

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Michaela Šilhavíková

Ošetrovatelská péče o pacientku s Crohnovou chorobou po plánované laparoskopické ileocekální resekci

*Nursing care of a patient with Crohn's disease after
the planned laparoscopic ileocecal resection*

Bakalářská práce

Praha, leden 2015

Autor práce: Michaela Šilhavíková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství
3. LF UK v Praze**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2015

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 11. ledna 2015

Michaela Šilhavíková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Janě Holubové a odbornému konzultantovi prim. MUDr. Františkovi Janů za trpělivost a cenné rady při psaní bakalářské práce. Velký dík patří paní Š. G., za poskytnuté informace a fotografie, bez které by tato práce nikdy nevznikla.

OBSAH

1. Úvod.....	7
2. Teoretická východiska.....	8
2.1 Epidemiologie idiopatických střevních zánětů.....	8
2.1.1 Incidence, prevalence a mortalita.....	8
2.1.2 Geografické, rasové a genetické variace.....	8
2.2 Popis Crohnovy nemoci.....	9
2.2.1 Patofyziologie CN.....	9
2.2.2 Symptomatologie.....	11
2.2.3 Vyšetřovací metody.....	12
2.2.4 Terapie.....	14
2.2.5 Komplikace.....	19
2.2.6 Prognóza.....	20
3. Kazuistika.....	22
3.1 Anamnéza.....	22
3.1.1 Lékařská anamnéza.....	22
3.1.2 Ošetrovatelská anamnéza.....	24
3.2 Průběh hospitalizace od 4. 3. 2014 do 10. 3. 2014.....	27
3.3 Vybrané ošetrovatelské problémy třetí den hospitalizace.....	35
3.3.1 Bolest.....	35
3.3.1.1 Faktory, které ovlivňují bolest:.....	36
3.3.1.2 Hodnocení bolesti:.....	39
3.3.1.3 Ošetrovatelské intervence:.....	39
3.3.1.4 Zkušenosti pacientky s bolestí.....	40
3.3.1.5 Ošetrovatelská péče třetí den hospitalizace:.....	41
3.3.2 Riziko vzniku tromboembolické nemoci.....	42
3.3.2.1 Farmakologická profylaxe tromboembolické nemoci.....	42
3.3.2.2 Hodnocení rizika TEN.....	44
3.3.2.3 Ošetrovatelské intervence.....	45
3.3.2.4 Ošetrovatelská péče třetí den hospitalizace.....	46
3.4 Dlouhodobá péče.....	47

4. Diskuse	48
5. Závěr.....	51
6. Souhrn	52
7. Seznam použité literatury:	53
8. Použité zkratky:	56
9. Seznam příloh:	59
10. Přílohy:	60

1. Úvod

Téma bakalářské práce Ošetrovatelská péče o pacientku s Crohnovou nemocí po plánované laparoskopické ileocekální resekci jsem si vybrala na základě svého dlouholetého zájmu o problematiku léčení Crohnovy nemoci.

V úvodu bakalářské práce popisuji teoretické poznatky o Crohnově nemoci, které jsem čerpala ze zdrojů literatury. Popsala jsem i možnosti diagnostických vyšetření dostupných v nemocnici, kde byla pacientka hospitalizována a podrobněji jsem popsala operační postup laparoskopické operace.

Pokračuji kazuistikou 40. leté pacientky, která podstoupila laparoskopickou ileocekální resekci.

Ošetrovatelskou anamnézu podle modelu Majory Gordonové jsem odebrala první den hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení. Dále popisuji celý průběh sedmidenní hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení a oddělení chirurgické jednotky intenzivní péče.

Ke třetímu dni hospitalizace pacientky jsem stanovila ošetrovatelské problémy akutní bolest, neschopnost přijímat potraviny a tekutiny, riziko vzniku infekce, riziko vzniku tromboembolické nemoci.

Vybrala jsem dva ošetrovatelské problémy, akutní bolest a riziko TEN. Tyto problémy jsem vybrala, protože bolest je pro nemocného velkým problémem. Ovlivňuje nejen tělesnou a duševní stránku nemocného, ale výrazně ovlivňuje kvalitu jeho života. Tromboembolická nemoc je závažnou komplikací, která dokáže nemocného ohrozit na životě.

Oba problémy jsem popsala z bio-psycho-sociálního pohledu. Připojila jsem realizaci ošetrovatelské péče obou ošetrovatelských problémů stanovených u pacientky. Pokračuji dlouhodobou péčí a edukací pacientky.

V diskusi se věnuji srovnání ošetrovatelské péče v nemocnici, kde byla pacientka hospitalizována s prostudovanou literaturou a výhodami laparoskopické ileocekální resekce oproti klasické resekci otevřenou metodou.

2. Teoretická východiska

2.1 Epidemiologie idiopatických střevních zánětů

Aby bylo možné pátrat po etiologii a patogenezi nemoci, jsou nutné rozsáhlé epidemiologické studie, přinášející informace o přirozeném vývoji nemoci, frekvenci komplikací, incidenci a prevalenci obou chorob v závislosti na věku, povolání, geografické lokalizaci a o výskytu karcinomu v průběhu UC i CN. Epidemiologické studie mohou objasnit úlohu dědičnosti a vliv faktorů zevního prostředí u těchto nemocí. Význam epidemiologických studií u idiopatických střevních zánětů spočívá:

- ✓ poznání přirozeného průběhu nemoci
- ✓ zjištění incidence a prevalence UC a CN
- ✓ poznání trendů ve výskytu UC a CN
- ✓ základní přístup k poznání patogeneze UC a CN
- ✓ studium genetických faktorů u UC a CN
- ✓ studium faktorů zevního prostředí na UC a CN ⁽¹⁾

2.1.1 Incidence, prevalence a mortalita

CN má vysokou incidenci v severní Evropě a USA. Střední incidenci ve Velké Británii a ve Švédsku je 2 – 4, v České republice je incidence 1,7 – 2. V posledních 20 – 30 letech je zjišťován vzestup incidence.

Prevalence CN je ve Velké Británii a Skandinávii 20 – 40 a v České republice 18 – 22.

Mortalita na ISZ je v USA, severní Evropě a Velké Británii 0,2 – 0,4/ 100000 za rok. ⁽²⁾

2.1.2 Geografické, rasové a genetické variace

„ISZ se častěji vyskytují na severu než na jihu a častěji u obyvatelstva městského než venkovského. Vrchol začátku ISZ je nejčastěji v období dospívání a v mladém dospělém věku, druhý vrchol je mezi 50 – 80 lety. ISZ jsou častější u

obyvatelstva bělošského než u černošského. Je vyšší incidence u židovského obyvatelstva. Onemocnění má familiární výskyt v 15 – 20 %“.^(2, s. 13)

2.2 Popis Crohnovy nemoci

„Crohnova nemoc je chronický nespecifický zánět střeva tenkého nebo tlustého nebo obou (nebo některé části trávicí trubice), segmentální nebo plurisegmentální, transmurální, v typických případech granulomatózní“.^(2, s. 9)

Zřejmě již v roce 1979 popsal první případ Crohnovy nemoci tenkého a tlustého střeva G. G. Morgagni. V roce 1806 zaznamenali Combe a Saunders případ mladého muže s bolestmi břicha a malnutricí. Pitva prokázala ohraničené ztluštění a stenózu distálního ilea a tračnicku. První vylíčení mikroskopického vzhledu choroby je z roku 1882 (Moore). Nejjasnější klinický a patologický obraz nemoci pochází od T. K. Dalziela z roku 1913. Pojmenování dostala nemoc dle B. B. Crohna, který spolu s L. Ginzburgem a G. Oppenheimerem popsal nemoc v roce 1932.⁽²⁾

2.2.1 Patofyziologie CN

„Trávicí trakt slouží k příjmu potravy, jejímu rozmělnění, zpracování a vstřebání živin a transportu tráveniny. Důležitou součástí trávicího traktu jsou žlázy, které produkují látky uplatňující se spolu se střevní flórou na procesu trávení. Jsou uloženy buď přímo ve stěně trávicí trubice, nebo mimo ní.

Stěna trávicí trubice má čtyři základní vrstvy. Nejvnitřnější je sliznice, tvořená na povrchu epitelem, který je v dutině ústní, hltanu, části jícnu a terminální části konečnicku vrstevnatý dlaždicový, v ostatních částech pak jednovrstevný cylindrický s četnými žlázkami. Pod epitelem je slizniční vazivo. V něm se v některých místech trávicí trubice nachází lymfatická tkáň. Druhou vrstvou je podslizniční vazivo, se sítí krevních, mízních cév a autonomní nervovou pletení. Další vrstva je svalová, je na začátku (asi do 2/3 jícnu) a na konci je tvořena příčně pruhovanou svalovinou, zbývající oddíly pak mají svalovinu hladkou, orientovanou jednak cirkulárně, jednak podélně. Cirkulární svalovina je na některých místech zesílena a tvoří svěrače. Mezi cirkulární a podélnou vrstvou svaloviny se nachází autonomní nervová pleteň. Příčně pruhovaná svalovina trávicí trubice je inervována míšními a hlavovými nervy a je ovládána vůlí,

hladkou svalovinu inervuje autonomní systém a nepodléhá volní kontrole. Obecně slouží svalovina k posunu potravy a k jejímu promíchání. Na povrchu trávicí trubice se nachází vazivová nebo serózní pobřišnice“ (3, s. 33)

Imunologická koncepce vzniku ISZ:

Imunitní systém střeva zahrnuje mnoho vysoce organizovaných a vzájemně propojených struktur a buněčných populací, které vytvářejí významnou součást bariéry proti agresivním faktorům zevního prostředí. V současné době je možné rozlišit tři imunologické koncepce vzniku ISZ: teorie autoimunitní choroby, autoimunitní reaktivity a dysregulace slizniční imunity. U nemocných s CN je výrazněji vyjádřena porucha regulace slizniční imunitní reakce, jejímž důsledkem může být nepřiměřeně silná a trvalá imunitní odpověď na běžné antigenní podněty, které u zdravých lidí zůstávají bez odpovědi. Imunitní reakce s následným poškozením epitelu mohou v jistých fázích nemoci přispívat ke zhoršení zánětu, nemohou však vysvětlit vznik nemoci. Nutnou podmínkou vzniku těchto chorob je přítomnost určitých faktorů zevního prostředí, které nejsou dosud zcela známé, jak infekčních nebo neinfekčních. Teprve tehdy dochází k protražované a nepřiměřené reakci, která vede k destrukci tkáně a vzniku chronického onemocnění. ⁽¹⁾

Genetické aspekty v etiopatogenezi ISZ:

„Výsledky imunogenetických studií svědčí pro to, že geneticky determinovaná odchylka v imunitní reaktibilitě je nutnou podmínkou rozvoje a chronického průběhu zánětu. Na základě výzkumů z poslední doby se ukazuje, že u pacientů s familiárním výskytem CN by mohla být pericentrometrická oblast chromosomu 16 oním hledaným lokusem. Vedle toho je pravděpodobné, že existují „společné“ geny na chromosomech 12, 3 a 7“ (1, s. 57)

Úloha infekce v etiologii ISZ:

„Přítomnost infekčního agens bývá současně i příčinou různých vlekle probíhajících onemocnění. V poslední době byla zaostřena pozornost na *Mycobacterium paratuberculosis*, paramyxoviry a *Listeria monocytogenes*. Nevylučuje se ani působení nevyvážené skladby původně nepatogenní mikrobiální flóry při nepřiměřeně intenzivní, defektní imunitní reakci na indukci zánětu. Uvažuje se i o možném podílu protražované imunitní reakce jako

odpovědi na normální složení střevní flóry v důsledku porušené bariérové funkce střeva“ .^(1, s. 64)

Možný vliv zevního prostředí v etiopatogenezi ISZ:

Je řada skutečností svědčících pro to, že se zevní prostředí podílí na manifestaci CN. Nejvíce diskutovanými vlivy jsou složení a úprava stravy, kouření a antikoncepce. Zvýšená spotřeba rafinovaných cukrů, nižší spotřeba nevstřebatelné vlákniny a nižší příjem nenasycených mastných kyselin jsou nejnápadnějšími odchylkami u pacientů s ISZ. Není vyřešena otázka, zda zjišťované změny jsou příčinou nebo následkem onemocnění. Nesteroidní antirevmatika jsou zhoršujícím faktorem pro průběh ISZ podobně jako hormonální kontraceptiva. Idiopatické střevní záněty se častěji vyskytují u duševně pracujících, kteří mají vyšší životní úroveň, pracujících v kancelářích. Psychický stres je důležitým faktorem relapsu onemocnění.⁽¹⁾

2.2.2 Symptomatologie

Projevy CN jsou velmi rozdílné. Liší se podle toho jakou část trávicí trubice a v jaké míře zánět postihl.

Spojení tenkého a tlustého střeva je nejtypičtější umístění, vyskytující se až u 40 % pacientů, se projevuje třemi hlavními příznaky: bolestmi břicha, průjmy a hubnutím. Bolesti jsou křečovité a dostávají se hlavně po jídle, a to do 30 až 60 minut. Stálá bolest v pravém podbřišku může signalizovat už existující komplikaci. Průjmy úzce souvisejí s jídlem. Předcházejí jim nebo je provázejí bolesti břicha. Hubnutí je důsledkem nižšího příjmu potravy a zánětlivé aktivity choroby.

Na tlustém střevě je třeba počítat s bolestmi břicha, průjmy – někdy krvavými, hnisavými projevy kolem konečníku a často i s mimostřevními projevy.

Na tenkém střevě škála potíží zahrnuje bolesti břicha, neprospívání, hubnutí a chudokrevnost. Průjmy a mimostřevní projevy chybějí. Hrozí opakovaná neprůchodnost tenkého střeva.

V oblasti konečníku a řitního kanálu jsou jistotou hnisavé projevy konečníku, opakované abscesy, píštěle u konečníku, vředy v řitním kanále a infiltrované anální papily, které vytvářejí bolestivé výrůstky v konečníku.⁽⁴⁾

Další charakteristikou je vývoj CN, který může být progresivní, stacionární nebo regresivní. Určení bodu remise je důležité, ale obtížné, protože u CN je obvykle velké množství manifestací a ložiska aktivity mohou „doutnat“ kdekoli v trávicím ústrojí. Za počátek remise je pokládán stav, kdy CDAI je nižší než 150 a stav kdy je ukončena léčba kortikoidy.

