

Kyčelník - *ileum* je o něco delší než jejunum cca 3,5 m. Je zde větší množství lymfatické tkáně, která zejména v terminální části vytváří tzv. Peyerovy plaky. Ve vzdálenosti 80 - 120 cm od vyústění ilea do tlustého střeva je asi u 5% populace různě veliká výchlipka - *diverticulum Meckeli*, což

je zbytek po embryonální dučceji. V místě vyústění ilea do tlustého střeva je vytvořená silná ileocekální chlopeň, která uzavírá průchod mezi tenkým a tlustým střevem. Chlopeň se otevírá tehdy, když je obsah tenkého střeva natráven. (3, 4, 26)

1.1.1.2. Fyziologie

Hlavní funkcí tenkého střeva je dokončení procesu trávení potravy a resorpce produktů štěpení spolu s vodou a elektrolyty. Tenké střevo je zásobováno krevními a lymfatickými cévami. Mezi resorbujícími enterocyty jsou rozesety pohárkové buňky, jejichž hlen pokrývá jako ochranná kluzká vrstva povrchu epitelu. Motilita tenkého střeva je autonomně řízena střevním nervovým systémem a je ovlivňována hormony a extramurální inervací. V tenkém střevě probíhají lokální kývavé pohyby a rytmické segmentace. Oba pohyby zajišťují promíchání střevního obsahu a zajišťují co nejužší kontakt se slizničním epitelem, což je podporováno vlastní pohyblivostí klků. (1, 2, 26)

1.1.2. Tlusté střevo

1.1.2.1. Anatomie

Tlusté střevo (colon, intestinum crassum) je konečným asi 1,5 metrů dlouhým oddílem trávicí trubice. První oddíl tlustého střeva - **slepé střevo (ceacum)** je nejobjemnější. Jde o 7 cm dlouhý, vakovitý začátek tlustého střeva, uložený v pravé jámě kyčelní. Při vyústění tenkého střeva do céka vytváří sliznice horní a dolní příčnou řasu, *valvula ileocaecalis - Bauhini*. Pod ileocékálním spojením je červovitý výběžek - **apendix vermiformis**. Jde o slepou výchlípku tlustého střeva. Apendix je silný asi jako tužka, je dlouhý 10-15 cm. Ve sliznici je nakupeno větší množství mízní tkáně. Časté záněty postihující tuto mízní tkáň činní ze zánětu apendixu nejčastější chirurgické onemocnění. Apendix je velmi pohyblivý a pouze jeho vyústění do slepého střeva má stálou polohu.

Další oddíly střeva jsou: vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transversum, sestupný tračník (colon descendens, esovitý tračník (colon sigmoideum) a konečník (rektum). Vzestupný tračník probíhá podél pravého obvodu břišní dutiny, příčný tračník kříží dutinu břišní zprava doleva. Sestupný tračník jde podél levé stěny břišní dolů do levé jámy kyčelní, kde esovitou kličkou vstupuje do pánve.

Vzestupný tračník je přisedlý k zadní stěně břišní a je kryt serózou z přední strany. Pod játry se střevo ohýbá - flexura coli dextra, flexura hepatica. Terminální ileum, cékum a colon ascendens jsou zásobeny konečnými větvemi a. mesenterica a sup. a. ilioocolica, žilní krev je odváděna stejnojmennou žilou. Podél cév jsou četné mízní uzliny.

Příčný tračník se stáčí směrem dolů - flexura coli sinistra, flexura lincolis. Příčný tračník je v celém rozsahu kryt serózou a má svůj závěs - mesocolon transversum, kde probíhají cévy (a. colica media, větve a. mesenterica superior a stejnojmenná žíla). Zepředu se zde upíná list velké předstěry - omenta.

Sestupný tračník je přisedlý k zadní stěně břišní a je kryt serózou jen z přední strany. V levé jámě kyčelní přechází do esovité kličky.

Esovitá klička - úsek střeva uložený v levé jámě kyčelní, její dosah může být až k pupku. Tato část je volná, celá krytá serózou a se závěsem, mesosigmoideum. Esovitá klička v malé pánvi přechází v konečník-rectosigmoideum.

Konečník je to 15 cm dlouhý úsek tlustého střeva. Konečník probíhá před křížovou kostí a ústí na povrchu těla řitním otvorem. Je zde cirkulární svalovina, která je zesílena ve vnitřní svěrač - m. sphincter ani internus. Zevně od něj je cirkulární vrstva příčně pruhované svaloviny; vůlí ovládaný m. sphincter ani externus. Sliznice v rectu je kryta dlaždicovým epitelem. (3, 4,26)

1.1.2.2. Fyziologie

Tlusté střevo má dvě hlavní funkce, slouží jako rezervoár střevního obsahu a dále vstřebává vodu a elektrolyty, takže 50 - 1500ml chymu vstupujícího denně do tlustého zahustí na 100 - 200 ml. Tlusté střevo není pro život nezbytné. V nutných případech je možno ho z velké části odejmout.

Tlusté střevo vykonává místní míchací pohyby se silným zaškrfováním (haustrace) a také v něm probíhají antero i retrográdní peristaltické vlny. Pacemaker je v kolon transverzum, takže se stolice může ukládat i v céku. Mimo to dochází 2 - 3x denně k tzv. velkým pohybům, které jsou spojeny s příjmem potravy - odpovídá za ně gastrokolický reflex a hormony gastrointestinálního traktu.

Tlusté střevo je při narození sterilní a během prvních dnů života se z orální strany osidluje bakteriemi. U dospělého člověka je v 1 ml obsahu tlustého střeva 10^{10} bakterií a v ileu asi 10^6 . (1, 2, 26)

1.2. Ulcerózní kolitida

1.2.1. Stručná definice a patologický nález

Jde o zánětlivé onemocnění, charakterizované zánětlivým postižením tračníku, které může postihovat celé tlusté střevo. Do hlubších vrstev se může zánět šířit pouze při komplikacích typu fulminantní kolitidy a toxického megakolon. Onemocnění se může objevit v kterémkoliv věku, ale maximum výskytu je mezi 20 - 40 rokem života. Onemocnění postihuje pouze tlusté střevo. Výjimku tvoří zánětlivé změny v distálním ileu u nejtěžších forem. Onemocnění se šíří od konečníku orálně. Jedná se o zánět katarálně hemoragický, v pokročilejším stádiu i hnisavý a vředovitý, ze zbytků zanícené sliznice se mezi vředy tvoří zánětlivé polypy. V těžkých případech se může sliznice válcovitě zúžit zduřením sliznice a prosáknutím svaloviny. Séroza bývá neporušena.

Histologicky jde o zánět katarální. Sliznice je hustě infiltrována mononukleáry, neutrofilů a granulocyty. Typickým nálezem jsou kryptové abscesy, které jsou typické pro katarální záněty nejen u tohoto onemocnění, ale například i u Crohnovy choroby. U Ulcerózní kolitidy je typická redukce až zánik pohárkových buněk, což má za následek útlum sekrece hlenu. V období remise se kryptové abscesy ztrácejí a pohárkové buňky se obnovují, ale téměř vždy zůstává jistý stupeň zánětlivé infiltrace a deformace krypt a i přesto, že se makroskopický nález normalizuje. (11, 21, 27)

1.2.2. Etiopatogeneze onemocnění

Podle klinických studií se na vzniku onemocnění podílí kombinace mnoha faktorů, jako jsou genetické, imunologické, infekční a vliv vnějšího prostředí. Jde o autoimunitní onemocnění.

Vznik Ulcerózní kolitidy vysvětluje několik teorií, avšak žádnou z nich se dosud nepodařilo zcela prokázat. Existují ale doklady o tom, že zánět je

způsoben částicemi, které prostupují z nitra střeva do jeho stěny a přitahují pozornost imunitních buněk. Následně dochází ke vzniku místních změn, množí se lymfatická tkáň (zodpovědná za obranyschopnost) a stěna střeva je napadena probíhajícím autoimunitním procesem, tedy reakcí, která je nesprávně cílena na vlastní buňky. Patogenetický význam buněčných imunitních reakcí je zřejmě významný, neboť bylo prokázáno, že lymfocyty nemocných s Ulcerózní kolitidou poškozují kolonocyty ve tkáňové struktuře. Významnou roli hrají protilátky typu IgG proti 40kDa proteinu, což je bílkovina obsažená v cytoskeletu kolonocytů. Významnou roli hraje defekt imunity a střevní mikroflóra. Základní chyba asi vzniká při předkládání antigenů T lymfocytů abnormálně se chovajícími enterocyty, které se místo makrofágů stávají antigenem prezentujícími buňkami, které spouští kaskádu reakcí, které vedou ke zvýšené tvorbě protizánětlivých cytokinů (TNF alfa = *tumor necrosis faktor alfa*). Tyto protizánětlivé cytosiny zajišťují migraci do místa zánětu reakci specifické i nespecifické imunity. (6, 7,11)

Dědičná dispozice

V rodinách, kde se nějaká z forem nespecifických střevních zánětů vyskytla, je vyšší pravděpodobnost postižení. Bylo prokázáno, že mezi jednovaječnými dvojčaty jsou obě děti často postiženy stejně.

V roce 1996 byla objevena mutace, která sice není přímou příčinou Ulcerózní kolitidy, ale u pacientů s tímto onemocněním se vyskytuje mnohem častěji než u zbytku populace. Jde o mutaci zvanou NOD-2 (v současnosti známou pod jménem CARD 15), která také bývá známa pod názvem IBD - 1 gen.

U Ulcerózní kolitidy jsou také prokázány antineutrofilní perinukleární cytoplazmatické protilátky (pANCA). Zvláště u pacientů, kteří mají vysoký výskyt protilátek ANCA mívají současně Ulcerózní kolitidu a primárně sklerotizující cholangitidu. (7, 11, 12)

Infekční onemocnění

Nebylo prokázáno, že by za vznik střevních zánětů byl zodpovědný konkrétní mikroorganismus. Infekce trávicího traktu může pozměnit reakce imunitního systému a může dojít k napadení vlastních buněk. Infekční onemocnění trávicího traktu i jiná infekční onemocnění mohou být spouštěcím momentem vedoucím k aktivaci nespecifických střevních zánětů.

Aktivní kouření snižuje riziko onemocnění o 60% avšak u bývalých kuřáků je riziko 1,7 x vyšší než u nekuřáků.

Psychické faktory

Psychické faktory jako stres, dlouhodobé napětí, nespokojenost, hádky a problémy v mezilidských vztazích mohou mít vliv na vznik, průběh onemocnění a na vnímavost k léčbě.

Vliv prostředí a stravovacích návyků

Incidence a prevalence stoupla v druhé polovině dvacátého století, z čehož je možné usuzovat určitou souvislost, ale žádná konkrétní nebyla potvrzena. K rozvoji také může přispět nízký obsah vlákniny a rybích olejů v potravě. (5, 8, 11)

1.3. Klinický obraz a příznaky nemoci

O symptomatologii rozhoduje rozsah a tíže postižení. Projevy nemoci určují tři hlavní faktory. Nejvýznamnějším z nich je samostatný rozsah zánětu, intenzita zánětlivých změn a třetím je následná porucha funkce střeva. Podle rozsahu zánětu rozpoznáváme tři tvary Ulcerózní kolitidy. (5)

Proktitida (distální, lehký tvar)

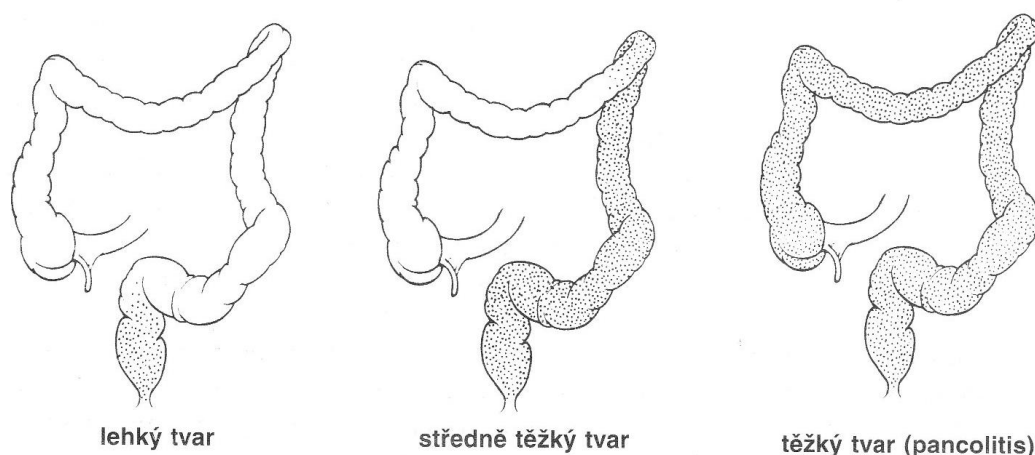
Jedná se o zánět postihující pouze konečnou část tlustého střeva, tedy konečník, a to v délce 10- 15 cm od análního otvoru. Projevuje se takzvaným rektálním syndromem. Je to nutkavý pocit defekace (tenesmy), při kterém se vyprazdňuje krvavý hlen nebo stolice s krví. Při prosté proktitidě může být i stolice formovaná a jedinou patologickou známkou je přítomnost krve. Nevyskytují se komplikace. Laboratorní obraz nebývá výrazný (sedimentace, krevní obraz a ostatní biochemické parametry). Nemoc probíhá periodicky v nárazech trvajících průměrně několik týdnů s mezidobím několik měsíců nebo let.

Ohraňčený (levostranný tvar)

Při tomto typu postihuje zánět oblast konečníku a různě rozsáhlou část tlustého střeva a to až do oblasti slezinného ohbí tračnicku. Charakteristickým projevem je kolitický syndrom. Stolica je řídká až vodnatá, defekace jsou imperativní. Stolica bývá promísená hlenem, hnísem a krví. Bolesti jsou v levém podbřišku. V pokročilém stádiu se přiřazují typické projevy pro celkový zánět (zvýšená teplota až horečka, křečovitě bolesti břicha, hubnutí, únava nebo silné průjmy). V laboratorních vyšetřeních můžeme pozorovat mírnou anémii, zvýšenou sedimentaci, mírná hypoalbuminémie a hyperglobulinémie.

Rozsáhlý (extenzivní tvar, pankolitis)

Mimo výše zmíněných částí střeva zde nemoc postihuje ještě příčný tračník a v některých případech může postihnout i celé tlusté střevo. Nemocní mívají velký počet stolic s příměsí krve a hlenu. Průběh nemoci bývá dramatický, dochází ke vzniku toxického megakolon, následkem může být dokonce až perforace střeva.



Obrázek 1: Průběh onemocnění, zdroj: Mařatka, Z. Gastroenterologie. Praha: Karolinum, 1999. s. 247. ISBN 80-7184-561-2

Nemocní jsou postiženi dvěma hlavními syndromy, a sice syndromem rektálním a kolitickým. Rektální syndrom (tenesmy, stolice s hlenem a krví) se projevuje u všech tří forem onemocnění. Kolitický syndrom, tedy křečovitě bolesti břicha a průjmy sekrečního charakteru, se projevuje u těžších forem. Dochází zde k významným ztrátám bílkovin, zejména albuminu.

Průběh nemoci je periodický, jednotlivé ataky přicházejí v nárazech. U většiny pacientů (téměř 90%) se střídají období vzplanutí zánětu, které nazýváme relapsy a bezpříznaková období klidu neboli remise. Tyto obměny nastávají buď spontánně nebo vlivem léčby. Pro chování a vývoj nemoci jsou zásadní již první tři roky od stanovení diagnózy. Pokud se příznaky navzdory udržovací léčbě vracejí již od počátku několikrát do roka, jeví se jako trvalé.

Dojde-li však po úvodní atace k dlouhodobému zklidnění, relapsy nejsou častější ani v budoucnu. Symptomy nemoci jsou specifické také tím, že někteří pacienti mají střevní zánět neustále (až 30%), jiní zažijí remisy pouze několikrát za život (také 30%) a téměř polovina všech nemocných má alespoň jeden relaps za rok. Přesný vývoj nemoci je velmi složité odhadnout, protože až u 40% pacientů nemoc začíná jako proktitida nebo ohraničená forma. Ovšem už v prvních letech přechází do formy extenzivní. (5, 7, 11, 20, 27)

1.4. Komplikace nemoci

1.4.1. Lokální střevní komplikace

Jedná se o krvácení masivního charakteru, které ohrožuje život. Tato vzácná komplikace je způsobena vředovitým zánětem, který způsobuje narušení cévy.

