

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Eliška Mudrová

**Ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou
chorobou**

Nursing care of the patient with Crohn's disease

Bakalářská práce

Praha, květen 2022

Autor práce: Eliška Mudrová

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství (B0913P360001)

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Tereza Bakusová**

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

Předpokládaný termín obhajoby: 24. 6. 2022

Prohlášení

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

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 27. května 2022

Eliška Mudrová

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Tereze Bakusové za cenné rady a připomínky během vedení práce. Poděkovat bych také chtěla MUDr. Robertu Mudrovi za odborný dohled a personálu Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN za umožnění získávání dat pro mou bakalářskou práci. V neposlední řadě bych ráda poděkovala RNDr. Markétě Majerové PhD. za odborné připomínky.

1 Obsah

1	OBSAH	1
2	ÚVOD	2
3	TEORETICKÁ ČÁST	3
3.1	ANATOMIE TRÁVICÍ SOUSTAVY	3
3.2	FYZIOLOGIE TRÁVENÍ A VSTŘEBÁVÁNÍ.....	5
3.3	CROHNOVA CHOROBA	6
3.3.1	<i>Historie</i>	6
3.3.2	<i>Epidemiologie</i>	7
3.3.3	<i>Etiologie</i>	7
3.3.4	<i>Symptomatologie</i>	8
3.3.5	<i>Průběh a vývoj nemoci</i>	9
3.3.6	<i>Diagnostika</i>	9
3.3.7	<i>Léčba</i>	15
3.3.8	<i>Chirurgická léčba</i>	20
3.3.9	<i>Komplikace</i>	23
4	PRAKTICKÁ ČÁST	25
4.1	ÚVOD DO KAZUISTIKY	25
4.2	ROZHOVOR S PACIENTEM	25
4.3	PŘEHLED HOSPITALIZACE.....	30
4.3.1	<i>Anamnéza</i>	30
4.3.2	<i>Lékařské diagnózy</i>	34
4.4	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	35
5	DISKUZE	50
6	ZÁVĚR	52
7	SOUHRN	53
8	SUMMARY	54
9	SEZNAM ZKRATEK	55
10	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
11	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	62
12	SEZNAM PŘÍLOH	63
13	PŘÍLOHY	64

2 Úvod

Práce se zabývá kazuistikou pacienta s Crohnovou chorobou. Téma jsem si vybrala z důvodu zájmu o danou problematiku, v budoucnu bych se chtěla věnovat oboru chirurgie.

Crohnova choroba je onemocnění s velmi proměnlivými a mnohočetnými symptomy. Klinicky se může manifestovat jako zánět v oblasti celé trávicí trubice, přímými projevy jsou například bolest břicha, diarrhea nebo úbytek váhy. Z pohledu epidemiologie je tato nemoc zvláštní v tom, že postihuje převážně mladší jedince, na rozdíl od mnohých dalších onemocnění trávicí soustavy.

Diagnóza Crohnovy choroby pro pacienta znamená výrazné snížení kvality života v podobě přísných dietních omezení, častých kontaktů s lékařem, intolerance dietních chyb, špatné předvídatelnosti exacerbace příznaků a ve vážných případech i nutnosti operativní léčby. Následky operativní léčby pak situaci pacienta dále zhoršují, neboť se potýká se syndromem krátkého střeva a v mnohých případech je nutná dočasná nebo trvalá stomie. Součástí léčby je i dlouhodobé užívání kortikoidů, které zmírňují projevy zánětu, ale přináší spoustu vedlejších účinků v podobě poškození ledvin, řídnutí kostí, poškození nervové soustavy a dalších mnohých systémových komplikací.

Vzhledem k systémovosti onemocnění je v péči o pacienta důležitý mezioborový a komplexní přístup. Je proto vhodné zpracovat co nejpodrobnější anamnézu před zahájením léčby a z důvodu možných komplikací a vedlejších účinků na různých orgánových soustavách i průběžně monitorovat celkový stav pacienta během hospitalizace či léčby.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsána anatomie a fyziologie trávicí soustavy, historie lékařského poznávání Crohnovy choroby a dále její etiologie, patogeneze, epidemiologie a klinický obraz.

V praktické části je popsána podrobná kazuistika pacienta s Crohnovou chorobou doplněná o osobní rozhovor s pacientem. V kazuistice je zahrnuta vstupní anamnéza, ošetřovatelská anamnéza a průběh monitorované třídní ošetřovatelské péče. Kazuistika také obsahuje analýzu rizik spojených s péčí o pacienta v různých fázích léčby.

3 Teoretická část

3.1 Anatomie trávicí soustavy

Úkol trávicí soustavy je přijímat a zpracovávat potravu. Dle autora trávicí soustavu tvoří trávicí trubice, která se skládá z dutiny ústní a jejích derivátů, hltanu, jícnu, žaludku, tenkého střeva, ke kterému patří dvanáctník, lačník a kyčelník, následuje tlusté střevo, které se skládá ze slepého střeva, tračníku a konečníku (Grim, Druga et al., 2005).

Dutina ústní a hltan

Trávicí trubice začíná dutinou ústní (cavitas oris), která je vepředu ohraničena rty a tvářemi, nahoře se nachází patro, dole je svaly tvořená spodina dutiny ústní (Naňka, Elišková, 2019). Dutina ústní slouží k příjmu potravy, kterou následně zpracovává před vlastním trávením (Grim, Druga et al., 2005). Poté dutina ústní přechází do hltanu (pharynx), což je trubice dlouhá přibližně 12-15 cm. Prochází jím potrava z dutiny ústní do jícnu a při dýchání jím proudí vzduch z dutiny nosní do hrtanu. Dole přechází hltan do jícnu (Grim, Druga et al., 2005).

Jícen

Jícen (oesophagus) je trubice dlouhá asi 23-28 cm, která spojuje hltan se žaludkem. V průměru má asi 1,5 cm. Má hvězdicovitý tvar. Při průchodu potravy se může roztáhnout až na 3-3,5 cm. Dělí se na tři úseky: krční, hrudní, břišní. Sliznice je složena z podélných řas, které umožňují průchod potravy jícnem dále do žaludku. Na konci jícnu je takzvaný funkční svěrač, který smršťováním svalů vytváří peristaltické kontrakční vlny (Naňka, Elišková, 2019).

Žaludek

Žaludek (ventriculus) je svalový vak nacházející se v dutině břišní pod levou klenbou brániční. Je to nejširší úsek trávicí trubice. Funguje jako zásobárna potravy. Poté, co potravu přijme, tak jí mechanicky i chemicky mění na tráveninu, kterou následně po částech posílá do tenkého střeva. Prázdný žaludek je dlouhý přibližně 25 cm a v souvislosti s nárůstem se rozměry mění. Dle Čiháka (1988) má

tři hlavní části: fundus gastricus, corpus gastricum a pars pylorica. Stěna žaludku má oranžovou barvu a je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem. Dylevský (2000) uvádí, že sliznice je z podélných řas, ze kterých vycházejí žlázy, které produkují ochranný hlen a žaludeční šťávu. Žaludek má dvě zakřivení: malou a velkou kurvaturu (Grim, Druga et al., 2005; Čihák, 1988; Dylevský, 2000).

Tenké střevo

Tenké střevo (intestinum tenue) je dlouhé 3-5 metru, a tudíž je nejdelším úsekem trávicí trubice. Spojuje žaludek s tlustým střevem. V tenkém střevě probíhá trávení a vstřebávání látek z rozštěpené potravy. Tenké střevo se dělí na tři úseky: duodenum, jejunum, ileum (Grim, Druga et al., 2005; Naňka, Elišková, 2019; Čihák, 1988).

Dvanáctník (duodenum) je první a také nejkratší část tenkého střeva. Má podkovovitý tvar, délku 25-30 cm a je přirostlý k zadní stěně břišní. Je rozdělen na čtyři části: pars superior, pars descendens, pars horizontalis, pars ascendens. V duodenu se nachází takzvané Brunnerovy žlázy, které produkují alkalický sekret, jehož pH se pohybuje v rozmezí 8,1-9,3 a má za úkol jednak chránit sliznici proti kyselé žaludeční šťávě, ale také neutralizovat kyselost tráveniny, která přijde ze žaludku (Čihák, 1988; Grim, Druga et al., 2005).

Lačník (jejunum) tvoří převážně 2/5 z 3-5 metrů délky střeva. Nachází se v levé horní části peritoneální dutiny. Jejunum je širší než ileum a má narůžovělou barvu. Na sliznici má viditelné cirkulární řasy. Přechod mezi jejunem a ileem není patrný (Naňka, Elišková, 2019; Grim, Druga et al., 2005).

Kyčelník (ileum) je tenčí než jejunum a znatelně bledší. Počet cirkulárních řas se značně snižuje až téměř mizí. Najdeme zde velké množství lymfatické tkáně. Nachází se v pravé dolní části peritoneální dutiny, kde se v jámě kyčelní ileocekálním ústím napojuje na tlusté střevo (Naňka, Elišková, 2019; Grim, Druga et al., 2005).

Tlusté střevo

Tlusté střevo (intestinum crassum) je poslední část trávicí trubice. Přibližně měří 1,5 metru do délky a 6-8 cm do průměru. Jeho začátek je v pravé jámě kyčelní, ze které se stáčí doleva a končí v řitní rýze jako anus. Stěna je

tvořena ze čtyř vrstev a na rozdíl od tenkého střeva neobsahuje klky. Funkcí tlustého střeva je zahustit nestravitelné zbytky potravy z tenkého střeva tím, že vstřebá vodu a potravu mění na stolici. Tlusté střevo dělíme na slepé střevo, tračník a konečník (Grim, Druga et al., 2005).

Slepé střevo (caecum) je prvním a nejširším oddílem tlustého střeva. Leží v pravé jámě kyčelní. Je dlouhé asi 7 cm a široké 6-7 cm. Místo, kde terminální ileum přechází do slepého střeva je štěrbinovité a uzavřeno takzvanou Bauhinskou chlopní. Tato chlopeň má za úkol znemožnit přechodu bakterií z tlustého střeva do tenkého. Červovitý výběžek (appendix vermiformis) je výběžek slepého střeva. Obsahuje velké množství endokrinních buněk (Grim, Druga et al., 2005).

Tračník (colon) se dle Grima, Drugy et al. (2005) dělí na čtyři části: colon ascendens (tračník vzestupný), colon transversum (tračník příčný), colon descendens (tračník sestupný), colon sigmoideum (esovitý tračník). Probíhá zde poslední fáze zpracování tráveniny (Grim, Druga et al., 2005).

Konečník (rectum) je poslední úsek trávicí trubice. Je dlouhý 12-15 cm a má dvě části: ampula a canalis analis (Grim, Druga et al., 2005).

3.2 Fyziologie trávení a vstřebávání

Dle Rokyty et al. (2016) má gastrointestinální trakt (GIT) hned několik funkcí. Mezi tyto funkce patří schopnost trávit, vstřebávat, přeměňovat, skladovat, a nakonec vylučovat živiny. Živina je látka, kterou člověk přijímá potravou a tekutinami a zajišťuje mu energii a následný správný vývoj organismu.

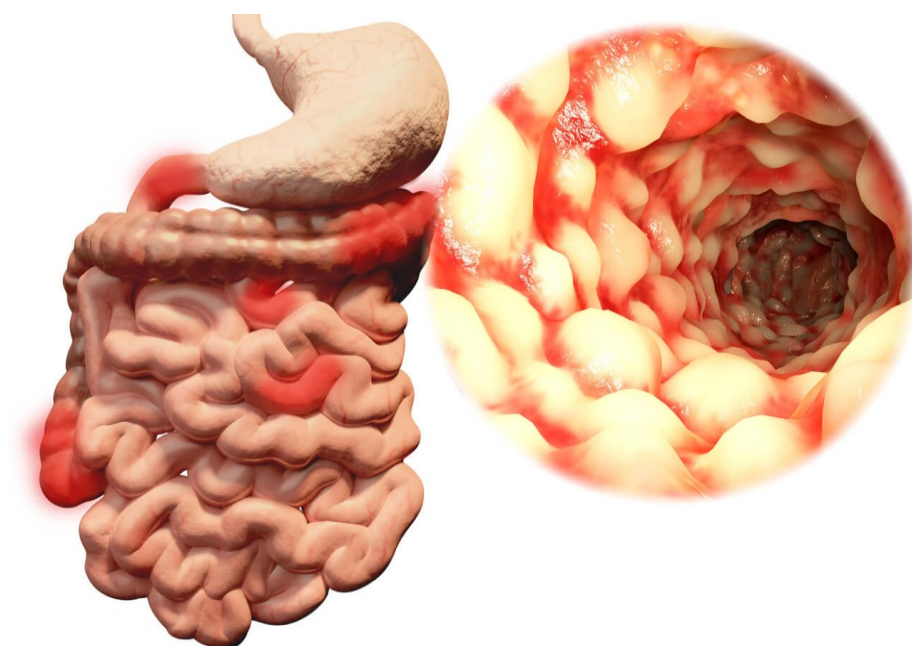
Každá část trávicí trubice má v procesu trávení a vstřebávání jinou funkci. Ústa rozmělnují potravu a tvoří sousto, jícen sousto transportuje, žaludek sousto skladuje, zároveň ho dále rozmělnuje a pomocí žaludečních šťáv ještě tráví. Žaludeční šťávy obsahují kyselinu chlorovodíkovou, mucin, vodu a některé enzymy, z kterých je nejdůležitější pepsin, jenž štěpí bílkoviny. Tenké střevo obsah tráví za pomoci dalších enzymů, mezi které patří například disacharidázy, peptidázy a lipáza a následně sousto vstřebává. Tlusté střevo obsah zahušťuje a sbírá odpadní látky pro následné vyloučení z organismu (Rokyta et al., 2016).

3.3 Crohnova choroba

Crohnova choroba je chronický, recidivující, segmentární, transmurní a ve většině případech granulomatózní zánět gastrointestinálního traktu, který se společně s Ulcerózní kolitidou řadí mezi takzvané Idiopatické střevní záněty (Inflammatory bowel disease - IBD) (Popa, Pop, Dumitrascu, 2020).

Jak znázorňuje Obrázek 1, zánět se může vyskytovat v jakékoliv části trávicí trubice, přičemž nejčastěji se vyskytuje v oblasti terminálního ilea a v ileocékální oblasti. Zánět má segmentální charakter, což znamená, že mezi postiženými oblastmi jsou úseky zdravého střeva (Gabalec, 2009).

Obr. 1 Nejčastější místa výskytu Crohnovy choroby



Zdroj: www.zdravovek.eu/cs/crohnova-choroba/ [cit. 10.4.2022]

3.3.1 Historie

Koncem 19. století ve Velké Británii byly publikovány kazuistiky pacientů s příznaky, o kterých již dnes víme, že odpovídají Crohnově nemoci (CN). První příznaky transmurního a granulomatózního zánětu se objevují již v roce 1913 u 13 pacientů T. Kennedyho Dalziela v Glasgow ve Skotsku. V letech 1922 až 1937 léčili Pemberton a Brown mladé lidi a děti, kteří byli operováni pro apendicitu a

jejich symptomatologie se skládala z úbytku na váze, abdominálních křečí a průjmů. Během operace lékaři objevili pseudotumorózní změny na terminálním ileu, výrazně zvětšené mezenteriální uzliny a granulomy (Lukáš et al., 1998).