Ke klinickému obrazu CN patří pojmy:

- ✓ Reaktivace - vzplanutí zánětu v úseku již postiženém.
- ✓ Recidiva - onemocnění v úseku dosud nepostiženém.
- ✓ Rekurence - výskyt objektivních známek nemoci v oblasti, kde byla provedena resekce veškeré makroskopicky postižené tkáně.
- ✓ Relaps - výskyt klinických projevů nemoci po intervalu bez příznaků u pacienta s prokázanou nemocí.⁽⁵⁾

2.2.3 Vyšetřovací metody

Laboratorní vyšetření krve:

- ✓ Imunoglobuliny (ASCA) - speciální protilátky namířené proti zcela běžným a navíc prospěšným kvasinkám pekařských kvasnic. V 60 % se objevují u nemocných s CN.
- ✓ Krevní obraz, C- reaktivní protein, hladina železa v séru - o zánětu svědčí vyšší hodnota bílých krvinek, vyšší počet krevních destiček a úbytek červených krvinek, stejně jako zvýšená hodnota CRP.

Laboratorní vyšetření stolice: v poslední době je stále častější. Známkou zánětu střevní sliznice je vyšší koncentrace kalprotektinu - bílkoviny, která se uvolňuje z bílých krvinek rozpadajících se ve střevě.

Ultrasonografické vyšetření: z obrazu lze vyčíst tloušťku střevní stěny, zánětlivé změny v okolí střeva, šíři průsvitu střeva a reliéf sliznice. Je možné zjistit rozsah zánětu a vyloučit další komplikace.

Kontrastní rentgenové a zobrazovací vyšetření:

- ✓ Pasáž tenkým střevem - zastaralá metoda, která se již v praxi nepoužívá.
- ✓ Enteroklýza - trvá kolem 60 až 90 minut a nález je díky dvojkontrastní náplni střeva plynem a baryem podrobnější pasáž tenkým střevem.

- ✓ Počítačová tomografie (CT) - nahrazuje klasické rentgenové snímkování. V kombinaci s enteroklózou je získán prostorový obraz dutiny břišní. Navíc si na něm do podrobnosti prohlédnete jak sliznici, tak celou střešní stěnu. Toto vyšetření dnes představuje „zlatý standard“ diagnostiky CN na tenkém střevě.
- ✓ Magnetická rezonance - největším přínosem je pro nemocné, jimž zánět zasáhl konečník nebo řitní kanál a způsobil jim zde hnisavé komplikace. Dokonale a prostorově ukáže, kudy procházejí píštěle a kde se v oblasti kolem řitního kanálu a pánevního dna nacházejí abscesy.

Endoskopická vyšetření:

- ✓ Koloskopie - je ze všech vyšetření nejdůležitější. Slouží ke stanovení diagnózy CN, ale i k jejímu odlišení od jiných střevních onemocnění s podobnými vnějšími projevy. U některých nemocných během koloskopie provádějí léčebné zákroky a odebírají vzorky tkáně.
- ✓ ERCP - kombinace rentgenového a endoskopického vyšetření, které se u nemocných s CN využívá při podezření na mimostřešní komplikace s postižením žlučovýchodů nebo slinivky břišní.
- ✓ Kapslová endoskopie – požití kapsle s minifotoaparátem, který zhotovuje dva snímky za vteřinu po dobu 6 až 8 hodin. Obraz přenáší snímací zařízení, které lékař umístil pacientovi na břicho. Získá tak potřebné informace o zánětlivých změnách na tenkém střevě.
- ✓ Enteroskopie – endoskopické vyšetření tenkého střeva, jehož nejmodernější formu představuje dvoubalonová enteroskopie. Umožňuje vyšetření celého tenkého střeva. Během vyšetření mohou lékaři nemocnému odebrat vzorky tkáně.⁽⁴⁾

Histologické vyšetření odebraných vzorků: „zánětlivé procesy jsou segmentální a postihují všechny vrstvy střešní stěny, mají nestejnou intenzitu. V některých úsecích sliznice je zánětlivá infiltrace s četnými lymfoidními elementy a plazmatickými buňkami. Ve stenotickém úseku střeva jsou lymfoidní infiltráty ve všech vrstvách střešní stěny a zřetelná fibroprodukce. Jsou přítomny hluboké vředy a dilatace krypt, úbytek pohárkových buněk a zvýšení počtu Panethových buněk. Objevují se epiloidní granulomy, mikrogranulomy a vícejaderné nebo

mnohojaderné histiocyty. Aftózní vředy jsou drobné ulcerace. V regionálních uzlinách lze najít v typických případech nekaseifikující epitelooidní granulomy. Ojedinělým nálezem jsou obrovské mnohojaderné buňky histiocytárního původu“.
(5, s. 34)

Dostupné vyšetřovací metody v nemocnici kde byla pacientka hospitalizována:

V nemocnici jsou dostupná všechna z uvedených vyšetření, kromě kapslové endoskopie. Vyšetření magnetickou rezonancí musela pacientka absolvovat v Nemocnici v Ústí nad Labem, protože nemocnice, kde byla pacientka hospitalizována, disponuje pouze počítačovou tomografií.

2.2.4 Terapie

Medikamentózní:

Cílem medikamentózní terapie je:

- ✓ zkrácení a oslabení akutního nárazu zánětu (indukční terapie)
- ✓ potlačení aktivity, dosažení remise, zábrana relapsu (udržovací terapie)
- ✓ eliminace nežádoucích a vedlejších účinků tohoto postupu (podpůrná a symptomatická terapie)

Aminosalicyláty jsou nejdéle užívanou látkou. Mechanismus účinku není znám, ale předpokládá se, že upravují metabolismus epiteliálních buněk a obnovují bariérovou funkci sliznice, ovlivňují aktivitu buněk účinných v procesu zánětlivé reakce a zasahují do metabolismu lipidových mediátorů zánětu. Podle farmakologických vlastností a způsobu aplikace je zařazujeme do tří skupin:

- ✓ sloučeniny obsahující mesalazin vázaný na nosič
- ✓ preparáty z nichž se mesalazin postupně uvolňuje v závislosti na pH střevního obsahu, nebo na době tranzitu trávicí trubici
- ✓ aminosalicyláty vhodné k lokální aplikaci

Glukokortikoidy podáváme pouze po dobu nezbytnou pro potlačení vyšší aktivity zánětu. Při jejich dlouhodobé aplikaci je nezbytná mnoholetá substituce kalcium a vitamínem D.

Imunosupresíva, imunostimulancia nástup jejich účinku se dostavuje až po několikátýdenním užívání. Toto antimetabolikum ovlivňuje syntézu purinových bází ribonukleových kyselin v časně fázi buněčného vývoje.

Antibiotika a chemoterapeutika jsou nutná u těžkých forem nemoci s probíhající sepsí.

Antidiaroeika, analgetika a spasmolytika patří mezi léky symptomatické a podpůrné terapie.

Volba léku, způsob podání eventuálně nutriční terapie závisí na tvaru a aktivitě choroby.⁽¹⁾

Enterální a parenterální výživa:

Zásadní význam má u pacientů v těžkém stavu před plánovaným chirurgickým výkonem. Totální parenterální výživa má význam u nemocných rezistentních na kortikoterapii, u kterých může podstatně zlepšit prognózu. V současné době je preferována enterální výživa před parenterální, ale nelze ji použít u nemocných se střevní obstrukcí, komunikující píštělí v horní části trávicího traktu a po chirurgických výkonech.

Na malnutrici nemocných se podílejí:

- ✓ snížený příjem potravy
- ✓ zvýšené metabolické nároky organismu v průběhu vyšší aktivity onemocnění
- ✓ malabsorpce některých živin
- ✓ zvýšená ztráty vody, bílkovin a elektrolytů do střevního lumen⁽¹⁾

Dietní opatření:

Výživa je jediným zdrojem příjmu energie člověka. U pacientů s Crohnovou nemocí mohou vhodná dietní opatření zlepšit stav výživy a tím průběh léčby, v úvodních stádiích malnutrice může úprava diety sloužit jako první opatření pro její řešení.

Dieta u pacientů s idiopatickými střevními záněty by měla být vždy lehce stravitelná, v akutní fázi s omezením nerozpustné vlákniny – tzn. čerstvé zeleniny, ovoce a luštěnin. Měla by obsahovat plnohodnotné bílkoviny, tzn. lehce stravitelná masa (lépe bílá – drůbež, ryby), vejce, mléko a mléčné výrobky. Co se týká tuků, odpovídají doporučení racionální výživě – mělo by být omezeno množství nasycených tuků a cholesterolu. Dieta by měla obsahovat dostatek vitamínů a minerálních látek (především vápníku) s ohledem na počet stolic.

Dieta ve stádiu relapsu:

Cílem diety je podpořit hojivé procesy a zabránit nutričním karencím. Je nutné podávat bezezbytkovou dietu, tzn. vyloučit nerozpustnou vlákninu a hůře stravitelná jídla s velkým obsahem tuků, množství rozpustné vlákniny není třeba omezit, vhodné je přidání probiotik. Je preferována lehce stravitelná sacharidová strava s vysokým obsahem škrobů, bílkovin, železa, vápníku a dostatečným množstvím vitamínu C a B komplexu. Vhodné je jíst menší porce, 5 až 6 krát denně, přijímanou stravu důkladně rozmělnit, oddělit příjem tuhé stravy od příjmu tekutin, které by měly být vlažné. Připravenou stravu je nutné konzumovat v klidu a v klidném prostředí vsedě u stolu.

U pacientů se stenózující formou nemoci je nutné podávat bezezbytkovou dietu i v klidové fázi. Ve fázi relapsu je špatná tolerance některých cukrů, proto je doporučován cukr hroznový, třtinový nebo umělá sladidla. Často dochází k malabsorpci tuků, proto by měly být z diety vyloučeny potraviny s velkým obsahem tuků a zvýšit dodávku MCT tuků, tzn. čerstvého másla a kvalitních olejů.

Pokud nestačí připravovaná dieta, je nutné pokusit se ji fortifikovat dietetickými moduly, přípravky založené na sacharidové nebo bílkovinné bázi, které napomáhají nemocným uhradit vysoké nároky na energetickou a bílkovinnou nálož.

V některých případech pacienti nesnášejí dietu s přidavkem dietetických modulů, je tedy nutné podávat plnohodnotné přípravky enterální výživy.

Dieta ve stádiu remise:

Neliší se od racionální diety. Po nastolení remise je nutné dietu postupně normalizovat do obrazu racionální diety s normálním obsahem vlákniny. I ve fázi remise je vhodné vyvarovat se nadýmavých pokrmů, destilátů, tučných mas. Dietní omezení je individuální. Nemocný si musí sám vytipovat potraviny, které může přijímat zcela bez rizika. Doporučen je vyšší příjem bílkovin, železa, vápníku a vitamíny B a C.

Z technologických způsobů úpravy stravy je doporučeno vaření, vaření v páře, dušení, pečení, opékání nasucho, příprava jídel v alobalu a mikrovlnné troubě.⁽⁸⁾

Biologická léčba:

„Je určena pacientům, u nichž selhala léčba kortikosteroidy a imunosupresivy, nebo měla nízkou odezvu, takže jejich nemoc dál probíhá velmi agresivně. Biologická léčba využívá výhradně přírodní produkty, například očkovací látky nebo přípravky, jež se vyrábějí z lidské krve“^(4, s. 46)

Chirurgická léčba:

I přes veškerou známou a kvalifikovaně prováděnou konzervativní léčbu je nuceno se podrobit operačnímu výkonu až 90 % pacientů trpících Crohnovou nemocí. Nevýhodou je, že odstraněním ložiska zánětu není choroba definitivně vyléčena, ale dochází často k recidivám a tím úspěšnost léčby výrazně klesá. Možná lokalizace nemoci prakticky v celém gastrointestinálním traktu, postižení lymfatického aparátu a šíření se zánětu do okolních tkání tvoří obtížné prostředí pro racionální chirurgickou léčbu.⁽²⁾

„Rozlišujeme operační výkon *urgentní*, který je prováděn v případě nebezpečí smrti či těžkých komplikací a *plánovaný*, po dostatečné předchozí přípravě. *Indikací k urgentnímu výkonu* je krvácení ze střeva, akutní střevní uzávěr, těžký akutní zánět se septickým stavem, zánět pobřišnice. *Indikací k plánovanému výkonu* je selhání či komplikace konzervativní léčby, výrazné zúžení střevního průsvitu, píštěle. Další indikací jsou močové komplikace, rakovinné bujení či riziko jeho vzniku, výrazné hubnutí pacienta, případně amyloidóza.

Chirurgický výkon by měl být pokud možno co nejšetrnější. Pokud se provádí resekce střeva, měla by být co nejmenší. Pokud je nutné pacientovi vyvést stomii, je nutné ho edukovat v péči o toto umělé vyústění střeva. V současné době jsou k dispozici pomůcky k ošetření vývodů a k zachycování stolice, s možností filtrace pachů, opakovaného vypouštění stolice a podobně“^(10, s. 41)

Typy operačních výkonů:

- ✓ strikturoplastika
- ✓ ileocekální resekce
- ✓ pravostranná, levostranná hemikolektomie
- ✓ gastrojejunoanastomóza
- ✓ incize perianálních abscesů a píštělí
- ✓ stomie⁽¹⁾

Chirurgický výkon pacientky: Laparoskopická ileocekální resekce.