Fulminantní (překotný a smrtelný) průběh je nejzávažnější komplikací, při kterém zánět prostupuje celou střevní stěnu s následným septicko- toxickým šokem. Celkově nemocného provází schvácenost, silné stále bolesti jako peritoneální dráždění, krvavé průjmy, horečka nad 38°C, výrazná anémie, tachykardie nad 120 pulzů za minutu, razantní úbytek na váze, vysoká sedimentace a leukocytóza. Nejhorším důsledkem je toxické megakolon při kterém dochází k úplné nebo segmentální dilataci tračníku. V závěrečné fázi nastává střevní neprůchodnost, která může vyústit v perforaci střeva.

Toxické megakolon může být způsobeno léky zpomalujícími motilitu střeva, rentgenovým kontrastním vyšetřením - báriovou kaší a kolonoskopií. Rizikovými faktory pro rozvoj jsou vyšší věk a metabolický rozvrat. Dále musí být přítomna jedna ze čtyř známek toxicity: dehydratace, hypotenze, elektrolytový rozvrat a mentální změny. Zánět ruší absorpční bariéru, takže může dojít ke vstřebávání toxických produktů. Břicho bývá vzedmuté a citlivé nad rozepjatým tračníkem. Zvuky v břiše jsou ojedinělé. Diagnózu stanovíme pomocí nativního snímku břicha, kde je viditelná dilatace transverza na 6 cm a více. Prostor pro konzervativní terapii se udává maximálně 48 - 72 hodin. Terapie spočívá v totální parenterální výživě, antibiotická léčba, intravenózní podání kortikoidů a zvažení terapie infliximabem, cyklosporinem.

Perforace střeva je proces, kdy hluboký vředovitý defekt proniká celou stěnou střeva. Kolem něj se vytvářejí vazivové blány, které ohraničují šířící se

zánět. Výsledkem je vznik abscesu uloženého mimo střešní stěnu. Může tedy dojít až k akutnímu zánětu pobřišnice - peritonitidě.

Anorektální postižení není u Ulcerózní kolitidy příliš časté, přesto se vyskytují anální fisury a striktury.

Maligní zvrát je komplikací, která vzniká častěji, než by odpovídalo náhodné koincidenci. Riziko je vyšší u nemocných s pankolitidou po více než 10ti létem průběhu. Vzniku karcinomu obvykle předchází dysplazie. Nemocné musíme dispenzarizovat, provádíme pravidelné kolonoskopické kontroly s biopsiemi a při nálezu dysplazie se musí uvažovat o kolektomii. Nejčastější výskyt karcinomu v terénu Ulcerózní kolitidy je v pravém tračníku. (7, 8, 9,11, 12)

1.4.2.Extraintestinální projevy

Přechodná onemocnění spojená s aktivitou idiopatických střevních zánětů. Cíleně je nutno pátrat po těchto projevech:

Kůže

Erythema nodosum nejčastěji na dolních končetinách - predilekčním místem jsou bérce, popřípadě Pyoderma gangrenosum, což je drobný vřed, který vzniká v místech drobných poranění kůže a postupně se prohlubuje a zvětšuje. Nesmí být léčen chirurgicky, protože by mohlo dojít ke vzniku nehojícího se defektu. Dále může být přítomna psoriáza nezávisle na aktivitě onemocnění.

Klouby

Revmatologické obtíže postihují především kolenní a hlezenní klouby. Průběh je velmi bolestivý, ale po odeznění akutního stavu se kloub zhojí zcela bez následku. Někdy může kloubní postižení zcela ovládnout klinický obraz a střevní obtíže mohou být potlačeny na pozadí.

Dalšími extraintestinální projevy mohou být hepatobilární obtíže nebo se mohou objevit problémy na:

- **Sliznicích** - Aftoidní ulcerace dutiny ústní jsou poměrně časté postihují až 1/5 nemocných.
- **Očích** - Oční komplikace nezanechávají trvalé následky. Nejčastěji se jedná o záněty spojivek (konjunktivitida), rohovky (corneatis), duhovky (iritis) či řasnatého tělíska. Tyto oční projevy jsou závislé na aktivitě onemocnění.
- **Cévách** - Hluboké žilní trombózy, arteriální okluze na končetinách.
- **Ledvinách** - Mohou být přítomny intersticiální nefritidy, hydronefrózy a nefrolitiázy.
- **Plicích** - Přítomnost infektů v horních i dolních dýchacích cestách dále fibrózy a pneumonitidy.
- **Srdci**
 - Perikarditida, myokarditida
 - Aktivní forma IBD je trombofilní stav, kdy je nutné myslet na prevenci tromboembolické nemoci. (5, 11, 12)

1.4.3. Metabolické komplikace

Tyto komplikace jsou vyvolány poruchou vstřebávání živin či nežádoucími účinky užívaných léčiv, především kortikoidů. Běžné jsou karence vitamínů, bílkovin a solí. Anémie je způsobena karencemi i ztrátami krve. U těžkých forem Ulcerózní kolitidy bývají postižena vždy játra. Může být přítomna osteoporóza, neboli řídnutí kostní hmoty, které je způsobeno odbouráváním anorganické složky, kdy je na vině léčba kortiny. Může taktéž vznikat poruchou vstřebávání vitamínu D a vápníku. Nedostatek zinku a selenu je další komplikací způsobenou poruchou vstřebávání živin a stopových prvků. Signalizuje ho acrodermatitis enteropathica (kožní změny na pokožce obličeje). (5, 11)

1.4.4. Komplikace nezávislé na aktivitě onemocnění

Primární sklerotizující cholangitida není častá, ale její výskyt musí vzbudit podezření v postižení střev zánětem - až z 70% je spojena se střevními záněty. Nesnáze jde onemocnění diagnostikovat pomocí ERCP. Na možnost tohoto onemocnění je třeba myslet již při vyšší hodnotě ALP a GMT - tzv. obstrukční enzymy. U nemocných se sklerotizující cholangitidou se může jako pozdní komplikace rozvinout karcinom žlučových cest.

Také se můžeme setkat spondylitidou a uveitidou, které se současně vyskytují u jednoho nemocného. Někdy mohou i několik let předcházet projevům kolitidy. Obě komplikace jsou v těsné vazbě na HLA B-27: Běchtěrevova choroba. (7,9)

1.5. Průběh a vývoj nemoci

Jednou z charakteristik onemocnění je tvar onemocnění a dále průběh onemocnění. Ulcerózní kolitida je onemocnění, které probíhá periodicky. Počátek onemocnění označujeme jako první ataku onemocnění. Nastolení klidové fáze nazýváme remise a další vzplanutí se označuje jako relaps. Pokud dojde k projevům choroby na dosud nepostiženém úseku střeva, tak hovoříme o recidivě a dojde-li k vzplanutí na zhojeném místě, mluvíme o reaktivaci. Vývoj onemocnění může být charakterizován v průběhu let tzv. extenzní choroby, tedy rozšířením rozsahu postižení tračnicku:

- 19-36% proktitid se mění během 5ti let na levostrannou formu
- 15-18% levostranných forem se rozšíří v postižení subtotální až totální. K exacerbaci onemocnění často dochází sezónně na jaře a na podzim.

Rozeznáváme tyto typy průběhu kolitid:

- 1) **Intermitentní průběh** - ataky onemocnění se objevují po 1 roce a více, obtíže vymizejí, nález se upravuje makroskopicky i mikroskopicky
- 2) **Remitující průběh** - ataky bývají častější, v mezidobí zánět zůstává a je přítomen v mírnější formě, makroskopicky je zánět přítomný, histologické změny přetrvávají, intenzita zánětu kolísá
- 3) **Chronický průběh** - u těžkých forem onemocnění
- 4) **Perakutní (fulminantní) průběh** - rychlá progresse, často fatální průběh, směřující k chirurgické intervenci (5, 7, 27, 11)

1.6. Aktivita choroby

Hodnocení aktivity nemoci není ujednoceno, což do značné míry stěžuje hodnocení výsledků léčby a jejich porovnatelnost. Existuje řada klinických indexů aktivity například Mayo index, SAI (Severity Activity Index) a další. Jedním z nejpoužívanějších indexů je CAI - Colitis Activity Index podle Rachmilewitze, který hodnotí aktivitu ve dvou složkách - klinická aktivita a endoskopický nález. Aktivitu onemocnění posuzujeme ve třech rovinách:

- Laboratorní parametry - informují nás o zánětlivé situaci a nutričním stavu (C-reaktivní protein, sedimentace, trombocytóza, celková bílkovina, albumin, hladina makroelementů i mikroelementů.
- Změny v endoskopickém obraze - klasifikace dle Mařatky nebo Blackstona (používané u Crohnovy nemoci) a Mayo klasifikace, která se používá u Ulcerózní kolitidy.
- Vlastní postižení pacienta - počet defekací, rektální syndrom, kolitický syndrom, noční defekace (nepříznivý příznak), krev, hlen, konzistence stolice aj., mimořádnou pozornost věnujeme možným příznakům toxického megakolon (7, 11)

1.7. Diagnostika nemoci

Diagnostika Ulcerózní kolitidy je v současné době založena na pečlivém odběru anamnestických dat, klinickém a základní laboratorním vyšetření, především na endoskopickém vyšetření tračníku s odběrem bioptických vzorků a jejich následném histologickém vyšetření. Sled vyšetření je nutné volit tak, abychom dospěli k diagnóze onemocnění, ale i ke stanovení rozsahu aktivity a případných komplikací.

1.7.1. Anamnéza

Rodinný výskyt

Ptáme se na IBD onemocnění v rodině, celiakii a autoimunitní onemocnění.

Osobní anamnéza

Je třeba se dotázat na prodělaná onemocnění trávicího traktu, operace v dutině břišní, abusus kouření a alkoholu, speciální dietní návyky, užívání léků (NSA, návykové látky, hormonální antikoncepce, radioterapie, chemoterapie). Pacienta se také musíme ptát na epidemiologickou anamnézu, z důvodu identifikace původu průjmu, abychom vyloučili import z návštěvy exotických krajů země. Dále pokračujeme sociální anamnézou, alergickou anamnézou a pracovní anamnézou.(8)

Nynější onemocnění - aktuální stav:

Ptáme se na počátek prvních příznaků, dataci stanovení diagnózy, přehled dosavadních vyšetření a jejich výsledků, přehled dosavadní terapie. Cíleně se ptáme na bolesti břicha - jejich charakter (křečovitá, stálá, vystřelující,...), lokalizaci bolesti, počet stolic a jejich vzhled (příměsí, barva, konzistence, zápach), dyspeptické obtíže (nechutenství, kručení v břiše - borborytmy), pocit plnosti, říhání, zvýšený odchod plynů (flatulence), plynatost (meteorismus), nevolnost, tlaky v břiše, pocit netrávení potravy,

průjem či zácpu a zvracení. Nemocných se také ptáme na extraintestinální projevy jako jsou kloubní, kožní a oční projevy onemocnění. (7, 11)

1.7.2. Fyzikální vyšetření

Při fyzikálním vyšetření hodnotíme celkový tělesný a duševní stav nemocného. Zajímáme se o stav výživy, kůže, dehydrataci váhu, výšku, tělesnou plochu. Velmi důležitý je fyzikální nález na břicho nemocného. Pohled na břicho nám ukáže, pokud břicho vystupuje nad úroveň hrudníku. Poklepem se informujeme o plyné náplni břicha nebo o přítomnosti volné tekutiny v břišní dutině. Palpačně zjišťujeme bolestivost břicha, napětí břišní stěny a možné hmatné rezistence. Při poslechu bývají přítomny škroukavé zvuky a přelévání střevního obsahu. Pokud by tyto zvuky byly výrazné, může toto svědčit pro střevní neprůchodnost. Při paralytickém ileu nejsou přítomny žádné zvuky. Pacienta vyšetřujeme per rektum, kde pátráme po stopách krve, po hmatných rezistencích. Při důsledném odebrání anamnézy a fyzikálním vyšetřením můžeme přejít některým vyšetřením. (6, 8, 9)

1.7.3. Laboratorní vyšetření

Vyšetření je provedeno pomocí rozboru krve a stolice.

Hematologické vyšetření

Vyhodnocujeme kompletní krevní obraz včetně diferenciálu, zejména hodnoty leukocytů s posunem doleva, které poukazují na aktivní průběh zánětu v těle, erytrocytů, jejichž hodnota je známkou závažnějšího krvácení do trávicího traktu.

Biochemické vyšetření

Zde vyhodnocujeme hodnoty:

- Iontů: Na, K, Cl, Fe
- Metabolitů: urea, kretinin, bilirubin
- Bílkovin: C-reaktivní protein, celková bílkovina, albumin, prealbumin

- Lipidů: Cholesterol
- Enzymů: ALP, GMT, Alt, AST, ACp, Ld, CK, AMS - v séru i v moči
- Moč: chemicky + sediment

Imunologické vyšetření

Hodnotí se imunoglobulin ASCA a pANCA. Dle výskytu imunoglobulinu v krvi je možné rozlišit Ulcerózní kolitidu od Crohnovy nemoci. Pokud je v krvi zvýšená hladina imunoglobulinu ASCA jedná se o Crohnovu chorobu. Zvýšená hladina protilátek pASCA, jež napadá střevu prospěšné kvasinky a také bílé krvinky, zvyšuje pravděpodobnost výskytu zánětu, ale normální hladina (2%), výskyt nemoci nevyklučuje. Přítomnost pANCA je běžná u 60 - 70% pacientů s Ulcerózní kolitidou. Při aktivitě nespecifických střevních zánětů dochází ke zvýšení plazmatických imunoglobulinů IgM, IgG, IgA. Nejvyšší hodnoty jsou zvýšeny ve třídě IgA - tento fenomén může být projevem slizniční imunity v době aktivity onemocnění. (5, 7, 11)

Mikrobiologické vyšetření

Vyšetření stolice na bakteriologii a parazitologii. Stanovení toxinu Clostridium difficile a fekální kalprotektin (bílkovina, která je produkována neutrofilními granulocyty a uvolňuje se v místě zánětu). (5, 7, 11)

1.7.4. Zobrazovací metody

Zobrazovací metody při stanovení diagnózy Ulcerózní kolitidy mají spíše pomocný charakter. Jde o tato vyšetření:

Nativní snímek břicha slouží k posouzení komplikací - toxického megakolon, perforace střeva a ileózního stavu.

Irigografie je rentgeno-kontrastní vyšetření tlustého střeva. Při tomto vyšetření se porovnávají stenózy, dilatace před stenózami nebo píštěle. Toto vyšetření je kontraindikováno v per akutním stavu z důvodu možné perforace či provokace toxické dilatace.

Magnetická rezonance odhalí komplikace, jako jsou abscesy a píštěle v oblasti konečníku a řitního kanálu.

Počítačová tomografie opět slouží k odhalení komplikací. Výpovědní hodnota těchto vyšetření není moc velká.

Ultrasonografie diagnostická vytíženost tohoto vyšetření je malá více lze očekávat od endosografie pomocí rektální sondy. (9, 27)

1.7.5. Endoskopická vyšetření

Endoskopický nález je rozhodující pro diagnózu. Postačuje jen rektoskopie, jelikož rektum je postižené vždy. Vyšetření se provádí bez přípravy, jelikož příprava střeva vyvolá na střevě změny, které mohou být mylně interpretovány. Totální kolonoskopie se provádí, abychom stanovili hranici zánětu směrem orálním. Při vyšetření střeva se odebírá 6 vzorku pro bioptické vyšetření a to z recta, z místa nejtěžšího postižení a z přechodu mezi sliznicí postiženou zánětem a jejím normálním stavem. Největší pomoc při stanovení diagnózy Ulcerózní kolitidy je odebrání biopsie v mezichorobí, kdy je sliznice makroskopicky normální a histologické změny přetrvávají.