V roce 1932 se v newyorské nemocnici Mount Sinai spojili lékaři Ginzburg a Oppenheimer svých 12 pacientů se dvěma pacienty B. B. Crohna. Tím byla vytvořena skupina 14 pacientů s granulomatózním zánětem terminálního ilea z nichž 13 bylo operováno. V tomtéž roce publikovali článek na toto téma v prestižním časopise JAMA. K pojmenování této nemoci podle B. B. Crohna došlo náhodou, jelikož v té době byli autoři uváděny dle abecedního pořádku. Na zasedání American Medical Association byl Crohn představen jako jediný autor, a tudíž nemoc nese jeho jméno (Lukáš et al., 1998).

3.3.2 Epidemiologie

Lata, Bureš, Vaňásek et al. (2010) uvádějí, že incidence v České republice je 1,6-2,0/ 100 000 obyvatel. Poměr genderového postižení je relativně stejný. Největší prevalence je mezi 15-30. rokem života. Nejčastěji postižené etnikum jsou židé typu Aškenazi. Lukáš et al. (1998) dodává, že ve světě se Crohnova nemoc vyskytuje nejčastěji ve Švédsku, Velké Británii a na severovýchodě USA.

Ng, Shi, Hamidi et al. (2017) pro časopis Lancet udávají, že nejvyšší prevalence Crohnovy choroby byla v Evropě zaznamenána v Německu (322/100 000 obyvatel) a na území Severní Ameriky v Kanadě s počtem 319/100 000 obyvatel. Od roku 1990 je zaznamenán nárůst výskytu idiopatických střevních zánětů v nově industrializovaných zemích v Africe, Asii, či Jižní Americe.

3.3.3 Etiologie

Původ tohoto onemocnění je stále neznámý. Spekuluje se nad příčinami ze čtyř různých okruhů. Příčina může být imunologická, kde nemoc může zapříčinit například autoimunitní onemocnění, nebo dysregulace imunitní odpovědi. Zásadní úlohu zde sehrávají T-lymfocyty. Další příčinou může být genetická predispozice. V neposlední řadě sem řadíme infekční příčiny a vlivy vnějšího prostředí, mezi které řadíme například kouření, výživu, antikoncepci, gastrointestinální infekce, nebo kojení (Vodička a kol., 2014; Lata, Bureš, Vaňásek et al., 2010; Gabalec, 2009).

Gabalec (2009, s. 16) potvrzuje, že „Významnou roli hraje genetická vnímavost jedince, která se projevuje zvýšeným výskytem v rodině“. Dále dodává, že vyšší pravděpodobnost výskytu mají monozygotní dvojčata. V roce 2001 byl objeven gen, díky kterému se následně objevily nové genetické výchyly u Crohnovy nemoci. Genetika může být v budoucnu velmi nápomocna při sestavování léčby u pacientů s onemocněním z genetické příčiny.

3.3.4 Symptomatologie

Klinický obraz Crohnovi nemoci je rozmanitý. Velmi záleží na tom, zda se nemoc nachází v terminálním ileu, nebo v jiné části trávicího traktu (Gabalec, 2009). Jako nejčastější příznaky označujeme průjem, bolest břicha (nejčastěji křečovitá), hubnutí, někdy teplotu, anální léze a krvácení z konečníku (Gabalec, 2009; Vodička a kol., 2014). V Tabulce 1 uvádím procentuální zastoupení výskytu jednotlivých příznaků podle Gabalce (2009).

Tabulka 1 Příznaky u pacientů s Crohnovou chorobou

PŘÍZNAKY U PACIENTŮ S CN	
průjem	70-90 %
břišní bolest	45-66 %
anální léze	50-80 %
krvácení z konečníku	45 %
váhový úbytek	65-75 %
teplota	30-40 %
Píštěl	8-10 %

Zdroj: autor – inspirace z Gabalec, 2009, s. 17

Pokud se jedná o postižení terminálního ilea, pak zde budeme pozorovat vznik únavy, úbytek na váze, změny ve stolici a bolesti břicha. Pokud se onemocnění bude šířit dále do tenkého střeva, pak zde bude přítomna porucha vstřebávání společně se zánětem v pravé jámě kyčelní, který může způsobit poruchu pasáže, která může vést ke vzniku píštěle (Gabalec, 2009).

Pokud se nemoc nachází v tlustém střevě, pak je zde častější výskyt krvácení, perianální obtíže a extraintestinální manifestace. Extraintestinální příznaky mohou být dermatologické, muskuloskeletální, jako například artritida. Dále pak hepatobiliární a oftalmologická. Postižen může být ale každý systém (Zádorová, 2012).

3.3.5 Průběh a vývoj nemoci

Dle Laty, Bureše, Vaňáska et al. (2010) probíhá nemoc v několika fázích. Jako první přichází ataka, po které následuje remise, pro níž je typické přechodné vymizení příznaků. Po remisi většinou následuje znovuobnovení příznaků, což v medicíně označujeme výrazem „relaps“. S relapsem je úzce spojen výraz „recidiva“, jenž značí navrácení nemoci.

Lukáš et al. (1998) uvádí dělení na dva typy nemoci, dle jejího klinického průběhu. Typ A a typ B. typ A je takzvaný agresivní (maligní). Jeho průběh je charakterizován častými komplikacemi jako jsou například tvorba píštělí, abscesů a vznik perforace stěny trávicí trubice. Tato forma také často vyžaduje chirurgické řešení. Typ B je označován jako indolentní (benigní). Tento typ probíhá bez perforace trávicí trubice, ovšem často vede ke vzniku stenóz. Pacient s tímto typem má dobrou prognózu s nízkým počtem relapsů. Lata, Bureš, Vaňásek et al. (2010) uvádějí ještě typ C, který je zánětlivý a vykazuje rysy obou předchozích typů.

3.3.6 Diagnostika

Diagnóza se u Crohnovy choroby určuje stejně jako u každého jiného onemocnění. Sbírá se anamnéza a provádí se fyzikální i laboratorní vyšetření. Při podezření na Crohnovu chorobu je důležité provést endoskopické vyšetření a vyšetření za pomoci zobrazovacích metod (Gabalec, 2009).

Anamnéza

Anamnézou myslíme získání informací o dosavadním zdravotním stavu přímo od pacienta. Jednou z možností získání anamnézy je rozhovor mezi lékařem a již zmíněným pacientem. Anamnézu rozlišujeme lékařskou, kterou odebírá lékař a ošetrovatelskou, kterou odebírá sestra. Lékař se táže pacienta, jeho rodiny či

doprovodu na informace, které by mohly pomoci k určení přesné diagnózy. Získává hlavně osobní, rodinnou, farmakologickou, pracovní, sociální a u žen i gynekologickou anamnézu (Nejedlá, 2015).

Ošetrovatelská anamnéza je odebírána za účelem sestavení ošetrovatelského plánu, možných ošetrovatelských rizik a stanovení ošetrovatelské diagnózy (Nejedlá, 2015).

Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření je základní vyšetření pomocí smyslů a jednoduchých pomůcek (nejčastěji fonendoskopu). Lékař systematicky vyšetřuje všechny orgánové systémy a následně o jejich stavu udělá záznam (Nejedlá, 2015).

Toto vyšetření lékař provádí za pomoci inspekce (pohled), palpance (pohmat), perkuse (poklep), auskultace (poslech) a vyšetření per rectum. Při podezření na onemocnění trávicího traktu je vyšetření per rectum nezbytné. Provádí se prstem v latexové rukavici a za použití lubrikantu. Lékař pohmatem zhodnotí bolestivost v okolí svěrače a ampuly a pohledem i vzhled stolice, která po vytažení prstu zůstane na rukavici (Nejedlá, 2015).

Nejedlá (2015) dále uvádí vyšetření pomocí inspekce, kde doktor za denního světla pomocí vlastního zraku prohlédne pacienta od hlavy, přes krk, hrudník, břicho až po končetiny. Nezapomíná také na inspekci kůže.

Nejedlá (2015) také nezapomíná zmínit perkusi a auskultaci. Pomocí perkuse lékař zjistí velikost orgánu. Při poklepu z tkáně vycházejí zvuky, které mají různé zabarvení. Na základě těchto zvuků lékař určí, o jakou patologii se jedná. Auskultace se provádí za použití fonendoskopu, který lékař stranou s membránou přiloží k poslouchané tkáni a druhou část si dá do uší. Poslouchat může například šelesty, nebo peristaltiku.

Součástí fyzikálního vyšetření je i palpance, kdy lékař prohmatává břicho pacienta v poloze na zádech s mírně pokrčenými dolními končetinami. Začne od místa, které je nejvzdálenější oblasti, kde pacient udává bolest. Kdyby lékař začal vyšetřovat opačně, tak by hrozilo rozšíření bolesti do okolí a lékař by již nebyl schopen přesně lokalizovat správné ložisko bolesti (Nejedlá, 2015).

Laboratorní vyšetření

Jak uvádí Miheller a Schäfer (2022) pro internetový web crohn.cz, tak v současnosti neexistuje žádné speciální laboratorní vyšetření pro určení Crohnovy choroby. Provádí se vyšetření krve, před kterým pacient nemusí lačnit. Znaky, které odpovídají Crohnově chorobě a můžeme je z krve zjistit jsou například zvýšený počet leukocytů, zvýšený počet trombocytů, nízká hodnota albuminu a zvýšená hodnota C-reaktivního proteinu (CRP), který značí přítomnost zánětu. Dále také uvádějí, že jestliže je Crohnova choroba již pokročilá, pak se snižuje schopnost pacientova organismu vstřebávat živiny. To může vést k anémii, nízké hladině železa a nedostatku vitamínů D, B6 a B12. Všechny tyto symptomy mohou naznačovat výskyt Crohnovy choroby.

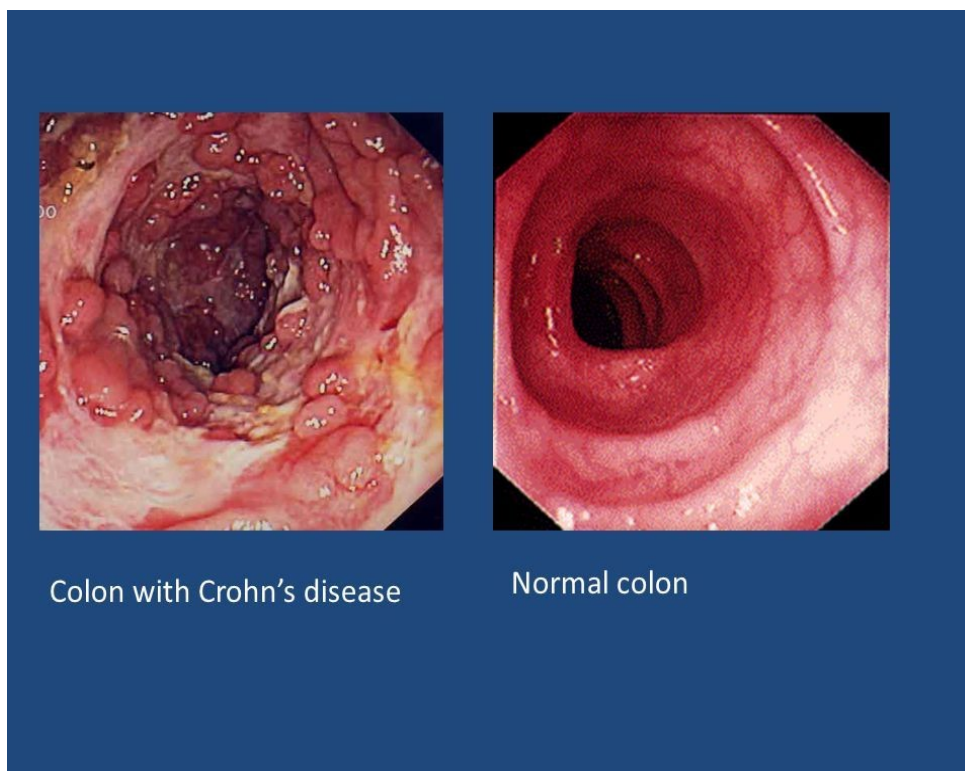
Červenková (2009) ještě dodává, že u 60 % pacientů s Crohnovou chorobou jsou přítomny imunoglobuliny ASCA a pANCA, které se u zdravého člověka vyskytují pouze ve 2 %. Důvod přítomnosti takto vysokého procenta těchto protilátek je prozatím stále neznámý. Zajímavostí je, že se tyto dva druhy imunoglobulinů vyskytují převážně u pacientů, u kterých zánět postihl terminální ileum.

Dalším způsobem laboratorního vyšetření je vyšetření stolice. Výskyt zánětu může ukázat přítomnost krve, parazita, nebo vyšší koncentrace kalprotektinu ve stolici (Červenková, 2009; Miheller a Schäfer, 2022).

Endoskopická vyšetření

U pacientů s idiopatickými střevními záněty je toto vyšetření velmi důležité, neboť se díky němu správně určí diagnóza. Na Obrázku 2 je velmi dobře vidět rozdíl mezi zdravým a postiženým střevem v průběhu endoskopického vyšetření.

Obr. 2 Porovnání zdravého tračníku s postiženým během endoskopického vyšetření



Zdroj: <https://cs.medicineh.com/35-complications-crohns-disease-57425>
[cit. 10.4.2022]

Koloskopie je vyšetření tlustého střeva za pomoci flexibilní trubice (endoskopu), která je napojena na optiku. Důvodem k provedení koloskopie jsou nejčastěji obtíže se stolicí (zácpa, průjem), krvácení z konečníku, bolesti břicha, anémie (chudokrevnost) a screeningové nebo preventivní vyšetření. Z hlediska Crohnovy choroby posuzujeme slizniční léze a stenózy, eventuelně píštěle (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015).

Jak vyšetření probíhá? Před začátkem vyšetření jsou pacientovi intravenózně podány sedativa a analgetika. Lékař konečником zavede endoskop do tlustého střeva, kde ho pak dále posouvá až ke spojnici mezi tlustým a tenkým střevem. Endoskop, který je zaváděn do střeva je opatřen kamerou, díky níž může lékař sledovat postup endoskopu a prohlížet si střevní sliznici, jenž se zobrazuje na monitoru. Podle nálezu lékař odebere vzorek tkáně na biopsii, popřípadě odstraní polypy, nebo pomocí balonku dilatuje případné stenózy. Teprve po

dodání výsledků z biopsie lékař stanoví diagnózu. Během vyšetření je někdy nutné změnit pacientovu polohu, nebo sestra přitlačením na břišní stěnu pacienta pomůže endoskopu postupovat dále. Celé vyšetření trvá v průměru 20 minut. U Crohnovy choroby je vyšetření zaměřeno na terminální úsek tenkého střeva, jelikož to je jedno z hlavních míst výskytu Crohnovy choroby. Koloskopie se u pacientů s Crohnovou chorobou musí provádět vícekrát. S postupem času se mohou v dutině břišní vytvořit srůsty, které zkomplikují postup endoskopu dále do střeva (Falt, Urban, Vítek a kol., 2015; Zádorová, 2005; Červenková, 2009).

Samotnému vyšetření předchází příprava střeva. Pacient je poučen a tři dny před vyšetřením je mu nasazena bezsezbytková dieta. Den před vyšetřením je nutné, aby pacient vynechal pevnou stravu a pil pouze neperlivé tekutiny bez výrazného zabarvení. Také by se měl vyvarovat mléka a alkoholu. Je doporučováno zvýšit svůj denní příjem tekutin a neomezovat fyzickou aktivitu. Den předem pacient také vypije laxativum (nejčastěji Fortrans), které střevo vyčistí od zbytků potravy. Celkem musí pacient vypít 4 litry laxativa (Červenková, 2009; Zádorová, 2005).