Laparoskopie je minimálně invazivní metoda, která umožňuje přístup do břišní dutiny bez jejího otevření tradičním chirurgickým řezem. Prostor k laparoskopickému prohlédnutí dutiny břišní se vytvoří nafouknutím břicha zdravím neškodným plynem oxidem uhličitým (CO₂) pomocí speciální jehly. Obraz břišních orgánů se snímá speciální kamerou zavedenou přes 2 cm dlouhou ranku v blízkosti pupku a přenáší se na obrazovku monitoru. Laparoskopie je buď diagnostická, s cílem upřesnění diagnózy, nebo i terapeutická, která umožňuje miniinvazivně provádět mnohé břišní operace. Pro operační výkon je nutné zavést přes další 5 mm až 12 mm vpichy potřebné laparoskopické nástroje. Laparoskopický, miniinvazivní přístup je šetrnější, ale podstata samotného výkonu se nemění. Laparoskopický postup lze kdykoliv dle potřeby převést (konvertovat) na klasickou laparotomii, tj. břišní dutinu otevřít a pokračovat jako při běžné chirurgické operaci. Menší rány znamenají mnohem menší bolestivost po operaci, rychlejší rekonvalescenci, zkrácení hospitalizace a pracovní neschopnosti. S menší operační ránou jsou spojena i nižší rizika srůstů pobřišnice, kýly v jizvě, poruchy hojení ran, což je výhodou zejména u obézních lidí s tlustou podkožní vrstvou. Výrazný je i kosmetický efekt. ⁽²²⁾

Ileocekální resekce je také často indikována u Crohnovy choroby v typické lokalizaci. Anastomózu je možné provést mimo dutinu břišní – po uvolnění střeva je z malé laparotomie vytaženo střevo v místě resekce, střevo přerušeno a našita ručně anastomóza. Je možné provést anastomózu uvnitř dutiny břišní – terminální ileum i transversum jsou slepě uzavřeny endocuttery a poté je našita dalším staplerem anastomóza stranou ke straně. Resekát je poté vytažen v místě kosmeticky výhodné pro minilaparotomii - např. suprapubicky nebo v místě již dříve přítomné laparotomie. ⁽²¹⁾

Psychoterapie:

„Stres může ovlivňovat imunitní reakce. Může vyvolat vzplanutí nemoci nebo naopak způsobit hlubokou imunosupresi. Vhodně prováděná psychoterapie může nemoc zklidnit. U pacientů je někdy pomoci psychickému zklidnění uklidňujícími léky - sedativy“. ^(10, s. 40)

2.2.5 Komplikace

Krvácení:

Masivnost krvácení je u Crohnovy nemoci vzácné a vzniká z ulcerací zasahujících do cév.

Abscesy a píštěle:

Unikání střevního obsahu do peritoneální dutiny má za následek tvorbu abscesů, unikání do přilehlých orgánů nebo do stěny břišní vede k tvorbě píštělí.

Obstrukce:

Zejména tenkého střeva, je častou komplikací vyžadující chirurgické řešení. Zúžení lumen tenkého střeva vzniká při akutním zánětu otokem stěny, při chronickém zánětu jizvením, další příčinou mohou být adheze, útlak střeva abscesy a zvětšenými mízními uzlinami. Obstrukce může vzniknout zadržením střevního obsahu ve stabilní, dlouho přetrvávající striktuře.

Perforace:

Jsou spojeny se ztluštěním střevní stěny v sousedství stenózy nebo dlouhé striktury.

Perianální postižení:

Často jsou nalézány hemoroidy, anální fisury a vředy v análním kanále, které vyústí v periproktální abscesy a píštěle. Píštěle ústí v kůži okolo anu, ve vulvě, na skrótu.

Toxické megakolon:

Je těžký zánět tlustého střeva, provázený úplnou nebo segmentální dilatací tračníku.

Metastatická Crohnova nemoc:

Kožní léze, které nesouvisí se střevním postižením, jsou raritní komplikací. Mohou být první manifestací nemoci. Objevit se mohou kdekoliv na kůži. Nejčastěji v gluteální oblasti, v pupku, retroaurikulárně, submamárně nebo na břiše. Kožní léze mizí po rezoluci střevního zánětu.

Osteoporóza a osteomalacie:

Vyskytují se při malabsorpci s následným deficitem vápníku a vitamínu D a jsou ve vztahu i k léčbě kortikoidy.

Karcinom tlustého střeva:

Incidence je 5 – 10 x větší než v populaci. Nádor bývá nalézán až při trvání Crohnovy nemoci delším než 20 let. Je lokalizován pravostranně s preferencí v oblasti píštělí. Obvykle se jedná o adenokarcinom ve spojení s dysplazií. ⁽²⁾

Extraintestinální manifestace:

Příčina vzniku není známa. Rozlišujeme projevy, které jsou závislé na zánětlivé aktivitě nemoci, a projevy, které s aktivitou nemoci nesouvisejí. Tyto projevy se vyskytují častěji při postižení tlustého střeva než tenkého.

Kloubní: artritida, spondyloartritida.

Oční: záněty spojivek, bělma, duhovky i sítnice.

Kožní: červené bolestivé skvrny, hluboké nehojící se hnisavé rány, lišej a vředy na kůži.

Játra a žlučové cesty: zánět a vazivová přeměna malých žlučovodů, se žloutenkou, svěděním kůže, teplotami, až jaterní cirhózou. Žlučnickové kameny.

Podobně se vyskytují *ledvinové kameny*. Častěji dochází k *ucpání cév*. Zhoršené vstřebávání železa, vitamínu B12 nebo kyseliny listové může způsobit *chudokrevnost*. Při sníženém vstřebávání vápníku a vitamínu D je riziko *osteoporózy*, tento stav může zhoršit intoleranci laktózy. Při průjmech se objevuje nedostatek draslíku a hořčíku. V důsledku malnutrice může dojít k *hypovitaminózámu*. ⁽¹⁰⁾

2.2.6 Prognóza

Je podmíněna následujícími faktory:

- ✓ Odpovědí na konzervativní léčbu
- ✓ Frekvencemi spontánních remisí, jejich délkou a udržením
- ✓ Potřebou prodloužené konzervativní léčby
- ✓ Nutností chirurgického výkonu, event. rekurencí po operaci
- ✓ Komplikacemi a extraintestinálními manifestacemi
- ✓ Rizikem vzniku neoplazií
- ✓ Možností extenzí kolitidy
- ✓ Lehce zvýšenou mortalitou na ISZ
- ✓ Oblasti a rozsahu postižení střeva

Průměrně 50 % nemocných potřebuje chirurgické řešení. Z nich pak 50 % vyžaduje druhý výkon a z těch opět u 50 % je nutný třetí výkon. Největší počet operací je v období 1 – 2 let po stanovení diagnózy. Úmrtí nastává v pooperačním období na komplikace. Mortalita u pacientů je udávána dvojnásobná proti normální populaci.⁽²⁾

3. Kazuistika

40 ti letá pacientka byla přijata na chirurgické oddělení, pooperačně na chirurgický JIP, k plánované laparoskopické ileocekální resekci pro stenózu terminálního ilea. V posledních dvou letech byla na chirurgickém oddělení hospitalizována 3x pro relaps základního onemocnění. Při poslední hospitalizaci byla provedena endoskopická dilatace stenózy terminálního ilea.

3.1 Anamnéza

„Slovo *anamnēsis* pochází z řečtiny a znamená rozpomínání. V rozhovoru s nemocným hledá lékař vhodně volenými otázkami v pacientově minulosti souvislost s nynějším onemocněním. Anamnéza je tedy řízený rozhovor, při kterém je nezbytné vědět jak se ptát, aby výsledek byl přínosem pro stanovení diagnózy. Říká se, že dobře zpracovaná lékařská anamnéza je 50 % diagnózy.

Lékařskou anamnézu zpracovává lékař.“ (6, s. 14 - 15)

3.1.1 Lékařská anamnéza

Nynější onemocnění:

Pacientka přijata na doporučení primáře chirurgického oddělení k laparoskopické ileocekální resekci, event. konverze na klasickou operaci pro Morbus Crohn, stenosis ilei terminnalis recidiva.

29. 2. 2014 MR enteroklýza se závěrem: M. Crohn, stenóza terminálního ilea v délce 5 cm, dnes difusnější a se známkami akutní exacerbace choroby. Jinde změny neprokazují.

Osobní anamnéza:

M. Crohn od roku 1998, 2000 Stp. Sectionem cesaream, 2012 Stp. endoskopické dilataci

Farmakologická anamnéza:

Pentasa sachet 2g 1-0-1

Imuran 50 1-0-1

Alergie:

Biseptol, Penicilin, Tetracyklin, Oxymikoin, Metronidazol, Procain

Očkování proti tetanu:

2005

Abusus:

Nekuřačka, alkohol výjimečně

Gynekologická anamnéza:

Amenorea v důsledku zavedeného antikoncepčního tělíska Mirena, porod 1, potrat 0

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel na Ca žaludku, matka Ca mammae, Meckelův divertikl, babička divertikly colón

Pracovní anamnéza:

Účetní

Sociální anamnéza:

Bydlí s manželem a dcerou v panelovém domě

Status praesens:

Plně při vědomí, zaujímá aktivní polohu, stav hydratace normální, stav výživy přiměřený.

Hlava na poklep nebolestivá, inervace n. VII normální, výstupy n. trigeminus nebolestivé, zornice izokorické, fotoreakce +, symetrické.

Hrdlo klidné, čisté. Jazyk bez povlaku. Krk symetrický, pulsace a. karotis hmatné bilat..

Hrudník symetrický, dýchací pohyby symetrické, poklep plný jasný bilat., dýchání sklípkové čisté bilat., AS pravidelná, ozvy ohraničené, jasné.

Břicho souměrné, v úrovni hrudníku. Dýchací vlny postupují souměrně k tříslům.

Břicho, játra pod obloukem, slezina nehmatná. Poslechově normální peristaltika.

Jizva po císařském řezu klidná, pevná.

Dolní končetiny bez otoků, venektazia bilateralis.

TK: 130/80, TF: 72, Teplota: afebrilní, Váha: 59 kg, Výška: 165 cm⁽²⁶⁾

3.1.2 Ošetrovatelská anamnéza

„Ošetrovatelská anamnéza není totožná s anamnézou lékařskou, i když se navzájem doplňují. Zjišťuje informace z minulosti nemocného, které jsou důležité pro sestavení individuálního plánu ošetrovatelské péče „šitého na míru“. Proto se otázky sestry nemohou zaměřit pouze na zjišťování současného stavu, ale sestra se potřebuje dozvědět, co je pro pacienta životní „normou“, aby plánovala přiměřenou péči. Tyto někdy zdánlivě nepodstatné informace umožňují vést systematicky nemocného k soběstačnosti a aktivní účasti v terapeutickém a léčebném procesu“ (9, s. 16 – 17)

Ošetrovatelskou anamnézu, jsem odebrala první den hospitalizace pacientky na chirurgickém oddělení. Zvolila jsem model Majory Gordonové: Model funkčních vzorců zdraví. S pacientkou jsem hovořila o stylu denního života, životního stylu, výživy, vyprazdňování, aktivity, odpočinku a spánku a dalších níže popsaných okruhů života pacientky. Anamnézu jsem doplnila z nemocniční dokumentace pacientky a pozorováním pacientky během doby, kdy jsem měla možnost pacientku ošetřovat.

Model funkčních vzorců zdraví je výsledkem grantu, který v 80. letech minulého století financovala federální vláda USA.

Je odvozený z interakcí osoba - prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví.

Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetrovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě.

Základní strukturu modelu tvoří dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční.

Popis a hodnocení vzorců zdraví umožňuje sestře rozeznat, zda se u pacienta jedná o funkční chování ve zdraví nebo dysfunkční chování v nemoci.

Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění jedince, nebo může být znakem potencionálního problému. Když sestra takový vzorec identifikuje, musí ho označit, zformulovat ošetrovatelskou diagnózu a pokračovat v ostatních krocích ošetrovatelského procesu.

Při posuzování vzorců funkčního zdraví M. Gordon navrhuje, aby sestra porovnávala získané údaje s jednou nebo s několika následujícími položkami: individuální výchozí stav, normy stanovené pro danou věkovou skupinu a normy kulturní, společenské a jiné.⁽⁷⁾

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví:

Pacientka je se svojí nemocí smířena. Považuje ji jako součást svého života. Během posledních dvou let byla třikrát hospitalizována pro zhoršení zdravotního stavu. Při poslední hospitalizaci došlo k ileosnímu stavu, byla provedena endoskopická dilatace stenózy. Nyní se rozhodla pro operaci, protože se její zdravotní stav začíná zhoršovat. Doufá, že operace bude řešením na dlouhou dobu. Ví, že se stenóza může udělat na jiném místě.

Pacientka má spoustu informací o své chorobě a operaci, která jí čeká. Působí velmi vyrovnaně. Jak podle svých slov říká „je líný tvor“. Sportu se věnovala do roku 2000, kdy se jí narodila dcera. Od té doby aktivně nesportuje.

Výživa a metabolismus:

Pacientka není se svou váhou spokojena. Po předchozích atakách byl pacientce naordinován Prednison (kortikosteroid), po kterém přibrala 10 kg. Doufá, že po operaci už ho nebude muset brát a zhubne. Dodržuje bezezbytkovou dietu. Na dietu si již zvykla, i když občas má chuť na zakázané potraviny.

V den přijetí váží pacientka 59 kg při výšce 165 cm. BMI je 21,67. Normální stav s minimálním zdravotním rizikem.

Vylučování:

Pacientka nemá žádné potíže s močením.

Poslední dobou trpí zácpou s křečemi v dutině břišní.

Občas pozoruje nadměrné pocení v noci, kdy se probudí propocená.

Aktivita, cvičení:

Jak bylo popsáno výše, pacientka nesportuje. V nemocnici si při předešlých hospitalizacích krátila čas čtením, díváním na televizi, návštěvou rodiny.

Pacientka nyní nemá žádná omezení.

Spánek a odpočinek:

Pacientka doma nemá problémy s usínáním. Jen se brzy budí, tak okolo páté hodiny, protože jí budí nucení na stolicí. Při předešlých hospitalizacích větší část

dne prospala, neměla problém s usínáním, ale budila se během noci. Léky na spaní neužívá.

Vnímání a poznávání:

Dle pacientky sdělení nepozoruje žádné potíže s pamětí nebo poznáváním. Vidí a slyší dobře.