Endoskopické nálezy lze rozdělit na období floridní a období klidové. Ve floridním období rozeznáváme stádium krvácivé, stádium hnisavé, stádium vředu a ulceropolypózní. V klidovém období rozeznáváme stádium granulování sliznice, stádium úpravy a stádium polypů. (7, 12)



*Obrázek 2:
Endoskopické
hodnocení aktivity
Ulcerózní kolitidy.
Hemoragické stádium
UC = stádium A I*



*Obrázek 3:
Endoskopické
hodnocení aktivity
Ulcerózní kolitidy.
Hnisavé stádium
UC = A II*



*Obrázek 4:
Endoskopické
hodnocení aktivity
Ulcerózní kolitidy.
Ulcerativní stádium
UC = A III*



*Obrázek 5:
Endoskopické
hodnocení aktivity
Ulcerózní kolitidy.
Ulcerativně-polypózní
stádium UC = A IV*

Obrázek 2 – 5, zdroj: LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, s. 92-98. ISBN 9788072626922.

1.8. Terapie

1.8.1. Konzervativní terapie

Léčba nemoci se mění v závislosti na fázi, ve které se onemocnění nachází. Většina nemocných však během života musí kombinovat jednotlivé léčebné postupy. Velmi záleží na ochotě spolupráce pacienta. Léčba probíhá v domácím prostředí s pravidelnými kontrolami v gastroenterologické ambulanci. Při těžkém vzplanutí choroby je nutná hospitalizace a intenzifikace léčby. V konzervativní terapii Ulcerózní kolitidy se v praxi uplatňuje několik postupů. Jedná se o vhodně zvolenou dietu, farmakologickou a biologickou léčbu či případné chirurgické řešení.

1.8.1.1. Farmakologická terapie

Medikamentózní léčba, jejímž cílem je zklidnit aktivní zánět a uvést onemocnění do stavu remise, obsahuje několik základních skupin. V útočné fázi léčby lékař předepíše vyšší dávky léků a obvykle více typů najednou. Až když se povede onemocnění zklidnit, tak přijde na řadu léčba udržovací. Léky mohou být podávány nejen per orálně

Aminosaliciláty

Aminosaliciláty jsou od roku 1942 základem léčby onemocnění. Tato skupina léků působí protibakteriálně i protizánětlivě. Mezi nejstarší preparáty patří sulfasalazin, který má mnoho nežádoucích účinků jako je reverzibilní dřeňový útlum, bolesti hlavy a dále bolesti v epigastriu. Dále může způsobit zvýšení jaterních testů a změny v krevním obraze. Novějším preparátem je mesalazin, který obsahuje kyselinu 5aminosalicylovou (5-ASA). Tento preparát má méně nežádoucích účinků a řadíme sem například Salofalk a Asacol. Jde o preparát, který se postupně uvolňuje v závislosti na střevním Ph. Výhodou 5-ASA je možnost podání vyšších

dávek. Některé léky je možné aplikovat přímo na sliznici, jsou tedy dostupné ve formě klyzmat a čípků - jde tedy o lokální léčbu.

Kortikosteroidy

Jsou vynikajícími léky pro akutní vzplanutí choroby. Selhávají však při snaze udržet klidovou fázi. Bylo prokázáno, že při užívání kortikosteroidu po dobu 1-2 týdnů dochází k úpravě endoskopického nebo rentgenologického nálezu. Naproti tomu onemocnění nereagující na tuto léčbu má neblahý prognostický význam. Nejčastějšími používanými preparáty jsou Prednison a Medrol. Léčba se začíná vysokými dávkami (60 mg/den), které nesmí být náhle ukončeny, ale postupně snižovány, jinak by hrozila adrenální krize. Podávání kortikosteroidu sebou nese velké množství nežádoucích účinků, na které je třeba pacienta upozornit, aby samovolně neukončoval léčbu bez vědomí lékaře. Jde o měsíčkovitý vzhled obličeje, kortiko-dependence, narušení metabolismu kostní tkáně - ztráta minerálů z kostí a následná osteoporóza, narušení metabolismu cukrů - přispívá k Diabetu mellitu, zvyšuje hladinu krevních tuků, ztráta kalia a magnezia, zvýšení krevního tlaku, vypadávání vlasů nebo přítomnost akné. Proto by celková léčba neměla přesahovat déle než tři měsíce. V devadesátých letech minulého století se objevil tzv. topický steroid - Budenosid, který se po působení ve střevě vstřebává krví a následně se v játrech promění na neúčinný metabolit, tudíž nenarušuje metabolismus kostní tkáně a cukru. Preparát se nazývá Budenofalk, užívá se ve formě čípků a klyzmat, ale i tablet.

Imunosupresiva

Snižují bouřlivou odpověď imunitních orgánů na antigení stimulaci. Přinášejí prospěch 60 - 70% pacientů, kteří byli zcela závislí na léčbě kortikoidy.

Mezi tyto léky řadíme *Azathioprin (Imuran)* a *6-merkaptopurin*. Imunosupresiva často používáme, tam kde je přítomná kortikoresistence či

dependence (nedaří se snížit příliš vysokou dávkou systémového kortikosteroidu). Léčba musí být dlouhodobá - na příznivý účinek je třeba čekat 3 - 6 měsíců. Proto se nehodí ke zklidnění akutní fáze onemocnění, ale k udržení remise. Hrozící nežádoucí účinky - nesnášenlivost, pankreatitida, alergická reakce, porucha krvetvorby (nutné kontroly pravidelného krevního obrazu - zejména bílá řada).

Cyklosporin A - se uplatňuje při akutním vzplanutí nemoci. Je považován prvním lékem volby při fulminantním průběhu či dokonce toxickém megakolon. Účinek většinou nastupuje během 48 hodin. Jako nežádoucí účinek se může objevit přechodné postižení nervového systému, které se projevuje brněním rukou a nohou, bolesti hlavy až migrény a třesem končetin.

Methotrexát často se při této léčbě může vyskytovat infekce, nevolnost a průjem. Tato léčba vyžaduje doplňování kyseliny listové. (5, 11,18)

Biologická léčba

Je nejnověji uznanou standardní terapií Ulcerózní kolitidy, která nereaguje na léčbu kortikosteroidy, imunosupresivy nebo se jedná o tzv. záchrannou léčbu při fulminantním průběhu. Indikací k biologické léčbě může také být extra intestinální manifestace onemocnění. V případě úspěchu se terapie cyklicky opakuje. V České republice se pro léčbu Ulcerózní kolitidy užívá od roku 2006. K léčbě se používají dvě molekuly **Infliximab (Remicade)** a **Adalimumab (Humira)**. Před zahájením biologické léčby je nutné udělat některá vyšetření k vyloučení aktivní tuberkulózy, závažné infekci, vyloučit abscesy v dutině břišní a malé pánvi.

Infliximab se podává pomocí intravenózní infuze. Dávka se vypočítává na základě váhy, a podává se 5 mg/kg. Iniciační dávka se podává v nultém, druhém a šestém týdnu - na níž může navazovat cyklická dávka po 8 týdnech.

Je to monoklonální látka, která je schopna navázat na TNF (tumor nekrotizující faktor uvolňující se z aktivovaných leukocytů ve tkáni Ulcerózní kolitidy) a působí jako protilátka. Monoklonální protilátka obsahuje 75% složek odpovídajících lidským a 25% bílkoviny imunoglobulinu tvoří myší sekvence. Zabírá až u 80% pacientů. Pokud nedojde ke zlepšení stavu do 3 měsíců, měla by se léčba ukončit. Na rozdíl od kortikoidů hojí střevní sliznici, zlepšuje klinický stav a snižuje nutnost chirurgického zákroku a zlepšuje kvalitu života. Tato léčba má řadu nežádoucích účinků, které se mohou objevit již během infuze nebo také za 2 - 10 dní.

Adalimumab je rekombinantní humánní monoklonální protilátka proti TNF - alfa třídy IgG. Tato látka se podává formou subkutánní injekce v intervalu 14 dnů. Indukční dávka jsou dvě dávky - první 80 - 160 mg, druhá 40 - 80 mg a pokračuje se 40 mg. Podání je jednoduché formou injekčního pera, takže si pak může pacient aplikovat sám doma. Používá se u pacientů, u kterých není možnost použít Infliximab, ale lze jej použít i jako lék první volby. Přípravek je schválen pro léčbu Ulcerózní kolitidy od roku 2013.(25)

Antibiotická léčba

Léčba antibiotiky se uplatňuje především při léčbě pouchitidy a pseudomembranózní kolitidě. Některá antibiotika mohou situaci ještě zhoršit. Z nejužívanějších je kombinace chinolonu (Ciprofloxacin) a nitroimidazoly (Metronidazol).(5,11,12, 13)

1.8.1.2. Podpůrná a doplňková léčba

Má za úkol dodat organismu chybějící vitamíny a ionty, upravit výživu a snížit na minimum vedlejší účinky protizánětlivé terapie, především kortikoidů.

- **Substituční léčba** - zahrnuje dodávání kalcia, kalia, magnezia, železa a to v různé formě.

- **Enterální výživa** - zcela nebo částečně nahrazuje běžnou potravu u těch pacientů, kteří trpí vleklým aktivním zánětem. Přípravky enterální výživy, směsi makromolekul cukrů, tuků, bílkovin, minerálů, stopových prvků a vitamínu, jsou podávány přes nasojejunální sondu, jejichž chod řídí enterální pumpa, kterou může pacient obsluhovat doma a nemusí být kvůli tomu hospitalizován. Dále je možné pacientům podávat tzv. sipping pomocí nutridrinků, což je popíjení přípravku.
- **Psychoterapie** - Vzhledem k psychosomatické složce nemoci má velký, v praxi obvykle nedoceněný, význam. Práce s takto nemocnými vyžaduje čas a zkušenosti. Velmi často je tato složka léčby opomíjena. (13,14,15)

1.8.2. Chirurgická terapie

Současná terapie IBD je spíše konzervativní, ale i přesto je občas nemocné nutné indikovat k chirurgické léčbě. Chirurgická terapie může být indikována jako akutní řešení u toxického megakolon nebo elektivně při chronickém průběhu s komplikacemi. Indikace k chirurgickému řešení by měly být konzultovány na mezioborových seminářích, na kterých se může podílet gastroenterolog, chirurg, radiolog a nutriční specialista. Pooperační komplikace nemocných s IBD se významně neliší od komplikací u pacientů s jiným střevním onemocněním, pokud má pracoviště s touto chirurgickou léčbou dostatečnou zkušenost. Chirurgická léčba zpravidla navodí rychlou remisi, což je v některých situacích výhodné (akcelerace růstu v pubertě, zlepšení nutričního stavu atd.). Indikaci k operaci je nutné však přesně zvažovat. Následkem chirurgického „vyléčení Ulcerózní kolitidy“ je trvalá ztráta tlustého střeva s možnými metabolickými a jinými následky. Na druhé straně dlouhodobá neúspěšná konzervativní léčba se svými vedlejšími nežádoucími účinky není rozumná. (22,10)

1.8.2.1. Případy chirurgických zákroků

K chirurgickým zákrokům přistupujeme ve třech případech: medikamentózní léčba nevede ke zklidnění zánětu, prudký průběh nereaguje ani na intenzivní léčbu nebo vznikají prekancerózní ložiska na sliznici tlustého střeva.

- K neúčinnosti medikamentózní léčby dochází především při kortikoterapii. Pacient navíc často trpí nepříjemnými vedlejšími účinky dlouhodobého charakteru. Operační výkon se tedy, dle vývoje, plánuje předem a to i několik let.
- Pokud pacient nereaguje na intenzivní léčbu, přistupuje se k operačnímu výkonu z důvodu častých, vážných komplikací jako je intenzivní krvácení z konečníku či perforace tlustého střeva. Operační výkon se provádí nejpozději do 24 h od zjištěné komplikace.

Prekancerózní ložiska se obvykle vyskytují u pacientů s nemocí s průběhem delším než 15 let. Tento stav nazýváme dysplazie. Operační výkon je průběžně plánován. (11,21)

1.8.2.2. Operační výkony

Co se týče samotných typů operačních výkonů, v praxi jsou při léčbě Ulcerózní kolitidy nejčastěji používány tyto:

- proktokolektomie s terminální ileostomií,
- subtotální kolektomie s ileorektální anastomózou,
- subtotální kolektomie s terminální ileostomií se slepým uzávěrem rektosigmatu a
- proktokolektomie s ileopachánální anastomózou. (11,12)

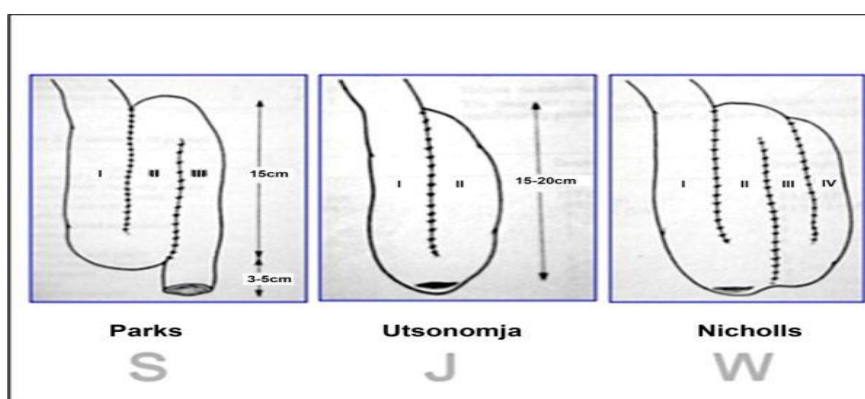
U **proktokolektomie s terminální ileostomií** chirurg vyjme konečník a celé tlusté střevo a vytvoří terminální ileostomii, neboli vývod

konce tlustého střeva, který pacientovi zůstane definitivně. Provádí se u kolitid se závažným postižením recta, pánve, perianální oblasti.

V případě **subtotální kolektomie s ileorektální anastomózou** je pacientovi ponechán konečník, přičemž je na něj napojeno tenké střevo. V konečníku mohou časem nastat zánětlivé změny, proto se u tohoto typu operace upouští, když není tolik náročná pro pacienta.

U **subtotální kolektomie s terminální ileostomií se slepým uzávěrem rektosigmatu** v případě kolitidy s proktitidou anebo perianální formou nemoci. Obnovení střevní kontinuity je možné spíše výjimečně, frekvence recidiv je nízká, je však třeba sledovat pahýl recta.

V posledním případě, tedy při **použití proktokolektomie s ileopachanální anastomózou**, je v současnosti nejpoužívanějším typem operace. Odstraní se celé tlusté střevo i konečník, z něhož se ponechá jen řitní kanál. Z několika kliček tenkého střeva je vytvořen vak - pouch. Na jeho vývod je napojen konec řitního kanálu. Zárokem jsou zcela odstraněny zánětem postižené části a současně zachován přirozený odchod střevního obsahu řitním otvorem. (11,12,20)



Obrázek 6: Typy pouchů, zdroj: <http://www.intechopen.com/books/ulcerative-colitis-treatments-special-populations-and-the-future/surgical-treatment-of-ulcerative-colitis>

1.9. Prognóza onemocnění

Protože příčina vzniku Ulcerózní kolitidy není známa, nemáme v současné době k dispozici takovou léčbu, která by vedla k definitivnímu vyhojení zánětu a současně zabránila návratu choroby v budoucnosti. Současná terapie ve většině případů navodí klidovou fázi onemocnění, která umožňuje běžný způsob a často i vysoké pracovní zatížení až u 90% nemocných. Prognóza onemocnění se odvíjí od rozsahu postižení tračníku a reakci na konzervativní léčbu, frekvence remisí, nutnosti chirurgického výkonu, komplikacemi a extraintestinálních projevech a na riziku vzniku neoplázií. Velmi špatnými prognostickými faktory jsou začátek onemocnění ve věku nad 60 let, extenzivní tvar onemocnění a výskyt toxického megakolon. Pokud nemocný onemocní v nízkém věku, tak jsou pacienti ohroženi vznikem rakoviny, především v případech, kdy je postižené celé tlusté střevo. Z tohoto důvodu jsou nutné kontroly při kolonoskopickém vyšetření každé 2 roky, když je onemocnění v remisi. (11,26)

1.10. Edukace

Edukace spočívá především v dietním opatření, ať už před operací nebo po operaci. V obou případech je nutný dostatečný příjem tekutin. Nedoporučuje se káva, černý čaj a alkohol. Naopak jsou doporučeny minerální vody, bylinkové čaje či přírodní šťávy ředěné vodou. Co se týče potravy, nejlepší pro nemocné s Ulcerózní kolitidou je bezsezbytková dieta, která nedráždí sliznici střeva a neprovokuje ke zvýšené peristaltice. Je nutné pacienta upozornit na nežádoucí účinky podávaných léčiv a dále péče o stomii. (5, 15)

2. Ošetrovatelská část

2.1. Základní informace o nemocném

Jméno:	P. K.
Pohlaví:	muž
Datum narození:	1969
Datum přijetí:	29. 10. 2012
Doba mého ošetřování:	15. 11. - 6. 12. 2012
Oslovení pacienta:	p. Petr (po vzájemné dohodě)

2.2. Údaje z lékařské anamnézy

2.2.1. Osobní anamnéza

Operace varixu před deseti lety - klasicky, obě DK. Před třinácti roky (1999) operace recidivy varixů - PDK, stp. APE. Ulcerózní kolitida diagnostikována od roku 1988. V listopadu 2012 hospitalizován zde v NMSKB na gastro-enterologickém oddělení k přípravě před subtotální kolektomií pro Ulcerózní kolitidu. Od 6. 11. - 15. 11. hospitalizace na ARO - po subtotální kolektomii se slepým uzávěrem rectosigmatu a terminální ileostomií.