Je nutné, aby pacient lékaře informoval o medikamentech, které užívá. Nejčastěji se jedná o antikoagulantia. Užívání antidiabetik a inzulínu pacient konzultuje s diabetologem (Miheller a Schäfer, 2022; Zádorová, 2005).

Gastroskopie je endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a počátečního úseku duodena. U Crohnovy choroby se provádí proto, že tato nemoc postihuje celý úsek trávicí soustavy (Tancerová, 2019).

Mezi další doplňková endoskopická vyšetření řadíme ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie), které je kombinací endoskopického a rentgenologického vyšetření. V souvislosti s Crohnovou chorobou se volí pouze tehdy, zdali je podezření na postižení žlučových nebo pankreatu (Červenková, 2009).

Princip vyšetření kapslové endoskopie spočívá v tom, že pacient spolkně kapsli, která je vybavena minifotoaparátem, který při její cestě zaživačím traktem pořizuje dva snímky za vteřinu v časovém rozmezí 6-8 hodin. Jak je vidno na Obrázku 3, je součástí tohoto procesu i zařízení umístěné na břiše pacienta, které přenáší obrazový záznam. Lékař získá důležité informace hlavně z úseku tenkého

střeva, které je jinak endoskopicky nevyšetřitelné. Nevýhodou je nemožnost odebrání biopsie a někdy hrozí uvíznutí kapsle v trávicím traktu (Červenková, 2009).

Obr. 3 Kapsle používaná u kapslové endoskopie včetně zařízení pro přenos obrazu



Zdroj: <https://www.nemlib.cz/gastroenterologie/> [cit. 10.4.2022]

Jako poslední formu endoskopického vyšetření Červenková (2009) udává endosonografické vyšetření rekta, což je kombinace Jeho principem je zavedení sondy přímo do rekta, což umožňuje jeho vyšetření přímého okolí včetně stěny rekta (konečníku), a slouží k detekci perianálních a periproktálních píštělí a abscesů.

Zobrazovací vyšetření

Dle Špinara a kolektivu (2008) a Čermákové (2008) patří mezi zobrazovací vyšetření ultrasonografické vyšetření (USG). Řadíme jej mezi jedno z nejzákladnějších vyšetření. Je lehce dostupné, levné a pro pacienty nezatěžující a lze jej využít v celé řadě medicínských oborů. Ve vztahu ke Crohnově chorobě nám dokáže zobrazit celou stěnu tenkého střeva a její vrstvy. Což nám umožní

včas odhalit pravděpodobnost propagace nemoci do okolí. Vyžaduje zkušeného sonografistu a citlivý přístroj.

Červenková (2009) dodává, že jeho využití u pacientů postižených Crohnovou chorobou je nezanedbatelné a napomáhá k zjištění rozsahu zánětu, kdy odborník vyčte tloušťku stěny střevní, její změny i reliéf sliznice. Toto vše je velmi důležité při volbě terapie a sledování stavu pacienta.

Enteroklýza je využívána k zobrazení tenkého střeva. Rozlišujeme tři druhy enteroklýzy. Může být provedena pod kontrolou RTG, CT nebo MRI. Ke správnému vyšetření střeva je používána kontrastní látka s baryem. Lékař pacientovi skrz ústa či nos zavede tenkou hadičku až do tenkého střeva, kterou vpraví kontrastní látku. A v krátkých časových intervalech jsou pořizovány snímky tenkého střeva (Čermáková, 2008; Červenková, 2009).

Počítačová tomografie (CT) je bezbolestné vyšetření, které nahrazuje RTG vyšetření. Velmi dobře kooperuje s enteroklýzou. Díky této dobré spolupráci lékař získá věrohodný snímek dutiny břišní, na kterém si může prohlédnout všechny struktury střevní stěny (Červenková, 2009).

V neposlední řadě Červenková (2009) mezi zobrazovací vyšetření řadí magnetickou rezonanci (MRI). Toto vyšetření má řadu výhod i nevýhod. Mezi největší výhody patří fakt, že dokáže zobrazit píštěle, kudy probíhají a také lokalizovat abscesy, které se nachází v oblasti pánevního dna a řitního kanálu. Proto je toto vyšetření nejvíce prospěšné pro ty, kterým tyto hnisavé záněty zasáhly právě řitní kanál a konečník. Dalšími výhodami je jeho bezbolestnost a možnost použití i na těhotné ženy, což u RTG vyšetření není možné.

Za nevýhodu budou toto vyšetření podle Červenkové (2009) považovat ti, kteří trpí klaustrofobií.

3.3.7 Léčba

Léčbu Crohnovy choroby dělíme na konzervativní a chirurgickou.

Konzervativní léčba

Konzervativní léčba slouží k úlevě od bolesti a zabraňuje relapsu. Do konzervativní léčby řadíme medikamentózní léčbu, typy výživy včetně diety, biologickou léčbu a někdy také psychoterapii.

Medikamentózní léčba

Ehrmann, Konečný (2012) dělí léčbu medikamenty na dvě skupiny podle cílů. Na indukční a udržovací. Cílem indukční léčby je zmírnit akutní zánět a za co nejkratší dobu a potlačit symptomy. Udržovací léčba má za cíl zabránit relapsu.

Ke zmírnění symptomů Crohnovy choroby se využívá hned několik skupin léků. Mezi první patří 5-aminosalicyláty. Do této lékové skupiny patří Sulfasalazin a Mesalazin, které jsou medikamenty první volby a užívají se k léčbě akutního relapsu nebo exacerbace. Mesalazin je vhodný k léčbě lehkého a středního zánětu. Může být podáván ve formě čípků, nálevu a pěny. Ale také jako tablety či granule. Pozitivní reakce je patrná u poloviny případů (Ehrmann, Konečný, 2012).

Ehrmann, Konečný (2012) také uvádějí, že pokud nedojde k remisi, tak je nutné podat kortikoidy. Mají vysoký protizánětlivý účinek a využívají se k léčbě středně až vysoce aktivního zánětu. Jsou velmi vhodné pro navození remise, ale neúčinné v udržovací fázi. Po dlouhodobém užívání mají nežádoucí účinky. Mezi nejznámější zástupce patří Prednison.

Elaine Cronin (2012) pro časopis Gastrointestinal Nursing také dodává, že je vhodné užití vysoké dávky kortikoidu v krátkém časovém rozmezí s postupným snižováním dávky (v průběhu týdnů). V momentě, kdy byl dosažen požadovaný efekt je žádoucí nepřetržitá monitorace pacienta.

Imunosupresiva jsou podle Ehrmanna, Konečného (2012) nejvýznamnějším a nejpoužívanějším lékem k udržení vymizení příznaků. V léčbě Crohnovy choroby se užívají zejména Azathioprin, 6-merkaptopurin a methotrexát. Nástup jejich účinku je velmi dlouhý (týdny až měsíce) a výsledky nejsou nejlepší.

Červenková (2009) dodává, že proto se nehodí k léčbě akutního zánětu, ale k udržení klidové fáze nemoci. Nasadit se také mohou, pokud chtějí lékaři snížit nebo vysadit kortikoidy.

Jelikož u Crohnovy choroby hraje roli i bakteriální mikroflóra, tak se doporučuje užívat probiotika, přestože není zcela jasné, zda mají na léčbu nějaký efekt či nikoliv. Nicméně bylo prokázáno, že *Escherichia coli* Nissle má na udržení remise stejný účinek jako Mesalazin (Lukáš, Dastych a kol., 2012).

Wilson a Whelan (2017) zveřejnili v časopise Journal of Gastroenterology and Hepatology, že probiotika mají v malých dávkách příznivý vliv na redukci symptomů.

Biologická léčba

Je určena těm, u kterých medikamentózní léčba selhala. Od biologické léčby se očekává, že ovlivní nejen průběh zánětu, ale i průběh celého onemocnění (Ehrmann, Konečný, 2012).

Dítě et al. (2011) udává, že do této skupiny patří terapeutická séra, toxiny, antitoxiny a produkty živých nebo mrtvých mikroorganismů. Dále doplňuje, že v České republice jsou na trhu pro léčbu Crohnovy choroby k dispozici infliximab a adalimumab.

Ehrmann, Konečný (2012) ještě dodávají, že nevýhodami biologické léčby jsou vysoké finanční náklady léčby a riziko vedlejších účinků. Také je důležité vědět, že ne u každého tento způsob léčby zafunguje.

Naopak Bortlík a kol. (2016) pro časopis Gastroenterologie a hepatologie udává, že podání biologické léčby zajišťuje vyšší kvalitu života, nižší potřebu kortikoidů, nižší potřebu chirurgické léčby a zajišťuje nižší počet relapsů.

Výživa

Další forma konzervativní léčby je dodržování správných stravovacích návyků. Pacienti s Crohnovou chorobou dodržují specifickou dietu a pokud nastanou nutriční komplikace, pak jsou nuceni přejít na umělou výživu.

Rozlišujeme dietu dle fáze onemocnění. Na dietu ve fázi relapsu nebo remise. V období relapsu pacient dodržuje bezsezbytkovou dietu, která spočívá ve vysazení nerozpustné vlákniny (čerstvé ovoce, zelenina, luštěniny), ve vyloučení těžce stravitelných jídel, jako jsou tučné a smažené pokrmy, a také koření, jenž může trávicí sliznici dráždit (Šachlová, 2011).

Také dle Šachlové (2011) potravu upravujeme dušením a dbáme na to, aby byla bez kůrek a uvařena doměkka. Doporučuje se jíst 5 - 6x denně v menších porcích a dodržovat vysoký příjem tekutin, který se pohybuje okolo 2-3 litrů.

Kubátová, Nejedlá, Otradovcová (2014) doporučují požívat potraviny jako jsou mořské ryby, telecí, drůbeží a králičí maso, bílé pečivo, kompotované ovoce,

piškoty, potraviny s vysokým obsahem škrobu, jako jsou těstoviny a rýže, ředěný džus a uvařenou zeleninu.

Šachlová (2011) dodává, že kromě vysokého obsahu škrobu by správná strava měla obsahovat také hodně bílkovin, železa, vápníku, vitamínu C a také dostatečně B komplexu.

Z důvodu rizika vzniku malabsorpce je vhodné zaměnit mléčný a řepný cukr za cukr hroznový, třtinový, nebo umělá sladidla. Také vyloučit potraviny s vysokým obsahem tuků (paštiky, uzeniny) ponechat ale čerstvé máslo a kvalitní olivový olej, jelikož úplná restrikce tuků by znemožnila vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích (Šachlová, 2011).

V Tabulce 2 uvádím příklad jídelníčku při bezsezbytkové dietě na dva dny:

Tabulka 2 Příklad jídelníčku při bezsezbytkové dietě na dva dny

den	snídaně	svačina	oběd	svačina	večeře
První den	Bílé pšeničné nekynuté pečivo se žervé a neslazeným meruňkovým džemem	Neslazené jablečné pyré	Dušené krůtí prso s cuketou a mrkví, bílá rýže	Nízkotučné acidofilní mléko	Pečená rajčata bez semen s mozzarellou light a olivovým olejem
Druhý den	Ovesná kaše s nízkotučným mlékem, olejem z lískových ořechů a banánem	Neslazený broskvový kompot	Nekynutá pizza z bílé pšeničné mouky s rajčatovým protlakem, olomouckým i tvarůžky a chřestem předvařeným v páře	Nízkotučný kefir bez příchutě	Kuřecí vývar s kroupami, mrkví, celerem a petrželí

Zdroj: autor – inspirace z <https://www.bezhladoveni.cz/ukazkovy-jidelnicek-pro-bezezbytkovou-dietu/> [cit. 1.4.2022]

Dieta v remisi není natolik odlišná od racionální diety. Je ale vhodné omezit nadýmavá jídla, smažená jídla, tučné maso a destiláty. Dietní režim je ale velmi individuální, protože snášenlivost k jednotlivým potravinám má každý jedinec jinou. Důležité je vypít 2-2,5 litru tekutin denně. Vhodné je požívání dobře stravitelných ovocných a zeleninových pokrmů, které jsou upravené například dušením, vařením, pečením nebo restováním. Příjem bílkovin by měl být vyšší než u zdravého jedince (1-1,2 g/kg hmotnosti). Pacienti se stenózou dodržují bezezbytkovou dietu i ve fázi remise (Šachlová, 2011; Kubátová, Nejedlá, Otradovcová, 2014).

Zvláštním druhem diety je takzvaná Crohn's disease exclusion diet (CDED), která spočívá ve vyloučení určitých potravin, ke kterým má pacient intoleranci z jeho běžného jídelníčku. Potraviny jsou rozděleny na povinné, povolené a zakázané. Tato dieta se využívá u pacientů s lehčím průběhem choroby (Urban, Rejchrt, Zavoral, 2020; Sasson et al., 2021).

Indikacemi k umělé výživě jsou fistulující nebo stenozující forma Crohnovy choroby, syndrom krátkého střeva, malnutrice, nebo funkční vyřazení střeva (bowel rest). Jestliže má pacient funkční zažívací trakt, pak lékař indikuje enterální výživu (Šachlová, 2011).

Dle Šachlové (2011) a Kohouta (2013) je enterální výživa definována jako aplikace farmaceuticky připravených výživových roztoků do trávicího traktu. Buďto formou popíjení (sipping), nebo nazoenterální sondou (nazogastrická, nazojejunální, nazoduodenální).

Sipping jsou nutriční drinky, které mají výhodu v tom, že jsou hned připraveny k užití, mají různé příchutě a přesně stanovené nutriční hodnoty. Správný sipping je popíjet výživu mezi jídly jako doplňující nutriční (Šachlová, 2011).

Parenterální výživou rozumíme výživu podávanou infuzemi do krevního řečiště. Využívá se při nefunkčním trávicím traktu. Je indikována vždy v perioperační péči. Může vyvolat remisi. Energetická potřeba je přibližně 25-30 kcal/kg/den. V akutní fázi onemocnění dochází k vysoké spotřebě energie v důsledku zánětu a teploty. Většinou se parenterální výživa aplikuje do centrálního žilního katetru, výjimečně do periferního žilního katetru.

V současnosti se k aplikaci výživy využívá systém all-in-one vaků, ve kterém jsou na celý den obsaženy všechny potřebné živiny. Tento vak obsahuje aminokyseliny, sacharidy, tuky, minerály, vitaminy a stopové prvky (Šachlová, 2011; Křemen, Kotrlíková, 2008).

Sondovou enterální výživu zavedeme, pokud perorální příjem živin není dostačující. Střevo je v tomto případě plně funkční. Je lepší sondu zavést dříve než později, jelikož při podvýživě je již neúčinná. Přípravky, které se aplikují do sondy mají vysoký počet kalorií (1-2 kcal/ml). Směs, která neobsahuje bílkoviny, má poměr sacharidů a tuků 60:40. Všechny směsi obsahují velké množství vitaminů a stopových prvků. Výživu sondou aplikujeme do žaludku buď bolusově, až 250 ml 5 - 8x denně, nebo přes pumpu pomocí gravitačního setu. Do tenkého střeva aplikujeme výživu kontinuálně přerušovaně (120-200 ml/h), nebo nepřerušovaně (20-120 ml/h). Do tenkého střeva smí přijít pouze sterilní výživa (Šachlová, 2011).