Sebepojetí, sebeúcta:

Pacientka se svojí nemocí žije již od 27 let a tak si již na ni zvykla i s úskalími, která s sebou tato nemoc přináší. Doufá, že tato operace bude na dlouhou dobu poslední. Její oporou je pro ni rodina (manžel, dcera a matka). Těší se, že po operaci nabere dostatek sil, aby jí nemoc tolik neomezovala jako doposud.

Plnění rolí, mezilidské vztahy:

Rodina je pro pacientku vším. Neví, co by bez nich dělala. Miluje svoji práci, do které se chce vrátit 14 dní po operaci, jak jí bylo přislíbeno, pokud nedojde ke komplikacím.

Pacientka je vdaná, má dceru. Bydlí v Mostě v bytě 3+1. Nejdůležitější je pro pacientku vrátit se ke své rodině a do zaměstnání.

Sexualita a reprodukční schopnost:

Pacientka není se svým sexuálním životem spokojená, protože ji omezuje její nemoc a komplikace, které má. Má skvělého manžela, který má pro její problémy velké pochopení. I přesto, že jí lékaři nedoporučovali těhotenství, tak po dvou letech od diagnostikování Crohnovy choroby porodila dceru. Další dítě již s manželem neplánují, má zavedené antikoncepční tělísko.

Stres a zátěžové situace:

Pacientka má největší obavu z komplikací během operace. Bojí se, aby neměla vytvořenou stomii, až se probudí po operaci. Její velkou oporou je pro ni rodina, která ji i při předešlých hospitalizacích každý den navštěvovala.

Pacientka hodně komunikuje, myslím si, že tím kompenzuje stres.

Víra, životní hodnoty:

Pacientka nevěří v boha, ale říká, že všichni mají všechno napsané a nic s tím neuděláme.

Na prvním místě u pacientky stojí rodina a zdraví. Peníze jsou taky důležité, ale neznamenají vše.

3.2 Průběh hospitalizace od 4. 3. 2014 do 10. 3. 2014

1. den hospitalizace

Po přijetí pacientky na chirurgické oddělení A v 10,15 hodin, jsem pacientku uložila na nadstandardní pokoj a seznámila s chodem oddělení. Podle ordinace lékaře jsem pacientce odebrala krev a moč na předoperační odběry (biochemické, KO + diferenciál, Quickův test, APT, imunohematologické a izosérologické vyšetření, moč chemicky a sediment). Odeslala jsem pacientku se sanitářem na interní, EKG a předoperační vyšetření. Po návratu z vyšetření jsem s pacientkou hovořila o jejích zvycích, případných obavách a zároveň jsem odebrala ošetřovatelskou anamnézu, kterou jsem zaznamenala do formuláře, který příkládám v příloze č. 1.

Výsledky základních hodnotících škál pro stanovení rizik, viz příloha č. 1:

- ✓ Barthelové test základních všedních činností - 100 bodů, nezávislý.
- ✓ Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové - 34 bodů, bez rizika.
- ✓ Zhodnocení rizika pádu dle Conleyové - 1 bod, bez rizika.
- ✓ Hodnocení vědomí (Glasgow score) – 15 bodů, při plném vědomí.
- ✓ Hodnocení nutričního stavu - není potřeba nutričního terapeuta

Pacientka byla seznámena chirurgem s plánovaným operačním výkonem, předoperační přípravou, riziky a podepsala informovaný souhlas s operačním výkonem.

V 16,00 hodin jsem pacientku seznámila s předoperační přípravou:

- ✓ Aplikace očistného klyzmatu.
- ✓ Večerní celková koupel, včetně umytí vlasů, vyčištění pupíku, odlakování nehtů.
- ✓ Oholení operačního pole od dolní části hrudníku po horní třetinu steh, včetně zevního genitálu.
- ✓ Od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit.
- ✓ Zavedení PMK.
- ✓ Opatření k prevenci TEN.
- ✓ Odložení šperků, kompenzačních pomůcek.

Započala jsem s předoperačním vyprazdňováním pacientky podáním očistného klyzmatu v odstupu jedné hodiny. Po třetím klyzmatu po vyprázdnění byl vzorek již čistý, pouze lehce obarvená voda.

V 18,30 přichází lékař ARO a seznamuje pacientku s průběhem a možnostmi anestezie. Po seznámení pacientka podepsala informovaný souhlas.

Z anesteziologického konzilia je naordinována medikace: Clexane (antitrombotikum, antikoagulans) 0,2 ml s. c. ve 20,00 hodin, vzhledem k předoperačnímu zavedení epidurálního katétru, premedikace Dormicum (benzodiazepin) 3mg i. m. 30 minut před operačním výkonem. Od půlnoci nejí, nepije, nekouří.

Ve 20, 00 hodin byla pacientce večerní směnou podána medikace dle ordinace lékaře (Clexane 0,2 ml s. c., Pentasa sachet 2 g per os, Imuran 50 mg per os).

Po samostatně provedené večerní hygieně sloužící sestra zkontrolovala pacientce oholení operačního pole (oblast od spodní části hrudníku po horní třetinu stehů včetně zevního genitálu), čistotu pupku, nenalakované nehty. Připomněla pacientce, aby od půlnoci nejedla, nepila a nekouřila. Od 23,00 hodin pacientka spala.

2. den hospitalizace

Pacientka celou noc spala.

V 6,00 hodin pacientka provedla samostatně ranní hygienu. Změřila jsem pacientce krevní tlak (125/65 mmHg), tepovou frekvenci (82'/ min) a zavedla permanentní močový katétr (Nelaton CH 14). Zkontrolovala jsem odložení šperků, dotázala jsem se pacientky, zda nemá zubní protézu. Jestli od půlnoci nejedla, nepila a nekouřila. Sepsala jsem pacientky cennosti, které jsem uložila v trezoru na oddělení.

V 7,00 hodin přichází anesteziologická sestra a zavádí pacientce periferní žilní katétr do loketní jamky PHK. Poté jsem pomohla pacientce nasadit elastické kompresní punčochy.

V 7,30 hodin jsem pacientce podala premedikaci Dormicum 3 mg i. m. (benzodiazepin) a chráněné koagulum Linkomycin (ATB) 600 mg do 100 ml F1/1

i. v., Gentamycin (ATB) 240 mg do 250 ml F1/1 i. v.. Pacientku jsem předala sálovému sanitáři.

V 13,45 hodin je pacientka po operaci přijata na chirurgickou jednotku intenzivní péče. Pacientka je při vědomí, orientovaná, v poloze na zádech s nataženými končetinami, bolesti operačních ran neudává. Celková anestezie i operační výkon proběhl bez komplikací, krevní ztráta malá (do 200 ml krve). Pacientka přijíždí s punktovanou vénou jugularis vpravo, arterií radialis vpravo k monitoraci během operačního výkonu a zavedeným analgetickým epidurálním katétre. Permanentním močovým katétre a periferním žilním katétre z chirurgického oddělení A. Operační rány a silikonový břišní drén jsou kryty sterilním mulovým obvazem, který není prosáklý.

Dle ordinace lékaře jsem zrušila katétr arterie radialis. Na místo vpichu přiložila sterilní tlakový obvaz, který jsem kontrolovala každých 30 minut po dobu 1 hodiny. Poté tlakový obvaz sundala a ponechala sterilní krytí. Zkontrolovala jsem centrální žilní katétr, který byl funkční. Katétr jsem převázala a kryla sterilním krytím Inadine (jódový sterilní obvaz) a transparentní fólií. Zkontrolovala jsem obvazy operačních ran a drénu, které byly bez známek sekrece. Dle ordinace lékaře jsem pacientce odstranila periferní žilní katétr. Vstup kryla sterilním krytím Cosmopore.

Monitorované funkce byly ve fyziologických hodnotách (TK 110/65 – 120/64 mmHG, P 72' - 93' / min, SpO2 92 – 97 %, CVT 1 – 3). Diuréza dostatečná (3255 ml / 24 hod).

Ve 20,00 hodin sloužící sestra podala medikaci dle ordinace lékaře Clexane 0,2 ml s. c. (antitrombotikum), Helicid (antiulceróza) 40 mg i. v.. Pacientka od 22,00 hodin pospává. Ve 24,00 hodin sloužící sestra vyměnila infuzní sety a nasadila all-in-one parenterální výživu (Nutriflex peri). Během noci aplikovala léky proti bolesti do epidurálního katétru Sufenta (opioid) 1 ml + Marcaine (lokální anestetikum) 0,5 % 4 ml + F1/1 (fyziologický roztok) 4 ml dle ordinace lékaře.

Ordinace lékaře: ihned zrušit kanylaci arterie radialis, v 17,00 hodin kontrolní krevní obraz a zrušit periferní žilní katétr, dechová rehabilitace.

Monitorace: TK, P, SPO2, diuréza á 1 hodina do 18,00 hodin poté á 3 hodiny, CVT á 6 hodin, TT 2x denně.

Medikace: ve 20,00 hodin Clexane 0,2 ml s. c., Helicid 40 mg i. v..

Parenterální výživa: 14,00 – 24,00 hodin F1/1 400 ml, Voluven (koloidní roztok) 400 ml, G 10% (hypertonický roztok) 500 ml, F 1/1 (isotonický roztok) 500 ml, F1/1 500 ml.

Analgezie do epidurálního katétru: Sufenta 1 ml + Marcain 0,5 % 4 ml + F1/1 4 ml á 6 hodin.

3. den hospitalizace

Pacientka je bez větších obtíží. Udává návrat bolestí po dvou hodinách po aplikaci analgetik do epidurálního katétru, proto lékař naordinoval výměnu opiátu do epidurálního katétru. Aplikace opiátu (Morfin 3ml) do epidurálního katétru neměla efekt, proto lékař epidurální katetr v 14,00 hodin zrušil a nahradil ordinací aplikace opiátu do svalu (Dolsin 70mg). Provedla jsem odběr krve, potřebnou k naordinovaným vyšetřením, z centrálního žilního katétru, po předchozím odsátí 20 ml krve. Ranní toaletu provedla pacientka sama u umyvadla po předchozí aplikaci Perfalganu 1 g. i. v. (analgetikum v infuzním roztoku). Provedla jsem převaz operačních ran (tři bodové operační rány v okolí pupku a jedna rána po střídavém řezu), které jsem již kryla Novikovem (bakteriostatický a fungistatický kožní roztok). Samostatně vyvedený silikonový břišní drén v pravém podbřišku jsem překryla sterilními mulovými čtverci, odvod z drénu do obvazu byl minimální. Centrální žilní katétr byl funkční. Okolí místa vpichu nejeví známky infekce, Inadine neodbarven, proto převaz neprovádím. Dechovou rehabilitaci provádí pacientka sama (nafukování latexové rukavice každé 3 hodiny). Pro ulehčení odkašlávání ordinováno Ambrobene (mukolytikum) 1 ampule i. v. á 8 hodin. Polohování v lůžku provádí pacientka samostatně, je plně mobilní.

Monitorované funkce byly ve fyziologických hodnotách (TK 115/64 – 133/54 mmHg, P 71' - 94' / min., SpO2 97 – 99 %, CVT 0 – 4). Diuréza dostatečná (3550 ml / 24 hodin). Příjem tekutin dostatečný (1450 ml / 24 hodin), dieta OS (čajová) doplněna parenterální výživou (3100 ml / 24 hodin).

Odpoledne za pacientkou přichází manžel. Pacientka je po návštěvě spokojená.

Večerní hygienu provedla pacientka sama u umyvadla. Zkontrolovala jsem pacientce operační rány, které jsou bez známek infekce. Silikonový břišní drén do obvazu odvádí minimálně.

V 20,00 hodin sloužící sestra podala medikaci dle ordinace lékaře (Clexane 0,2 ml s. c., Helicid 40 mg i. v., Ambrobene 1 ampule i. v., Dolsin (anodynum) 70 mg i. m.) Pacientka od 23,00 hodin spí. Ve 24,00 hodin sloužící sestra provedla výměnu infuzních setů a nasadila all-in-one parenterální výživu (Nutriflex peri).

Ordinace lékaře: malé odběry (krevní obraz, biochemie – sérum kreatinin, urea, minerály, glykémie, bílkoviny), v 14,00 hodin zrušit epidurální katétr.

Monitorace: TK, P, SPO₂, diuréza á 3 hodiny, CVT á 6 hodin, TT 2x denně.

Medikace: ve 20,00 hodin Clexane 0,2 ml s. c., Helicid 40 mg i. v.,

Ambrobene 1 ampuli i. v. 6,00 – 14,00 – 20,00 hodin, Perfalgan 1 g. i. v.,

Dolsin 70 mg i. m 14,00 – 20,00 hodin.

Parenterální výživa: 0,00 – 24,00 hodin Nutriflex peri 2000 ml,

0,00 – 6,00 F1/1 500 ml, 12,00 – 18,00 F1/1 500 ml + 50 ml KCl

Analgezie do epidurálního katétru: Sufenta 1 ml + Marcain 0,5 % 4 ml

+ F1/1 4 ml á 6 hodin.

4. den hospitalizace

Ranní toaletu provedla pacientka sama u umyvadla. Při ranní vizitě lékař zjistil exantem trupu a končetin pacientky, bez výrazného svědění. Aplikovala jsem dle ordinace lékaře Dithiaden (antihistaminikum) 1 amp. i. v. a CaCl₂ (minerální sůl) 1 amp. i. v.. Provedla jsem převaz operačních ran, které opět kryla Novikovem. Odvod ze silikonového břišního drénu do obvazu minimální, drén jsem dle ordinace lékaře odstranila. ^(příloha č. 2) Centrální žilní katétr byl funkční. Okolí místa vpichu nejeví známky infekce, Inadine neodbarven, proto převaz neprovádím. Dechovou rehabilitaci provádí pacientka sama. Polohování v lůžku provádí samostatně, je plně mobilní.

Monitorované funkce ve fyziologických hodnotách (TK 113/62 – 120/60 mmHg, P 78' - 84' / min., SpO₂ 97 %, CVT 6). Diuréza dostatečná (2100 ml / 10 hodin). Příjem tekutin dostatečný (500 ml / 10 hodin), dieta OS (čajová) doplněna

parenterální výživou (1300 ml / 10 hodin). Pacientka je připravena k překladi na chirurgické oddělení A.