2.2.2. Sociální anamnéza

Pacient pracuje jako socioterapeut s narkomany. Žije v rodinném domě v menším městě s manželkou a synem, který je mentálně retardovaný, neslyšící a autista. Dítě mají ve své péči, jen přes týden dochází do stacionáře, kde má speciální péči, kterou syn vyžaduje. Manželce se blíží termín porodu druhého potomka. V rodině panují harmonické vztahy.

2.2.3. Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 62 letech na aneurysma, matka zdravá, syn autista.

2.2.4. Alergická anamnéza

Neguje.

2.2.5. Nynější onemocnění

Pacient byl v naší nemocnici hospitalizován od 29. 10. 2012. Přichází na doporučení chirurga a gastroenterologa do naší nemocnice k přípravě před operací pro Ulcerózní kolitidu, která je plánována na 6. 11. 2012. Možnosti konzervativní léčby jsou vyčerpány. V posledních 10 dnech výrazné zhoršení stavu, křečovitě bolesti břicha, krvavá stolice až 15x denně. Za

poslední měsíc zhubl asi 10 kg. Dlouhodobě měl velké bolesti nosných kloubů. Vzhledem k lehké protein-energetické malnutrici a bowel rest indikována parenterální výživa, která probíhá. Počínající rozsev ulcerací na těle pacienta. Plánované chirurgické řešení - 1. doba, kdy STC s terminální ileostomií a slepým uzávěrem rectosigmatu plánováno na 6. 11. 2012. Pacient poučen a souhlasí s operací.

6. 11. 2012, 13:00

Pacient přijat z operačního sálu. Pacient po rozsáhlém nitrobřišním výkonu - příjem na ARO do stabilizace vitálních funkcí. Provedena subtotální kolektomie se slepým uzávěrem rektosigmatu a terminální ileostomií.

9. 11. 2012

Zhoršující se pyodermie, subfebrilie, v. s. na základě akné, nasazen klaritromycin systémově.

10. 11. 2012

Vypuštěn dolní pól operační rány pro purorosangvinolentní sekreci, odebrána kultivace, stěr z kůže (negativní - ověřeno telefonicky).

12. 11. 2012

Stěr z kůže z pomnožení *Staphylococcus hemolyticus* + *proteus krabialis* (oba citlivost na neomycin lok, systém. Ciprofloxacin, chloramfenikol) Rezistence na Erytromycin. Mírný vzestup JT a bilirubínu. Může se jednat o sklerotizující cholangitidu.

15. 11. 2012

Překlad dle dohody na gastroenterologii k další léčbě. Schopen pobytu na standardním oddělení.

2.3. Lékařské diagnózy

2.3.1. Hlavní lékařská diagnóza

- Ulcerózní kolitida, subtotální tvar, chronicky aktivní forma

2.3.2. Vedlejší lékařské diagnózy

- Lehká protein-energetická podvýživa
- Ileostomie
- Pyodermie

2.3.3. Výkon

- Subtotální kolektomie se slepým uzávěrem rectosigmatu
- Terminální ileostomie

2.4. Ošetrovatelská péče

První den mého ošetřování byl den překlada z ARO na standardní gastroenterologické oddělení

Stav při přijetí / překlada 9. den po operaci, 15 den hospitalizace

Nemocný je orientován místem, časem, osobou, spolupracuje a odpovídá adekvátně bez známek klidové dušnosti, anikterický, subfebrilní, bez cyanózy a bez známek krvácivých projevů. Hlava na poklep nebolestivá, bulby ve středním postavení, zornice izokorické reagující na osvit. Spojivky bledé. Jazyk plazí ve střední čáře, mírně bíle povleklý, vlhký, chrup sanován, hrdlo klidné. Uši a nos bez výpotku. Po celém obličeji drobné kožní defekty (ulcerace). Šíje je volně pohyblivá. Karotidy tepou symetricky, náplň krčních žil přiměřená bez šelestu. Uzliny a štítná žláza nehmatná. Na kůži krku jsou také přítomny drobné ulcerace. Hrudník symetrický bez deformit. Prsy bez resistance. Slyšitelné chrupky, při obou bázích oslabené. Poklep sonorní mírně přikrácený. Srdeční akce pravidelná, rychlejší. Ozvy ohraničené bez šelestu. Na břicho jizva po HSL a DSL klidná. Dolní pól s dehiscencí cca 3 x 4 cm, sekrece purulentní. Okolí klidné, poklep dif. Bubínkový, jizva po APPE klidná. Stomie odvádí zeleno-hnědý obsah. Břicho palpačně měkké, prohmatné a nebolestivé. Játra a slezina nehmatné bez resistance. Peristaltika je dobře slyšitelná. Tappot. Bilaterálně negativní. Na hrudníku je též rozsev kožních ulcerací. Dolní končetiny jsou bez otoků, bez trofických změn, bez známek zánětu a bez známek tromboembolické nemoci. Per rektum nebylo vyšetřováno, jelikož toto vyšetření proběhlo opakovaně na oddělení ARO a také v rámci chirurgických konzilií. Neurologicky je stoj chůze v normě, jen je pacient osláblý po chirurgickém zákroku a delším pobytu v lůžku.

2.5. Přehled provedených vyšetření

Během mého ošetřování byla provedena tato vyšetření:

2.5.1. Laboratorní vyšetření krve

	16.11.	17.11.	19.11.	20.11.	Referenční hodnoty
ALT	1,44	1,47	5,30	5,04	0,1 - 078 ukat/l
AST	1,23	0,87	1,32	2,44	0,05 - 0,72 ukat/l
ALP	5,04	4,80	7,10	15,74	2,7 ukat/l
GMT	10,63	13,36	42,49	43,06	0,6 ukat/l
BILI	53,2	44,2	25,2	21,1	0 - 17 ummol/l
S-AMS	1,22	0,72	0,46	-	0,45 - 2,08 ukat/l
S-LPS	-	-	-	-	0,00 - 4,17 ukat/l

Tabulka 1: Laboratorní vyšetření krve

2.5.2. Přehled biochemického vyšetření krve

	16.11.	17.11.	19.11.	20.11.	Referenční hodnoty
Na	139	140	-	-	132- 142 mmol/l
K	4,06	4,20	-	-	3,80 - 5,50 mmol/l
Cl	107	103	-	-	97,0 - 108,8 mmol/l
Urea	5,1	6,8	-	-	2,0 - 7,5 mmol/l
Kreat	90	92	-	-	35- 110 mmol/l
Crp	168,7	117,8	50,6	26,1	0 - 10 mg/l
ALB	20,7	21,7	23,8	24,6	32 - 45 g/l

Tabulka 2: Přehled biochemického vyšetření krve

2.5.3. Hodnoty hematologického a hemokoagulační vyš. krve

	17.11.	18.11.	19.11.	20.11.	Referenční hodnoty
Ery	3,39	3,07	3,09	3,14	3,5 - 5,18 .10 ¹² /l
Leu	11,3	14,3	12,3	11,2	4,5 - 11 .10 ⁹ /l
Trom	563	538	556	648	150 - 300 . 10 ⁹ /l
Hmgb	107	98	99	100	111 - 160 g/l
Hmkt	0,296	0,268	0,273	0,278	34 - 47
QUICK	25	-	-	31	11 - 15 s
INR	1,15	1,10	1,12	1,08	0,8 - 1,8

Tabulka 3: Hodnoty hematologického a hemokoagulační vyšetření krve

2.5.4.Laboratorní vyšetření moči

Laboratorní vyšetření je bez patologického nálezu.

2.5.5.Fyziologické funkce

	16.11.	17.11.	18.11.
TK, P - ráno	107/56 72'	105/60 78'	110/78 80'
TT- ráno/večer	37,2/ 37,4	37,3/ 37,0	36,5/ 36,4

Tabulka 4: Fyziologické funkce

2.5.6.Zobrazovací vyšetření

16.11.2012 - Sonografické vyšetření (břicho)

Závěr: Lehká hepatomegalie, nevýrazný ascites. Tenké kličky v levém hypogastriu průměru 33 mm. Kontrahovaný žlučník, se zesílenou stěnou. Malý fluidothorax vlevo.

16.11.2012 - Rentgenologické vyšetření hrudníku

Závěr: Bazální Fluidothorax vlevo

17.11.2012 - Endoskopické vyšetření

V poloze na levém boku zaveden přístroj levým nasálním přístupem. Volně dosaženo duodena. Sliznice růžová bez patologického nálezu. Dosaženo 1. Kličky jejunu, kam zavedena po vodiči nasojejunální sonda. Ihned možno používat.

16.11.2012 - EKG

T. č. bez akutních ložiskových změn, sinus 50 /min

2.5.7.Konziliární vyšetření

16. 11. 2012 - Chirurgické konzilium

Včera po překladu z ARO a po vysazení analgetik větší bolesti zasychajících pustul po těle, bolesti břicha mírné prakticky jen při pohybu. Nauzeu neměl, nezvracel, opakovaně odchod menšího množství krve z vyřazeného recta, naposledy před chvílí - v toaletní míse jen trocha hlenu s malým množstvím krve. Nyní se cítí trochu lépe. Je subfebrilní, břicho měkké, peristaltika dobře slyšitelná, rána klidná, rozpuštěný dolní pól bez retence, čistě granulující. Vitální ileostomie odvádí řídký zelenohnědý obsah.

Dop: lokální léčba vyřazeného pahýlu recta např. mikroklimata s kortikoidy, močovou cévku odstranit - předtím odeslat na M+C. Pečlivě měřit diurézu - dle ztrát infuze krystaloidů. Dolní pól rány 2x denně osprchovat a pak sterilně zakrýt, pokračovat v podání analgetik. Ostatní dle gastroenterologa.

17.11. 2012 - Chirurgické konzilium

Provedeno kontrolní USG, kde mírná hepatomegalie, hepatochole-
dochus bez dilatace. Znovu zavedena NJS k podpůrné enterální výživě,
zvažováno znovu zavedení CŽK pro nemožnost zajistit periferní žílu.

Subjektivně se cítí lépe, je klidnější.

Dop: kontrola dle potřeby, dále dle gastroenterologa, viz předchozí zápis.

2.6. Přehled Terapie během hospitalizace

2.6.1. Léky podávané per os

- Trittico 150 mg tbl. v 21:00 15. 11. - 6. 12.
- Lexaurin 1,5 mg 1-0-1 15. 11. - 20. 11. - dále dle potřeby
- Diazepam 10 mg tbl. v 22:00 15. 11. - 6. 12.
- Novalgin 500 mg tbl. 0 - 1 - 1 15. 11. - nově
- Helicid 20 mg tbl. 1 - 0 - 0 3. 12. - 6. 12.
- Essentiale forte tbl. 1 - 1 - 1 20. 11. - 6. 12.
- Ursofalk tbl. 1 - 0 - 2 20. 11. - 6. 12.
- Aktiferin tbl. 1 - 0 - 0 20. 11. - 6. 12.

2.6.2. Léky podávané intravenózně

- Klacid 500 mg amp. 10:00 a 22:00h 15. 11. z ARO
- Ciprinol 200 mg amp. 6:00 - 18:00h 3. 12. z ARO
- Metronidazol 500mg 6 - 14 - 22h 15. 11. - 6. 12.
- Torecan 1 amp. 3. 12. z ARO
 - Při nauzeu a zvracení max. 3x denně
- Helicid 40 mg amp. 6:00h 15. 11. - 3. 12.
- Hydrocortison 100 mg amp. 10:00 a 22:00h 15. 11. z ARO
- Solu-Medrol 60/40/20mg amp. 9:00h 16. 11. - 1. 12.
- Ferrlecit 1 amp. 6:00h 15. 11. - 20. 11.
- Plasmalyte 1000ml 50ml/h kont. 15. 11. - 20. 11.
- Oliclinomel N4 2000ml 50ml/h kont. 25. 11. z ARO
- Morphin 40 mg amp.+ 20ml Fr, rychlost 0,6 15. 11. - 18. 11.
 - postupně snižováno
- Novalgin 1 amp. max. 4x denně 15. 11. - 25. 11.
 - při průlomové bolesti dle potřeby

2.6.3. Léky podávané subkutánně

- Clexan 0,2 ml 18:00 s.c. 2.12. z ARO

2.6.4. Léky podávané lokálně

- Betadine mast ráno, večer 30. 11. z ARO
- Framycoin zásyp ráno, poledne, večer 30. 11. z ARO
- Budenofalk pěna na noc 15. 11. - 2. 12.
- Genciánová violet' dle potřeby 30. 11. z ARO

2.7. Ošetřovatelská anamnéza

Pro strukturování informací o nemocném a propracování plánu ošetřovatelské péče v souvislosti s překladem nemocného z ARO na standardní oddělení jsem si vybrala model Majory Gordon. Tento model se zaměřuje na 12 oblastí potřeb a denních aktivit. Pomocí tohoto modelu jsme schopni komplexně zhodnotit stav zdravého i nemocného jedince. Cílem ošetřovatelství dle daného modelu je vlastní zodpovědnost jedince za své zdraví a rovnováha bio-psycho-sociálních aspektů. (16)

Informace o pacientovi jsem získala od pacienta, z lékařské dokumentace a ošetřovatelské dokumentace při překladu z oddělení ARO a také dle vlastních zkušeností, jelikož pacienti s nespecifickými střevními záněty se vzhledem k povaze onemocnění velice často vracejí. Pan Petr u nás byl v poslední době hospitalizován opakovaně. V den překladu se jednalo o 9. pooperační a 15. den hospitalizace.

2.7.1. Vnímání zdraví

Vnímání zdraví pacienta, je ovlivněno dlouholetou přítomností Ulcerózní kolitidy. Aktuálně se cítí velmi špatně, jelikož má silné bolesti na visuální analogové škále na stupni 6 (VAS). Při překladu mu byla vysazena analgetika a zatím nebyla rozepsána nová. Operaci vnímá pacient kladně, jelikož jeho stav před operací byl velmi závažný a znemožňoval mu normální život. Doufá, že mu bude brzo lépe, aby mohl brzo domů. Během jeho dlouhé hospitalizace se panu Petrovi narodila dcera. Ví, že se musí snažit v oblasti sebepéče, aby doma mohl pomáhat manželce a nebyl jí přítěží.

2.7.2. Výživa, metabolismus

Před operací pacient dodržoval bezzbytkovou dietu. Pacient je 9. den po operaci. Trávicí trakt je zatěžován postupně. Pacient se snaží sníst veškeré jídlo, co v nemocnici dostane, ale zatím se cítí velmi slabý a musí se do jídla

nutit. Nyní dostává dietu chirurgickou. Pacient je poučen, aby dostatečně přijímal tekutiny, ale v současné době je schopen vypít asi jeden litr tekutin. Kožní turgor je v normě. Doba podávání stravy v nemocnici pacientovi vyhovuje až na večeře, které jsou dle něj velmi brzo. O dietním režimu je pacient dobře informován, jelikož trpí onemocněním velmi dlouho. Nyní po operaci se aktivně zajímá jaké budou změny v jeho stravování. Současná váha pacienta je 80 kg. Před přijetím pacient vážil 89 kg. Měří 185 cm. Jeho BMI je 25, což je v normě. Vlasy, nehty a sliznice jsou v normě. Chrup má vlastní. Na kůži má pacient velký výsev kožních ulcerací, které jsou mimostřevním projevem onemocnění. Nejvíce je výsev koncentrován na obličeji a v horní polovině těla. Riziko vzniku dekubitů není. Podle Northové, pacient získal 28 bodů. Pacient je nekuřák a nepociťuje žádné obtíže s dýcháním.