3.3.8 Chirurgická léčba

Lukáš, Dastych, Novotný, Prokopová, Zbořil (2012) uvádějí, že chirurgická léčba je nezbytná u 70-90 % pacientů s Crohnovou chorobou, ale bohužel u 90 % pacientů může nastat rekurence.

Smith a Harris (2014) říkají, že indikací k operaci může být odsátí abscesu, uzavření píštěle, roztažení striktur, odstranění postižené části střeva, nebo vytvoření kolostomie.

Při stenóze střeva je nutné provést ileocékální resekci. Pokud operátor během operace odhalí ještě větší postižení střeva, je nucen přejít k pravostranné hemikolektomii a ileo-transverso-anastomóze. To znamená, že operátor vyjme postižené části tenkého i tlustého střeva a zdravé střevo napojí zpět na jinou část střeva (Červenková, 2009). Resekát pravostranné hemikolektomie je vyobrazen na Obrázku 4.

Obr. 4 Resekát střeva postíženého Crohnovou chorobou



Zdroj: autor, pořízeno březem 2022

Šerclová, Ryska a kol. (2015) pro časopis Gastroenterologie a hepatologie uvádějí, že u pacientů se stenózou a zejména u pacientů se syndromem krátkého střeva se provádí takzvaná strikturoplastika. Jedná se o střevo šetřící alternativu resekce. Mezi další její výhody patří nízké riziko rozvoje sepse a nízké riziko recidivy onemocnění. Červenková (2009) dodává, že strikturoplastika probíhá tak, že operatér provede podélnou incizi ve stenóze, kterou následně příčně sešije, aby nedošlo ke zmenšení plochy tenkého střeva. Nedoporučuje se provádět při stenózách na tlustém střevě, jelikož je zde riziko vzniku karcinomu.

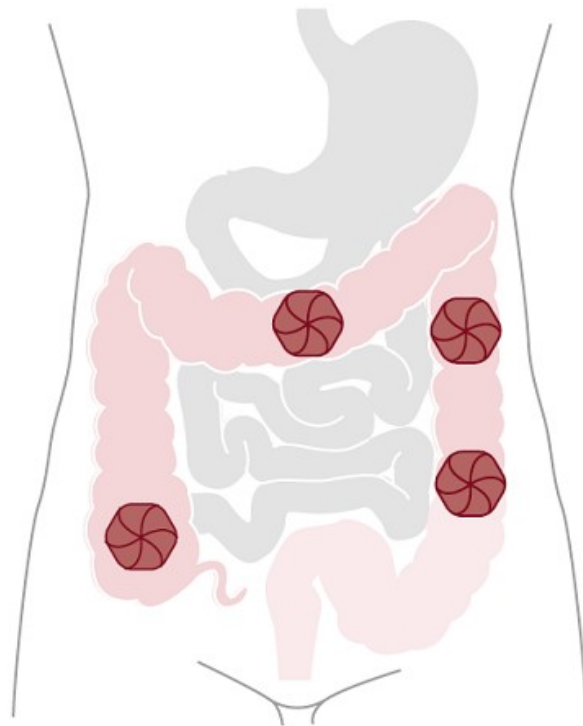
Píštěle a abscesy jsou řešeny drenáží. Znamená to, že se do útvaru zavede drén, který odvede obsah abscesu či píštěle. Drenáž brání návratu abscesů a je dlouhodobě účinná, pokud je ponechána měsíce až léta (Šerclová, Ryska a kol., 2015).

Pokud není možné během operačního výkonu provést anastomózu, pak se operatér uchyluje k vyvedení stomie. Konkrétně břišní stomie definuje umělý

vývod tenkého či tlustého střeva na povrch těla. Její funkcí je dočasně či trvale odvádět stolici a plyny ven z organismu. Dočasná se po zahojení zachovalé části střeva odstraní a provede se anastomóza, u trvalé anastomóza není možná. Dělíme jí podle toho, na kterém místě střeva je vyvedena (Zachová a kolektiv, 2010).

Kolostomie je vývod tlustého střeva, který se umístěním liší dle typu operačního výkonu. Na Obrázku 5 jsou znázorněny nejčastější místa vyvedení kolostomie. Kolostomie proto dělíme na: cékostomii, ascendentostomii, transverzostomii, descendentostomii a sigmoideostomii. Forma stolice je závislá na vzdálenosti stomie od konce střeva. Ke konci střeva je stolice nejtužší. (Zachová a kolektiv, 2010).

Obr. 5 Kolostomie a jejich nejčastější umístění



Zdroj: <https://www.lepsipecz.cz/pece-o-stomie/co-je-kolostomie> [cit. 10.4.2022]

Ileostomie je vývod tenkého střeva. Také jí můžeme dělit na duodenostomii a jejunostomii. Nachází se v pravém hypogastriu a stolice je oproti kolostomii řídká (Zachová a kolektiv, 2010).

3.3.9 Komplikace

Khatri (2020) dělí komplikace na lokální, které zasahují pouze střevo a systematické, které ovlivňují celé tělo. Další název pro systémové komplikace jsou mimostřevní komplikace.

Mezi lokální komplikace řadíme absces. Jedná se o prostor, který je vyplněn hnisem a způsobuje ho bakteriální infekce. Symptomy abscesu jsou otok, bolest, teplota a palpační citlivost (Khatri, 2020).

Dále sem podle Khatri (2020) patří průjem ze žlučových kyselin. Crohnova choroba nejčastěji postihuje terminální ileum a přesně tato část střeva absorbuje žlučové kyseliny, které v našem těle slouží k absorbování tuku. Pokud tento tuk nelze absorbovat, pak vzniká tento typ průjmu.

Malabsorpce a malnutrice znamená poruchu vstřebávání živin z potravy, což zajišťuje tenké střevo. Pokud dojde k jejich poruše, pak tělu hrozí podvýživa (Khatri, 2020).

Malnutrice dle Kohouta a kolektivu (2004) zhoršuje průběh onemocnění, prodlužuje relaps a může negativně ovlivnit výsledek operačního zákroku. Je žádoucí malnutrici odhalit včas a vybrat vhodnou léčbu buď dietou, nebo enterální či parenterální výživou.

Syndrom bakteriálního přerůstání znamená, že se plno pro organismus prospěšných bakterií dostane z tlustého střeva do střeva tenkého a toto způsobí potíže jako jsou: plynatost, průjem, hubnutí, bolest břicha (Khatri, 2020).

V neposlední řadě sem řadíme fisury neboli trhliny, které se vytvoří v oblasti konečníku a způsobí krvácení při průchodu stolice. Dále píštěle, což je označení pro kanálkovité propojení dvou částí střeva, nebo střeva a jiného orgánu (kůže, močový měchýř, pochva). Striktura znamená zúžení zesílené oblasti střeva. A jako poslední mezi lokální komplikace řadíme vyšší riziko vzniku nádoru střev (Khatri, 2020).

Mezi mimostřevní komplikace Faubion (2020) z Mayo Clinic řadí artritidu, jedná se o zánět kloubů, který se projevuje bolestí a omezenou hybností postiženého kloubu. U Crohnovy choroby se objevují tři typy artritidy. Periferní, která postihuje dlouhé kosti, axiální, jenž postihuje páteř a ankylozující spondylartritida aneb takzvaná Bechtěrevova nemoc, jejíž výskyt je u Crohnovy

choroby vzácnější. Druhou nejčastější mimostřevní komplikací jsou kožní problémy, jako jsou například vředy v ústech, erythema nodosum, pyoderma gangrenosum, nebo skin tags.

Dále Khatri (2020) tuto skupinu rozšiřuje o oční nemoci jako jsou zánět svrchní vrstvy bělimy, zánět bělimy a zánět žilnatky. V neposlední řadě uvádí onemocnění jater, kam řadíme hepatitidu, žlučové kameny, ztukovatění jater a zánět slinivky břišní.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Úvod do kazuistiky

Do praktické části své bakalářské práce jsem si zvolila zpracování případové studie, kterou jsem pojala formou detailního šetření. Zpracovala jsem kazuistiku jednoho pacienta, která je založena na informacích získaných z rozhovoru s pacientem, z vlastního pozorování a z analýzy zdravotnické dokumentace. Rozhovor probíhal v soukromí na pokoji pacienta a s jeho svolením jsem si celý dialog nahrála na diktafon a následně přenesla do písemné podoby. Rozhovor trval přibližně 20 minut. Pacientovi byla nabídnuta možnost zdržení se odpovědi na otázku, pokud by se mu zdála příliš osobní, nebo nepříjemná.

Výzkum probíhal v prosinci 2021 na standardním oddělení Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN, kde jsem od prosince 2021 do ledna 2022 plnila svou souvislou praxi. Po úvodním setkání s pacientem jsem mu předložila informovaný souhlas o provádění šetření a následně jsem zažádala paní náměstkyni pro ošetrovatelskou péči ÚVN-VFN Praha o souhlas se zpracováním bakalářské práce, který mi byl následně udělen a je vložen do Přílohy 1.

4.2 Rozhovor s pacientem

Rozhovor jsem konstruovala na základě modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon. Tento model je zaměřen na 12 oblastí udržujících zdraví a myslím, že mi posloužil jako vhodné vodítko k utřídění si otázek, na které jsem se chtěla pacienta otázat.

Zpracování rozhovoru jsem pojala formou přímé citace, jelikož jsem nechtěla narušit dynamiku a autentičnost rozhovoru. Z toho důvodu nenahrazuji použité hovorové výrazy spisovnými. Zároveň jsem během rozhovoru pacienta pozorovala a do přepsaného rozhovoru jsem začlenila i svůj objektivní názor na pacienta v souvislosti s jednotlivými oblastmi.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Jaká byla a je úroveň Vašeho zdraví? Prodělal jste v posledním roce nějaká nachlazení? Měl jste z důvodu pobytu v nemocnici v zaměstnání absence?

Kouříte, pijete alkohol? Kdy a jak se projevilo Vaše onemocnění? Jaký byl Váš život před onemocněním?

M.K.: „*No, teď je to jakože lepší. Jak bych to řekl...když jsem ho (pozn. autora: Crohnovu chorobu) dostal, bylo to problematický. Úbytek váhy, nechut' k jídlu, bolesti spojené prostě s tím břichem. Prostě takové to, že když jsem se najedl, tak velký tlaky, dělaly se mi boule na břiše. Takže paráda no. Jiné nemoci nemám a žádné nachlazení jsem neprodělal. No absence byly, pak jsem kvůli tomu musel skončit, pak jsem dva roky marodil, takže jsme se dohodli na výpovědi dohodou. Kouřím jako málo, když to řeknu, tak pět denně. Onemocnění se projevilo v 97 roce a začalo to nechutenstvím k jídlu, bolestmi břicha, pak jsem přestal i tekutiny. Léčili mě, jakože na střevní chřipku, protože v té době to nebylo ještě tak populární. Takže jsem se dostal do Vinohradský nemocnice, tam mi dali diagnózu Crohn, vzali mi 43 cm toho přechodu z tenkého střeva na tlusté a do roku 2013 jsem se cítil zdravý. Žádné bolesti, prostě nic. Prostě ten Crohn byl jako uléčen. V tom roce 2013 během měsíce začaly bolesti, křeče a zjistil se zánět na tenkém střevě. Takže mi zase udělali zkrácení tenkého střeva, tam nevím, kolik brali. Skončil jsem s vývodem, pak jsem měl zanoření toho vývodu no a to bylo neúspěšný, protože jsem se dostal domů na jeden den a prasklo to v tom spoji, otevřel se vývod, takže po dvou letech umělého vývodu. Je to takový...s tím vývodem já jsem nebyl sžitý, takže je to dobrý. Akorát ty bolesti toho břicha teď poslední tři roky přetrvávají, není to nic hrozného, ale bolí to. Před onemocněním byl můj život strašně aktivní. Hrál jsem trošku fotbal, nějaký rybaření jsem dělal, jezdil na kole a prostě jsem žil normálním životem jako aktivní člověk.“*

Objektivně: pacient si je plně vědom svého onemocnění a působí, že je smířen se svým stavem.

2. Výživa a metabolismus

Kolik vážíte a měříte? Pozorujete v posledních 3 měsících úbytek na váze? Máte chuť k jídlu? Držíte dietu? Sníte celou porci? Kolik vypijete denně tekutin? Máte na kůži nějaké defekty, nebo poranění?

M.K.: „*Vážím 48,3 kg a měřím 183 cm, takže během toho střídavého pobytu od srpna tady jsem přibral 10 kg. Teď mi váha spíš narůstá. Teď mám ohromnou chuť k jídlu. Jako to tělo si vyžaduje hodně a mám chuť na všechno.*

Ted' držím stomickou dietu, takže bezezbytkovou, někdy to poruším, ale tak jako...Držet tu dietu je těžký, je to i nákladné. Prostě furt kuřecí maso nějak na oleji udělat no. Nedá se to ošidit, protože pak to má následky. Ano, porci sním celou. Denně vypiju tak 2,5 litru tekutin. Mám akorát ty vývody na tom břiše.“

Objektivně: Pacient je velmi kachektický. Má chuť k jídlu a sám si hlídá příjem a výdej tekutin. Je patrné, že je nedůsledný v dodržování bezezbytkové diety. Kromě vývodů má pacient také velmi suchou kůži na patách.

3. Vylučování

Máte pravidelnou stolici? Máte nějaké potíže při vyprazdňování stolice? Nemáte nějaké problémy při močení? Potíte se nadměrně?

M.K.: „*Stolici pravidelnou nemám, je to spíš nárazový. Někdy víc, někdy míň. Potíže při vyprazdňování stolice nemám. Problémy při močení jsem míval minulý rok, kdy mi natékala prostata. Když jsem potřeboval čurat, tak se mi udělala boule a nešlo to. K ránu se potím nadměrně.“*

Objektivně: Pacient má vyvedenou stomii. PMK momentálně nemá.

4. Aktivita, cvičení

Máte dostatek síly a energie, nebo se cítíte unaven? Cvičíte? Jak trávíte svůj volný čas?

M.K.: „*No ted' se cítím unaven, ale snažím se být aktivní, abych to tělo rozhýbal. Tam jde o to, že jak byl ten úbytek váhy, tak nejsou svaly, takže člověk se z plných sil snaží něco ujít. Vždycky se někam dostanu, jdu se projít po chodbě. No ale je to náročný na ty nohy, protože ten svalový úbytek byl hodně velký. Cítím, že síla mi narůstá a je to lepší. Ted' cvičím chůzi, snažím se být aktivní. Chodím se projít tak 2 - 3x dopoledne a odpoledne tak 3x, takže 6 procházek za den. Svůj volný čas mimo nemocnici trávím se synem na hřišti.“*

Objektivně: Pacienta často vidám na chodbě během jeho procházek. Sám si dojde i na toaletu a do sprchy.

5. Spánek, odpočinek

Jak se Vám spí? Cítíte se odpočatě po spánku? Máte potíže s usínáním? Budíte se v noci? Jakým způsobem relaxujete?

M.K.: „*Ted' se mi spí docela špatně. Je to tím pobytem v nemocnici, protože už jsem tu 3 měsíce a je to únavný. Po spánku se cítím odpočatě, když se*

vyspím dobře. Tady v nemocnici spím tak 5-6 hodin. Potíže s usínáním mám velké, kvůli bolesti nohy, ze které mi transplantovali štěp na břicho. V noci se častokrát budím. Relaxuju hlavně spánkem, někdy si něco přečtu, nebo u televize. “

Objektivně: Pacient má naordinována hypnotika a analgetika. O obě skupiny léků si před spaním pravidelně říká.