Ordinace lékaře: bez odběrů, dechová rehabilitace, zrušit drén.

Monitorace: TK, P, SPO₂, diuréza á 3 hodiny, CVT á 6 hodin, TT 2x denně.

Medikace: ve 20,00 hodin Clexane 0,2 ml s. c., Helicid 40 mg i. v.,

Ambrobene 1 amp. i. v. 6,00 – 14,00 – 20,00 hodin, Dolsin 70 mg i. m.

2,00 – 8,00 - 14,00 – 20,00 hodin, Pentasa sachet 2 g 1 – 0 – 1,

Dithiaden 1 amp. i. v., CaCl₂ 1 amp. i. v..

Parenterální výživa: 0,00 – 24,00 hodin Nutriflex peri 2000 ml,

0,00 – 6,00 hodin F1/1 500 ml + 50 ml KCl

V 10,15 byla pacientka přijata na chirurgické oddělení A. Z JIP aplikován Nutriflex peri do CŽK. Pacientka je subjektivně bez obtíží, pasáž zatím není obnovena, afebrilní, operační rány klidné. PMK odvádí čistou moč. Pacientku jsem uložila na nadstandardní pokoj, kde ihned po zrušení PMK (konec katetru poslán na kultivační vyšetření), dle ordinace lékaře, pacientka požádala o možnost osprchování. Pomohla jsem pacientce sundat elastické kompresní punčochy, které již nemusí nosit. Hygienu provádí samostatně. Močila po 2 hodinách od zrušení permanentního močového katétru, bez pocitu pálení či řezání. Pacientka si celý den na nic nestěžuje, není již upoutána na lůžko, může se volně pohybovat po oddělení. Seznámila jsem pacientku s nutností při opouštění lůžka věnovat pozornost CŽK, aby nedošlo k jeho odpojení nebo vytažení. Odpoledne za pacientkou přichází rodina. Večerní hygienu provedla pacientka sama.

V 20,00 hodin sloužící sestra podala medikaci dle ordinace lékaře (Clexane 0,2 ml s. c., Ambrobene 1 tbl per os, Pentasa sachet 2 g per os). Od 22,00 hodin pacientka spí. Ve 24,00 hodin provedla sloužící sestra výměnu infuzního setu centrálního žilního katétru a nasadila all-in-one parenterální výživy (Nutriflex peri).

Ordinace lékaře: PMK zrušit, konec na K + C, sundat kompresní punčochy.

Medikace: ve 20,00 hodin Clexane 0,2 ml s. c., Helicid 20 mg 1 – 0 – 0 tbl. p. o.,

Ambrobene 1 – 1 – 1 tbl. p. o., Pentasa sachet 2 g 1 – 0 – 1 p. o., Algifen 1 amp.

i. m. podle potřeby

Parenterální výživa: 0,00 – 24,00 hodin Nutriflex peri 2000 ml

5. den hospitalizace

Pacientka celou noc pospávala. V noci se pacientce obnovila pasáž, odchodem plynů. Je zcela soběstačná. Ráno provedla hygienu ve sprše. Provedla jsem převaz operačních ran, které jsou klidné bez sekrece. Centrální žilní katétr je funkční, převázala jsem sterilním krytí Inadine a transparentní fólií. Pacientka je bez bolestí. Dle ordinace změněna dieta OS (čajová) na OCH (snídaně suchary, čaj, oběd čirý hovězí vývar, bramborová kaše, večeře pudink). Podávanou stravu toleruje. Odpoledne za pacientkou přichází rodina. Večerní toaletu provedla pacientka sama.

V 20,00 hodin sloužící sestra podala medikaci dle ordinace lékaře (Clexane 0,2 ml s. c., Ambrobene 1 tbl per os, Pentasa sachet 2 g per os). Od 22,00 hodin pacientka spí. Ve 24,00 hodin sloužící sestra vyměnila infuzní set centrálního žilního katétru a nasadila all-in-one parenterální výživu (Nutriflex peri).

Medikace: ve 20,00 hodin Clexane 0,2 ml s. c., Helicid 20 mg 1 – 0 – 0 tbl. p. o., Ambrobene 1 – 1 – 1 tbl. p. o., Pentasa sachet 2 g 1 – 0 – 1 p. o., Algifen 1 amp. i. m. podle potřeby

Parenterální výživa: 0,00 – 24,00 hodin Nutriflex peri 2000 ml

6. den hospitalizace

Pacientka celou noc spala. Je zcela soběstačná. Ráno provedla hygienu ve sprše. Provedla jsem převaz operačních ran, které jsou klidné bez sekrece.^(příloha č. 3) Pacientka je bez bolestí. Dle ordinace lékaře jsem zrušila CŽK, konec katétru poslala na kultivační vyšetření. Dieta OCH změněna na dietu č. 1(kašovitá). Podávanou stravu toleruje. Dnes odešla první stolice. Odpoledne přichází za pacientkou rodina. Večerní hygienu provedla sama.

V 20,00 hodin sloužící sestra podala medikaci dle ordinace lékaře (Clexane 0,2 ml s. c., Pentasa sachet 2 g per os). Od 21,00 hodin pacientka spí.

Ordinace lékaře: zrušit CŽK

Medikace: ve 20,00 hodin Clexane 0,2 ml s. c., Pentasa sachet 2 g 1 – 0 – 1 p. o.,

Parenterální výživa: F1/1 500 ml

7. den hospitalizace

Pacientka celou noc spala. Ráno provedla hygienu ve sprše. Operační rány a vstup po CŽK jsou klidné bez sekrece. Pacientka je po ranní vizitě naplánována k propuštění domů.

Před propuštěním jsem se pacientky zeptala, jestli nepotřebuje napsat léky, které má naordinované (Pentasa sachet 2g), zajistit sanitku. I přesto, že pacientka má dostatek informací o své chorobě, tak jsem provedla edukaci:

- ✓ o dietě, způsobech přípravy potravin, potravinových doplňcích ...
- ✓ o aktivitě a fyzické námaze
- ✓ o udržení dobré psychické kondice ⁽¹⁰⁾

Předala jsem pacientce propouštěcí zprávu. Upozornila na naplánovanou kontrolu 14. 3. 2014 v 7,30 hodin na komplementu chirurgie A.

V 11,00 hodin si pro pacientku přichází manžel s dcerou, se kterými opouští oddělení.

3.3 Vybrané ošetrovatelské problémy třetí den hospitalizace

„Setry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou, ne pouze souborem částí a procesů. Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky v interakci, které jsou více než součtem jejich částí. Z toho vyplývá, že každá porucha z jejich částí je poruchou celého systému. Koncepce holismu zdůrazňuje skutečnost, že sestry musí brát na zřetel osobu jako celek v její bio-psycho-sociální jednotě“.^(11, s. 9)

Ošetrovatelská diagnóza (problém) nekopíruje diagnózu lékařskou. Zatím co lékařská diagnóza označuje nemoc či poruchu zdraví, ošetrovatelská diagnóza určuje, jak a do jaké míry nemoc zasahuje do života postiženého člověka, jak mění jeho soběstačnost, jaké problémy a trápení mu přináší. Cílem péče postavené na ošetrovatelské diagnóze je dosáhnout maximálního stupně psychické a fyzické pohody nemocného.⁽⁹⁾

Z ošetrovatelských problémů, které jsem u pacientky stanovila třetí den hospitalizace (akutní bolest, neschopnost přijímat potraviny a tekutiny, riziko vzniku infekce, riziko vzniku tromboembolické nemoci) jsem podrobně popsala ošetrovatelský problém akutní bolest a riziko vzniku tromboembolické nemoci. Tyto problémy jsem si vybrala, protože bolest je pro nemocného velký problém. Ovlivňuje nemocného nejen po stránce tělesné a duševní, ale výrazně mění kvalitu jeho života. Tromboembolická nemoc je natolik závažnou komplikací, že ohrožuje nemocného na životě.

3.3.1 Bolest

„Bolest je nejkompexnější lidskou zkušeností, neboť její prožívání je spojeno s poznatky tělesnými, emočními i sociálními. Bolest je stavem tísně, samostatným stresorem až přídatným šokujícím momentem, spouštěčem mediátorových kaskád s dalekosáhlými změnami ve vzdálených orgánech, celém organismu.

Bolest je ryze subjektivní zážitek a existuje vždy, kdykoli nemocný říká, že bolest má. Bolest je komplexním zážitkem a současně i komplexní informací pro rozhodování lékaře a sestry“.^(11, s. 125)

Akutní bolest se dostavuje okamžitě po bolestivém podnětu a je většinou pálivá, ostrá, vychází především z kůže, svalů, kloubů, patří sem i některé kolikovitě bolesti. Akutní bolest je krátkodobá, při vyšší intenzitě znamená pro nemocného velkou zátěž (zvýšení činnosti srdce, TK, prohloubení dýchání ...). Člověk postižený akutní bolestí je motoricky neklidný, někdy i hlasitě křičí, volá o pomoc. Akutní bolest má ochranný charakter, postiženého varuje a zabraňuje dalšímu zhoršování stavu. ⁽¹¹⁾

3.3.1.1 Faktory, které ovlivňují bolest:

- 1) *Fyziologicko - biologické:* fyziologie bolesti, věk, vývojové faktory, nemoc.
- 2) *Psychicko - duchovní:* osobnost člověka, nálada, pocity, strach, úzkost, vztek, hostilita, frustrace.
- 3) *Sociálně - kulturní:* výchova, sociální závislost, osamělost, etnografické vlivy.
- 4) *Faktory životního prostředí:* chlad, teplo, ultračervené, ultrafialové záření.

V psychologické rovině je podstatné, jaký význam pacient své bolesti přikládá. To závisí na mnoha okolnostech, od charakteru bolesti a porozumění jejímu významu až po předchozí zkušenost a osobní vlastnosti. Delší trvání bolesti s sebou nese více anxiety, deprese, beznaděje a vzdání se. Bolest se týká vždy konkrétního pacienta s jeho zvláštnostmi. Bolest může mít mnoho podob a tatáž bolest může mít pro různé nemocné zcela odlišný individuální význam. Musíme vždy léčit svého jedinečného nemocného.

Chápání významu bolesti ovlivňuje vnímání bolesti, schopnost snášet bolestivé stimuly, stejně tak i reakci na bolest. Někteří jednotlivci si přejí být s bolestí osamoceni, jiní potřebují porozumění a oporu blízkých.

Vnímání bolesti a odpověď na ni ovlivňuje také okolí jedince. Dobré mezilidské vztahy, příjemné sociální prostředí zvyšují práh bolesti. Přítomnost blízké osoby, sociální posilování usnadňuje snášení bolesti. Velkou roli hraje také očekávání, v některých situacích mají např. dívky, ženy dovolené otevřeněji projevovat bolest než chlapci a muži („muži nepláčou“). ⁽¹¹⁾

Pokud bolest nemá pozitivní význam ve smyslu varování před dalším poškozováním organismu, pak se stává velkým problémem nemocného člověka a ovlivňuje ho v rovině bio-psycho-sociální. Bolest je velká zkušenost, jedna z mnohých, která nám pomáhá přežít. Přetrvává-li však bolest a stává se chronickou, má tíživý dopad na osobnost člověka nejen po stránce tělesné a duševní, ale mění také kvalitu jeho života. Největším přáním trpícího člověka je snaha bolest odstranit a spolu s ní i utrpení, které může být vlivem bolesti i mnohaleté.

S rozvojem psychosomatické medicíny vzniká i nový pohled na fyziologii bolesti a pochopení její percepce. Začínají se rozvíjet nové mezioborové vztahy, a tak bylo možné přejít od psychosomatických souvislostí bolesti k bio-psycho-sociálním.

Kulturní a etnické faktory, kde stupnice kulturních hodnot hraje významnou úlohu v tom, jak člověk vnímá bolest a jak na ni reaguje. V Evropě platí „osa sever-jih“, kdy obyvatelé severní části Evropy projevují méně bolest, ovládají se, na rozdíl od národů jižních, které jsou „citlivější“. Významnou roli zde hraje způsob výchovy, samotný proces učení, proces socializace, zkušenosti každého člověka, včetně zážitku bolesti a utrpení. Později zde vstupuje i rozvoj individuality, hodnotová orientace, zvyky, tradice a v neposlední řadě i vzorce chování a systém rolí.

Bio-psycho-sociální faktory úzce souvisejí s věkem a typem onemocnění, aktuálním psychickým stavem, způsobem diagnostikování a léčení bolesti, předchozími zkušenostmi s bolestí a hospitalizací, osobnostními zvláštnostmi, rodinným zázemím, finančními podmínkami apod. ⁽²³⁾

Rozdíly jsou mezi dětmi, dospělými, chronicky nemocnými, ale také v době působení bolesti. Ranní problémy a bolesti jsou zvládnány relativně rychleji než bolesti postihující člověka večer a v noci. Také takzvaná plánovaná bolest, o které je člověk poučen, je prožívána méně intenzivně, protože nemocný byl informován, zná příčiny a případně i dobu působení.

Nelze opomenout ani důležitost okolí při zvládnání nepříjemných situací. Někdy nemocní v době přítomnosti jiných lidí zachovávají klid a sebeovládání, jindy dávají své potíže silně najevo. Děti se svým chováním a prožíváním někdy snaží získat větší pozornost rodinných příslušníků. ⁽¹⁵⁾

Bolest má vztah i k některým osobnostním rysům. Introverti mají nižší práh percepcie bolesti než extroverti, i když extrovertní osoby o bolesti ochotněji hovoří a mají tendenci ji zveličovat. Nemoc a bolest je tím méně přijatelná, čím více zhoršuje kvalitu života nemocného a omezuje soběstačnost.

Nejčastějšími sociálními faktory ovlivňujícími bolest, často i chronickou, jsou sociálně-ekonomické podmínky a nižší vzdělání pacienta a jeho rodiny. Zejména pracující, kteří jsou zaměstnáni v nudném a fyzicky náročném zaměstnání, jsou více náchylní ke vzniku chronických bolestí a invalidizaci.