2.7.3.Vylučování

Při přijetí na naše pracoviště měl pacient zavedený močový katétr číslo 16 Charrierovi stupnice. Katétr byl zaveden devátý den. Dle sledování bilancí tekutin močí dostatečné množství. Pan Petr se těší, až mu bude katétr vytažen a bude moci chodit normálně na záchod. Před hospitalizací neměl žádné potíže s močením. Pacient má založenou terminální ileostomii. Před operací trpěl na časté průjemovité stolice a časté tenesmy. Má mírné obavy jak zvládne péči o ileostomii, ale ví, že se bude muset snažit rychle zvládnout sebeobsahu. První dny po operaci se o ileostomii staral zdravotnický personál. Nyní poslední dva dny pacient zpozoroval odchod hlenu a drobné stopy krve z konečníku, má mírně podrážděný konečník. Pocení je v normě. Aktuálně má zvýšenou teplotu 37,2°C.

2.7.4.Aktivita, cvičení

Pan Petr je aktivní člověk. Doma se stará o zahradu a chodí domů. Při jeho povolání je také často v pohybu. S klienty jezdí na vodu na kola atd. V nemocnici téměř většinu času leží, jelikož se cítí velmi slabě a má velké

bolesti, občas se mu i točí hlava. Pan Petr má velkou snahu se opět mobilizovat, ale stojí ho to hodně energie. Jeho současný pohybový režim je rehabilitační. Dle Batrhelové testu je pacient lehce závislý. V nemocnici aktivně komunikuje s personálem i ostatními pacienty, když mu je zrovna lépe.

2.7.5. Spánek a odpočinek

Pacient je zvyklý spát 8 hodin denně. V nemocnici spí hůře. Těší se, že se na našem oddělení vyspí lépe než na ARU, jelikož tam je neustálý ruch. Pacient je zvyklý užívat léky na spaní viz farmakologická anamnéza. Má obavy, aby nezaspal vypuštění ileostomického sáčku a nedošlo ke kalamitě.

2.7.6. Vnímání - poznávání

Pacient nemá žádnou smyslovou poruchu. Stěžuje si na bolesti břicha a celého těla z dlouhého ležení. Pacient má aktivní přístup v péči o své zdraví. Komunikace je v normě. Jeho myšlení je logické. Pozornost udrží stále. Řeč má klidnou a srozumitelnou.

2.7.7. Sebeúcta, sebekoncepce

Pacient je nyní mírně negativně laděn z důvodu bolestí, které se nyní neřeší podle pacienta. Jinak je pacient vždy laděn optimisticky. Má dobrý životní náhled. Spolupráce s pacientem je bezproblémová. Pan Petr se snaží o sebeběči v rámci svých aktuálních možností. Pacient pociťuje mírnou úzkost, jelikož se jeho stav nelepší tak rychle jak předpokládal. Stále se jeho stav něčím komplikuje. Příchod na naše oddělení je pro p. Petra důležitým momentem, vnímá to jako velký pokrok a krůček k domovu.

2.7.8. Plnění rolí - mezilidské vztahy

Pan Petr žije v rodinném domě se zahrádkou na menším městě. Dle pacienta v rodině panují dobré vztahy. Pacient je zvyklý se starat o rodinu.

Jeho žena v průběhu hospitalizace porodila a tak za ním nebyla na návštěvě, ale denně si telefonují. Pan Petr zatím odmítá návštěvy, jelikož se na to necítí. Později za ním chodí jeho maminka. Těší se, až se bude moct vrátit do pracovního procesu, jelikož má svou práci rád a naplňuje ho.

2.7.9. Sexualita

Téma sexuality jsem s pacientem neprobírala, přišlo mi to nevhodné vzhledem k jeho stavu. Má dvě děti, z nichž je jedno postiženo autismem a druhé je čerstvě narozeno a vše se zatím jeví dobře.

2.7.10. Stres, zátěžové situace - zvládnání, tolerance

Pacient o sobě tvrdí, že zátěžové situace zvládá dobře. Pacient má optimistickou povahu a tak i přistupuje k životu. Stresujícím faktorem bylo zhoršení nemoci, která byla dlouhá léta relativně v klidu. Když má pacient stres a potřebuje si odpočinout, tak doma chodí na procházky do lesa nebo na ryby, kde se vždy odreaguje.

2.7.11. Víra, přesvědčení - životní hodnoty

Pan Petr není věřící, ani nikdo z jeho okolí. K víře ostatních je tolerantní. Doufá, že se brzy zotaví a bude moci chodit do práce a být funkční v rodině. Jeho životní hodnoty jsou řazeny takto: zdraví, rodina, práce, peníze a záliby.

2.7.12. Bezpečnost a ochrana

Pacient nyní potřebuje doprovod, jelikož je po operaci velmi slabý a bolestivý. Pacient je ohrožen pádem vzhledem k předchozí analgetické medikaci a pooperačního stavu.

2.8. Přehled ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny k 9. pooperačnímu dni, 15. dni hospitalizace a 1. dni mého ošetřování

Na základě získaných informací v ošetřovatelské anamnéze a posouzení stavu nemocného a ve spolupráci s pacientem jsem stanovila aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy pro 1. ošetřovací den.

2.8.1. Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- 1) Bolest z důvodu pooperačního stavu a kožních ulcerací (VAS 6)
- 2) Zhoršená schopnost sebepéče v důsledku slabosti
- 3) Narušený spánek z důvodu režimu na oddělení ARO
- 4) Subfebrilie z důvodu celkové reakce organismu (pyodermie, aj.)

2.8.2. Potenciální diagnózy

- 1) Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů PMK, operační rána, PŽK
- 2) Riziko pádu z důvodu slabosti a vlivu nežádoucích účinků léků
- 3) Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu dlouhodobého pobytu na lůžku
- 4) Riziko malnutrice z důvodu pooperačního stavu, sníženého příjmu kalorií
- 5) Riziko poruchy kožní integrity z důvodu častějšího (4x) odchodu hlenu a stop krve z konečníku

2.9. Krátkodobý plán péče - 1 .den

(9. pooperační den, 15. Hospitalizace)

1) Bolest z důvodu pooperačního stavu a kožních ulcerací (VAS 6)

Cíl:

Zmírnit bolest do 1 hodiny na stupeň 3 VAS (vizuální analogová škála bolesti)

Pacient umí posoudit bolest dle VAS-umí použít záznam bolesti

Ošetřovatelské intervence:

- Posouzení, zda pacient umí určit intenzitu bolesti VAS 0-10
- Vysvětlení, jak bude pacient záznam používat
- Pacient je poučen o možnostech tišení bolesti analgetiky
- Podávat analgetika dle ordinací lékaře (Morphin 40 mg/20 ml fr= 0,2-1,2 ml/h, Novalgin 1 amp. + 100ml fr d.p. max 4 denně)
- Sledovat verbální a neverbální projevy bolesti
- Sledovat účinky podávaných analgetik, zejména VAS, nežádoucí účinky, interval pro podání
- Sledovat verbální a neverbální projevy bolesti
- Umožnit zaujmout úlevovou (pohodlnou) polohu
- Využití upoutávací techniky - rozhovor, rádio, četba
- Aplikace kožních mastí v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře (Framykoin zázp, Betadine mast, Genciánová violet')

Realizace:

Pacient udával VAS 6, stěžoval si hlavně na bolesti v operační ráně a po celém těle v souvislosti s ulceracemi (extraintestinální projev nemoci). Zjistila jsem podle překladové zprávy, že poslední analgetika pacient dostal v 6 hodin a proto po 3 hodinách, tedy v 9 hodin ráno, byly bolesti výrazné. Pacientovi jsem vysvětlila, že je nutné bolest důkladně dokumentovat, aby

bylo možné podat lékaři dostačující informaci k naordinování vhodné analgetické léčby. Pacienta jsem seznámila se záznamem bolesti, který si pacient povede sám - každé dvě hodiny zapíše, jak se jeho bolest vyvíjí. Do záznamu budu dopisovat aktuální použitá analgetika. Bolest pacient aktivně sledoval a zapisoval do záznamu. Pan Petr přijal velmi kladně možnost podílet se na sledování bolesti. Aktuální bolest udával na VAS 6 z důvodu delší pauzy v analgezií při překladi na naše oddělení. Pacient byl poučen lékařem o důvodu bolesti. Pacientovi jsem nabídla možnost puštění radia či možnost četby místních knih a časopisů. Nemocný tuto variantu zatím nechce využít, jelikož se cítí velmi unavený a nedokáže se soustředit na mluvené slovo ani na četbu. Při kontaktu jsem se snažila odpoutávat pozornost od bolesti rozhovorem, to se dařilo celkem dobře. Nemocný si rád povídá o svých potížích, ale i o běžných věcech. Lékař naordinoval pacientovi kontinuální analgezií Morphín 40 mg ve 20 ml fyziologického roztoku rychlostí 0,2 ml/h - 1,2 ml. Dále byl ordinován Novalgín 1 amp do 100 ml fyziologického roztoku max. 4x denně při průlomové bolesti nebo před ranní hygienou, která je pro pacienta velmi náročná. Během mé směny jsem v 9:15 nasadila kontinuální analgezií rychlostí 1,2 ml/h (rychlost zůstala celý den neměnná) a dala vykapat bolusovou infuzi, což si pacient po chvíli začal pochvalovat. S pacientem jsem také probrala nutnost komunikace a spolupráce s ošetrovatelským personálem, aby byla bolest vždy podchycena zavčas. Dle ordinace lékaře byl také ordinován Lexaurín 1,5 mg tbl. ráno a večer. Tato ordinace proběhla po vzájemné dohodě lékaře a pacienta. Pacienta jsem poučila o správním stávaní z lůžka přes pravý nebo levý bok, aby tento úkon nepůsobil velké bolesti. Pan Petr tuto techniku již znal z oddělení ARO.

Pacient pochopil nutnost sledování bolesti a dobře spolupracoval. Po ošetrovatelských intervencích se cíl podařilo splnit. Pacient za 3 hodiny udává bolest na 2 VAS, při pobytu v lůžku. Pacient byl spokojen s mírou analgezie i s informacemi o ní. Velmi dobře vnímal, když věděl, že má

možnost říci si o bolusovou infuzi proti bolesti. Měl pocit, že má bolest ve své kontrole. Z mého i pacientova pohledu došlo ke splnění cíle. Během mé služby bylo potřeba vyčerpat 3x bolusovou infuzi proti bolesti a to krátce po přijetí na lůžko a dále k večeru a před spaním. Účinek léčiv trval vždy asi 4 hodiny. Nejvíce pacienta trápila bolest z kožních ulcerací, které byly pravidelně ošetřovány dle ordinací lékaře (Framykoin mast, Betadine mast, Genciánová violet'). Při překladu na naše oddělení byly již některé ulcerace ve fázi hojení, ale jelikož jich bylo velké množství, bylo to pro nemocného velmi nepříjemné.

Hodnocení:

Cíl se povedlo splnit.

2) Zhoršená schopnost sebepéče v důsledku slabosti

Cíl:

Pacient zvládne večerní hygienu s minimální dopomocí sestry

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistit úroveň sebepéče dle formuláře Barthelové
- Dopomoci nemocnému při běžných činnostech (dle potřeby)
- Před pohybem (hygienu) podávat analgetika dle aktuálního VAS, dle ordinací lékaře
- Motivace pacienta k zvýšení úrovně sebepéče
- Trpělivost při dopomoci

Realizace:

Při přijetí jsem z překladové zprávy zjistila lehkou závislost dle Barthelové. Skóre jsem si ještě ověřila při rozhovoru s pacientem. S pacientem jsem probrala oblasti sebepéče, při kterých vyžaduje pomoc (jídlo, oblékání, koupání, použití WC, při chůzi). Po dohodě jsme vyhodnotili jako nejdůležitější pomoc při hygieně, kdy pacient vyžaduje mírnou dopomoc a doprovod do koupelny. Při večerní hygieně jsem pacienta doprovodila do koupelny, kde se posadil na židličku ve sprše. Veškeré potřebné hygienické pomůcky jsem mu nachystala k ruce. Pacient se umyl s mírnou dopomocí sám. Při mytí zad a dolních končetin jsem byla nápomocna. Ihned po sprchování jsem ošetřila defekty na kůži, na některé si pacient dosáhl sám a také si je sám zasypal a namazal, kde bylo třeba, tam jsem mu dopomohla. Nemocný byl ze všech aktivit velmi vyčerpaný a tak jsme postupovali pomalu, aby si mohl co nejvíce úkonů udělat sám. Nemocný měl dobrou motivaci. Neustále si opakoval, že musí být brzo fit, jelikož doma se o něj nikdo nebude starat. Po návratu domů ho čeká čerstvě narozená dcera a postižený syn a tak si uvědomuje, že on musí být ten, co bude doma pomáhat.

Hodnocení:

Cíl se podařilo splnit. Pacient s drobnou dopomocí se obstaral sám.

3) Narušený spánek, časté probouzení kvůli režimu na oddělení ARO

Cíl:

Délka spánku bude 4 hodiny bez přerušení, po probuzení se cítí odpočatý

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistit spánkové přání pacienta
- Sledovat bolest a podávat analgetika a anxiolytika dle ordinací lékaře (záznam bolesti u pacienta, kontinuální analgezie Morphin 40 mg + 20 ml fyziologického roztoku, bolusové infuze 1 amp. Novalgin + F1/1 100 ml max. 4 x denně, 1 tbl. Lexaurin 1,5 mg v 18:00)
- Udržovat čisté, teplé, pohodné lůžko
- Podávat časované léky (Trittico 150 mg v 21:00, Diazepam 10 mg v 22:00)
- Udržovat tiché a klidné prostředí v nočních hodinách

Realizace:

Pacient byl velmi unaven a nevyspalý z ARO - tamní režim je hektický a jsou zde přítomny neustálé rušivé elementy spojené s chodem pracoviště. S nemocným jsme situaci probrali. Pan Petr mi sdělil svou představu o klidném a nerušeném spánku. Přál si, aby se na pokoj v noci chodilo co nejméně a také, že doma je zvyklý spát s více polštáři pod hlavou, což nebyl problém mu splnit i u nás a tak jsem mu na spaní přichystala ještě jeden polštář navíc. Byl velmi rád, že je zatím na pokoji sám a nebude ho rušit jiný pacient. Dohodli jsme se na vyvětrání pokoje, nižší teplotě v pokoji a zhasnutém světle. Během mé péče jsme rehabilitovali - pomalu začali chodit v mém doprovodu. Pan Petr měl návštěvu své matky, která s ním strávila dlouhý čas, což ho také unavilo. Před spaním jsem upravila lůžko pacienta, vyvětrala a snížila teplotu v pokoji. Pan Petr byl na dvoulůžkovém pokoji, ale zatím sám a tak bylo možné mu vyhovět. Nemocný se velmi těšil na spánek na

našem oddělní. Po podání analgetické infuze a léků na spaní (Trittico 150 mg v 21:00, Diazepam 10 mg v 22:00) pacient do jedné hodiny od podání tvrdě spí. V noci se vzbudil dvakrát z důvodu vypouštění stomie a také ze strachu, aby nebyla stomie přeplněná a nepraskla. Jedenkrát v noci bylo nutné dát pacientovi analgetickou infuzi. Po cestě na WC a vypouštění stomie došlo k rozvoji bolesti VAS 4 dle pacienta a po podání infuze opět tvrdě usnul na 3,5 hodiny. I přes to byl ráno odpočatý a v dobré náladě.

Hodnocení:

Doba nepřerušného spánku byla 3,5h a poté opět usnul. Cíl se tedy podařilo splnit částečně.