6. Vnímání, poznávání

Používáte nějaké kompenzační pomůcky, jako jsou brýle, naslouchátko, zubní protéza či hůl? Chodíte pravidelně na lékařské prohlídky?

M.K.: *„Žádné pomůcky nemám. Na lékařské prohlídky chodím pravidelně.“*

Objektivně: Pacient nepoužívá kompenzační pomůcky. Na preventivní lékařské prohlídky chodí pravidelně.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Jak se cítíte? Jak zvládáte své onemocnění? Existuje nějaká komunita lidí s Crohnovou chorobou? Změnil se Váš život z důvodu onemocnění? Máte strach, úzkost?

M.K.: *„Jsem smířený s tím, že ta nemoc je, takže tu psychiku mám jako docela odolnou. Když jsem se v 18 letech dozvěděl o své diagnóze, tak to bylo takové problematické. Nevěděl jsem, co bude. No a pak jsem se zase bál, když se mi narodil syn, jestli bude zdravý. To bylo takové psychicky náročné. Ted' už vím, že je to dobrý, je mu sedm let, takže tam nejsou známky tady toho prevíta, tak je to dobrý. Ale jinak to jako беру sportovně. Prostě mám Crohna a co se na tom budu utápět, prostě stresovat. Já znám dva lidi, co ho mají a ty to ještě sekají práškama. Já jsem takovej, že to mám prostě v tom hrozném stádiu už. Snaží se (pozn. autora: lékaři), lepi to dohromady, ono se to rozpadá. Prostě je to takové jako náročné i pro ty doktory se mnou. Existuje komunita. Píšeme si na facebooku, tam jsou ty rady, někdo to tam dává. Nějaký ty tipy na potraviny, nebo když jsou problémy s nalepením toho sáčku na stomii, tak nějaký rady. Takže sem tam se tam mrknu. Jsou tam i ty aktivity, kde ty lidi dávají fotky, že jsou někde támhle u vody a tak, aby se lidi nebáli a necítily se sami. Takže já to беру sportovně. To jako že mám pytlík, tak si jen zaběhnu dolů bez trička a netrápí mě to. Jsem s tím*

smířený prostě, nemůžu se na tom utápět, to bych byl sám proti sobě. Tahle nemoc mě v životě trochu přibrzdila, jak v soukromém životě, tak i v pracovním.“

Objektivně: Pacient se zdá psychicky stabilní a velmi vyrovnaný. Vše bere s nadhledem. Během rozhovoru na mě působil klidným dojmem.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlíte sám, nebo s rodinou? Bydlíte v bytě, nebo v rodinném domě? Jaké je Vaše zaměstnání? Omezuje Vás vaše onemocnění při práci? Pokud ano, v čem? Máte děti? Jak rodina prožívá Vaše onemocnění a hospitalizace v nemocnicích?

M.K.: *„Bydlím s rodinou. Bydlíme v rodinném domě. Ted' jsem invalidní důchodce, ale předtím jsem byl zámečník. Onemocnění mě omezovalo při práci. Stávalo se mi třeba, že se mi přicpávalo střevo, takže jsem marodil a byl jsem třeba 14 dní doma, nebo jsem byl hospitalizovaný. Dávali do mě nějaký kortikoidy, aby ten zánět rozehnali, takže jako párkrát se to stalo. Mám syna. Rodina mi docela pomáhá psychicky, ale ted' během Covidu je to těžší. Jako setkáme se na chodbě před oddělením, ale je to těžký. Syna jsem viděl jednou za čtyři měsíce, takže to je docela psychicky náročné.“*

Objektivně: Pacient bydlí s přítelkyní a synem, kteří jsou pro něj velkou psychickou oporou. Pracoval jako zámečník, momentálně je v invalidním důchodu.

9. Sexualita, reprodukční činnosti

Měl jste někdy onemocnění pohlavních orgánů? Máte, nebo jste v minulosti měl nějaké potíže s reprodukční činností či sexuální chutí?

M.K.: *„Onemocnění pohlavních orgánů jsem nikdy neměl. Potíže s reprodukční činností žádné nemám.“*

Objektivně: Toto byla pro obě strany lehce nekomfortní otázka, tudíž jsem se dále nevyptávala.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Vyskytla se ve Vašem životě v posledních 2 letech nějaká větší změna? Kdo Vám nejvíce pomáhá při řešení životních problémů? Prožíváte nějaké napětí či stres? Pokud ano, jak takové situace zvládáte?

M.K.: *„Býval jsem náladový. Člověk je prostě někdy podrážděný. Když mi stomie třeba nedorží, tak buďto propadám zoufalství, nebo je člověk vzteklý, že*

prostě to nejde, ale tak nějak se s tím člověk musí vyrovnat. Nejvíce mi pomáhá přítelkyně. Jsem s tím smířený, takže ten stres tam není.“

Objektivně: Tím, že je pacient postižen Crohnovou chorobou už přes 20 let, tak již nemá prostor na stres či napětí. Vše bere s nadhledem.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Jste věřící? Jaké máte plány do budoucna?

M.K.: *„Nejsem věřící. Chtěl bych třeba, aby se obnovila ta kontinuita zpátky, ale nedávám tomu naději, protože člověk by se na to upoutal a pak by byl zklamaný.“*

Objektivně: Pacient má určitou naději, ale nechce se na ní upínat.

12. Jiné

Je něco dalšího, co byste rád sdělil?

M.K.: *„Nejhorší je ten pobyt v té nemocnici, to člověk propadá té psychické nepohodě. Je to prostě zátěž. Teď mi svítla naděje, že půjdu domů, ale zase mi ji zkazili. Nebo že mě budou třeba překládat. Tak se budu aspoň snažit do Vánoc třeba na propustku, protože bych chtěl se synem oslavit Vánoce. A bydlím tak 200 metrů za nemocnicí v Roudnici nad Labem, takže bych to chtěl uhrát, že bych tam chodil na ambulantní převaz té nohy. Ale záleží na doktorech.“*

Objektivně: Pacient by se rád vrátil domů, ale je si vědom toho, že to asi nebude možné. Proto by alespoň rád strávil svátky se svým synem.

4.3 Přehled hospitalizace

Pan M.K. byl k hospitalizaci v ÚVN-VFN Praha přijat cestou Emergency 30.8. 2021 ve večerních hodinách z důvodu celkového zhoršení stavu a minerálový rozvrat. Následně byl přijat na Oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu. 30.11. 2021 byl ve stabilizovaném stavu přeložen na JIP Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN. 9.12. 2021 byl pacient přeložen na standardní oddělení Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN.

4.3.1 Anamnéza

Lékařská anamnéza

Jméno: M.K.

Datum narození: 1981

Rodinná anamnéza: matka – zdravá, otec – zdravý, sestra – zdravá, syn – zdravý

Osobní anamnéza: prodělal běžná dětská onemocnění

Morbus Crohn – dg. 1997, terapie: Pentasa, kortikosteroidy, přechodně i Imuran

- 1997 – st. p. apendektomii s pravostrannou hemikolektomií + resekce 40 cm terminálního ilea, pravděpodobně včetně Bauhinské chlopně
- 2013 – založení axiální ileostomie pro stenožující a fistulující formu s rozvojem ileosního stavu
- 07/2013 – v plánu zanoření ileostomie, nicméně pro peroperační nález abscesů a krytou perforací střevní kličky provedena ileocekální resekce, VAC, opakovaně drenáže abscesů
- 07/05/2019 – st. p. operační revizi pro ileus s provedením resekce ilea, okluze fistulí a ileo-transverzostomie
- 29/09/2020 – obnova kontinuity GIT (ITA)
- 07/10/2020 – akutní revize dutiny břišní pro selhání ITA, terminální jejunostomie
 - o st. p. akutní peritonitidě při selhání ITA 10/2020, komplikováno septicko-hemoragickým šokem
- 11/2020 – st. p. Tx dermoepidermálního štěpu z P stehna k uzavření laparostomie
- 01/2021 – st. p. katetrové candidové sepsi – Braviac katetr
- 01-02/2021 – st. p. bilaterální candidové sepsi, resp. selhání, nutnost UPV

Syndrom krátkého střeva – těžká malnutrice, kachexie

Neuromyopatie

Anémie

Noncompliance

Alergie: nejuje

Sociální anamnéza: žije s přítelkyní a synem v rodinném domě

Pracovní anamnéza: bývalý zámečník, momentálně nezaměstnán

Farmakologická anamnéza: Loperon 1-1-1, NaCl tbl 2-2-2, Frič. Kapsle 1-1-1, Kalnormin 1-0-1, Probio-Fix 1-1-1, Mirtazapin 15mg 0-0-0-1 při nespavosti, Plasmalyte, Olimel

Abúzus: kuřák (10 cigaret/den, nyní perioperačně max 2-3), alkohol příležitostně
Nynější onemocnění: 40letý pacient s Mb. Crohn a anamnézou opakovaných chirurgických výkonů z důvodu problematického hojení a četných komplikací. Nyní se syndromem krátkého střeva a vyvedenou jejunostomií. 26.10. 2021 bylo provedeno zanoření stomie a adheziolýza. Pooperační průběh se zkomplikoval krvácením s rozvojem hemoragického šoku. Při revizi DB pro obtížně ošetřitelnou perforaci bylo resekováno 40 cm tenkého střeva, založena jejunoileoanastomoza a vyvedena terminální ileostomie. Pacient napojen na UPV a s oběhovou podporou přijat k další péči na KARIM RES. Zde pokračovala komplexní terapie, podpora orgánových funkcí, prováděny opakované chirurgické zákroky a ošetření open abdomen, podávána cílená antimikrobiální terapie. 3.11. 2021 založena rePDTS. Postupně se stav stabilizoval, úspěšný weaning završen 26.11. 2021 dekanylací. Pacient zpočátku živen plně parenterálně pro dysfunkci GIT, posléze kombinovaně i cestou NJS a obnoveného p.o. příjmu. Orgánové funkce jsou stabilní, obtížně řešitelné je dosažení analgésie (zavedena kontinuální epidurální analgésie + bolusově podávány NSAID a opioidy). Pacient s těžkou tachyfyxií a psychickou nadstavbou. 30.11. 2021 pacient ve stabilizovaném stavu přeložen na JIP Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN.

Fyzikální vyšetření

Váha: 45 kg

Výška: 183 cm

Krevní tlak: 120/60 mmHg

Puls: 80/min.

Dech: 16/min.

Tělesná teplota: 36.4 °C

BMI: 13,44 (těžká podvýživa)

Objektivně:

Celkový stav: pacient je při vědomí a plně orientovaný. Bez ikteru, dušnosti a cyanózy. Je afebrilní a kardiopulmonálně kompenzovaný. Stav výživy a hydratace dobrý. Psychický stav bez alterace. VAS 3.

Hlava, krk: bez neurologického deficitu. Štítná žláza a krční uzliny nejsou zvětšené, hrdlo je klidné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu. Tracheostomie neuzavřena. NJS in situ.

Hrudník: symetrický, dýchání bilaterálně čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů, poklep plný, jasný. Akce srdeční pravidelná, ozvy 2, ohraničené. Okolí CŽK je klidné.

Břicho: laparostomie krytá a bez prosaku, v ráně po jejunostomii enterální kontaminace. Stomie vitální, odvedla 3500 ml zahuštěného enterálního obsahu. Kůže iritovaná, zarudlá, břicho palpačně difuzně citlivé.

DKK: bez otoků, pulzace jsou hmatné bilaterálně.

Invazivní vstupy:

CŽK – ve vena subclavia l. dx. – 3W od 21.11. 2021, tunelizovaný na hrudník, poloha ověřena

PMK – Fr16 od 26.11. 2021

NJS – od 16.11. 2021

EDK – Th10/11 od 5.11. 2021, tunelizován, fixace na 14 cm

Ošetrovatelská anamnéza

Při psaní ošetrovatelské anamnézy jsem se inspirovala dokumentem vytvořeným Ústřední vojenskou nemocnicí – Vojenskou nemocnicí Praha.

Ošetrovatelskou anamnézu jsem odebrala 17.12.2021, tudíž v den mého prvního kontaktu s pacientem. Pacient M.K. byl na standardní oddělení Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN přeložen 9.12. 2021.

Pacient komunikuje bez omezení. Je orientován časem, místem i osobou. Emočně působí klidně, není nutno kontaktovat psychologa. Dýchá bez problémů, spánek udává narušený z důvodu bolesti operační rány. Alergie neguje. Bolest má chronickou, jako lokalizaci udává levou dolní končetinu, konkrétně stehno. Intenzitu bolesti, dle stupnice VAS hodnotí pacient 5. pacient je pouze lehce závislý na pomoc druhých v případě výměny stomického sáčku. Zvládá výměnu zcela sám, ale někdy potřebuje asistenci. Pacient nemá žádný významný handicap,

ani nepotřebuje speciální pomůcky. Pan M.K. váží 48,3 kg a měří 183 cm. BMI má 14,42, tudíž je výrazně podvyživen. Za pacientem dochází na konzultace nutriční terapeut. Nemá problémy s močením, proto nemá zaveden permanentní močový katetr. Na toaletu si zvládne dojít sám. V ráně po jejunostomii se mu vytvořila píštěl. Pacient má vyvedenou ileostomii, která odvádí velké množství odpadu. Změny na kůži jsem nezaznamenala. Pacient má od 15.12.2021 zaveden PICC. Podle Morseho má pacient nízké riziko pádu. Dle stupnice Nortonové nemá pacient riziko vzniku dekubitů, ale vzhledem k jeho kachexii je nutná zvýšená prevence jejich vzniku. Pacient byl edukován stomickou sestrou a nyní za ním dochází nutriční terapeut. Při překladech na oddělení byl pacient informován o svých právech, o identifikaci, signalizaci, chodu oddělení a o umístění jednotlivých místností. V případě propuštění pacient bude vyžadovat asistenci rodiny při vykonávání běžných aktivit denního života.

Vyplněný formulář ošetřovatelské anamnézy je vložen do Přílohy 2.

4.3.2 Lékařské diagnózy

K638 – Jiné určené nemoci střeva

K51.0 – Mb. Crohn

- jejunostomie, syndrom krátkého střeva

A41.8, R57.2, R65.1 – Nitrobřišní katastrofa

- hemoragický šok
- mnohočetné perforace střeva

K65.0 – Peritonitis acuta

K56.0 – Porucha pasáže horního GIT

- st. p. opakovaných aspirací žaludečního obsahu anamn.

J96.00 – Respirační insuficience, UPV

Z93.0 – Retracheostomie

Dekubitus sakra I. stupně

Antierytrocytární protilátky anamn.

Infekce krevního proudu (katéťrová)

4.4 Průběh hospitalizace

V následující kapitole bych ráda propojila své poznatky z vlastního pozorování při péči o pacienta doplněné o informace získané z pacientovy dokumentace.

O pacienta M.K. jsem pečovala od 17.12.2021 do 19.12.2021. na standardním oddělení Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN.