Emoční reakce doprovázejí každou nemoc a bolest vyvolává určitou emoční odezvu. Nepřiměřené emoční stavy a reakce mohou ovlivňovat somatické funkce a zintenzivňovat chronickou bolest. Strach a úzkost patří k nejčastějším emočním doprovodům bolesti, zesilují zážitek bolesti. Prožitá bolest tak vstupuje do zkušenosti nemocného a posiluje do budoucna emoční reakce v bolestivých situacích. Strach z bolesti může být příčinou fyzické pasivity a strach z pohybu může vést k invaliditě. Čím více bolest omezuje sociální aktivity a běžný režim dne, tím větší jsou emocionální reakce nemocného.

Člověk se zlobí jak na osud, danou situaci, tak sám na sebe, lidi kolem i zdravotnický personál. Hněv vyjadřuje negativní postoj k situaci, ale i připravenost bojovat s ohrožením jako jeden z možných obranných mechanismů. Bolest může odvrátit pozornost postiženého od vnějšího světa a energii trpícího člověka zaměřit na mučivé místo. Když se bolest stupňuje, může osobnost trpícího těžce poškodit. Ve vážných případech může dojít i ke změně osobnosti. Ke zvládnutí tohoto náročného úkolu slouží sociální komunikace. Při řešení bolesti má komunikace obzvláště velký význam. Dobrá komunikace vyžaduje vzájemnou důvěru, empatii a úctu. Pro úspěšnou a kvalitní léčbu pacienta není pouze důležitá komunikace mezi pacientem a zdravotníkem, ale i mezi zdravotníky navzájem. ⁽²⁴⁾

3.3.1.2 Hodnocení bolesti:

Z ošetrovatelského hlediska je bolest ošetrovatelskou diagnózou, která vyjadřuje problém nemocného.

Při hodnocení bolesti musí sestra získat anamnézu bolesti a udělat fyzikální vyšetření se zaměřením na fyziologické a behaviorální odpovědi na bolest.

Při zjišťování anamnézy bolesti, musí sestra poskytnout nemocnému příležitost ke slovnímu vyjádření bolesti a vnímání bolesti. Usnadňuje pochopení nemocného i toho, jaký význam má pro nemocného bolest a jak ji zvládá.

Anamnéza bolesti:

Údaje, které se snažíme získat při odebírání anamnézy bolesti, jsou lokalizace, intenzita, kvalita a typ bolesti. Časový průběh bolesti. Faktory, které bolest vyvolávají nebo zmírňují. Doprovodné symptomy. Jestli a jak ovlivňuje bolest každodenní aktivity nemocného. Předcházející zkušenosti s bolestí. Co obvykle dělá proti bolesti nebo na její zmírnění. Jaké pocity bolest u nemocného vyvolává. Čeho se nejvíce při bolesti bojí. Jaké očekává výsledky ...

Očekávané výsledky nemocného s bolestí:

Každý nemocný se bolesti obává, ale pokud již bolest má, tak očekává, že ošetřující personál je přesvědčen, že daná bolest nemocného existuje. Každý nemocný, který je odkázán na život s bolestí, chce nad bolestí získat kontrolu. Usiluje o odstranění nebo alespoň zmírnění bolesti. Snaží se naučit strategie boje proti bolesti, aby mohl zvládat každodenní aktivity, které zvládal před vznikem bolesti. ⁽¹¹⁾

3.3.1.3 Ošetrovatelské intervence:

Zajistěte nemocnému soukromí tak, aby měl možnost sdělit nám své obavy, hněv i frustrace. Ujistěte ho, že víte o obtížnosti jeho situace a akceptujete jeho bolest. Vybídněte nemocného, aby popsal své bolesti. Vysvětlete příčiny, proč nemocný může pociťovat zvýšenou nebo sníženou bolest. Podejte nemocnému dostatek informací o diagnostických a terapeutických postupech, které by mohly u nemocného vyvolat nepohodlí nebo nepříjemné pocity. Zkuste nemocného naučit neinvazivním metodám zvládání bolesti, jako je distrakce (počítání předmětů, poslech hudby...), relaxace, stimulace pokožky...

Zajistěte, aby pacient dosáhl optimálního zmírnění bolesti předepsanými analgetiky. Po podání utišujících léků zkontrolujte, jak účinkují. Nemocný by měl odpočívat, když bolest pomine, proto se snažte zajistit, aby pacient mohl odpočívat během dne a měl v noci období nepřerušovaného spánku.

Psychoterapeutické účinky dobrého vztahu mezi zdravotníkem a nemocným:

Strach obavy a nejistota zhoršují celkovou situaci pacienta. Snažte se nemocného informovat o všem, co se s nemocným bude dít, jak dlouho to bude trvat, jaké pocity může mít, proč to bolí. Tím předejdeme zbytečnému zvyšování bolesti nemocného. Lékař i sestra mohou svým chováním a jednáním obavy zmírnit nebo naopak vystupňovat.

Co přispívá ke kladnému vlivu lékaře a sestry na tlumení bolesti:

- ✓ Compliance - harmonický vztah mezi lékařem a nemocným, souznění, vzájemné porozumění.
- ✓ Empatie - schopnost vžít se do pocitů pacienta, pochopit jeho problémy.
- ✓ Haptický kontakt (podání ruky, pohlazení, uchopení při měření tepu) nemocnému sděluje, že jsme mu na blízku, že o jeho bolesti víme.
- ✓ Informovanost nemocného.
- ✓ Sugestivní působení jako přesvědčování nemocného, že o jeho bolesti víme.
- ✓ Posilování sebevědomí („určitě to zvládnete“).
- ✓ Posilování vlastní aktivity nemocného (povzbuzování, pochvala nemocného).
- ✓ Ochota vyslechnout nemocného. Nemocný se potřebuje někomu svěřit.
- ✓ Akceptace - přijetí nemocného jako sobě rovného. Nemocný je partner, aktivně se podílí na uzdravovacím procesu. ⁽¹¹⁾

3.3.1.4 Zkušenosti pacientky s bolestí

Pacientka, která s bolestí žije již od diagnostikování CN, si podle svých slov již zvykla na bolest, která je součástí její choroby. Bolest je pro pacientku snesitelná a jen málokdy ji donutí vzít si doma Algifen gtt. (spasmolytikum), které má předepsané od ošetřujícího gastroenterologa. Pacientka se naučila svoji bolest, která je většinou křečovitá, malé intenzity, doprovázená nevolností, meteorismem

a únavou, zvládat úlevovou polohou. Většinou stočená do klubička, anebo teplou lázní, ve které stráví zhruba 20 minut. Ale jak sama říká, náhlá bolest, velké intenzity, při které se potí a třese, nedokáže najít úlevovou polohu, nepomáhá ani osvědčené spasmolytikum, se kterou se měla možnost setkat při předchozích atakách, a která ji zasáhla natolik, že skončila bolestí na kolenou, sama zvládnout nedovede.

3.3.1.5 Ošetrovatelská péče třetí den hospitalizace:

Pacientka má od druhého dne hospitalizace zavedený epidurální katétr. Udává návrat bolesti po 2 hodinách po aplikaci analgetické směsi (Sufenta, Marcain) do epidurálního katétru. Hodnocení pacientky VAS mezi 4 - 5, proto je změněn opiát v analgetické směsi (Sufenta nahrazena Morfinem) aplikovaný do epidurálního katétru. Před provedením ranní hygieny je pacientce podán Perfalgan v infuzi, který účinkuje do 30 minut po podání (hodnota VAS 1). Během dne je pacientce aplikováno analgetikum do epidurálního katétru po šesti hodinách dle ordinace lékaře. Efekt je i po změně opiátu nedostatečný (hodnota VAS přesahuje stanovenou hodnotu intenzity bolesti pod 3), proto je epidurální katétr zrušen a analgetikum aplikováno do svalu. (Dolsin 70 mg i. m.), které již s efektem 6 hodin. Pacientky jsem se na intenzitu bolesti dotazovala vždy 30 minut před a 3 hodiny po podání analgetika. K hodnocení intenzity bolesti jsem používala VAS s hodnotami od 1 (žádná bolest) do 10 (nesnesitelná bolest). Vše jsem zaznamenala do dokumentace. Sledovala jsem monitorované fyziologické funkce, polohu a neverbální projevy pacientky.

3.3.2 Riziko vzniku tromboembolické nemoci

„Příčinou tromboembolických komplikací je endovaskulární srážení krve vyvolané např. poškozením endotelu žilní stěny, zpomalením krevního proudu apod. Tromboflebitida (zánět povrchových žil) a flebotrombóza (zánět hlubokých žil) jsou onemocnění, která by se měla odhalit již v době před operací a opatření v rámci předoperační přípravy, by měly směřovat k jejich prevenci. V pooperačním období patří do preventivních opatření včasná mobilizace, aplikace antikoagulancií, přikládání bandáží, dechová rehabilitace apod. Nejzávažnější komplikací, která se nejčastěji projevuje druhý týden po operaci, je embolie plicnice“^(12, s. 50)

Riziko TEN se zvyšuje u pacientů, u kterých je v důsledku onemocnění omezena pohybová aktivita. Dostatečná pohybová aktivita a přiměřená fyzická kondice mají pro organismus mnohostranný význam:

- ✓ zlepšují zdravotní stav
- ✓ chrání před nemocemi
- ✓ zvyšují výkonnost orgánů
- ✓ navozují pozitivní emoce a zlepšují duševní zdraví
- ✓ prodlužují délku života⁽¹¹⁾

3.3.2.1 Farmakologická profylaxe tromboembolické nemoci

V profylaxi TEN jsou dnes v praxi používány nízkomolekulární hepariny (LMWH) obsahující pentasacharidové sekvence inhibující aktivovaný F Xa. Původně používaný heparin se v klinické medicíně využívá od roku 1937. Z hlediska dnešních zvýšených nároků na bezpečnost antikoagulační léčby má řadu nevýhod, a to nestabilitu účinku při vazbě na plastické proteiny, možnost aktivace destiček a vznik heparinem indukované trombocytopenie.

Dalším důvodem zvyšující se oblíbenosti LMWH je jednoduchá aplikace přesného množství antitrombotika a také to, že pro mnohem stabilnější účinek LMWH odpadá prakticky nutnost jejich laboratorní kontroly.

Podle Státního ústavu pro kontrolu léčiv mezi nejčastěji používanými patří Clexane, Fragmin, Fraxiparine, Zibor.⁽²⁵⁾

V nemocnici kde byla pacientka hospitalizována, používají k prevenci TEN Clexane.

Obvyklá preventivní dávka Clexane ve všeobecné chirurgii je u nízkého rizika TEN 0,2 ml s. c. 1x denně po dobu 7 - 10 dní. Poslední předoperační podání je 2 hodiny před výkonem.

U středního a vysokého rizika TEN je preventivní dávka Clexane 0,4 ml s. c. 1x denně po dobu 7 - 10 dnů. Poslední předoperační podání je 2 hodin před výkonem.

V případě míšní anestezie nebo při lumbální punkci jsou pacienti léčení LMWH v riziku vzniku epidurálního nebo spinálního hematomu, který může vést k ochrnutí. Riziko těchto příhod se zvyšuje použitím epidurálních katetrů, nebo současné užití léků ovlivňujících hemostázu jako jsou např. nesteroidní antiflogistika, inhibitory destiček nebo jiná antikoagulancia. Zvýšené riziko je také u traumatické nebo opakované epidurální nebo spinální punkce. Tito pacienti mají být často sledováni pro příznaky nebo známky neurologického zhoršení. Před míšní intervencí tedy lékař musí u pacientů s antikoagulační nebo tromboprolfylaktickou léčbou uvážit výhody proti riziku. Při plánování nebo provádění kontinuální epidurální nebo spinální anestezie je nejlépe provést zavedení nebo odstranění katetru před podáním LMWH, jinak je nutné počkat s prováděním zákroku na období nízké antikoagulační aktivity. Zavedení nebo odstranění katetru by mělo následovat 10 - 12 hodin po podání profylaktické dávky. V případě podání vysoké dávky by tento interval měl být 24 hodin. Následující dávku LMWH je možné podat nejdříve za 2 - 4 hodiny po odstranění katetru.

U pacientů s vysokým rizikem krvácení, při jaterní a ledvinné nedostatečnosti, nekontrolované hypertenzi, hypertenzní nebo diabetické retinopatii se doporučuje opatrnost. Zvýšená péče je nutná i u čerstvě operovaných pacientů, kteří jsou léčeni vysokými dávkami LMWH.

I u LMWH existuje riziko trombocytopenie vyvolané protilátkami indukovanými heparinem, proto je třeba pravidelné monitorování počtu destiček před i během léčby těmito látkami. Riziko recidivy trombocytopenie je zvýšeno v případě opakovaného podání heparinu v posledních letech. Pokud je potvrzen pokles

počtu krevních destiček (30 - 50 % z počáteční hodnoty), musí být léčba LMWH okamžitě přerušena a pacient převeden na terapii přímými inhibitory trombinu.

Monitorování antikoagulačního účinku LMWH není obecně nutné, mělo by však být zvaženo u specifické populace pacientů, jako jsou pediatričtí pacienti, pacienti s renálním selháním, příliš štíhlí nebo naopak nadměrně obézní pacienti, těhotné ženy, pacienti se zvýšeným rizikem krvácení nebo opakované trombózy. ⁽²⁵⁾

Obecně platné kontraindikace pro léčbu s LMWH:

- ✓ Přecitlivělost na nízkomolekulární heparin a/nebo heparin, např. anamnéza prokázané nebo suspektní indukované trombocytopenie imunologicky zprostředkované heparinem (HIT).
- ✓ Akutní gastroduodenální vřed.
- ✓ Krvácení do mozku.
- ✓ Těžké poruchy srážlivosti krve, mimo DIC syndromu.
- ✓ Septická endokarditida.
- ✓ Poranění a operace centrální nervové soustavy, očí a uší.
- ✓ Při léčbě akutní hluboké žilní trombózy, plicní embolie, nestabilní anginy pectoris a non-Q a ST infarktu myokardu, kde pacienti dostávají vysoké dávky LMWH je kontraindikována spinální nebo epidurální anestezie z důvodu zvýšeného rizika krvácení. ⁽²⁵⁾

3.3.2.2 Hodnocení rizika TEN

Stanovení rizika TEN:

„Nízké riziko: malý chirurgický výkon u mobilních, mladých pacientů, bez rizikových faktorů (stomatologické, dermatologické, oční operace)

Střední riziko: většina výkonů všeobecné či plastické chirurgie, gynekologické nebo urologické výkony.