4) Subfebrilie z důvodu celkové reakce organismu (37,2°C) při příjmu

Cíl:

Nemocný zná projevy horečky, včas odhalit febrilii

Ošetrovatelská intervence:

- sleduj tělesnou teplotu dle ordinace lékaře (3xd) a dle potřeby
- zajistit vhodnou hydrataci
- informovat pacienta o nutnosti zvýšené hydratace
- sledovat stav fyziologických funkcí - tk, p. dech, vědomí
- při zvýšení teploty- informovat lékaře + podávat antipyretika
- edukovat pacienta o projevech zvýšené teploty - „selfmonitoring“
- zajisti vhodnou teplotu okolního prostředí

Realizace:

Při přijetí jsem pacientovi kontrolovala fyziologické funkce a zjistila, že má pacient zvýšenou teplotu. Pacient teplotu na sobě nepociťoval. V poslední době před operací míval stále vysoké teploty, takže tuto hodnotu nevnímal nijak negativně, přesto jsem pacienta upozornila na nutnost sledování.

S pacientem jsem probrala projevy zvýšené - vysoké teploty, aby včas odhalil případný vzestup - zimnice, třesavka, slabost aj. Teplotu jsem kontrolovala 3x denně - po celý den měl pacient subfebrilii. Teploměr jsem ponechala u pacienta na stolečku, aby se v případě potřeby mohl sám měřit, kdyby pocíťoval změnu.

Nemocného jsem upozornila na nutný zvýšený příjem tekutin per os, který byl mimo jiné doplněn infuzní terapií. (Plasmalyte 1000ml). V pokoji

jsem nastavila přiměřenou teplotu, aby pacientovi vyhovovala. Teplota byla po celý den zvýšená, nedošlo však k febrilním.

Hodnocení:

Pacient je poučen o projevech febrilie. Během mého ošetřování k febriliím nedošlo.

5) Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů PMK, PŽK , operační rány

PŽK

Cíl:

Včas odhalit její známky, snížit riziko vzniku

Ošetřovatelské intervence :

- Zkontrolovat místo vpichu dle stavu a standardu oddělení
- Při manipulaci s intravenózním vstupem postupovat asepticky
- Sledovat funkčnost vstupu
- Edukace pacienta - ohledně hygieny (nutnost zakrýt pod igelitový sáček)
- Sledovat celkové známky infekce

Realizace:

Při překlada měl pacient kanylu zavedenou první den a ošetřenou z oddělení ARO. Kanyla byla přelepena transparentním krytím. Zavedena na předloktí pravé horní končetiny. Místo vpichu bylo klidné a bez známek infekce. Pacienta jsem edukovala o nutnosti kanylu opatrovat, aby o ní nešetrně nezavadil. Při manipulaci jsem k pacientovi přistupovala asepticky. Kontrolovala jsem funkčnost. Pacient byl připojen ke kontinuální infuzi.

Téměř nebylo třeba jej odpojovat. Pouze 2x a to v souvislosti s procházkou, když nemocnému přišla návštěva a při večerní hygieně. Kanylu jsem ukončila dle zvyklostí oddělení. (PVC zátka + heparinová zátka) S nemocným jsem promluvila o nutnosti zakrytí kanyly do igelitové folie při sprchování. Tento úkon zajišťuje ošetřující personál, který pacienta doprovodí do sprchy. Při večerní hygieně jsem tak učinila. Nemocnému jsem

měřila tělesnou teplotu 3x denně, která byla mírně zvýšená - 37,2°C (první dva dny ošetřování).

Hodnocení:

Cíl se podařilo splnit.

PMK

Cíl:

Odhalit včas její známky

Ošetrovatelské intervence:

- Sledovat funkčnost katétru
- Připomenout důslednou hygienu v okolí genitálií
- Sledovat barvu, příměsi a zápach moči
- Sledovat příjem a výdej tekutin
- Sledovat tělesnou teplotu a celkové projevy zánětu

Realizace:

Pacient přišel se zavedeným močovým katétre z oddělení ARO, který byl zaveden 9. den. Při překlade bez známek infekce s fyziologickým nálezem moči. U pacienta jsem sledovala příjem a výdej tekutin. Infuzní roztoky jsem sledovala a zapisovala vykapané množství. Tekutiny, které vypil, si pacient zapisoval sám do předem připraveného formuláře, o kterém byl poučen. Při příchodu jsem připomenula nutnost důsledné hygieny v okolí genitálií, až se bude večer umývat, ale na nakonec se začalo uvažovat o vyjmutí močového katétru. Ihned, jak jsem se informací dozvěděla, jsem poučila nemocného o mechanismu, který předchází vytažení cévky. Močovou cévku jsem zaštipovala peánem a pacient vždy, když pocítoval pocit plného močového měchýře, zvonil, abych mu povolila peán a on zapojil břišní lis a vymočil se. Jde o nácvik pocitu plného měchýře. Tento nácvik jsme trénovali do večera a

okolo 18 h byl katétr vytažen. Pacient se do 2 hodin od vyjmutí katétru spontánně vymočil. Vše bylo v pořádku a bez komplikací.

Hodnocení:

Cíl byl splněn.

OPERAČNÍ RÁNA

Cíl:

Včas odhalit případné známky infekce

Ošetrovatelské intervence:

- Pečovat o hygienu pooperační rány - 2 denně sprchovat dle ordinace chirurgického konzilia
- Provádět převazy operační rány dle ordinace lékaře a dále dle potřeby
- Postupovat asepticky při převazech
- Sleduj okolí pooperační rány
- Sleduj případný výtok z rány
- Založ záznam o ošetření rány
- Sleduj celkové projevy zánětu (zčervenání, teploty, bolestivost)

Realizace:

Po překlada byl u pacienta na konziliu lékař z chirurgie, který doporučil ránu 2x denně sprchovat. U operační rány bylo nutné během dne sledovat sekreci, která vyžadovala 3x za mou službu vyměnit sterilní krytí a dezinfekci rány. Večer jsme ránu osprchovali, dezinfikovali Cutaseptem a sterilně zakryli. Okolí rány bylo klidné, ale z dolního pólu vytékal purulentní obsah. Rána byla bez povlaků. Do dokumentace jsem založila záznam o péči o

rány. Pacientovi jsem 2 x denně měřila teplotu a informovala ho o možných projevech infekce, které je nutné sledovat.

Hodnocení:

Během mého ošetřování nedošlo ke známkám infekce. Rána se hojí per secundam. Cíl byl splněn.

6) Riziko pádu z důvodu snížené vitality a vlivu nežádoucích účinků léků a pooperačního stavu

Cíl:

Minimalizovat riziko pádu

Ošetřovatelské intervence:

- Upravit prostředí pacienta (eliminace rizikových faktorů)
- Zhodnotit riziko pádu dle protokolu
- Umístit na dosah signalizační zařízení
- Při chůzi zajistit doprovod - pacient je připojen na stojan s infuzními roztoky, pumpy
- Nácvik samostatnosti při chůzi (dohled sestry)
- Nácvik vstávání z lůžka (posazení až po chvíli stoupání a po té chůze)
- Zkontrolovat pevnost bot
- Snadno dostupné uložení osobních věcí

Realizace:

U pacienta jsem vyhodnotila riziko pádu dle Conleyové - 5b - střední riziko. Pacient je normálně mladý soběstačný muž, ale nyní je po delším pobytu v nemoci zhoršen jeho pohyb. Díky účinkům opiátu a analgetik, které pacient dostává, je zesláblý. Dalším faktorem, který by mohl přispět k pádu, je připojení k infuznímu stojanu, který je těžký a hůře se s ním manipuluje. Pro snížení rizika infekce se snažíme pacienta odpojovat co nejméně a tak je při pohybu zatím nutný doprovod ošetřovatelského personálu. Pacient na oddělení ARO moc nechodil a tak velmi vítá pomoc personálu. Pomohla jsem pacientovi uspořádat věci na nočním stolku, aby měl vše pohodlně u lůžka. Signalizační zařízení jsem umístila tak, aby bylo snadno dostupné. Nemocnému jsem doporučila správnou techniku vstávání z lůžka. Vzhledem k operační ráně jsem připomenula vstávání přes bok a upozornila na

důležitost - chvíli sedět až teprve pak se postavit a chvíli počkat, zda se nebude nemocnému točit hlava a pak teprve přistoupit k chůzi. Pacient většinu opatření znal již z oddělení ARO.

Hodnocení:

Cíl se podařilo splnit.

7) Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu dlouhodobého pobytu na lůžku

Cíl:

Nemocný nebude ohrožen tromboembolickou nemocí

Ošetřovatelské intervence:

- Vysvětlit problematiku tromboembolické (TEN) nemoci ve spolupráci s lékařem
- Vysvětlit nutnost rehabilitace v lůžku i mimo něj
- Přikládej BDK
- Podávat antikoagulační léčbu dle ordinace lékaře

Realizace a hodnocení:

Lékař pacientovi vysvětlil problematiku tromboembolické nemoci. Nemocný se aktivně zajímal, co může udělat, aby snížil riziko vzniku. Byla mu vysvětlena nutnost rehabilitace. Dokud bude méně pohyblivý, doporučila jsem mu, aby v lůžku cvičil flexi a extenzi s dolními končetinami. Pacient byl poučen o nutnosti přikládání bandáže dolních končetin, dokud nebude pohyb dostatečný. Na noc bylo možné bandáže sundávat. Dle ordinací lékaře jsem aplikovala Clexan 0,2 ml s.c. 1xd. Pan Petr vždy rád využil příležitost k pohybu. Působilo mu to bolesti a cítil se slabý, ale přesto měl chuť k pohybu. Pacient se cítí dobře a neudává žádné obtíže spojené s tromboembolickou nemocí.

Hodnocení:

Cíle se podařilo dosáhnout. Neobjevily se žádné projevy TEN.

8) Riziko malnutrice z důvodu pooperačního stavu, sníženého příjmu kalorií

Cíl:

Posouzení rizika malnutrice

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistit stav malnutrice podle hodnotících škál - BMI, krevní odběry, (albumin, prealbumin, celková bílkovina)
- Zapisovat kolik jídla pacient sní během dne
- Podávat předepsaný sipping, parenterální výživa
- Edukace o zavedení NJS

Realizace:

Při přijetí jsem pacienta zvažila a zeptala se ho na jeho výšku. Jeho výška je 185 cm a aktuální váha 80 kg. Dle výpočtu pro BMI byla stanovena hodnota 23,87, což je v normě. U pacienta jsem sledovala, kolik sní z donesených porcí. Dle mého krátkého sledování vždy snědl asi 1/3 porce. Z toho důvodu lékař naordinoval sipping Nutridrink Compact 2x denně, jako preventivní opatření před malnutricí.

Nemocný nutridrinky snášel špatně. Nechutnali mu a navíc měl pocit plnosti. Pacientovi jsem odebrala krev dle ordinace lékaře. V odběrech jsme se zaměřili na hodnoty albuminu, prealbuminu a celkové bílkoviny. Hodnoty byly nižší CB 51,1 g/l a albumin 23,7g viz tabulka č. 1. Na základě těchto výsledků lékař naordinoval parenterální výživu Oliclinomel N4 rychlostí 50ml/h kontinuálně a přikapávat Plasmalyte 1000ml 50ml/h kontinuálně.

Dle chirurgického konzilia a ošetřujícího lékaře se dohodlo zavedení nasojejunální sondy k enterální výživě. Pacient měl sondu zavedenou v předchozích hospitalizacích, takže jsem jen připomněla, co sonda obnáší.

Pacient byl poučen, aby od půlnoci nejedl a nepil. Sonda mu bude zavedena následující ráno.

Hodnocení:

Cíl splněn. Riziko bylo vyhodnoceno jako lehká protein-energetická malnutrice.

9) Riziko poruchy kožní integrity z důvodu častějšího (4x) odchodu hleny a stop krve z konečníku

Cíl:

Pacient nebude mít porušenou kožní integritu v okolí konečníku po opakovaném dráždění odchodem hleny a krve

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistit frekvenci obtíží
- Sledovat množství krve a hleny
- Informovat lékaře při změně stavu
- Vysvětlit nutnost péče o konečník
- Sledovat zda nedochází ke zhoršení obtíží
- Zajistit pomůcky k ošetření

Realizace:

Při rozhovoru s pacientem jsem se dozvěděla, že obtíže trvají 2 dny. Frekvence odchodu hleny a stop krve je 4x denně. Nejde o velké množství, spíše to pacienta vyděsilo, jelikož nepředpokládal, že by po uzávěru rectosigmatu mohl mít tyto potíže. Lékař ho uklidnil, že je to možné a pravděpodobně dočasné. Do terapie byla přidána Budenofalk pěna na noc.

S pacientem jsem probrala nutnost zvýšené péče o konečník, aby nedošlo k poruše kožní integrity. Pacient je s tímto problémem dobře obeznámen z důvodu dlouhodobé přítomnosti Ulcerózní kolitidy, tím pádem velkého množství průjmů. Připomenula jsem, že by bylo dobré po odchodu každého šlemu konečník řádně očistit. Buď osprchovat, nebo použít hygienické mokré kapesníčky a hlavně dobře osušit. Pacientovi jsem nabídla možnost jednorázových vložek a sítkové kalhotky, které jsou dobře prodyšné. Po každém odchodu šlemu jsme použili nové pomůcky. Pacient dostával

Solumedrol 60 mg intravenózně dle ordinace lékaře, což snižuje zánětlivé projevy v těle.

Hodnocení:

Cíl se povedlo splnit. Pacient měl konečník dobře ošetřený. Nepocítoval žádné diskomfortní pocity.

2.10. Dlouhodobý plán péče

V dlouhodobém plánu ošetrovatelské péče jsem se po dohodě s pacientem a lékařem zaměřila na tyto okruhy potíží.

- 1) Samostatná péče o ileostomii
- 2) Péče o operační ránu
- 3) Postupné odvykání od analgetické léčby
- 4) Péče o nasojejunální sondu
- 5) Sledování příjmu a výdeje tekutin
- 6) Péče o kůži
- 7) Zvýšení vitality

2.11. Rozpracování dlouhodobých okruhů péče

1) Samostatná péče o ileostomii

Krátce po překladu jsme se o ileostomii staraly my, zdravotní sestry. Pacient se aktivně zajímal o veškeré informace ohledně péče o stomii. Při pobytu na oddělení ARO proběhl první kontakt se stomickou sestrou, která docházela za nemocným každý den a starala se o ileostomii. Při každém ošetření vysvětlovala bod po bodu jak s ileostomií zacházet. U pacienta jsme ve spolupráci se stomickou sestrou vyzkoušely více druhů pomůcek, než jsme našly pacientovi plně vyhovující. Při překladu na naše oddělení jsme domluvili pravidelné návštěvy stomické sestry vždy ráno po ranní hygieně a pokud bylo třeba stomii předělat během dne, tak se o ni staraly sestry z oddělení. Později, když pacient nabyl více síly tak docházel na chirurgické oddělení do stomické místnosti, kde se o stomii už staral plně sám. Pacient během 5 dní byl schopen samostatné péče bez dohledu sestry. Pacient byl edukován již před operací, aby byl v obraze, co ho čeká - měl možnost osahat si používané pomůcky. Byla jsem přítomna edukačnímu pohovoru stomické sestry a nemocného. Pacientovi se po operaci vše denně opakovalo, aby získal

jistotu v sebepéči o ileostomii. Místo v okolí stomie je nutné pravidelně holit, neboť by špatně držel stomický sáček a docházelo k dráždění kůže střevním obsahem. Ileostomii doporučujeme 1 x denně sprchovat, je možno omývat mýdlem, ale není doporučeno okolí stomie omývat hrubými materiály (žínka, houbička). Nemocný upřednostňoval techniku nahřátí fénem, jelikož pak sáček s podložkou lépe přilne k tělu. Okolí stomie bylo klidné bez podráždění kůže. Pacientovi byl předán kontakt na stomickou sestru naší nemocnice, aby ji v případě obtíží mohl kdykoliv kontaktovat. Dále jsem pacientovi doporučila internetové stránky, kde se sdružují stomici. (29)

2) Péče o operační ránu

První tři dny hospitalizace probíhala denně chirurgická kontrola rány. Zpočátku odcházel z dolního pólu rány purulentní obsah. Dle chirurga jsme ránu 2x denně ošetřovali. Bylo nutné ránu sprchovat a vždy na sucho překrýt. V prvních dnech bylo nutné měnit sterilní krytí asi 3x denně. Později se množství sekrece zmenšovalo. Rána se hojila per primam. Pacient se vždy ráno osprchoval, poté jsme mu ošetřili operační ránu a pak chodil na výměnu stomie.