17.12.2021 – 18. hospitalizační den, 5. pooperační den

Pacient je dnes orientován osobou, místem i časem. Je chodící, spolupracující a soběstačný. Dýchá klidně, bez distančních dechových fenoménů. Je výrazně kachektický, bledý. V ráně po jejunostomii (vlevo) vznikla píštěl, která odvedla 200 ml vazkého obsahu, ileostomie (vpravo) odvedla za den 2200 ml do sběrného sáčku s větším objemem (ropovod), krytí ran je suché. DKK bez známek TEN, močí volně.

Subjektivně si pacient stěžuje na bolest stehna. Appetit k jídlu má. Odpady ze stomií se snižují – za dnešek 2200 ml. Psychicky se cítí klidný, bez depresí. Je smířen se svou nemocí.

Po probuzení pacienta byla noční směnou provedena kontrola vitálních funkcí a invazivních vstupů. Pacient má na tento den naordinováno měření FF pouze ráno:

TK: 111/73 mmHg TT: 37,8 °C

P: 92'/min D: 16'/min

Před servírováním snídaně byla podána ranní medikace dle ordinace lékaře. Přehled veškeré medikace na tento den uvádím v Tabulce 3. Pacient je soběstačný, proto snídani snědl vsedě na lůžku. I přestože je pacient soběstačný, tak je u něj nutnost hlídat přísné ústavní diety a dodržování zákazu konzumace jakýchkoliv potravin či nápojů donesených zvenčí. Po snídani je dle harmonogramu oddělení čas na hygienu. Pacient si dokáže hygienu provést sám v koupelně. Byl informován, že v případě potíží zazvoní na zvonek, který přivolá sestru.

Tabulka 3 Seznam medikace na 17.12.2021

Medikace perorálně		
Cipralex	10 mg tbl	1-0-0
Ortanol	20 mg cps	1-0-0
Pregabalin Mylan	75 mg cps	1-0-1
Medikace intravenózně		
Ondansetron Accord	2 mg/20 ml FR i.v.	1-1-1
Paracetamol Accord (při VAS 2-5)	10 mg/ml	1-1-1-1
Isolyte	1000 ml i.v.	6 h.
Medikace subkutánně		
Thiamin	50 mg s.c.	1-1-1
Clexane	40 mg s.c.	0-0-0-1 (ve 21:00)
Ostatní medikace		
Tramal (při VAS>5)	50 mg/100 ml FR i.v.	1-1-1
Antibiotická terapie		
Anidulafungin Accord	100 mg i.v.	0-2-0

Zdroj: autor – inspirace z dekurzu ÚVN-VFN Praha [cit. 19.4.2022]

Dne 10.12.2021 byl na operačním sále proveden výkon přenesení kožního štěpu z levého stehna na břicho. Kolem desáté hodiny ranní proběhl plánovaný převaz operační rány na lůžku. Proveden lékařem za asistence sestry. K tomuto převazu se současně prováděla výměna sekundárního krytí v místě odběru štěpu. Při převazu břicha bylo z rány sejmuto krytí, rána byla propláchnuta Prontosanem a kryta Inadine mřížkou, následně byla rána zakryta sterilním krytím.

Pacient má od 15.12.2021 zaveden PICC, předtím měl CŽK, který byl odstraněn a jehož konec byl odeslán k mikrobiologickému vyšetření, které ukázalo na přítomnost infekce. Pacient měl CŽK přibližně 3 týdny. Tento problém rozvedu detailněji níže v kapitole.

Po podání polední medikace a oběda se pacient dle jeho zvyklostí chodí procházet po oddělení.

Edukace

Dle záznamu vrchní sestry byl pacient opakovaně poučován o nutnosti přísného dodržování diety a zákazu konzumace potravin donesených odjinud. Také je pacient opakovaně upozorňován, aby si nesahal na stomický sáček a nijak s ním nemanipuloval. Na obě tato upozornění pacient nedbá. Výměnu sáčku umí pacient provést sám. Dále je pacient informován o dostatečném příjmu tekutin. Je mu pravidelně doléván čaj a příjem tekutin je doplněn infuzní terapií.

Rehabilitace

Pacient má naordinovanou pravidelnou vertikalizaci, aktivní a pasivní rehabilitaci na lůžku a dechovou rehabilitaci. V rámci prevence TEN jsou mu podávána antikoagulancia a tekutiny.

Ošetrovatelské diagnózy

Riziko infekce

Ošetrovatelské cíle:

- Minimalizovat riziko vzniku infekce

Plán ošetrovatelské péče:

- Pravidelná kontrola invazivních vstupů
- Pravidelná kontrola a převaz operační rány
- Pravidelná kontrola tělesné teploty
- Pravidelná hygienická dezinfekce rukou
- Dodržování aseptických podmínek při převazu rány

Realizace:

Péče o operační ránu i invazivní vstup probíhala vždy za aseptických podmínek.

PICC

Den: 3.

Krytí: Tegaderm folie (3.den), clave (3.den)

Hodnocení: funkční, okolí vstupu bez známek infekce

Před zavedením PICC měl pacient zaveden CŽK (v. subclavia l. dx., tunelizovaný, TRIO), který byl 16.12.2021 vyjmut z důvodu začervenání v oblasti vstupu. Konec katétru byl odeslán k mikrobiologickému vyšetření, kde došlo

k pozitivnímu nálezu *Staphylococcus haemolyticus*. Následně byla pacientovi dle stanovené kultivace a citlivosti nasazena cílená antibiotická terapie.

OPERAČNÍ RÁNA

Jak uvádím výše, tak dnes dopoledne byly provedeny dva převazy. Další je naplánován na 19.12.2021. Pacient si stěžuje na bolest levého stehna (VAS 3, bolest neurčitá), analgetika s efektem.

Zároveň pro rány i invazivní vstup platí ***riziko krvácení***, kterému se snažíme předcházet pravidelnou kontrolou vitálních funkcí. Kontrolujeme také prosak krytí. Riziko krvácení také hrozí i z důvodu podávání antikoagulancia (Clexane).

Zhodnocení:

CŽK byl vyjmut a pacient je nyní léčen antibiotiky. Byl zaveden nový vstup, který je pravidelně kontrolován a momentálně je bez začervenání a bez bolesti. Rána na LDK je po převazu klidná a bez prosaku. Bolest končetiny je léčena analgetiky dle ordinace lékaře. Štěp na břicho se přihojil bez komplikací.

Výživa

Ošetrovatelské cíle:

- Dosáhnout toho, aby pacient dodržoval stanovenou dietu

Plán ošetrovatelské péče:

- Opakovaná edukace pacienta o rizicích spojených s nedodržením diety
- Edukace příchozích návštěv o nutnosti ukázněnosti pacienta při dietě

Realizace:

Vzhledem k omezení návštěv na oddělení z důvodu protiepidemiologických opatření bylo nutno provést rozhovor s rodinou pacienta mimo prostory oddělení. Tento rozhovor se týkal zákazu donášky nevhodných potravin a nápojů, kvůli nutnosti dodržování diety. Pacient má v rámci diety naordinován také sipping. Pravidelně sledujeme stav kůže. Pacient má kvůli kachexii větší riziko vzniku dekubitů, proto jsme v tomto ohledu také obezřetní.

Zhodnocení:

Pacient navštěvuje nemocniční kantýnu i přes zákaz lékaře. Chut' k jídlu přítomna. Stomie z důvodu konzumace nevhodných potravin večer odvádí více. Během večera a noci se pacientovi stomický sáček několikrát odlepí a obsah

prosakuje do rány na břicho. Sestra sáček vymění a po dohodě s lékařem ránu převáže.

Riziko bolesti

Ošetrovatelské cíle:

- Prevence vzniku bolesti
- V případě již vzniklé bolesti, co nejúčinněji tlumit

Plán ošetrovatelské péče:

- Podávat pacientovi analgetika dle ordinace lékaře

Realizace:

Během dne udává pacient bolest 0 dle škály VAS. Večer kolem 20 hodiny pacient udává bolest intenzity 3 dle škály VAS. Udává neurčitou bolest v oblasti odběru štěpu na levém stehně. Po podání analgetik dle ordinace lékaře začne bolest v následujících hodinách ustupovat. Pacient ráno udává bolest dle stupnice VAS 0.

Zhodnocení:

Po podání analgetik přichází úleva (VAS 0). Na noc si pacient přeje hypnotika z důvodu narušeného spánku. Ta mu jsou po přivolání lékaře dopsána do dekurzu a podána. Po těchto lécích pacient klidně spí.

18.12.2021 – 19. hospitalizační den, 6. pooperační den

Pacient je dnes opět plně orientován, dýchání je klidné a bez fenoménů. Je chodící, spolupracující a soběstačný. Bledost kůže přetrvává. Výrazně kachektický. Krytí ran je dnes bez prosaku (včera převaz na lůžku). sekrece z píštěle se dnes snížila na 60 ml/den. Ileostomie do sáčku odvedla 3000 ml enterálního obsahu, tudíž se množství v porovnání se včerejším dnem zvýšilo. Pacient je po nasazení ATB již bez teplot. DKK jsou bez známek TEN a moč odchází volně.

Subjektivně pacienta bolí oblast odběru štěpu na LDK. Appetit k jídlu je přítomen. Pacient se cítí klidně a vyrovnaně.

Pacient byl ráno probuzen noční směnou pro kontrolu vitálních funkcí, prosaku rány a pro odběr hemokultur. Lékař u tohoto pacienta naordinoval měření vitálních funkcí pouze ráno. Pacient měl kolem šesté ráno naměřené tyto hodnoty:

TK: 81/49 mmHg

TT: 36,1 °C

P: 90'/min

D: 15'/min

Po odběru a předání směny mezi sestrami byla podána ranní medikace dle ordinace lékaře. V seznamu podávané medikace došlo k několika změnám. V Tabulce 4 uvádím seznam medikace na tento den.

Tabulka 4 Seznam medikace na 18.12.2021

Medikace perorálně		
Ciprallex	10 mg tbl	1-0-0
APO-OME	20 mg cps	1-0-0
Pregabalin Mylan	75 mg cps	1-0-1
Oxazepam	10 mg tbl	0-0-0-1
Medikace intravenózně		
Ondansetron Accord	2 mg/20 ml FR i.v.	1-1-1
Paracetamol Accord (při VAS 2-5, TT nad 37,5 °C)	10 mg/ml	1-1-1-1
Isolyte	1000 ml i.v.	6 h.
Medikace subkutánně		
Thiamin	50 mg s.c.	1-1-1
Clexane	40 mg s.c.	0-0-0-1 (ve 21:00)
Ostatní medikace		
Tramal (při VAS>5)	50 mg/100 ml FR i.v.	1-1-1
Antibiotická terapie		
Fluconazol Kabi	2 mg/ml i.v.	0-2-0

Zdroj: autor – inspirace z dekurzu ÚVN-VFN Praha [cit. 24.4.2022]

Změna v medikaci nastala v tento den dopoledne po obdržení výsledků hemokultur, kde vyšlo najevo, že pacient má rezistenci na ATB Anidulafungin Accord. Lékař tedy nasadil nová ATB – Fluconazol Kabi. Také došlo ke změně Ortanolu, 20 mg za APO-OME, 20 mg, a to z důvodu vyčerpání zásob Ortanolu. Tyto dva léky patří so stejné lékové skupiny blokátorů protonové pumpy, tedy léky proti překyselení žaludku. Jelikož si pacient včera večer stěžoval na problematické spaní, tak mu lékař do dekurzu dopsal Oxazepam, který sestry pacientovi podají při nespavosti.

Po podání polední medikace a obědě se pacient šel procházet po chodbě, jako už má ve zvyku. Dnes nebyl naordinován převaz rány na břicho, pouze pokud by došlo k netěsnosti stomických pomůcek. Převaz rány na stehně proběhne zítra.

Edukace

Pacient je opět poučen o nutnosti přísného dodržování stanovené diety a o zákazu konzumace potravin donesených zvenčí. Na poučení nedbá. Také je pacient opakovaně upozorňován, aby si nesahal na stomický sáček a nijak s ním nemanipuloval. Na toto upozornění pacient také nedbá a nadále na sáček sahá a manipulací způsobuje jeho časté odlupování. Během noci musel personál sáček několikrát měnit z důvodu odlepení. Pacient zvládá vypouštění sáčku sám a při výměně dopomáhá personálu. V neposlední řadě je pacient edukován o dostatečném příjmu tekutin. Tekutiny jsou mu pravidelně dolévány a příjem je také doplněn o infuzní terapii.

Rehabilitace

Pacient má naordinovanou pravidelnou vertikalizaci, aktivní a pasivní rehabilitaci na lůžku a dechovou rehabilitaci. Pacient pravidelně rehabilituje procházkami po chodbách. Dále jsou pacientovi podávána antikoagulancia jako prevence TEN.

Ošetrovatelské diagnózy

Riziko infekce

Ošetrovatelské cíle:

- Minimalizovat riziko vzniku infekce

Plán ošetrovatelské péče:

- Pravidelná kontrola invazivních vstupů

- Pravidelná kontrola a převaz operační rány
- Pravidelná kontrola tělesné teploty
- Pravidelná hygienická dezinfekce rukou
- Dodržování aseptických podmínek při převazu rány

Realizace:

Péče o operační ránu a invazivní vstup probíhala vždy za aseptických podmínek. Operační rána se převazuje jen když stanoví lékař, nebo dojde k prosaku, či pokud dojde k odlepení stomického sáčku a jeho obsah zinfikuje operační ránu.

PICC

Den: 4.

Krytí: Tegaderm folie (4.den), clave (4.den)

Hodnocení: funkční, okolí vstupu bez známek infekce

Ráno se z PICC provedl odběr na hemokultury. PICC má oproti CŽK menší riziko vzniku infekce.

OPERAČNÍ RÁNA

Dnes večer je proveden převaz operační rány na břicho z důvodu podtečení stomie. Rána byla opláchnuta Prontosanem, následně byla na ránu položena Inadine a přes ní sterilní krytí. Další převaz rány na břicho bude proveden dle potřeby a převaz rány na LDK je naplánován na 19.12.2021.

Pro rány i invazivní vstup platí **riziko krvácení**. Tomuto riziku se snažíme předcházet pravidelnou kontrolou vitálních funkcí a prosaku krytí na ráně. Riziko krvácení také hrozí i z důvodu podávání léků na ředění krve.

Zhodnocení:

Nově zavedený invazivní vstup je pravidelně kontrolován a dnes je bez začervenání, bez bolesti a bez otoku. Rána na LDK je klidná a bez prosaku. Rána na břicho je večer převázána a od té doby klidná a bez nutnosti dalšího převazu.

Výživa

Ošetrovatelské cíle:

- Dosáhnout toho, aby pacient dodržoval stanovenou dietu

Plán ošetrovatelské péče:

- Opakovaná edukace pacienta o rizicích spojených s nedodržováním diety

- Edukace příchozích návštěv o nutnosti ukázněnosti pacienta při dietě

Realizace:

Při servírování každého jídla pacientovi připomínáme důležitost dodržování diety. Rozhovor s rodinou bylo nutné provést mimo prostory oddělení, z důvodu protiepidemiologických opatření. Tento rozhovor se týkal zákazu donášky nevhodných potravin a nápojů, kvůli nutnosti dodržování diety. Pacient má v rámci diety naordinován také sipping. Pravidelně kontrolujeme stav kůže. Pacient má kvůli kachexii větší riziko vzniku dekubitů, proto jsme v tomto ohledu také obezřetní.