Vysoké riziko: náhrady kyčelního a kolenního kloubu, fraktura proximální části femuru nebo operace páteře, anamnéza TEN, malignity, cévní rekonstrukční operace, srdeční operace v mimotělním oběhu, závažné trombofilní stavy aj“ ^(12, s. 30)

Rizika ohrožení hodnotíme při změně:

- ✓ *rychlosti proudu krve* - imobilita, aktivita, posttrombotický syndrom, obezita, gravidita, chronické srdeční onemocnění, onemocnění plic
- ✓ *složení krve* - prodělané TEN, operace, metastazující nádory, cirhóza jater, DM, nefrotický syndrom, poruchy výměny tuků, léčebné přípravky (diuretika, kortikosteroidy, krevní transfuze...)
- ✓ *porušení cévní stěny* - věk, cévní mozková příhoda, infarkt myokardu ⁽²³⁾

3.3.2.3 Ošetřovatelské intervence

Mobilizace: znamená pohyb, být pohyblivý. Patří sem pohyb na lůžku, vstávání z lůžka, posazování do křesla, nácvik chůze.

Při vstávání z lůžka je nutné přesně pacientovi vysvětlit jednotlivé kroky správného vstávání.

Po delší imobilizaci na lůžku nacvičujeme vstávání postupně:

- ✓ posazení na okraj lůžka
- ✓ stoj vedle lůžka
- ✓ sezení v křesle
- ✓ pomalá chůze kolem lůžka...

Sestra vždy musí být nemocnému na blízku. Po déletrvajícím pobytu na lůžku může dojít k ortostatickému kolapsu.

Kondiční cvičení: předpokladem optimální funkce pohybového a opěrného aparátu je přiměřený tlak, tah, napětí svalů a pohyblivost kloubů.

Význam kondičního cvičení spočívá v:

- ✓ zachování nebo obnovení pohyblivosti kloubů
- ✓ zachování, zvýšení svalové síly, zabránění vzniku svalových kontraktur
- ✓ uvolnění spastických svalových skupin
- ✓ zlepšení plicní ventilace
- ✓ podpora periferního prokrvení
- ✓ zlepšení celkové fyzické kondice
- ✓ navození pozitivních emocí

Prevence TEN: úkolem všech opatření je zvýšení proudění krve v dolních končetinách a pánvi. To při normální tělesné aktivitě brání vzniku trombózy.

Ke zvýšení venózního průtoku napomáhají následující opatření:

- ✓ poloha nemocného
- ✓ včasné vstávání
- ✓ podpora svalové pumpy - masáž lýtka, cvičení na lůžku, jízda na kole vleže v lůžku
- ✓ vnější, elastická komprese dolních končetin

Zásadně je nutné přiložit kompresní punčochy nebo elastické obinadlo před vstáváním nemocného z lůžka! ⁽¹¹⁾

3.3.2.4 Ošetřovatelská péče třetí den hospitalizace

Ráno před ranní hygienou pacientky, ještě než pacientka spustila dolní končetiny z lůžka, jsem zkontrolovala správné nasazení elastických kompresních punčoch. Po provedení ranní hygieny u umyvadla jsem pacientce opět zkontrolovala správné nasazení bandážních punčoch a poučila ji o nutnosti správného nasazení, nošení punčoch a nutnosti preventivního cvičení dolních končetin (plantární flexe a extenze, jízda na kole v lůžku, ...). Pacientka byla velmi ukázněná. Během dne procvičovala dolní končetiny a prováděla dechovou rehabilitaci, nafukováním gumové rukavice. Sama si během dne podle potřeby upravila elastické kompresní punčochy. Vše jsem zapsala do dokumentace. Dle ordinace lékaře byl sloužící sestrou pacientce ve 20,00 hodin aplikován Clexane 0,2 ml s. c.

3.4 Dlouhodobá péče

Pacientka byla propuštěna domů a předána do péče praktického lékaře a gastroenterologa. Při propuštění do domácího ošetřování tolerovala kašovitou stravu. Dle doporučení ošetřujícího lékaře mohla postupně zařazovat do stravy potraviny, kromě potravin, které by mohly způsobovat nadýmání.

Na kontrolu byla pozvána na komplement chirurgie A 14. 3. 2014 v 7,30 hodin. Pacientka se cítí dobře, postupně zařazuje potraviny, na které je zvyklá. Operační rány jsou klidné, bez známek infekce. Odstraněny stehy ze všech operačních ran. Poté následovala kontrola 21. 3. 2014. Pacientka již zařadila většinu potravin, na které byla zvyklá před operací. Operační rány jsou klidné, zhojené. Chce se vrátit do práce. Týž den navštívila pacientka gastroenterologa s výsledky CRP, KO + diff. a FW, které se pohybovaly ve fyziologických hodnotách.

24. 3. 2014 se pacientka vrátila zpět do zaměstnání. Pokud nebude pacientka potřebovat chirurgickou intervenci, bude v péči gastroenterologa. Na kontroly bude docházet po 3 měsících vždy s kontrolními odběry CRP, KO + diff, FW.

V době hospitalizace byly důležitou součástí péče tyto edukační intervence:

- ✓ o dietě, způsobech přípravy potravin, potravinových doplňcích ...
- ✓ o aktivitě a fyzické námaze
- ✓ o udržení dobré psychické kondice
- ✓ o možných komplikacích
- ✓ o chorobě ⁽²⁰⁾

Pacientka s Crohnovou nemocí žije od svých 27 let. Má o své chorobě většinu informací. Umí se svou chorobou žít a je s ní zcela vyrovnaná. Obavu, kterou měla, bylo eventuální provedení stomie při komplikacích během operace. Ta nemusela být, naštěstí pro pacientku, provedena, proto nebyl narušen psychický stav pacientky, která se po provedené operaci a nekomplikovaném pooperačním průběhu vrátila zpět ke svému, dle pacientky slov „spokojenému životu s Crohnem.“ Jediná obava, která u pacientky přetrvává, a se kterou se snaží vyrovnat, je představa, že se Crohnova nemoc projeví i u její dcery.

4. Diskuse

Crohnova choroba je onemocnění, které se poprvé nejčastěji přihlásí u dospívajících a mladých lidí. Zasáhne snad do všech oblastí života.

V článku „*Kvalita života s Crohnovou nemocí*“ publikovaný v časopise *Sestra*, autoři popisují jak zákeřná je Crohnova nemoc a jak hodně ovlivňuje kvalitu života nemocného.⁽¹⁶⁾

Po období většinou dlouhém diagnostikování nespecifických příznaků jako je bolest břicha, meteorismus, průjem nebo zácpa, krvácení z konečníku, únava u žen poruchy menstruačního cyklu aj., přijde očekávaná diagnóza, ale s ní i omezení a vedlejší příznaky ordinovaných léků, v nejhorším případě z pohledu pacienta operace, někdy i s nutností vytvoření stomie.

V souvislosti s obtížnou diagnostikou Crohnovy nemoci mě zaujala kazuistika pacientky v časopise *Postgraduální medicína* „*Crohnova nemoc, nebo karcinom tenkého střeva?*“ Autoři uvedli případ mladé nemocné, jejíž příznaky i výsledky vyšetření nebyly v rozporu s diagnózou Crohnovy nemoci. Její klinický stav se dokonce částečně zlepšil po úvodní léčbě. Přesto správnou diagnózou byl pokročilý karcinom tenkého střeva, k jehož diagnostice a terapii vedla operace, indikovaná pro retenci endoskopické kapsle nad nádorovým zúžením.⁽¹⁷⁾

Velký pokrok v chirurgické léčbě přinesly laparoskopické operace, které jsou tématem celosvětových diskusí. Studie Alessandra Fichera „*Laparoscopic Treatment of Crohn's Disease*“⁽¹⁸⁾ a Simona Msika „*Can laparoscopy reduce hospital stay in the treatment of crohn's disease*“⁽¹⁹⁾, potvrzují přínos laparoskopických operací u pacientů s Crohnovou nemocí. Zkracují délku hospitalizace a rekonvalescence. Pacienti potřebují menší množství analgetik, krevních náhrad. Miniinvazivní přístup snižuje riziko infekce. Operační čas je u laparoskopických operací srovnatelný s operací otevřenou metodou. Nesporným přínosem pro pacienty je kosmetický efekt laparoskopických operací.

Stejný pokrok zaznamenává i ošetrovatelská péče a to díky jednorázovým pomůckám, které usnadňují život pacientům s ISZ, u kterých bylo nutné provést stomii i pro práci ošetřujícího personálu, který se stará o pacienty, kteří potřebují hospitalizace pro zvládnutí ataky onemocnění.

Během ošetřování pacientky jsem měla možnost porovnat ošetřovatelské intervence prováděné v nemocnici, ve které byla pacientka hospitalizována, s prostudovanou literaturou.

Při ošetřování nemocného s bolestí se autorky Kapounová⁽¹³⁾, Trachtová⁽¹¹⁾, Doenges a Moorhouse⁽¹⁴⁾ shodují na důležitosti odebrání anamnézy bolesti nemocného a stanovení ošetřovatelských intervencí, které povedou ke zmírnění nebo odstranění bolesti nemocného. Jak důležité je dodržovat předepsaný farmakologický režim a sledování účinku podaných léků tišících bolest. Důležitost naučit nemocného nefarmakologickým metodám mírnění bolesti, včetně relaxačních technik a rozptýlení. Zdůrazňují respektování individuality každého nemocného při reakci na bolest a v neposlední řadě upozorňují na nutnost zajistit odpočinek pacienta po zvládnutí proběhlé bolesti, ale i nepřerušovaný spánek v noci.

Kapounová⁽¹³⁾ ve své publikaci uvádí výhody epidurální analgezie, mezi které patří nižší dávky analgetik, spolehlivý analgetický účinek a méně systémových účinků ve srovnání s jinými formami aplikací analgetik. Upozorňuje na riziko poškození pacienta předávkováním při ordinaci lékaře „podle potřeby“. Ordinance musí jasně specifikovat v jaké situaci (např. při bolesti) a zároveň musí obsahovat maximální jednotlivou i celkovou dávku za 24 hodin a minimální intervaly mezi jednotlivými dávkami.

V prevenci tromboembolické nemoci se autorky Janíková, Zeleníková⁽¹³⁾ a Trachtová⁽¹¹⁾ shodují na nutnosti přikládání kompresních bandáží, včasné mobilizaci, dechové rehabilitaci... Janíková a Zeleníková⁽¹³⁾ se zmiňují o aplikaci antikoagulancií, které jsou zásadní v prevenci tromboembolické nemoci a zároveň upozorňují na nejzávažnější komplikaci TEN embolii plicnice, která přímo ohrožuje nemocného na životě.

Česká společnost pro trombózu a hemostázu České lékařské společnosti J. E. Purkyně⁽²⁵⁾ předkládá statistiku SÚKL nejčastěji používaných nízkomolekulárních heparinů, mezi které patří Clexane, Fragmin, Fraxiparine a Zibor. Ukazuje na zvyšující se oblibu používání LMWH díky potlačení nežádoucích účinků na minimum, jednoduché aplikaci přesného množství antitrombotika a také proto, že odpadá prakticky nutnost laboratorní kontroly, díky stabilnějšímu účinku LMWH.

Po prostudování uvedené literatury, mohu říci, že péče o pacienty v nemocnici, ve které jsem měla možnost ošetřovat uvedenou pacientku, se neliší od výše uvedené literatury. Drobné odchylky, které najdeme při ošetřování nemocných v každém zdravotnickém zařízení, podle mého názoru, vychází z praktických zkušeností zdravotnického personálu.

Nedílnou součástí péče o pacienty s ISZ je jejich dispenzarizace a informovanost nejen pacientů samotných, ale i okolí.

A kam pro informace? Možností se nabízí čím dál víc, protože každý dobrý lékař Vám potvrdí, že v praxi platí jednoduchá rovnice: čím aktivněji se pacient o své onemocnění zajímá a čím více informací o něm má, tím lépe spolupracuje s lékařem na své léčbě, čímž zvyšuje šanci na její dobré výsledky.

První kdo podá informace, by měl být ošetřující lékař. Dále jsou k dispozici knihy, brožury, letáky. Kvalitním a přitom srozumitelným zdrojem jsou spíše brožurky z poslední doby, které jsou k dostání v gastroenterologických čekárnách a ordinacích. I v nemocnici, kde byla pacientka hospitalizována, je gastroenterologická ordinace, kde je pacientka dispenzarizována a je zde možné najít edukační materiály.

Spousta dalších informací se dá najít na internetu.

Od roku 2006 se pořádají patientské konference, na kterých se mají pacienti možnost zeptat špičkových lékařů na vše, co jim není jasné. Je to ojedinělá příležitost pro nemocné, setkat se s lidmi, kteří mají stejné trápení.

Od října 2008 existuje Občanské sdružení pacientů s ISZ. Stanovy sdružení najdete na www.crohn.cz.⁽⁴⁾

5. Závěr

V případové studii se věnuji pacientce přijaté k laparoskopické ileocekální resekci pro stenózu terminálního ilea při základním onemocnění Morbus Crohn, která má dlouholeté zkušenosti s touto chorobou.

V úvodu popisuji teoretické poznatky, epidemiologii, patofyziologii, vyšetřovací metody, léčbu, komplikace a prognózu Crohnovy nemoci, které jsem čerpala z dostupné literatury. Popsala jsem možnosti vyšetřovacích metod v nemocnici, kde byla pacientka hospitalizována.

Pokračuji kazuistikou a popisem průběhu hospitalizace od přijetí až po propuštění pacientky do domácího ošetřování.

První den hospitalizace jsem odebrala ošetřovatelskou anamnézu podle Modelu funkčních vzorců zdraví Majory Gordonové.