3) Postupné odvykání od analgetické léčby

Vzhledem k celkovému stavu a komplikovanějšímu průběhu onemocnění pacient dostával více jak 14 dní opiáty a analgetika. Opiáty dostával pomocí mikropumpy. Nemocný dostával 40 mg Morphinu + 20 ml fyziologického roztoku. Počáteční rychlost byla 1,2 ml. Tato rychlost byla neměnná 2 dny. Pak lékař opiáty vysadil s tím, že se ponechá analgetikum 1 amp. Novalginu + F1/1 100 ml dle potřeby 4x denně. Pacient měl silné bolesti operační rány a kožních ulcerací. Dále měl pacient pocit „abstinenčních příznaků“. Pociťoval nervozitu, mírný třes a potil se. Po dohodě pacienta a

lékaře byl Morphin vrácen do medikací s tím, že se bude rychlost každý den snižovat alespoň o 0,1 ml/h. Takto jsme postupovali 3 dny. Ze začátku šlo snižování rychlosti pomalu, ale během 3 dnů jsme byli na rychlosti 0,2 ml/h a pak se léčba ukončila. Pacient si čtvrtý den řekl 2x o analgetickou infuzi. Další dny hospitalizace byl bez analgetické medikace. Bylo ordinováno pouze při bolesti.

4) Péče o nasojejunální sondu

Z důvodu lehké protein-energetické malnutrice byla pacientovi 10. pooperační den zavedena NJS. Sonda byla zavedena na našem endoskopickém pracovišti. Pacienta jsem poučila již před zavedením, jak se o sondu bude starat. Ukázala jsem mu nutriční pumpu a její obsluhu. Pacient s výkonem souhlasil a aktivně se zajímal, jak bude vše probíhat. Vysvětlila jsem systém proplachování a názorně ukázala všechny pomůcky potřebné k péči, ošetřující lékař původně předpokládal, že nemocný půjde se sondou do domácí péče a bude se o ni starat sám. Úkolem sester je od začátku vést pacienta ke kvalitní samostatné péči o sondu. Začínáme ihned po zavedení. K výživě jsme používali přípravek firmy Nutricie - Nutrison standart. První den výživa kape kontinuálně 20ml/h. První propláchnutí (pomocí 10ml fyziologického roztoku) provádí sestra a rovnou vysvětluje, jak se spojí nutriční vak s příslušnými hadičkami a umístí do nutriční pumpy. K lůžku jsou dány pomůcky na proplach (F1/1 100ml do kterého je dána růžová jehla, jež je kryta PVC červeným uzávěrem, náhradní špunty, 10ml stříkačky). U podávání parenterální výživy musíme sledovat případné nežádoucí účinky, kterými může být nafouknutí břicha, zrychlená peristaltika s následným průjemem. V některých případech může dojít k posunu sondy zpětnou peristaltikou - sonda se posune do žaludku - nejčastějším příznakem je pocit plnosti, možné zvracení. Sondou je nutné proplachovat po 6 hodinách při kontinuálním podávání nebo po každém odpojení. Druhé propláchnutí už nemocný zkoušel sám. Šlo mu to velmi dobře. Pacient je manuálně zručný. Jen jsme mu stále dokola opakovala, že je nutné dodržovat podmínky asepse. První dva dny jsem při každém proplachování na pacienta dohlížela, dále obsluhoval sondu plně sám. Rychlost výživy se denně zvedala o 20 ml/h. Finální rychlost byla 80 ml/h s noční pauzou od 22h - 6h ráno. Těsně před koncem hospitalizace jsme dle ordinací lékaře sondu vytáhly, jelikož výživové parametry se upravily k normálním hodnotám.

5) Sledování příjmu a výdeje tekutin

Po příjmu na naše oddělení bylo nutné sledovat příjem a výdej tekutin z ileostomie a množství, které pacient vymočí, aby výdej nebyl větší než příjem. PVT jsme sledovali jen 2 dny, protože se ukázal jako vyrovnaný. Pacienta jsme poučili, pokud by se mu zdálo, že se množství zvýšilo buďto nyní během hospitalizace nebo i v domácím ošetřování, je nutné stav konzultovat s lékařem.

6) Péče o kůži

Nejvíce péče jsme věnovali kožním defektům, které jsme ošetřovali 3x denně dle ordinací lékaře - Framycoin zásyp a Betadine mast. Dále byl podáván Solu medrol 60mg ve 100ml fyziologického roztoku denně v 9 h ráno jako systémová léčba základního onemocnění. Tato kombinace dobře zabírala. Ulcerace se začaly postupně zmenšovat a 20. den hospitalizace byl již patrný rozdíl.

7) Zvýšení vitality

Při příjmu na naše oddělení byl nemocný velmi slabý. Bylo nutné ho doprovázet na toaletu, dopomáhat ve sprše a při běžných denních činnostech. Po léčbě opiáty byl mírně malátný, zpočátku hospitalizace měl sklon k hypotenzi a pociťoval mírné motání hlavy při změně polohy. Od 11. dne po operaci jsem po dohodě s pacientem začala chodit mimo pokoj. Dopoledne i odpoledne jsme vždy vyrazili na procházku po chodbách nemocnice. 13. pooperační den jsme se vydaly i ven do zahrad nemocnice. Pacient tuto možnost vítal. Jelikož chtěl být brzo fit, aby doma mohl pomáhat manželce s dětmi. Když za pacientem přišla návštěva, tak ji také hned využil k procházce. Na konci hospitalizace byl nemocný při plné síle.

2.12. Hodnocení psychického stavu

Jelikož pana Petra znám delší dobu, z důvodu povahy onemocnění u nás byl v poslední době hospitalizován častěji, tak vím, že jde o velmi pozitivně laděného člověka, který je se svou chorobou po více než 20 letech soužití velmi dobře smířen. Dlouhá léta bylo onemocnění v remisi, takže nemocný nedodržoval ani žádná režimová opatření a byl bez medikace. Tentokrát po operaci byl mírně negativně laděn, jelikož si představoval, že průběh bude bezproblémový a rychlý. Jenže se opět potvrdilo, že průběh nemoci je vždy individuální. Z počátku byl situací otráven. Navíc možná i přispěl fakt, že za ním nemohla na návštěvu přijít žena, která během jeho hospitalizace porodila. Zprostředkovali jsme kontakt s psychoterapeuty, kteří u pána absolvovali 3 sezení. S přibývajícím návratem sil a soběstačnosti se psychický stav rychle upravil. Nemocný má stabilní práci a rodinu, což si myslím, že přispívá k jeho psychické pohodě, jelikož nemusí řešit existenční otázky. Pacient si uvědomuje, že u onemocnění toho typu je nutná psychická pohoda. Velmi často se stává, že když je nemocný vystaven stresu a není v dobré náladě, dojde ke zhoršení obtíží.

2.13. Edukace

Nejpalčivějším tématem edukace je výživa. Pacient dobře zná dietu, kterou dodržoval při základním onemocnění - Ulcerózní kolitida. S nově založenou ileostomií je potřeba upravit jídelníček. Každá osoba je velmi individuální. Každý pacient si najde ideální cestu, která mu bude vyhovovat, ale i přesto jsme pacientovi ve spolupráci se stomickou sestrou poskytli určitá doporučení. Ileostomici jsou ohroženi dehydratací a metabolickým rozvratem organismu. Potrava by měla být kaloricky bohatá. Důležitý je pravidelný přísun vitamínů, ideálně formou ovocných šťáv. Ileostomici si musí hlídat příjem tekutin. Ideální je pít během jídla aby se potrava smísila s tekutinou. Vhodné jsou neperlivé nápoje. Nemocnému jsme doporučili jíst častěji v malých porcích. K zahuštění střevního obsahu se doporučuje například rýže, strouhaná jablka nebo černý čaj. Doporučili jsme vyhýbat se slupkám, které by mohly způsobit koliku. Pokud by pacienta trápila zvýšená plynatost, tak je nutné se vyhnout nadýmavým potravinám jako jsou například květák, kedlubna, česnek, pažitka, zelí, čerstvé ovoce - především hrušky, dále pak ořechy, vejce a někdy i celozrnné pečivo. Všechna tato doporučení je třeba brát s rezervou, neboť vždy jde o individuální situaci. Pokud bude chtít nemocný zkusit nějakou potravinu, u které si nebude jistý, zda ji snese, tak doporučujeme sníst malé množství a vyčkat jako tělo zareaguje. Časem si každý pacient najde spektrum potravin, které je pro něj vyhovující a splní i výživové parametry, aby byly pokryty všechny nutné složky potravy.

Dále jsem pana Petra edukovala o léčbě kortikoidy. Nemocný je již dříve užíval, vždy při relapsu onemocnění, ale já osobně jsem považovala za nutné některé skutečnosti připomenout. Dle lékaře měl nemocný po skončení intravenózní léčby kortikoidy přejít na dlouhodobé podávání per orální formy. Dávky léků se postupně sníží dle aktuálního stavu, který bude konzultovat nemocný s ošetřujícím gastroenterologem. Léčbu kortikoidy

provází několik nepříjemných skutečností jako je přibírání na váze, měsíčkovitý vzhled obličeje, vypadávání vlasů a vznik akné. Tyto doprovodné příznaky jsou minimální komplikací oproti benefitu, který užívání kortikoidu přináší pro nemocného. Ve většině případů po ukončení terapie většina příznaků vymizí. Důležité je, aby o nich nemocný věděl, a nepřerušil samovolně léčbu, což by mohlo být při užívání vysokých dávek velmi nebezpečné. Dalším nežádoucím účinkem léčby může být narušení metabolismu cukru, kdy se může objevit vznik diabetu. Dále může ovlivnit metabolismus tuků - což se projeví v krevních odběrech. Také může být narušen metabolismus kostní dřeně a vznik osteoporózy či vysoký krevní tlak. Může docházet ke ztrátám kálie a magnézie, které se dá korigovat přidáním minerálových preparátů do terapie. Zdůraznila jsem nutnost kontrol v gastroenterologické ambulanci, kde dle aktuálních stesků a krevních odběrů lékař případně upraví terapii. Nemocný odchází domů s Prednisonem 20 mg 1 - ½ - 0 na dva týdny a dále postupná redukce dávky o 5 mg á 1 týden.

Dalším lékem, který si žádá pozornost je per orální podávání železa, které může ovlivnit barvu stolice a je potřeba, aby s tímto faktem byl pacient obeznámen a neděsil se, pokud se tak stane. Nemocný bude doma užívat Aktiferrin 1 tbl ráno. (5, 11, 29)

Závěr

Nemocných s nespecifickými střevními záněty neustále přibývá. Příčiny onemocnění nejsou zatím zcela úplně a detailně objasněny. Léčba je tedy převážně symptomatická. Při dodržování určitých omezení, která vyplývají z povahy nemoci, pacienti mohou prožít klidné roky, i když to neplatí vždy a u všech nemocných. I přes striktní dodržování všech opatření může nemoc trápit svými častými relapsy. Prognóza onemocnění je u každého pacienta individuální, záleží na mnoho faktorech, jako je délka trvání onemocnění, typ postižení, spolupráce nemocného a také jak reaguje tělo nemocného na danou léčbu.

Pana Petr se se svým onemocněním léčí od roku 1988, kdy měl první ataku, která dle jeho vyprávění byla dost agresivní. Po té byl dlouhá léta relativní klid, až poslední rok ho onemocnění začalo zase trápit. Začátek a rozvoj potíží byl velmi pozvolný. Na podzim roku 2012 však došlo k výraznému zhoršení. Následně selhala i veškerá konzervativní léčba a nezbylo než pacienta připravit na operaci. Pacient byl s operací smířený. Po letech relativního klidu, náhlé zhoršení jeho stavu mu značně zkomplikovalo kvalitu jeho dosavadního života. Po operaci pacient odchází do domácí péče s dočasnou ileostomií, která je podle plánu k zanoření po 3-6 měsících.

V roce 2013, proběhla dvakrát krátká hospitalizace z důvodu pouchitidy, kterou se podařilo dobře zvládnout. S nemocným se mi povedlo navázat přátelský vztah, a tak jsme se dohodli, že jeho případ zpracuji pro svou bakalářskou práci. Pacient byl tou myšlenkou nadšen, a dokonce mi poskytl fotky, které jsme v průběhu hospitalizace společně fotili, především vývoj kožních defektu v oblasti obličeje. Nemocný má na nemoc dobrý náhled, její průběh zvládá povětšinou dobře, jen tentokrát to bylo na pacienta dlouhé. Nyní je pacient bez obtíží a čeká na termín zanoření stomie.

Resumé v českém jazyce

Pro vypracování mé bakalářské práce jsem si vybrala ošetřovatelskou kazuistiku. Ošetřovatelský proces u nemocného s Ulcerózní kolitidou v pooperačním období. Cílem mé práce bylo rozpracovat problematiku ošetřování nemocného s Ulcerózní kolitidou. Bakalářská práce má 2 stěžejní části - klinickou a ošetřovatelskou.

V klinické části jsem nastínila anatomicko-fyziologické a patologické poznatky. Taktéž v této části popisuji základní definici nemoci, její etiologii, příznaky, diagnostiku, komplikace a léčbu, prognózu a edukaci.

V ošetřovatelské části práce jsem se věnovala realizaci ošetřovatelského procesu u konkrétního pacienta v období hospitalizace na interním oddělení gastroenterologie. Cílem ošetřovatelské části bylo získat dostatek informací o nemocném, 42 letém muži přeloženém na naše oddělení po operaci. Informace o pacientovi jsem získala z rozhovorů, ze zdravotnické dokumentace a od personálu. Ošetřovatelskou anamnézu jsem zpracovala dle modelu M. Gordon. Stanovila jsem 4 aktuální ošetřovatelské diagnózy a 5 potencionálních. Dále jsem si stanovila okruh 7 dlouhodobých ošetřovatelských diagnóz a zařadila kapitolu o edukaci nemocného. Nakonec jsem zhodnotila efekt poskytnuté péče.

Cíle, které jsem si stanovila, se mi podařilo splnit. Stav pacienta se během hospitalizace postupně zlepšil.

Resume in English language

I have chosen a nursing case history as the theme of my bachelors work. To be more precise, a nursing process during a postoperative stadium of a patient with ulcerative colitis. The aim of my work is to elaborate nursing problems of this particular disease. There are two principal parts - theoretical and practical.

The theoretical part consists of basic gastroenterological anatomical, physiological and pathological knowledge and findings. And as well, there is a definition of the disease, its etiology, symptoms, diagnostics, complications, treatment, prognosis and education.

My practical part is devoted to nursing process of a 42-year old patient suffering from this disease. After his colon surgery he was transferred at internal ward of gastroenterology, the place where I work. This way I had chance to collect a lot of information about his problem and condition. I chatted with him, went through his medical documents and spoke to his nursing medical staff. I elaborated the nursing anamnesis according to the model of M. Gordon. I set 4 actual and 5 potential nursing diagnoses. Next I set sphere of 7 long-term nursing diagnoses and added a chapter how to instruct a patient about his (her) condition. In the end I evaluated the effect of provided care.

I succeeded in fulfilment of the aims which I set down. Patient's condition got gradually improve during his hospitalization.

Seznam použitých zkratek

aj.	a jiné
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	Alaninaminotransferáza
amp.	Ampule
AMS	Amyláza
APPE	Appendektomie
aPTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
AST	Aspartátaminotransferáza
BMI	index tělesné hmotnosti (z ang. body mass index)
CB	celková bílkovina
CRP	C-reaktivní protein
CŽK	centrální žilní katétr
DSL	dolní střední laparotomie
EKG	Elektrokardiografie
ERCP	endoskopická retrográdní cholangio-pankreatografie
ERY	Erytrocyty
g/l	gram na litr
GMT	gama-glutamyltransferáza
HMK	Hematokrit
HSL	horní střední laparotomie
i. v.	intra venozně
IBD	inflammatory bowel disease
INR	protrombinový test, mezinárodní normalizovaný poměr (z ang. international normalized ratio)
JT	žaterní testy
LEU	Leukocyty
LPS	Lipáza
mmol/l	milimol na litr
NJS	nasojejunální sonda
NMSKB	Nemocnice Milosrdných sester Karla Boromejského
NSA	nesteroidní antirevmatika
P	Pulz
PDK	pravá dolní končetina
PMK	permanentní močový katétr
PVT	příjem, výdej tekutin
PŽK	periferní žilní katétr
tbl.	tableta
TEN	trombolitická nemoc

TK	tlak krevní
TNF	faktor nádorové nekrózy (z ang. tumor necrosis factor)
TROM	trombocyty
USG	ultrasonografie
VAS	visuální analogová škála
s. c.	subkutánní

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2: Plán ošetřovatelské péče

Příloha č. 3: Fotodokumentace

Přehled použitých léčiv

Léky užívané per orálně

- **Trittico 150 mg tbl.**
Účinná látka: trezodoni hydrochloridum
*Indikační skupina:*antidepresivum
- **Lexaurin 1,5 mg tbl.**
Účinná látka: bromazepamum
*Indikační skupina:*anxiolytikum
- **Diazepam 10 mg tbl.**
Účinná látka: diazepamum
Indikační skupina: antipsychotikum
- **Novalgín 500mg tbl.**
Účinná látka: metamizolum natricium mohohydricum
Indikační skupina: antipyretikum, analgetikum, spasmolytikum
- **Helicid 20 mg tbl.**
*Účinná látka:*omeprazolom
Indikační skupina: antiulcerotikum, PPI
- **Essentiale forte tbl.**
*Účinná látka:*Phosfolipida sojae preaparata
Indikační skupina: Hepatoprotektivum
- **Ursofalk tbl.**
Účinná látka: Acidum ursodeoxycholicum
*Indikační skupina:*cholagoga
- **Aktiferin tbl.**
Účinná látka: Ferrosi sulfas hydricus, serinum racemicum
Indikační skupina: antianemikum

Léky užívané intravenózně

- **Klacid 500mg amp.**
Účinná látka: Clarithromycinum
Indikační skupina: širokospektré antibiotikum
- **Ciprinol 200 mg amp.**
Účinná látka: ciprofloxacin
Indikační skupina: chemoterapeutikum- chinolony
- **Metronidazol 500 mg amp.**
Účinná látka: metronidazolium
Indikační skupina: chemoterapeutikum
- **Torecan amp.**
Účinná látka: thiethylperazini dimaleas
Indikační skupina: antiemetikum
- **Helicid 40 mg amp.**
Účinná látka: omeprazolium
Indikační skupina: antiulcerotikum
- **Hydrocortison 100 mg amp.**
Účinná látka: Hydrocortisoni natrii succinas
Indikační skupina: antihistaminikum, glukokortikoid
- **Solu- medrol 60mg**
Účinná látka: methylprednisolon
Indikační skupina: kortikoid
- **Ferrlecit amp.**
Účinná látka: Ferri natrii gluconas
Indikační skupina: antianemikum
- **Plasmalyte 1000ml**
Účinná látka: natrii hydrochloridum, kalii chloridum, magnesii chloridum hexahydricus, natrii gluconas, aqua injectione
Indikační skupina: elektrolyty k infuzní terapii

- **Oliclinomel N 4 2000ml**

Účinná látka: směs

Indikační skupina: parenterální výživa

- **Morphin 40 mg amp.**

Účinná látka: morphini hydrochloridum trihydricum

Indikační skupina: analgetikum- anodynum

- **Novalgín amp.**

Účinná látka: metamizolum natriicum mohohydricum

Indikační skupina: antipyretikum, analgetikum, spasmolytikum

Léky podávané subkutánně

- **Clexan 0,2 ml**

Účinná látka: enoxaparinum natriicum

Indikační skupina: antikoagulancium

Léky podávané lokálně

- **Betadine mast**

Účinná látka: povidonum iodinum

Indikační skupina: antiseptikum

- **Framycoín zásyp**

Účinná látka: neomycinum, bacitracinum zincicum

Indikační skupina: dermatologikum, antibiotikum

- **Budenofalk pěna**

Účinná látka: Budenosidum

Indikační skupina: lokální kortikoid

- **Genciánová violet'**

Účinná látka: hexamethylpararosanilinchlorid

Indikační skupina: baktericidní, fungicidní účinky, antiseptikum

Seznam tabulek

Tabulka 1: Laboratorní vyšetření krve	50
Tabulka 2: Přehled biochemického vyšetření krve	50
Tabulka 3: Hodnoty hematologického a hemokoagulační vyšetření krve	50
Tabulka 4: Fyziologické funkce	51

Seznam obrázků

Obrázek 1: Průběh onemocnění.....	22
Obrázek 2: <i>Endoskopické hodnocení aktivity Ulcerózní kolitidy. Hemoragické stadium UC = stadium A I.....</i>	34
Obrázek 3: Endoskopické hodnocení aktivity Ulcerózní kolitidy. Hnisavé stadium UC = A II	34
Obrázek 4: Endoskopické hodnocení aktivity Ulcerózní kolitidy. Ulcerativní stadium UC = A III.....	34
Obrázek 5: Endoskopické hodnocení aktivity Ulcerózní kolitidy. Ulcerativně-polypózní stadium UC = A IV	34
Obrázek 6: Typy pouchů.....	41

Seznam použité literatury

- 1) SILBERNAGL, Stefan a Agamemnon DESPOPOULOS. *Atlas fyziologie člověka*. 6. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2004, 244,264. ISBN 80-247-0630-x.
- 2) ŠVÍGLEROVÁ, Jitka a Jana SLAVÍKOVÁ. *Fyziologie gastrointestinálního traktu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008, s. 80-87. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 9788024615264.
- 3) ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ. *Somatologie I. a II.: učebnice*. Vyd. 3. Praha: Eurolex Bohemia, 2006, s. 149-154. Učebnice pro SZŠ a VZŠ. ISBN 80-86861-59-7.
- 4) FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Praha: Karolinum, 2008, s. 61-65. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 9788024614915.
- 5) ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a Ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009, 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
- 6) LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 125-126. ISBN 9788024717876
- 7) LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, s. 92-98. ISBN 9788072626922.
- 8) LUKÁŠ, Karel. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 95-97. ISBN 8024712830
- 9) JIRÁSEK, Václav, Marie BRODANOVÁ a Zdeněk MAREČEK. *Vnitřní lékařství: gastroenterologie, hepatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, s. 86-91. Scripta, malá řada. ISBN 8072621394.
- 10) HOCH, Jiří. *Akutní chirurgie tlustého střeva*. Praha: Maxdorf, c1998, s. 70-74. ISBN 8085800853

- 11) LUKÁŠ, Milan. *Idiopatické střevní záněty: nejistoty, současné znalosti a klinický přístup* [cd]. 1. vyd. Praha: Galén, 1998, 359 s. [cit. 2014-05-06]. ISBN 80-858-2479-5
- 12) NOVOTNÝ, Aleš, Martin BORTLÍK, Milan LUKÁŠ, Jana KOŽELUHOVÁ, Tomáš DOUDA, Zuzana ŠERCLOVÁ, Pavel KOHOUT, Vladimír ZBOŘIL, Luděk HRDLIČKA, Michala BLAŽKOVÁ a Martina PFEIFEROVÁ. *Crohnova choroba a Ulcerózní kolitida: Připraveno ve spolupráci s Pracovní skupinou pro nespecifické střevní záněty*. Praha: Medimport, 2010.
- 13) PRACOVNÍ SKUPINA PRO IDIOPATICKÉ ZÁNĚTY. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat, 2.díl: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty*. 1.vyd. Praha: Tillotts Pharma Czech, s.r.o., 2012. ISBN 978-80-905120-2-3.
- 14) *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat*. 1. vyd. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty, 2011, 59 s. ISBN 978-80-905120-0-9
- 15) SKŘIČKA, Tomáš, Pavel KOHOUT a Marieta BALÍKOVÁ. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. 2. vyd. Praha: Forsapi, c2009, 68 s. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-01-3.
- 16) PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, s. 99. ISBN 8024712113.
- 17) DOENGES, Marilyn E. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 565 s. ISBN 80-247-0242-8
- 18) ZBOŘIL, Vladimír. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 126 s. ISBN 978-802-4715-636.
- 19) KOCINOVÁ, Svatava, Zdeňka ŠTERBÁKOVÁ a Šárka ERBANOVÁ. *Přehled nejužívanějších léčiv: příručka pro střední*

zdravotnické školy. 5., aktualiz. vyd. Praha: Informatorium, 2007, 96 s.
ISBN 978-80-7333-059-0

- 20) Gianluca Pellino, Guido Sciaudone, Gabriele Riegler, Silvestro Canonico and Francesco Selvaggi (2011). Surgical Treatment of Ulcerative Colitis, Ulcerative Colitis - Treatments, Special Populations and the Future, Dr Mortimer O'Connor (Ed.), ISBN: 978-953-307-739-0, InTech, DOI: 10.5772/26268. Available from: <http://www.intechopen.com/books/ulcerative-colitis-treatments-special-populations-and-the-future/surgical-treatment-of-ulcerative-colitis>
- 21) DANESE, Silvio a Claudio FIOCCHI. Ulcerative Colitis. New England Journal of Medicine [online]. 2011-11-03, vol. 365, issue 18, s. 1713-1725 [cit. 2014-05-19]. DOI: 10.1056/NEJMra1102942. Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra1102942>
- 22) KASALICKÝ, Mojmír. Aktuální gastroenterologie XXIX: IBD-Chirurgie v éře biologické terapie. In: *Sborník přednášek*. 17.4.2014. Interní klika 1 LF UK a UVN Praha, 2014, str. 14. ISBN 978-80-905566-3-8.
- 23) *Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Příbram: Grada Publishing a.s., 2007, 27,28,128. ISBN 978-80-247-1868-2
- 24) KOHOUT, Pavel, Zdeněk RUŠAVÝ a Zuzana ŠERCLOVÁ. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. 1.
- 25) ZBOŘIL, Vladimír, Milan DASTYCH a Lucie PROKOPOVÁ. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012, 167 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2656-7.
- 26) DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Olomouc: Epava, 2000, s. 254-285. ISBN 9788086297057.
- 27) MAŘATKA, Z. a kol.. *Gastroenterologie*. Praha : Karolinum, 1999

- 28) ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, s. 227-236. Sestra. ISBN 8024711486
- 29) VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 156-176. Sestra. ISBN 9788024734194

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení: 6. oddělení kardiologie - interní
Datum a čas odběru anamnézy: 15.11.2012. (10)
Jméno (iniciály): P. K. Pohlaví: M Věk: 45 let

Datum přijetí: 29.10.2012 do nemocnice
15.11. - G.R. má vstava
Stav: žena Povolání: šouš lékařka

Rodina informována o hospitalizaci: ano manželka, matka ne

Diagnóza při přijetí (základní): subtotální myokardinfarkt

Chronická onemocnění: opřená varikóza - tk. před 10 lety, 1999 - recidiva
st. f. APE, UC diagnostikována 1988

Infekční onemocnění: NE ANO
Režimová opatření: VLN

Léčba:
Operační výkon: subtotální myokardinfarkt se stentem Pooperační den: 9. poop. (15 hosp.)
Farmakoterapie: Aspirin, Warfarin, Digoxin, Nitroglycerin, Diuretika
di. celkové (velké množství)

Jiné léčebné metody:

Má nemocný informace o nemoci: ano ne částečně

Alergie: ano ne jaké:

Fyziologické funkce: P: 72 TK: 104/56 D: 15 SpO2: 98% TT: 37,2 °C

1) Vědomí

stav vědomí: při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC:

Orientovaný Deorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne *neustálá*

lokalizace :



intenzita :
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) Dýchání

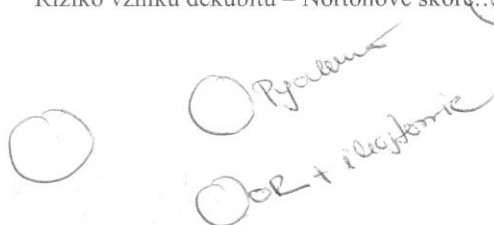
potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne

Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné *Pyoderma, ganglion*
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: *(28)*...

lokalizace :



Hodnocení rány: *for pen - povrchová část*
Ošetření rány: *Suší kůže na OPR*

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba) celá stabilizovaná je velmi pozitivní, mají lehký průběh, mají VAS6 operaci
všimla ležela

Úrazy: ano ne jaké:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: 5 Nutriční skóre:

Hmotnost: 89 Výška: 185 BMI: 25 nen

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa: Parenterální výživa:

Denní množství tekutin: Druh tekutin:

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: PTK a KO. ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne ileostomie

stolice pravidelná: ano ne

datum poslední stolice: 15.11.2012

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:

Rektální odvodný systém:

Stomie... ILEOSTOMIE

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: VOLNÝ

Barthel test: lehel závislý

Riziko pádu: ANO skóre:

NE

Pohyblivost: chodící samostatně

chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 8 h ^{max} hodina usnutí : 10 min ^{nelevení} ^{průběh} ^{časy} 8 h

poruchy spánku : ano ne jaké :

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem : vzbudit, vzít Daxipen, Trithico

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) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav : klidný rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne ^{průběh a přet o 1 bod}

Úroveň komunikace a spolupráce : dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : ŽENA

kontakt s rodinou : ano ne

TATKA, ŽENA

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení :

Permanentní močový katétr : ano ne ^{ACU4} ^{1. den}

l.v. vstupy : ano periferní ^{1. den} ^{PHK} datum zavedení : 1.8.11. kde :

stav :

centrální datum zavedení : kde :

stav :

ne

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká: *Alcaida* stav : *lehce*

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 hodnoticí škály pro identifikaci rizik

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

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

Zdroj: Staňková,M.: České ošetřovatelství 6- Hodnoticí 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	Dobrý 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	Amputa 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: VVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

3 x ANO

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> znakový/slychový problém	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquizilery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Mate v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5 - 13 bodů	Střední riziko
14 - 19 bodů	Vysoké riziko

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Bodů
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:	15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí	15

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetřovatelské zhodnocení

Stavarka je si aktuální 4
 / poruší 5
 aktuálně je 7

Plán ošetrovateľskej péče

Datum a čas stanovení plánu péče: 15.11.2014 9:00
 Datum a čas hodnotení poskytnutej péče: 16.11.2014 9:00

Ošetrovateľská diagnóza	Cíl ošetrovateľskej péče	Plán ošetrovateľskej péče	Realizácia plánu péče	Hodnotenie poskytnutej péče
5. Riziko vzniku infekcie z celkovej zdravotnej situácie - PTK, PTK of. rana	- riziko ochladiť zranenie - dobiť vlnu infekcie	F&E OR PTK / viz. v priložených	UPEK konzervatívne - 5 B 2 dávky 2x dňa a monitorovanie vlny infekcie Poc. vlny pro a proti Poprava po tréningu - stávkovanie, aby bolo Povolenie o mobilizácii	Cíl sa splnil a pozitívne
6. Riziko pádu z dôvodu ↓ vitálnych funkcií NČ línie a postavenia (SB)	- monitorovať a realizovať riziko pádu	vypracovať plán, realizovať - riziko pádu - riziko vzniku TEN - celkové zdravotné postavenie	PTK, UPEK, 0, 2, 3, 4 Povolenie o spolupráci dávka a 2 iné poprava TEN	Cíl sa splnil a pozitívne
8. Riziko malnutície z celkového postavenia - P.O. púšť, bolesti	- posilovať výživu malnutície	zistiť štruktúru výživy - PTK, vlny infekcie - PTK, vlny infekcie - PTK, vlny infekcie - PTK, vlny infekcie	PTK 23.8.7, 10.11.2014 - PTK, vlny infekcie - PTK, vlny infekcie - PTK, vlny infekcie - PTK, vlny infekcie	Riziko bolo upravené Cíl sa splnil
9. Riziko poruchy kožnej integrity z dôvodu častého (4x) ošetrovania rán 9 stupňa	- realizovať výživu - kožnú integritu po ošetrovaní rán 9 stupňa - plán ošetrovania rán 9 stupňa	zistiť príčinu ochrnutia - PTK, vlny infekcie - PTK, vlny infekcie - PTK, vlny infekcie	Obtížnosť tunajší z obnovenia - PTK, vlny infekcie - PTK, vlny infekcie - PTK, vlny infekcie	Cíl sa splnil a pozitívne

16.11.2014 9:00

Příloha č. 3: Fotodokumentace