Zhodnocení:

Apetit přítomen. Pacient navštěvuje nemocniční bufet i přes zákaz lékaře a doporučení sester. Stomie ve večerních hodinách z důvodu konzumace nevhodných potravin odvádí více. Večer a v noci je nutné stomický sáček několikrát měnit, jelikož pacient nedbá na doporučení na sáček nesahat a nemanipulovat s ním. Z toho následně vzniká problém protečení obsahu stomie do rány na břicho.

Riziko bolesti

Ošetrovatelské cíle:

- Prevence vzniku bolesti
- V případě již vzniklé bolesti, co nejúčinněji tlumit

Plán ošetrovatelské péče:

- Podávat pacientovi analgetika dle ordinace lékaře

Realizace:

Během dne pacient udává nulovou bolest. Večer kolem 22 hodiny udává pacient bolest dle stupnice VAS 5. bolest je neurčitého charakteru a lokalizována na levém stehně. Po podání analgetik a při kontrole o hodinu později pacient udává bolest intenzity 2 dle škály VAS. Poté pacient celou noc v klidu spí a vzbudí se pouze při protečení stomického sáčku. Před spaním byla pacientovi podána hypnotika dle ordinace lékaře. Pacient ráno udává bolest dle stupnice VAS 0.

Zhodnocení:

Po podání analgetik bolest ustupuje. Stomický sáček protekl pravděpodobně z pacientova spaní na pravém boku, kde se sáček nachází. Bylo mu doporučeno spát na zádech, ale na toto doporučení nedbá a již dopředu si lehá na tento bok.

19.12.2021 – 20. hospitalizační den, 7. pooperační den

Pacient je stabilní, orientovaný, klidný, soběstačný a mobilní. Dýchání je klidné, bez distančních dechových fenoménů. Kůže je bledá a pacient je vysoce kachektický. Krytí ran je suché. Píštěl odvedla 50 ml, což je méně než v předchozích dnech a ileostomie odvedla 2200 ml, což je méně než včera. Pacient je bez teplot. DKK jsou bez známek TEN. Močí volně.

Subjektivně se pacient cítí dobře a klidně. Appetit má. Chtěl by být na Vánoce propuštěn domů, nebo přesunut do nemocnice blíže k domovu.

Dnes ráno noční směna provedla kontrolu vitálních funkcí a prosaku krytí ran. Také byl proveden stěr na Covid-19 a odběry krve. Prováděl se odběr na KO, Ureu, Kreatinin, Na, K, Cl a CRP. Další odběr hemokultur proběhne zítra. Ranní hodnoty vitálních funkcí jsou:

TK:108/69 mmHg	TT: 35,9 °C
P: 84'/min	D: 15'/min

Po předání směny mezi sestrami byla pacientovi podána ranní medikace dle ordinace lékaře. Seznam medikace na tento den udávám v Tabulce 5. v tomto seznamu došlo k pár změnám. Do dekurzu byl dopsán Metamizol Stada, 500 mg, který má sestra podat v případě bolesti s VAS 2+. tento lék nahrazuje Paracetamol Accord, u kterého došlo k vyčerpání zásob. Dále lékař stanovil podmínku podání infuze Isolyte, 1000 ml pouze při per os příjmu tekutin pod 1,5 litru/den. A nakonec došlo k zastavení podávání Ondansetronu Accord, 2 mg/20 ml FR.

Po podání snídaně a ranní hygieně byl čas na převaz. Rána na břicho byla převázána lékařem za asistence sestry. Po sejmutí krytí byla rána opláchnuta Prontosanem, následně na ní byla položena Inadine a sterilní krytí. Na ráně na stehně bylo vyměněno sekundární krytí. Po podání polední medikace dle ordinace lékaře a po servírování oběda se pacient šel procházet po chodbách. Lokomoci má pacient v rámci rehabilitace.

Tabulka 5 Seznam medikace na 19.12.2021

Medikace perorálně		
Ciprallex	10 mg tbl	1-0-0
APO-OME	20 mg cps	1-0-0
Pregabalin Mylan	75 mg cps	1-0-1
Oxazepam	10 mg tbl	0-0-0-1
Metamizol Stada (při VAS>2)	500 mg tbl	1-1-1
Medikace intravenózně		
Isolyte	1000 ml i.v.	6 h.
Medikace subkutánně		
Thiamin	50 mg s.c.	1-1-1
Clexane	40 mg s.c.	0-0-0-1 (ve 21:00)
Ostatní medikace		
Tramal (při VAS>5)	50 mg/100 ml FR i.v.	1-1-1
Antibiotická terapie		
Fluconazol Kabi	2 mg/ml i.v.	0-2-0

Zdroj: autor – inspirace z dekurzu ÚVN-VFN Praha [cit. 24.4.2022]

Během dne přišly pacientovy výsledky laboratoře. Tyto výsledky udávám v Tabulce 6.

Tabulka 6 Výsledky laboratorního vyšetření ze dne 19.12.2021

	Výsledek	Referenční interval
Leukocyty	9,16	4-10
Erytrocyty	3,43	4-5,8
Hemoglobin	90	135-175
Hematokrit	0,28	0,4-0,5
Trombocyty	380	150-400
Urea	3,01	2,8-8
Kreatinin	43,5	64-104
Na	135,5	136-145
K	3,93	3,5-5,1
Cl	102,3	98-107
CRP	16,98	0-5

Zdroj: autor – inspirace z laboratorního vyšetření pacienta v ÚVN-VFN, Praha [cit. 25.4.2022]

Edukace

Pacient je opět poučen o nutnosti přísného dodržování stanovené diety a o zákazu konzumace potravin donesených zvenčí. Na poučení nedbá. Také je pacient opakovaně upozorňován, aby si nesahal na stomický sáček a nijak s ním nemanipuloval. Na toto upozornění pacient také nedbá a nadále na sáček sahá a manipulací způsobuje jeho časté odlupování. Během noci musel personál sáček několikrát měnit z důvodu odlepení. Pacient zvládá vypouštění sáčku sám a při výměně dopomáhá personálu. V neposlední řadě je pacient edukován o dostatečném příjmu tekutin. Tekutiny jsou mu pravidelně dolévány. Na dnešní den byla stanovena podmínka příjmu tekutin per os minimálně 1,5 litru. Pokud by pacient nesplnil tento limit, pak by mu byla nasazena infuzní terapie.

Rehabilitace

Pacient má naordinovanou pravidelnou vertikalizaci, aktivní a pasivní rehabilitaci na lůžku a dechovou rehabilitaci. Pacient pravidelně rehabilituje procházkami po chodbách. Dále jsou pacientovi podávána antikoagulantia jako prevence TEN.

Ošetrovatelské diagnózy

Riziko infekce

Ošetrovatelské cíle:

- Minimalizovat riziko vzniku infekce

Plán ošetrovatelské péče:

- Pravidelná kontrola invazivních vstupů
- Pravidelná kontrola a převaz operační rány
- Pravidelná kontrola tělesné teploty
- Pravidelná hygienická dezinfekce rukou
- Dodržování aseptických podmínek při převazu rány

Realizace:

Dnes probíhal převaz operační rány na břicho, jehož průběh jsem popsala v kapitole výše. Také proběhla výměna sekundárního krytí na ráně na LDK. Péče o operační ránu probíhala vždy za aseptických podmínek.

PICC

Den: 5.

Krytí: Tegaderm folie (5.den), clave (5.den)

Hodnocení: funkční, okolí vstupu bez známek infekce

Ráno se z PICC provedl odběr krve.

OPERAČNÍ RÁNA

V noci z 19.12 na 20.12 byl nutný převaz operační rány na břicho i na stehně z důvodu podtečení stomie i píštěle. Pacient byl za doprovodu sestry přesunut do koupelny, kde se osprchoval. Rána na břicho byla následně opláchnuta Prontosanem, pokryta Inadine a přes ní bylo položeno sterilní krytí. Obsah sáčku se do rány na stehně dostal pouze do sekundárního krytí, takže sestra po telefonické konzultaci s lékařem krytí sejmula a nahradila sterilním. Další převaz rány na břicho proběhne dle potřeby a převaz rány na LDK je naplánován na 21.12.2021.

Pro rány i invazivní vstup platí ***riziko krvácení***. Tomuto riziku se snažíme předcházet pravidelnou kontrolou vitálních funkcí a prosaku krytí na ráně. Riziko krvácení také hrozí i z důvodu podávání léků na ředění krve.

Zhodnocení:

PICC je pravidelně kontrolován a dnes je bez začervenání, bez bolesti a bez otoku. Rána na LDK byla během dne klidná a bez prosaku. Rána na břicho byla během dne po převazu také klidná. Podle záznamů byly obě rány následující den ráno bez komplikací a bez prosaku.

Výživa

Ošetrovatelské cíle:

- Dosáhnout toho, aby pacient dodržoval stanovenou dietu

Plán ošetrovatelské péče:

- Opakovaná edukace pacienta o rizicích spojených s nedodržením diety
- Edukace příchozích návštěv o nutnosti ukázněnosti pacienta při dietě

Realizace:

Při servírování každého jídla pacientovi připomínáme důležitost dodržování diety. Rozhovor s rodinou bylo nutné provést mimo prostory oddělení, z důvodu protiepidemiologických opatření. Tento rozhovor se týkal zákazu donášky nevhodných potravin a nápojů, kvůli nutnosti dodržování diety. Pacient má v rámci diety naordinován také sipping. Pravidelně kontrolujeme stav kůže. Pacient má kvůli kachexii větší riziko vzniku dekubitů, proto jsme v tomto ohledu také obezřetní.

Zhodnocení:

Apetit přítomen. Pacient navštěvuje nemocniční bufet i přes zákaz lékaře a doporučení sester. Stomie ve večerních hodinách z důvodu konzumace nevhodných potravin odvádí více. V noci je nutné stomický sáček několikrát měnit, jelikož pacient nedbá na doporučení na sáček nesahat a nemanipulovat s ním. Z toho následně vzniká problém protečení obsahu stomie do rány na břicho. Dnes v noci podtekl i sáček od píštěle a zinfikoval ránu na stehně. Obě rány byly převázány.

Riziko bolesti

Ošetrovatelské cíle:

- Prevence vzniku bolesti
- V případě již vzniklé bolesti, co nejúčinněji tlumit

Plán ošetrovatelské péče:

- Podávat pacientovi analgetika dle ordinace lékaře

Realizace:

Pacient během dne udává bolest 0 dle škály VAS. Večer kolem 21:45 udává pacient bolest dle stupnice VAS 2. bolest je neurčitá a lokalizována na levém stehně. Po podání analgetik a při kontrole o hodinu později pacient udává bolest intenzity 0 dle škály VAS. Pacient se kolem půlnoci budí a stěžuje si na svalové záškuby v LDK. Je přivolán lékař, který posléze pacienta vyšetří a nařídí podání Thiaminu. Po podání medikace je pacient několikrát během noci kontrolován. Pacient nerušeně spal. Před spaním mu byla podána hypnotika dle ordinace lékaře. Ráno pacient udává bolest dle stupnice VAS 0 a záškuby již také nejsou přítomny.

Zhodnocení:

Po podání analgetik bolest ustupuje. Záškyby po podání Thiaminu vymizely. Lékař pacientovi slíbil, že následující den provede další vyšetření.

Pacient má na 21.12.2021 projednáno plánované přeložení do nemocnice Roudnice nad Labem. Bude převezen zdravotnickou záchrannou službou. Pacient je poučen a souhlasí.

5 Diskuze

Crohnova choroba výrazně snižuje kvalitu života a zároveň ovlivňuje soukromý život pacienta. Při této nemoci je nutné dodržovat přísně stanovenou dietu a většinou vyžaduje i podstoupení operačního zákroku.

Vzhledem k proměnlivosti onemocnění je nutné, aby se ošetrovatelský personál celoživotně vzdělával a obohacoval tak své znalosti o nejnovější možnosti léčby.

V současné době se k léčbě Crohnovy choroby nejčastěji využívá takzvaná konvenční terapie, která zahrnuje podávání kortikoidů či imunosupresiv. Jelikož mají kortikoidy dlouhou řadu nežádoucích účinků, tak se čím dál tím častěji přechází k novější formě léčby, a to k biologické terapii (Ehrmann, Konečný, 2012).

Biologická terapie patří momentálně k nejúčinnějšímu způsobu léčby. Stále se vyvíjejí nové molekuly biologické léčby od monoklonální látky antiTNF až po antiintegrinové protilátky. Současně se hledají možnosti, které by mohly doplňovat biologickou léčbu, jako jsou například vhodná režimová opatření, imunosupresivní terapie a nové možnosti monitorace léčby (Bortlík, 2018).

Bortlík (2018) dále dodává, že nadále probíhá hledání nových terapeutických strategií, které by mohly minimalizovat potřebu chirurgického zákroku, změny ve struktuře střeva a v konečném důsledku se také snaží o minimální omezení pacienta v denním životě.

V rámci výživy se vedou diskuze, zdali má užívání probiotik vliv na průběh Crohnovy choroby, či nikoliv. Bortlík (2018) tvrdí, že byla prokázána účinnost *Escherichia coli*, kmen Nissle. Pipek (2020) ale nesouhlasí a uvádí, že v praxi byla tato probiotika užita jen zřídka a zatím nenaplnují stanovené teoretické cíle.

Péče o pacienta s Crohnovou chorobou není natolik odlišná od péče u ostatních pacientů hospitalizovaných na standardním chirurgickém oddělení. Hlavní rozdíl tkví v dohledu na dodržování přísných dietních opatření z důvodu intolerance pacienta k některých potravinám v důsledku onemocnění.

Po prostudování několika publikací orientovaných na ošetřovatelskou péči o pacienta s Crohnovou chorobou jsem došla k závěru, že jsou stále vyvíjeny nové léky a postupy léčby, které by měly do budoucna snižovat rizika nežádoucích účinků. Je tedy možné, že se léčba v budoucnu změní, a to bude vyžadovat další vzdělávání ošetřovatelského personálu.

6 Závěr

Toto téma jsem si vybrala, protože bych ráda pracovala v chirurgickém oboru a zároveň mě problematika této choroby velmi zajímá.

Cílem práce bylo popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s Crohnovou chorobou a zjistit názor pacienta na nemoc. Léčba každého pacienta je individuální a v této bakalářské práci je popsána ošetrovatelská péče o pacienta s břišní katastrofou, který je v nemocnici ÚVN-VFN Praha hospitalizován již několik měsíců.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části byla popsána anatomie a fyziologie trávicího ústrojí, okolnosti poznávání Crohnovy choroby a v neposlední řadě její etiologie, patogeneze, epidemiologie a klinický obraz.

V praktické části byl zpracován podrobný popis případové studie pacienta s Crohnovou chorobou. Tato kazuistika je založena na sběru dat o pacientovi pomocí zdravotnické dokumentace, vlastního pozorování a rozhovoru s pacientem. Rozhovor probíhal na podkladě modelu funkčních vzorců zdraví od Marjory Gordon. Dále byly analyzovány ošetrovatelské problémy spojené s pacientovou hospitalizací ve zdravotnickém zařízení.

V diskuzi jsem se zaměřila na předložení nejužívanější léčby Crohnovy choroby v současnosti a také na porovnání názorů ohledně využívání probiotik v léčbě této nemoci.

Všechny ošetrovatelské postupy popsané v praktické části práce jsou v souladu se současnými standardy ÚVN-VFN Praha.

7 Souhrn

Bakalářská práce se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o pacienta s Crohnovou chorobou. Tato nemoc trávicí soustavy nemá jasnou etiologii a postihuje převážně mladší jedince. Teoretická část přibližuje anatomii a fyziologii trávicí soustavy. Dále popisuje historii lékařského poznávání Crohnovy choroby a její etiologii, patogenezi, epidemiologii a klinický obraz. V praktické části se práce zaměřuje na detailní kazuistiku pacienta postiženého Crohnovou chorobou, včetně rozboru ošetrovatelských rizik během hospitalizace.

Klíčová slova: Crohnova choroba, idiopatické střevní záněty, kazuistika, ošetrovatelská péče

8 Summary

The bachelor thesis focuses on the nursing care of a patient with Crohn's disease. This disease of the digestive system has no clear aetiology and affects mostly younger individuals. The theoretical part presents the anatomy and physiology of the digestive system. It also describes the history of medical knowledge of Crohn's disease and its aetiology, pathogenesis, epidemiology and clinical picture. In the practical part, the thesis focuses on a detailed case report of a patient affected by Crohn's disease, including an analysis of the nursing risks during hospitalization.

Key words: Crohn's disease, inflammatory bowel disease, case study, nursing care

9 Seznam zkratek

2. LF – 2. lékařská fakulta

Anamn. – anamnesticky

ATB – antibiotika

BMI – body mass index

Cl – chlorum (chlor)

cps – kapsle

CRP – C-reaktivní protein

CŽK – centrální žilní katetr

D – dech

DB – dutina břišní

Dg. – diagnóza

DKK – dolní končetiny

dx. – dexter/dextra

EDK – epidurální katetr

FF – fyziologické funkce

Fr – French

FR – fyziologický roztok

GIT – gastrointestinální trakt

i.v. – intravenózně

IBD – Inflammatory bowel disease

ITA – ileotransversoanastomóza

JIP – jednotka intenzivní péče

K – kalium (draslík)

KO – krevní obraz

l. – lateralis

LDK – levá dolní končetina

Mb – morbus

mmHg – milimetr rtuťového sloupce

Na – natrium (sodík)

NJS – nasojejunální sonda

NSAID – nesteroidní antiflogistika

P – pravá/pravý

P – pulsy

p. o. – per os

PICC – peripherally inserted central catheter

PMK – permanentní močový katetr

rePDTS – perkutánní dilatační tracheostomie

s. c. – subkutánně

St. p. – status post (stav po)

Tbl. – tablety

TEN – tromboembolická nemoc

Th – thoracicae (hrudní)

TK – tlak

TT – tělesná teplota

Tx – transplantace

UK – Univerzita Karlova

UPV – umělá plicní ventilace

ÚVN-VFN – Ústřední vojenská nemocnice-vojenská fakultní nemocnice

v. – vena

VAC – Vacuum-Assisted Closure

VAS – vizuální analogová škála

10 Seznam použité literatury

BORTLÍK, Martin, Dana ŽURICOVÁ, Pavel KOHOUT, et al. Guidelines for the administration of biological therapy in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis: third updated edition. *Gastroenterologie a Hepatologie* [online]. 2016, **70**(1), 11-26 [cit. 2022-04-25]. ISSN 18047874. Dostupné z: doi:10.14735/amgh201611

BORTLÍK, Martin. Konvenční a biologická terapie idiopatických střevních zánětů. *Vnitřní lékařství* [online]. 2018, **64**(6), 642-653 [cit. 2022-04-26]. Dostupné z: doi:DOI: 10.36290/vnl.2018.088

CRONIN, Elaine. Prednisolone in the management of patients with Crohn's disease. *Gastrointestinal Nursing* [online]. 2012, **10**(7), 10-17 [cit. 2022-04-26]. ISSN 1479-5248. Dostupné z: doi:10.12968/gasn.2012.10.7.10

ČERMÁKOVÁ, Jitka. Crohnova choroba – vyšetřovací metody a léčba. *Zdraví.euro.cz* [online]. 2008, 10. 12. 2008, **2008** [cit. 2022-04-25]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/crohnova-choroba-vysetrovaci-metody-a-lecba-398387>

ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-600-7.

ČIHÁK, Radomír. *ANATOMIE 2*. Praha: Avicenum, 1988.

DÍTĚ, Petr. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-704-2.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. Vyd. 2. (přepřac. a dopl.). Olomouc: Epava, 2000. ISBN 80-86297-05-5.

EHRMANN, Jiří a Michal KONEČNÝ. Léčba střevních zánětů. *Praktické lékařství* [online]. 2012, 31. července 2012, **8**(4), 156-160 [cit. 2022-04-25].

Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2012/04/02.pdf>

FALT, Přemysl, Ondřej URBAN a Petr VÍTEK. *Koloskopie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5284-6.

FAUBION, William. Crohn's disease: What is Crohn's disease? A Mayo Clinic expert explains. *MAYO CLINIC* [online]. 2020, 13 October 2020 [cit. 2022-04-26]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/crohns-disease/symptoms-causes/syc-20353304>

GABALEC, Libor. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2009, **11**(1), 16-20 [cit. 2022-04-20].

Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>

GRIM, Miloš a Rastislav DRUGA. *Základy anatomie*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-726-2302-8.

KHATRI, Minesh. Diagnosing Crohn's Disease. *WebMD* [online]. 2020, 27 June 2020 [cit. 2022-04-26]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/ibd-crohns-disease/crohns-disease/crohns-disease-diagnosis>

KOHOUT, Pavel. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha: Maxdorf, c2004. ISBN 80-7345-023-2.

KOTRLÍKOVÁ, Eva a Jaromír KŘEMEN. Domácí parenterální výživa. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2008, **10**(2), 76-79 [cit. 2022-04-26]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/02/08.pdf>

KUBÁTOVÁ, Lucie, Markéta NEJEDLÁ a Iva OTRADOVCOVÁ. Mysleme na výživu chirurgických pacientů včas. *FLORENCE* [online]. 2014, 2. 6. 2014, **6**, 12-14 [cit. 2022-04-26]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/6/mysleme-na-vyzivu-chirurgickyh-pacientu-vcas/>

LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, c2010. ISBN 978-80-7262-692-2.

LUKÁŠ, K, M DASTYCH, A NOVOTNÝ, L PROKOPOVÁ a V ZBOŘIL. Dlouhodobá udržovací léčba idiopatických střevních zánětů. *Časopis lékařů českých* [online]. 2012, **5**, 231-242 [cit. 2022-04-25]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2012-5-3/download?hl=cs>

LUKÁŠ, Milan. *Idiopatické střevní záněty: nejistoty, současné znalosti a klinický přístup*. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-85824-79-5.

MIHELLER, Pál a Eszter SCHÄFER. Jak se vyšetřuje IBD? *Pacienti IBD* [online]. Praha: Pacienti IBD, 2022 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://www.crohn.cz/souvisejici-informace/ibd-obecne-informace/jak-se-vysetruje-ibd>

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. Čtvrté vydání. Praha: Galén, [2019]. ISBN 978-80-7492-450-7.

NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4449-0.

NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4402-5.

NG, Siew C, Hai Yun SHI, Nima HAMIDI, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *The Lancet* [online]. 2017, **390**(10114), 2769-2778 [cit. 2022-04-20]. ISSN 01406736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(17)32448-0

PIPEK, Barbora. Idiopatické střevní záněty a význam probiotik. *Praktické lékařství* [online]. 2020, **16**(2), 83-86 [cit. 2022-04-26]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2020/02/05.pdf>

POPA SL, POP C, DUMITRASCU DL. Diet Advice for Crohn's Disease: FODMAP and Beyond. *Nutrients*. 2020 Dec 6;12(12):3751. doi: 10.3390/nu12123751. PMID: 33291329; PMCID: PMC7762196.

ROKYTA, Richard. *Fyziologie*. Třetí, přepracované vydání (první vydání v nakladatelství Galén). Praha: Galén, [2016]. ISBN 978-80-7492-238-1.

SASSON, Alexa N., Ashwin N. ANANTHAKRISHNAN a Maitreyi RAMAN. Diet in Treatment of Inflammatory Bowel Diseases. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* [online]. 2021, **19**(3), 425-435.e3 [cit. 2022-04-26]. ISSN 15423565. Dostupné z: doi:10.1016/j.cgh.2019.11.054

SMITH, Carla J. MSN, RN; HARRIS, Helene MSN, RN Crohn disease, Nursing: December 2014 - Volume 44 - Issue 12 - p 36-42

SVOBODOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou*. Plzeň, 2019. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Hana Macháčková.

ŠACHLOVÁ, Milana. Jakou volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou? *Interní medicína pro praxi* [online]. 2011, 1. října 2011, **13**(10), 403-405 [cit. 2022-04-25]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/10/10.pdf>

ŠERCLOVÁ, Zuzana, Ondřej RYSKA, Martin BORTLÍK, et al. Doporučené postupy chirurgické léčby pacientů s idiopatickými střevními záněty – 2. část: Crohnova nemoc. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 2015, **69**(3), 223-238 [cit. 2022-04-26]. Dostupné z: doi:10.14735/amgh2015223

ŠPINAR, Jindřich. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1749-4.

TANCEROVÁ, Tereza. Čeká vás gastroskopie? Důležité je nepodcenit přípravu. *Zdraví.euro.cz* [online]. 2020, 2020 [cit. 2022-04-25]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/gastroskopie-priprava-a-prubeh/>

VODIČKA, Josef. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.

WILSON, Bridgette a Kevin WHELAN. Prebiotic inulin-type fructans and galacto-oligosaccharides: definition, specificity, function, and application in gastrointestinal disorders. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* [online]. 2017, 32, 64-68 [cit. 2022-04-25]. ISSN 08159319. Dostupné z: doi:10.1111/jgh.13700

ZÁDOROVÁ, Zdena. Léčba extraintestinálních manifestací idiopatických střevních zánětů. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2012, 14(1), 8-11 [cit. 2022-04-20]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/01/02.pdf>

ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3256-5.

ZAPOROSHCHENKO, Anna. *Ošetrovatelská péče o pacienta po transplantaci srdce*. Praha, 2021. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Tereza Bakusová.

11 Seznam obrázků a tabulek

Obr. 1 Nejčastější místa výskytu Crohnovy choroby

Obr. 2 Porovnání zdravého tračníku s postiženým během endoskopického vyšetření

Obr. 3 Kapsle používaná u kapslové endoskopie včetně zařízení pro přenos obrazu

Obr. 4 Resekát střeva postiženého Crohnovou chorobou

Obr. 5 Kolostomie a jejich nejčastější umístění

Tab. 1 Příznaky u pacientů s Crohnovou chorobou

Tab. 2 Příklad jídelníčku při bezsezbytkové dietě na dva dny

Tab. 3 Seznam medikace na 17.12.2021

Tab. 4 Seznam medikace na 18.12.2021

Tab. 5 Seznam medikace na 19.12.2021

Tab. 6 Výsledky laboratorního vyšetření ze dne 19.12.2021

12 Seznam příloh

Příloha 1 Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ÚVN-VFN Praha se zpracováním bakalářské práce

Příloha 2 Ošetrovatelská anamnéza

13 Přílohy

Příloha 1 Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ÚVN-VFN Praha se zpracováním bakalářské práce

Vážená paní
Mgr. Lenka Gutová, MBA
Náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality zdravotní péče
Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

Žádost o souhlas se zpracováním bakalářské práce

Vážená paní náměstkyně,

dovoluji si Vás požádat touto cestou jako studentka 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy o souhlas se zpracováním bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou“ na Chirurgické klinice 2. LF UK a ÚVN.

Cílem mé práce je zpracovat kazuistiku pacienta s Crohnovou chorobou a získat jeho náhled na nemoc.

Vedoucí této práce je Mgr. Tereza Bakusová z Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK.

Sběr informací bude probíhat formou rozhovoru s pacientem a nahlédnutím do zdravotnické dokumentace pacienta.

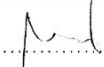
Pacient se bude účastnit rozhovoru na základě informovaného souhlasu. Všechny získané údaje o pacientovi budou anonymní. Získaná data nebudou obsahovat údaje, podle kterých lze identifikovat zkoumanou osobu.

Děkuji Vám za Váš čas a zvážení mé žádosti.

S pozdravem

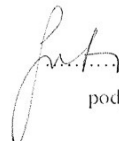
V Praze, dne 14. 12. 2012

Eliška Mudrová
Studentka 3. ročníku 3. LF UK,
Obor všeobecné ošetrovatelství


.....
podpis žadatele

Vyjádření náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ÚVN-VFN Praha:




Mgr. Lenka Gutová, MBA, LL.M.
.....
podpis náměstkyně

Příloha 2 Ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelská anamnéza

Základní informace

Oddělení: Standardní oddělení Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN

Datum a čas odběru anamnézy: 17.12.2021, 10:15

Jméno (iniciály): H.K.

Rok narození: 1981

Pohlaví: muž

Fyziologické funkce

TK: 111/73 mmHg TT: 37,8 °C

P: 92'/min. D: 16'/min.

Kontakt

- bez omezení
- ztížený
- nelze navázat

Psychický stav

Orientace:

- orientovaný
- dezorientovaný: časem
místem
osobou

Emoce: klidný rozrušený
úzkostný podrážděný
plačtivý jiné:

Kontaktovat specialistu: ano ne

Dýchání - bez problémů

Dušnost: klidová námahová

Spánek

Narušený: ano ne

Alergie: ano ne

alergen (včetně potravinového):

Bolest: ano ne

akutní chronická
lokalizace: LDK - stehno
intenzita:



Zdroj: <https://www.ainjournal.cz/pdfs/aim/2013/06/12.pdf> [cit. 17.4.2022]

Soběstačnost/pohyblivost

Hodnocení stupně závislosti:

0-40 vysoce závislý

45-60 závislost středního stupně

65-95 lehká závislost

96-100 nezávislý

Významný handicap X

zrak řeč

sluch cizinec

jiné:.....

kontaktovat specialistu: ano ne

Pomůcky X

brýle, čočky berle/hůl

naslouchátko zubní protéza: horní dolní

vozík

jiné:.....

Výživa

váha/výška: 48,3 kg / 183 cm BMI: 14,42 (těžba podvýživa)

DM

sonda PEG

obezita (BMI>35) riziko malnutrice

speciální stravovací návyky (kulturní odlišnost)

kontaktovat nutričního terapeuta: ano ne

Vyprazdňování

problémy s močením:

pálení řezání

retence inkontinence

vyprazdňování stolice:

zácpa průjem stomie inkontinence

Kůže

změny na kůži otoky dekubity jiné:

Rizika

riziko pádů součet: 35 (může násto)

riziko dekubitů součet: 32

riziko ICHS součet: může

Glasgow Coma Scale součet: 15

Edukace

pacient	blízcí pacienta
potřeba	<input checked="" type="radio"/> ano ne
schopnost	<input checked="" type="radio"/> ano ne
ochota	<input checked="" type="radio"/> ano ne

informační proces: práva pacientů
identifikace
domácí řád
signalizace
další:.....

edukační proces: anesteziologická péče
perioperační péče
diabetologická péče
podiatrická péče
další: nutriční terapeut, stomická sestra.....

Potřeba duchovních služeb

ano ne

Plánování propuštění

není schopen vykonávat aktivity denního života a sebepečí

není orientován (čas, místo, osoba)

problémy s medikací

vyžaduje následnou rehabilitaci

bydlí sám

bydlí s rodinou

bariérové bydlení

je v péči

Kontakt se sociálním pracovníkem

ano

ne