Třetí den hospitalizace, kdy byla pacientka již po operačním výkonu, jsem vybrala dva, podle mého názoru, pro pacientku zásadní ošetřovatelské problémy (bolest a riziko tromboembolické nemoci), které jsem popsala z bio-psycho-sociálního hlediska. Popsala jsem faktory, které ovlivňují problémy, hodnocení problémů, ošetřovatelské intervence a ošetřovatelskou péči třetí den hospitalizace u obou problémů. U problému bolesti jsem připojila zkušenosti pacientky s bolestí.

Pokračuji dlouhodobou péčí, průběhem kontrol po propuštění a edukací pacientky.

V diskusi se věnuji srovnání ošetřovatelské péče dle standardů nemocnice, ve které byla pacientka hospitalizována, s literaturou.

Dále se vracím k samotné Crohnově nemoci, a jak hodně zasahuje do života nemocného.

Představuji dvě studie, které porovnávají výhody laparoskopické operace s operací otevřenou metodou a dokazují výhody laparoskopické operace.

V závěru případové studie uvádím možnosti zdrojů informací a organizací pro pacienty s Crohnovou nemocí.

6. Souhrn

V případové studii představuji pacientku přijatou k laparoskopické ileocekální resekci pro stenózu terminálního ilea při základním onemocnění Morbus Crohn. První den hospitalizace jsem odebrala ošetrovatelskou anamnézu. Třetí den hospitalizace jsem vybrala dva ošetrovatelské problémy (bolest a riziko vzniku tromboembolické nemoci), které jsem popsala z bio-psycho-sociálního hlediska. Ošetřovala jsem pacientku dle standardů nemocnice, ve které byla pacientka hospitalizována a srovnávala poskytovanou péči s literaturou. Porovnála jsem výhody laparoskopické operace s operací otevřenou metodou. V závěru studie jsem uvedla možnosti zdrojů informací pro pacienty s Crohnovou nemocí.

7. Seznam použité literatury:

1. LUKÁŠ, Milan. „et al.“. *Idiopatické střevní záněty. Nejistoty současné znalosti a klinický přístup*. 1. vydání. Praha: Galén, 1998. 363 s. ISBN 80-85824-79-5
2. LUKÁŠ, Karel. *Idiopatické střevní záněty. Diagnostika a léčba pro praxi*. 1. vydání. Praha: Triton, 1997. 175 s. ISBN 80-85875-31-4
3. LUKÁŠ, Karel. „et al.“. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6
4. ČERVENKOVÁ, R.. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7
5. LUKÁŠ, Karel. *Idiopatické střevní záněty. Minimum pro praxi*. 1. vydání. Praha: Triton, 2001. 84 s. ISBN 80-7254-173-0
6. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8
7. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
8. KOHOUT, Pavel. „et al.“. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. 1. vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 2004. 174 s. ISBN 80-7345-023-2
9. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 4. Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3
10. KOHOUT, Pavel a PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vydání. Praha: Forsapi s. r. o., 2006. ISBN 80-903820-0-2
11. TRACHTOVÁ, Eva. „et al.“. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8

12. JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4
13. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 352+16 s. ISBN 978-80-247-1830-9
14. DOENGES, Marilyn E. a MOORHOUSE Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8
15. ZACHAROVÁ, Eva. „et al.“. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

Jiné zdroje:

16. SVITKOVSKÁ, Veronika a KOBER, Lukáš. Kvalita života s Crohnovou nemocí. *Sestra*. 2014, **24**(5), s. 38-40. ISSN: 1210-0404.
17. ŠERCLOVÁ, Zuzana a ANTOŠ, František. Crohnova nemoc, nebo karcinom tenkého střeva? *Postgraduální medicína*. 2010, **12**(1), 30-32. ISSN: 1212-4184.
18. FICHERA, Alessandro, „et al.“. Laparoscopic Treatment of Crohn's Disease. *World journal of surgery*. 2011, **35**(7), 1500-1504. ISSN 0364-2313
19. MSIKA, Simon, „et al.“. Can laparoscopy reduce hospital stay in the treatment of crohn's disease? *Diseases of the colon & rectum*. 2001, **44**(11), 1661-1666. ISSN 0012-3706
20. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. *Edukace klienta s Crohnovou chorobou* [online]. 2006 [cit. 2014-01-11]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=6>

21. VaV MU a VFU Brno. Projekt endoskopie. *Laparoskopická chirurgie GIT* [online]. 2009 [cit. 2015-01-11]. Dostupné z: http://www.projekt-endoskopie.cz/attachment/Laparoskopicka_chirurgie_GIT-skriptum.pdf
22. FN Plzeň. Chirurgické oddělení. *Laparoskopie* [online]. 2012 [cit. 2015-01-11]. Dostupné z: <http://chiro.fnplzen.cz/cs/node/90>
23. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. *Škála k hodnocení vzniku žilní trombózy* [online]. 2006 [cit. 2015-01-11]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/P5823.pdf>
24. ZACHAROVÁ, Eva. Faktory působící na průběh chronické bolesti a úloha zdravotníků při jejím zvládnutí. *Interní medicína* [online]. 2008, **10**(5), 251-252 [cit. 2015-02-28]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/05/12.pdf>
25. Česká společnost pro trombózu a hemostázu České lékařské společnosti J. E. Purkyně. *Nízkomolekulární hepariny, indikace a dávkování* [online]. 2010 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: http://wp.interna-cz.eu/wp-content/uploads/2013/06/Nizkomolekul%C3%A1rn%C3%AD-hepariny_indikace-a-d%C3%A1vkov%C3%A1n%C3%AD.pdf
26. Chorobopis zdravotnického zařízení, kde byla pacientka hospitalizována. Informovaný souhlas pacientky k nahlédnutí u autorky.

8. Použité zkratky:

AJ.	A jiné
APTT	Activated partial thromboplastin time
AS	Akce srdeční
ASCA	Autoprotilátky třídy IgA a IgG proti <i>Saccharomyces cerevisiae</i>
ATB	Antibiotikum
BILAT.	Bilaterální
CACL	Chlorid vápenatý
CDAI	Crohns Disease Activity Index
CN	Crohnova nemoc
CO ₂	Oxid uhličitý
CRP	C - reaktivní protein
CVT	Centrální venózní tlak
CŽK	Centrální žilní katetr
DIFF.	Diferenciál
DK	Dolní končetina
DM	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiogram
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
EVENT.	Eventuelně
FW	Farhaeus a Westergren (sedimentace erytrocytů)
F1/1	Fyziologický roztok plný
G	Gram
GIT	Gastrointestinální trakt
G10%	10% Glukóza
GTT.	Kapky

HOD	Hodin
I.M.	Intramuskulární
I.V.	Intravenózní
ISZ	Idiopatické střevní záněty
JIP	Jednotka intenzivní péče
K+C	Kultivace + citlivost
KO	Krevní obraz
LMWH	Nízkomolekulární heparin
MCT	Medium chain triglycerides
MG	Miligram
ML	Mililitr
MMHG	Milimetr rtuťového sloupce
MR	Magnetická rezonance
N.	Nervus
NAPŘ.	Například
OCH	Dieta chirurgická
PH	Potenciál vodíku
PHK	Pravá horní končetina
PMK	Permanentní močový katetr
P.O.	Perorální
S.C.	Subkutánní
SPO2	Saturace krve kyslíkem
STP.	Stav po
TBL	Tableta
TEN	Tromboembolická nemoc
TF	Tepová frekvence

TK	Tlak krevní
TZN	To znamená
UC	Ulcerózní kolitida
USA	United States of America
VAS	Vizuální analogová škála

9. Seznam příloh:

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza (Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK)

3. LF UK. Ústav ošetřovatelství. Praha. *Ošetřovatelská anamnéza* [online].
[cit. 2014-03-03]. Dostupná z: [http://vyuka-
data.lf3.cuni.cz/CNSK007P2/oseanamneza%203%20lf%2851384dbf5bbdb%29.p
df](http://vyuka-data.lf3.cuni.cz/CNSK007P2/oseanamneza%203%20lf%2851384dbf5bbdb%29.pdf)

Příloha č. 2: Fotografie operačních ran a vstupu po břišním drénu, fotoarchiv pacientky

Příloha č. 3: Fotografie operační rány po střídavém řezu a po břišním drénu, fotoarchiv pacientky

10. Přílohy:

Příloha č. 1:

Ošetřovatelská anamnéza

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

Oddělení:	chirurgické oddělení
Datum a čas odběru anamnézy:	4. 3. 2014
Jméno (iniciály) :	Š. G.
Pohlaví:	žena
Věk:	40 let
Datum přijetí:	4. 3. 2014
Stav:	vdaná
Povolání:	účetní
Rodina informována o hospitalizaci: ANO	
Diagnóza při přijetí (základní):	M. Crohn
Chronická onemocnění:	NE
Infekční onemocnění:	NE
Režimová opatření:	NE
Léčba:	
Operační výkon:	plánován na 5. 3. 2014
Pooperační den:	
Farmakoterapie:	Pentasa sachet 2g 1-0-1 p.o. Imuran 50mg 1-0-1 p.o.
Jiné léčebné metody:	NE
Má nemocný informace o nemoci:	ANO
Alergie:	ANO

Jaké: Biseptol, PNC, Tetracyklin, Oxymikoin,
Metronidazol, Procain

Fyziologické funkce: P: 76'/min TK: 130/80 D: 12'/min SpO2: x TT:
36,6°C

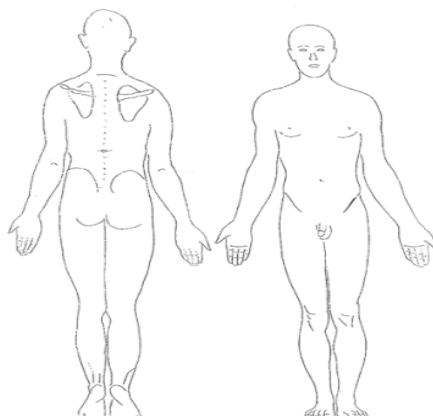
1) Vědomí

Stav vědomí: při vědomí, orientovaná GSC : 15 bodů

2) Bolest

Bolest: NE

Lokalizace:



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

3) Dýchání

Potíže s dýcháním: NE

Dušnost: NE

Kuřák: NE

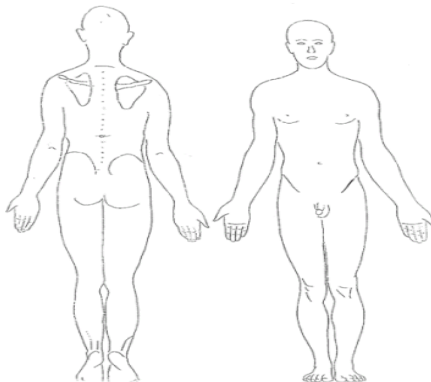
Kašel: NE

4) Stav kůže

Změny na kůži: NE

Riziko vzniku dekubitů: Nortonové skóre: 34 bodů, bez rizika

Lokalizace:



Hodnocení

rány:.....

Ošetření

rány:.....

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba)

Pacientka považuje svou chorobu za součást svého života. Má dostatek informací o své chorobě. Nyní se rozhodla pro operační řešení stenózy, pro zhoršování zdravotního stavu.

Úrazy: NE

6) Výživa, metabolismus

Dieta: bezezbytková

Nutriční skóre: všechny odpovědi NE

Hmotnost: 59 kg

Výška: 165 cm

BMI: 21,67, normální stav s minimálním
zdravotním rizikem

Chuť k jídlu: ANO

Potíže s přijímáním potravy: NE

Užívá doplňky výživy: ANO

Jaké: Nutridrink

Enterální výživa: NE

Parenterální výživa:	NE
Denní množství tekutin:	1500 ml
Druh tekutin:	čaj, slazené vody
Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době:	NE
Umělý chrup:	NE
Potíže s chrupem:	NE

7) Vyprazdňování

Problémy s močením:	NE
Problémy se stolicí:	ANO
Jaké:	zácpa
Stolice pravidelná:	ANO
Datum poslední stolice:	4. 3. 2014
Způsob vyprazdňování:	5. 3. 2014 plánováno zavedení močového katétru

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim:	bez omezení
Barthel test:	100 bodů, nezávislý
Riziko pádu:	NE
Skóre dle Conleyové:	1 bod, bez rizika
Pohyblivost:	chodí samostatně

9) Spánek, odpočinek

Počet hodin spánku:	8
Hodina usnutí:	22,00 hod
Poruchy spánku:	NE
Hypnotika:	NE
Návyky související se spánkem:	usíná na břiše

10) Vnímání, poznávání

Potíže se zrakem:	NE
Potíže se sluchem:	NE

Porucha řeči:	NE
Kompenzační pomůcky:	ANO
Jaké:	brýle
Orientace:	orientovaná místem, časem, osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav:	klidný
Pocit strachu nebo úzkosti:	NE
Úroveň komunikace a spolupráce:	dobrá

Plánování propuštění

Bydlí doma sám:	NE
Kdo bude o klienta pečovat po propuštění:	rodina
Kontakt s rodinou:	ANO

12) Invazivní vstupy

Drény:	NE
Permanentní močový katétr:	NE
i. v. vstupy:	NE
Sonda:	NE
Stomie:	NE
Endotracheální kanyla:	NE
Tracheotomie:	NE
Arteriální katétr:	NE
Epidurální katétr:	NE
Jiné invazivní vstupy:	NE

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

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

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

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící 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	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

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

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

Výsledek: **34 bodů**

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

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
věk 65 let a více	2 body
pád v anamnéze	1 bod
pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.	1 bod
zrakový/sluchový problém	1 bod
užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
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	Body
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	

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

Ošetrovatelské zhodnocení

Pacientka přijata k plánované laparoskopické ileocekální resekci. Z odebrané ošetrovatelské anamnézy vyplývá, že pacientka je dle hodnotících škál pacientkou při vědomí, ve všedních aktivitách nezávislou, bez rizika pádu, bez rizika dekubitů a bez nutnosti intervence nutričního terapeuta. Dnes bude provedena předoperační příprava, včetně aplikace očistného klyzmatu. U pacientky je plánováno předoperačně zavedení permanentního močového katétru.

Příloha č. 2:



Příloha č. 3:

