



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Ústav ošetřovatelství

**Radka Ulčová**

*Případová studie*

**Ošetřovatelská péče o pacientku s ulcerózní  
kolitidou**

*Nursing care of the patient with Ulcerative Colitis*

*Bakalářská práce*

Plzeň, leden, 2010

Autor práce: Radka Ulčová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: Mgr. Renata Vytejšková

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

Odborný poradce: MUDr. Jan Matouš

Pracoviště odborného poradce: II. interní klinika FNKV Praha

Datum a rok obhajoby: 12.4. 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Plzni dne 28.2.2010

Radka Ulčová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Renatě Vytejčkové a MUDr. Janovi Matoušovi za významnou pomoc při zpracovávání této bakalářské práce. Dále mé poděkování patří nemocné paní R.V., která se mnou trpělivě spolupracovala, přestože měla velké zdravotní a osobní problémy.

# Obsah

ÚVOD.....	6
<b>1. OBECNÁ ČÁST.....</b>	<b>7</b>
1.1 Anatomicko fyziologický úvod.....	7
1.2 Anatomie tlustého střeva.....	7
1.2.1 Stavba tlustého střeva.....	7
1.2.2 Cévní a nervové zásobení tlustého střeva.....	9
1.3 Fyziologie tlustého střeva.....	9
<b>2. ULCERÓZNÍ KOLITIDA.....</b>	<b>10</b>
2.1 Patologické nálezy.....	10
2.2 Etiologie a patogeneze.....	11
2.3 Klinický obraz.....	11
2.4 Komplikace.....	13
2.4.1 Místní komplikace.....	13
2.4.2 Vzdálené komplikace.....	13
2.5 Průběh a vývoj onemocnění.....	14
2.6 Diagnostika onemocnění.....	15
2.6.1 Anamnéza.....	15
2.6.2 Fyzikální vyšetření.....	15
2.6.3 Endoskopické vyšetření.....	16
2.6.4 Biopsie.....	17
2.6.5 Zobrazovací metody.....	18
2.6.6 Ostatní vyšetření.....	18
2.7 Terapie.....	18
2.7.1 Konzervativní terapie.....	18
2.7.2 Chirurgická terapie.....	21
2.8 Incidence a mortalita onemocnění.....	22
2.9 Prognóza.....	23
<b>3. KLINICKÁ ČÁST.....</b>	<b>23</b>
3.1 Osobní údaje.....	23
3.2 Anamnéza.....	24
3.3 Průběh hospitalizace.....	26
3.4 Závěr.....	28
<b>4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....</b>	<b>29</b>
4.1 Ošetřovatelský proces.....	29
4.2 Ošetřovatelský model.....	30
4.3 Model funkčního zdraví Marjory Gordon.....	30
4.4 Ošetřovatelská anamnéza.....	31
4.5 Přehled ošetřovatelských diagnóz.....	35
4.6 Ošetřovatelský plán péče.....	36
4.7 Dlouhodobý plán péče.....	45
4.8 Hodnocení psychického stavu.....	46
4.9 Edukace.....	47
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>49</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>50</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....</b>	<b>52</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>53</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>54</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>55</b>

## Úvod

Tématem mé bakalářské práce je případová studie ošetřování pacientky s ulcerózní kolitidou. Toto téma jsem si vybrala, protože pracuji v gastroenterologické ambulanci a pacientů s touto diagnózou do naší ambulance dochází poměrně mnoho.

V obecné části práce je popsána stručná anatomie a fyziologie trávicího traktu. V další části se věnuji charakteristice ulcerózní kolitidy obecně, je zde rozebrána etiologie, formy nemoci, její diagnostika, léčba a prognóza. V klinické části popisuji stav 40-ti leté pacientky R.V., hospitalizované s druhou atakou ulcerózní kolitidy na standardním interním oddělení. V této části jsem vycházela z informací získaných od nemocné, z dokumentace, od ošetřujícího lékaře, příbuzných a přátel pacientky. Je zde rozepsána léčba a průběh hospitalizace. V ošetrovatelské části se věnuji samotné péči o nemocnou, která probíhala metodou ošetrovatelského procesu. K získání informací od pacientky jsem použila koncepční model Marjory Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy a plán péče jsem stanovila v den příjmu na oddělení v odpoledních hodinách. Na konci ošetrovatelské části je uveden dlouhodobý plán péče, zhodnocení psychosociálního stavu a edukace nemocné. V závěru je uveden seznam použité literatury a příloh.

# 1. Obecná část

## 1.1 Anatomicko – fyziologický úvod

Tlusté střevo je součástí trávicího systému, který umožňuje příjem potravy, její stravení a vstřebávání látek z ní uvolněných, měří asi 150 cm a dělí se na tračník a konečník. Na tračníku rozeznáváme slepé střevo (caecum), vzestupný tračník (colon ascendens), jaterní ohbí (flexura hepatica), příčnou část (colon transversum), lienální ohbí (flexura lienalis), sestupný tračník (colon descendens) a esovitou kličku (colon sigmoideum). Tlusté střevo není pro lidský život nezbytné, jeho činnost umožňuje konečnou fázi trávení a vyloučení zbytků potravy. Pokud zajistíme defekaci jiným způsobem, např. vhodným vakem, může být tlusté střevo celé odstraněno bez život ohrožujících následků. Hlavní funkcí tračníku je hybnost a vstřebávání tekutin, jež jsou v jednotlivých částech tračníku zastoupeny takto:

1. **Slepé střevo a vzestupný tračník** má funkci rezervoáru, podobnou žaludku, zde střevní obsah cirkuluje pomocí antiperistaltiky a přitom se zahušťuje.
  2. **V příčném tračníku** střevní obsah dále houstne, pokračuje vstřebávání vody a elektrolytů.
  3. **Sestupný tračník** má převážně funkci skladovací, zde se stolice hromadí až do doby předcházející defekaci.
  4. **Konečník a esovitá klička** slouží jako rezervní prostor a orgán uskutečňující vyprázdnění.
- (12, s. 227)

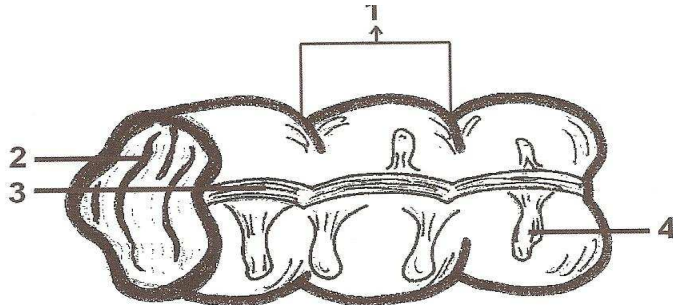
## 1.2 Anatomie tlustého střeva

### 1.2.1 Stavba tlustého střeva

Tlusté střevo (colon, intestinum crassum), je posledním oddílem trávicí trubice. Jeho stěna má charakteristickou anatomickou stavbu danou podélnou (longitudinální) svalovinou soustředěnou do tří úzkých pruhů (taeniae), které spolu s cirkulární svalovinou vytváří výdutě

(haustra) a množstvím seriózních přívěšků, vyplněných různým množstvím tuku (appendices epiploicae).

Obr. 1 Detail tlustého střeva



1 – haustum, 2 – plica semilunaris, 3 – taeniae, 4 – appendices epiploicae

Zdroj: Kott, O. a Petříková, I. Vybrané kapitoly anatomie gastrointestinálního a respiračního systému. Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni, 2009. s. 36. ISBN 978-80-7043-796-4.

Sliznice je tvořena jednovrstevným cylindrickým epitelem bez klků, je rozbrázděna v jemné krypty, obsahuje velké množství lymfatických uzlíků. V tlustém střevě je produkován především hlen podporující hladký posun tráveniny. Povrch střeva je kryt peritoneem, s výjimkou dorsálních ploch vzestupného a sestupného tračníku, které nasedají na zadní stěnu dutiny břišní. Tlusté střevo začíná jako vakovité slepé střevo, do něhož ústí ve štěrbinovité Bauhinské chlopni ileum. Na vnitřním okraji céka odstupuje červovitý přívěsek. Pokračováním slepého střeva je vzestupný tračník, přisedlý zadní plochou na zadní stěnu dutiny břišní a přecházející pod játry v pravém ohbí tračníku (flexura hepaticae) do tračníku příčného, ten je velmi pohyblivý, neboť má široký závěs mesentéria přebíhající zprava zpod jater přes sestupnou část duodena doleva ke slezině. V levém ohbí (flexura lienalis) přechází do sestupného tračníku, který je opět fixovaný na zadní stěnu dutiny břišní a v oblasti levé jámy kyčelní přechází do esovité kličky, která je opět volně pohyblivá, má různý tvar i délku a přibližně nad promotorem se stáčí kaudálně a přechází v konečník (rektum). Konečník je dlouhý 12 – 15 cm, je uložen v prohlubni kosti křížové a z těla vyúsťuje řitním otvorem (anus). Na rektu rozlišujeme horní prostorný oddíl (ampulla recti) a dolní zúžený anální kanál (canalis analis), na jehož horním okraji je ostrý přechod cylindrického a mnohovrstevnatého dlaždicového epitelu. V ampule rekta je sliznice složena do tří příčných řas. Největší je střední řasa, Kohlrauschova, uložená na pravé straně asi 7 cm od řitního otvoru. V análním kanálu je bohaté podslizniční vazivo s hojnými žilními pleteněmi, klinicky důležitými při



jejich zvětšení (haemorrhoidální uzly). Anální kanál má významný hladký svěrač (musculus sphincter ani internus) a zevně od něj příčně pruhovaný (musculus sphincter ani externus). (5; 12; 19)

### **1.2.2 Cévní a nervové zásobení tlustého střeva**

Cévní zásobení pravé poloviny tračníku až po slezinné ohbí zajišťuje arteria colica dextra a arteria colica media (větve arteria mesenteria superior), aborálně od slezinného ohbí je tračník zásoben krví z arteria colica sinistra z arteria mesenteria inferior. Úsek tračníku mezi arteria colica media a arteria colica sinistra zásobuje tepenná spojka – anastomosis magna (Halleri, Riolani). Konečník je zásoben krví z arteria rectalis superior a haemorrhoidálními tepnami. Žíly tlustého střeva sledují tepny. Za hlavou slinivky břišní se spojují a vstupují do vena portae a vena cava inferior. Míza odtéká přes předsunuté uzliny u stěny střeva do coeliackých uzlin, z rekta do uzlin v malé pánvi.

Parasympatickou inervaci zajišťují vlákna nervus vagus a vlákna ze sakrálního parasympatiku. Parasympatická vlákna působí na střevě zrychlení peristaltiky, zesílení kontrakcí a zvyšují sekreci střevních žláz. Sympatická vlákna jdou k tlustému střevu většinou z ganglion mesenterium superius et inferius cestou pletení kolem cév. Podráždění sympatiku má vazomotorické účinky. Sympatikus zpomaluje peristaltiku, navozuje slabší kontrakce a snižuje sekreci střevních žláz. (5)

### **1.3 Fyziologie tlustého střeva**

Do tračníku prochází trávenina ileocekálním svěračem, který brání překotnému vyprazdňování tenkého střeva a současně návratu tráveniny. Velikost jednotlivých dávek, které projdou do tlustého střeva je 4 – 5 ml, denně asi 500 – 1500 ml. Hlavní funkcí tlustého střeva je aktivní vstřebávání iontů a vody, skladování zbytků chymu, tvorba a vylučování formované stolice. V tlustém střevě se netvoří trávicí šťáva, ale je zde produkován vazký hlen, který pomáhá tvořit formovanou stolici a ochraňuje stěnu tlustého střeva před poškozením. Stejně jako v celém trávicím systému se pohyby tlustého střeva dělí na místní – mísící a pohyby peristaltické – propulsivní, které posunují obsah směrem k rektu. Regulace

pohybů je reflexní (např. duodenokolický nebo gastrokolický reflex – po rozpětí duodena nebo žaludku se reflexně zvýší peristaltika tračníku), ale je také řízena parasympatikem (zrychluje motilitu) a sympatikem. Tlusté střevo plodu je sterilní, brzy po porodu dochází k osidlování střeva populací převážně anaerobních bakterií, které jsou schopny štěpit sacharidy, část rostlinné vlákniny nebo hnilobně rozkládat bílkoviny. Činností bakterií vznikají vitaminy, především vitamin K, který je nezbytnou podmínkou pro syntézu některých koagulačních faktorů v játrech, ale také thiamin a riboflavin. Kromě toho zde vznikají střevní plyny složené z CO<sub>2</sub>, vodíku, sirovodíku a metanu. Trávenina se posunováním tlustým střevem postupně zahušťuje resorpcí vody a iontů, formuje se ve stolici a prochází do rekta. Tlak v rektu 2,5 – 6,5 kPa vyvolá pocit nucení na stolicí a po zvýšení tlaku na 5,5 – 6,5 kPa vzniká defekační reflex. Denně se vyloučí 100 – 300 g stolice v závislosti na charakteru stravy. (12; 13)

## **2. Ulcerózní kolitida**

### ***2.1 Patologické nálezy***

Ulcerózní kolitida patří mezi tzv. idiopatické střevní záněty, jedná se o onemocnění postihující pouze tlusté střevo, hranice zánětlivého procesu v ileocekálním spojení je ostrá, ale několik centimetrů terminálního ilea může jevit známky podráždění. Onemocnění vždy postihuje konečník a v některých případech i přilehlou část tračníku v různém rozsahu, ale vždy souvisí s konečníkem. Zánětlivý proces probíhá ve sliznici, do hlubších vrstev střevní stěny proniká jen druhotně u těžkých případů. Jedná o zánět katarálně – hemorhagický, v pokročilejším stadiu hnisavý a vředovitý, ze zbytků zanícené sliznice se mezi vředy tvoří zánětlivé polypy (pseudopolypy). V těžkých případech se střevo válcovitě zužuje ztluštěním sliznice a prosáknutím svaloviny. Seróza nebývá porušena.

Histologicky jde o zánět katarální, sliznice je hustě infiltrována mononukleáry, eosinofily i granulocyty. Typickým nálezem jsou kryptové abscesy, které vznikají nahromaděním polymorfonukleárů ve žlázkách, tyto mikroabscesy se provalí navenek a vznikají ulcerace. Kryptové abscesy jsou známkou jakéhokoli katarálního zánětu a vyskytují se i u jiných zánětlivých onemocnění, např. i u Crohnovy nemoci. Pro ulcerózní kolitidu je typická redukce až zánik pohárkových buněk, což má za následek útlum sekrece hlenu.

V remisi se kryptové abscesy ztrácejí a pohárkové buňky se obnovují, ale téměř vždy zůstává jistý stupeň zánětlivé infiltrace a deformace krypt a to i když se makroskopický vzhled sliznice normalizuje. (12)

## ***2.2 Etiologie a patogeneze***

Příčina nemoci není známá. Podle klinických studií a pokusech na zvířatech je pravděpodobné, že se jedná o kombinaci faktorů genetických, imunologických a vlivu vnějšího prostředí, které vedou k nekontrolovatelnému zánětu. Významnou roli hraje defekt imunity a střevní mikroflóra. Zánět sliznice, přestože nebylo objeveno žádné specifické infekční agens, je výsledkem kaskády dějů, které vznikly jako reakce na antigen. Základní chyba pravděpodobně vzniká při předkládání antigenu T lymfocytům abnormálně se chovajícími enterocyty, které se místo makrofágů stávají antigen prezentujícími buňkami, spouštějící kaskádu reakcí vedoucí ke zvýšené tvorbě prozánětlivých cytokinů (TNF alfa-tumor necrosis factor alfa) a prozánětlivých interleukinů. Tyto prozánětlivé cytokiny zajišťují např. migraci leukocytů, lymfocytů do místa zánětu a reakce jak nespecifické tak specifické imunity. Zatímco za normálních podmínek by byla navozena tolerance, antigen předkládaný enterocytem vyvolá zánětlivou odpověď. (20; 21; 24)

## ***2.3 Klinický obraz***

Základním příznakem je rektální nebo kolitický syndrom. Rektální syndrom je nutkavý pocit na stolici, při němž se vyměšuje jen velmi malé množství stolice nebo jen krvavého hlenu. Stolice bývá formovaná nebo kouskovitá. Tento syndrom je typický pro organickou poruchu konečníku, nejčastěji karcinom a proktitidu. Kolitický syndrom se liší tím, že jsou nutkavé defekace řídké až vodnaté stolice promíšené s krví, hlenem nebo hnisem. Kolitický syndrom svědčí o postižení orálnější části tračníku. Podle rozsahu chorobného procesu rozeznáváme tvar rektální, levostranný a totální.

**Rektální tvar** je omezen na konečnou část tlustého střeva, zánět bývá mírný, převážně hemorhagický, nebývají příznaky celkové odezvy klinické ani laboratorní. Celkový zdravotní stav je dobrý, pracovní schopnost většinou zachována, až na omezení vyplývající z tenezmů.

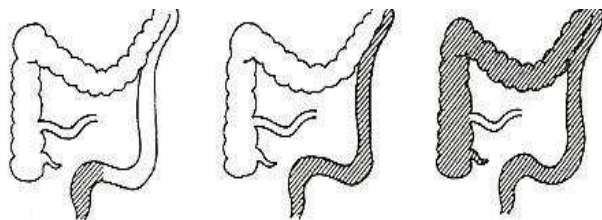
Nevyskytují se komplikace. Sedimentace, krevní obraz a ostatní biochemické parametry bývají v normě. Nemoc probíhá periodicky v nárazech trvajících průměrně několik týdnů s mezidobím několika měsíců nebo let. V mezidobí jsou známky zánětu oslabeny nebo se makroskopicky zcela upraví.

**Levostranný tvar** bývá klinicky středně těžký. Postižen je konečník a esovitá klička, event. i sestupný tračník až po slezinné ohbí. Klinicky se projevuje syndromem kolitickým a bývají přítomny i některé celkové odchylky jako je mírná anémie, hubnutí, komplikace kožní, kloubní...Biochemické nálezy bývají mírně odchýlné, např. zvýšená sedimentace, lehká hypoalbuminémie a hyperglobulinémie.

**Totální tvar, pankolitida** je nejtěžší forma ulcerózní kolitidy postihující konečník a celý tračník. Zánět má ráz vředovitý, při delším trvání vředovitě polypózní. Klinicky je vždy výrazný průjem, řídká stolice, difuzně promíšená s krví a hnisem, průjem je sekreční, tekutina unikající ze střevní sliznice obsahuje krevní bílkoviny, čímž dochází ke ztrátám, které játra nestačí nahrazovat. Vždy je výrazná celková odezva klinická i laboratorní, která má ráz převážně toxický, septický nebo kachektický. Projevem toxikózy je nechutenství, hubnutí, anémie, změny v bílé složce krevního obrazu, různé extraintestinální projevy: kožní, kloubní, oční, jaterní. Projevem sepse je horečka, schvácenost, periproktální a perikolické abscesy, tromboflebitidy, septické infarkty, toxické megakolon. Často bývá pozitivní hemokultura. Kachexie se projevuje hubnutím a chřadnutím, dostavuje se inanice, elektrolytový rozvrat, otoky a nemocný umírá vysílením nebo na některou komplikaci. (12)

Obr. 2 Rozsah postižení střeva při ulcerózní kolitidě.

Rektální tvar      Levostranný tvar      Totální tvar



Zdroj: Mařatka, Z. *Gastroenterologie*. Praha : Karolinum, 1999. s. 247. ISBN 80-7184-561-2

## **2.4 Komplikace**

### **2.4.1 Místní komplikace**

Mezi časté komplikace patří hemorhoidy, trhlinky, výhřez anu a periproktální absces. Krvácení z rekta je typické pro idiopatické ulcerózní kolitidy. Masivní krvácení pramení z velkých zánětlivě změněných oblastí a ulcerací. Perforace je obvykle komplikací toxického megakolon. Toxické megakolon je nejzávažnější ataka kolitidy, která se projeví při těžkém zánětu tlustého střeva, provázená úplnou nebo segmentální dilatací tračnicku a perforací. Kritéria pro klinickou diagnózu toxického megakolon zahrnují rentgenový průkaz rozšíření tračnicku a nejméně tři ze čtyř následujících projevů: tělesná teplota nad 38,5°C, tachykardie nad 120 tepů za minutu, leukocytóza, anemie. Dále musí být přítomna jedna ze známek toxicity: dehydratace, mentální změny, elektrolytové poruchy, hypotenze. Břicho je vzedmuté a je citlivé nad rozepjatým tračnickem, zvuky v břiše jsou ojedinělé. Toxické megakolon může být způsobeno léky zpomalujícími motilitu střeva, rentgenovým kontrastním vyšetřením baryovou kaší a kolonoskopií. Rizikovými faktory pro rozvoj toxického megakolon jsou metabolický rozvrat a vyšší věk. Diagnóza se stanovuje nativním snímkem břicha, kde je patrná dilatace tračnicku. Další místní komplikací je vznik dysplastických změn v postižené sliznici s následným zvýšeným rizikem vzniku kolorektálního karcinomu. (12)

### **2.4.2 Vzdálené komplikace**

Běžné jsou karence vitaminů, bílkovin a solí, způsobené nedostatečným příjmem, zvýšenými ztrátami a sníženou schopností tyto látky vstřebat, udržet nebo vyrobit. Anémie je způsobena karencí i ztrátami. Časté a typické jsou projevy extraintestinální. U těžkých forem ulcerózní kolitidy jsou téměř vždy postižena játra.

Přehled vzdálených komplikací proktokolitidy:

#### **A) Přejídná onemocnění spojená s aktivitou idiopatických střevních zánětů:**

- 1. kůže** -erythema nodosum, hluboké vředy pod koleny, pyoderma gangrenosum, ekzém

- 2. **sliznice** –aftoidní vředy, figury ústní sliznice
- 3. **klouby** -artralgie, artritida, spondylitida, paličkovité prsty
- 4. **oči** -episkleritida, uveitida, obliterace retinálních arterií
- 5. **cévy** -hluboké žilní trombózy, arteriální okluze na končetinách

**B) Onemocnění perzistující a nezávislé na aktivitě idiopatického střevního zánětu:**

- 1. **kůže** -psoriáza
- 2. **klouby** -ankylojící spondylitida, sakroiliitida, revmatoidní artritida
- 3. **játra a žlučové cesty** -zvýšení jaterních enzymů, cirhóza, cholangokarcinom,  
chronická aktivní hepatitida, jaterní steatóza,
- 4. **ledviny** -hydronefróza, nefrolithiáza
- 5. **plíce** -záněty horních i dolních cest dýchacích
- 6. **srdce** -perikarditida, myokarditida

**C) Další onemocnění (komplikace dlouhodobého průběhu, léčby-?)**

- amyloid, systémový lupus erythematosus, onemocnění štítné žlázy, pankreatitida, polyneuropatie, myopatie, migréna, extrapyramidový syndrom (12)

## **2.5 Průběh a vývoj onemocnění**

Jednou z charakteristik onemocnění je výše popsáný tvar nemoci, druhou průběh. Ulcerózní kolitida je onemocnění periodické. Náráz (relaps, ataka) je klinická manifestace choroby při periodickém průběhu. Rozeznáváme tyto typy průběhu ulcerózní kolitidy:

**1. Průběh intermitující** – nové ataky nemoci se objevují za poměrně dlouhou dobu, v intervalech jednoho i více let, v mezidobí se zánět upraví makroskopicky a někdy i mikroskopicky, obtíže vymizí.

**2. Průběh remitující** – nárazy jsou častější, v mezidobí zánět přetrvává v mírnější formě, jeho intenzita kolísá, makroskopické a samozřejmě histologické změny přetrvávají.

**3. Průběh chronický** – u těžkých forem, podmíněný převážně sekundárními superponovanými změnami.

**4. Průběh perakutní** – s prudkým začátkem a rychlou progresí, často fatální.

Dlouhodobý vývoj může být progresivní, tj. nárazy se postupně prodlužují a zhoršují až vyústí do těžkého stavu chronického nebo perakutního, dále může být vývoj stacionární, tj. probíhá-li choroba po řadu let stejným způsobem s více méně pravidelnou periodičností. Regresivní vývoj znamená, jestliže po těžkém prvním nárazu a jeho úpravě nemoc postupně probíhá mírnějším způsobem. (12)

## ***2.6 Diagnostika onemocnění***

### **2.6.1 Anamnéza**

Základem vyšetření nemocného je odebrání anamnézy. Obvykle začínáme dotazem na aktuální potíže, dále nás zajímají vážnější onemocnění, která nemocný během života prodělal nebo se vyskytují v rodině, pokračujeme lékovou, pracovní, alergickou a sociální anamnézou. Pátráme po symptomech, které jsou v souvislosti s poruchami trávení zahrnuty pod pojmem dyspeptické potíže a zahrnují například tyto potíže: nechutenství, kručení v břiše (borgorytmy), říhání (eruktace), zvýšený odchod střevních plynů (flatulence), plynatost (meteorismus), nevolnost, pocit tlaku v břiše, pocit netrávení, průjem, zácpa, zvracení... Pokud nemocný udává bolest zajímá nás její lokalizace, charakter (svíravá, křečovitá...), její trvání, intenzita a vyvolávající momenty. Podrobněji se musíme věnovat i popisu stolice, kde nás zajímá barva, konzistence, patologické příměsi. (10)

### **2.6.2 Fyzikální vyšetření**

Při fyzikálním vyšetření si všímáme celkového tělesného a duševního stavu pacienta. Zajímá nás hmotnost a stav výživy, kůže a hydratace. Při onemocnění břicha je fyzikální vyšetření velice důležité. Pohled na břicho nám může ukázat břicho vystupující nad úroveň hrudníku, poklepem se informujeme o plynné náplni v trávicím traktu nebo o přítomnosti

volné tekutiny v dutině břišní. Palpačně zjišťujeme bolestivost a přítomnost rezistence v břiše. Při poslechu břicha obvykle slyšíme přelévání obsahu a škroukání. Jsou-li tyto zvuky bouřlivé může to značit obstrukci střevní pasáže, při paralytickém ileu je ztráta jakékoli peristaltiky. Při vyšetření per rektum se posuzuje přítomnost patologických útvarů v rektu, bolestivost při vyšetření, zbytek stolice na prstu rukavice může prokázat přítomnost krve nebo melénu. Zodpovědně odebraná anamnéza a fyzikální vyšetření by mělo předcházet dalším vyšetřením. (10)

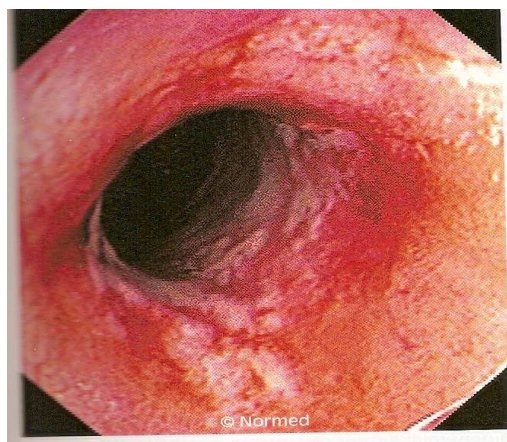
### 2.6.3 Endoskopické vyšetření

Endoskopické vyšetření je hlavní diagnostickou metodou. Při rektoskopii je zásadním požadavkem, aby bylo vyšetření provedeno bez přípravy, tj. bez projímadel a výplachu, protože čištění střeva vyvolá na sliznici střeva změny, které mohou být mylně pokládány za změny zánětlivé a odstraní krev a hlen, které jsou pro stanovení diagnózy nezbytné. Totální kolonoskopické vyšetření se provádí ke stanovení hranice zánětu orálním směrem při jeho rozšíření mimo rektum. Endoskopické nálezy odpovídají vývojovému stupni zánětu a lze je schematicky rozdělit do těchto stadií:

#### A) Floridní období

**Stadium krvácivé** – sliznice je prosáklá až zduřelá, posetá krevními výrony nebo plošně roní krev, kromě krve je zde zánětlivý exsudát v podobě fibrinových vloček i větších žlutavých povlaků.

Obr. 3 Idiopatická kolitida – haemorrhagické stadium



Zdroj: Mařatka, Z. *Gastroenterologie*. Praha : Karolinum,1999. s. 261. ISBN 80-7184-561-2

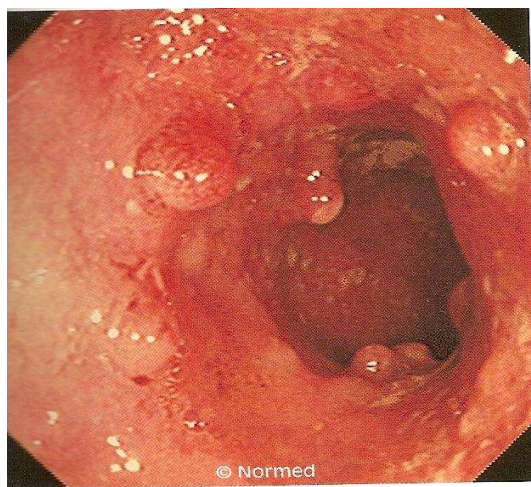


**Stadium hnisání** – kromě uvedeného je sliznice zčásti kryta žlutým hustým hnisem, bývá nápadněji zduřelá.

**Stadium vředů** – vředy jsou mapovité, mnohočetné, zachovaná sliznice mezi nimi tvoří ostrůvky, spodina vředu je kryta hnisavými pablánami.

**Stadium ulceropolypózní** – ze zbytků sliznice se tvoří polypózní výrůstky různých tvarů.

Obr. 4 Idiopatická kolitida – ulcero-polypózní stadium.



Zdroj: Mařatka, Z. *Gastroenterologie*. Praha : Karolinum,1999. s. 261. ISBN 80-7184-561-2

## **B) Klidové období**

**Stadium zrnité (granulované) sliznice** –sliznice je růžová nebo lehce zarudlá, jemně zrnitá, suchá bez zánětlivého výpotku, krvácí po dotyku, chybí cévní kresba.

**Stadium úpravy** – makroskopický nález je normální, mikroskopický přetrvává

**Stadium polypů** – jestliže se v ulcerózním stadiu vředy zhojí, zůstanou na zdánlivě neporušené sliznici pseudopolypy tvořené výrůstky a můstky regenerované sliznice. (12)

### **2.6.4 Biopsie**

Histologické vyšetření potvrzuje diagnózu, ale nález kryptových abscesů svědčících pro ulcerózní kolitidu k diagnóze nestačí, protože jde o nespecifický nález běžný i u katarálních a hnisavých zánětů. Největší pomoc ke stanovení diagnózy ulcerózní kolitidy přináší biopsie v mezidobí, je-li sliznice makroskopicky normální, ale histologické změny přetrvávají. (12)

## 2.6.5 Zobrazovací metody

Zobrazovací metody při stanovování diagnózy ulcerózní kolitidy mají pouze pomocný charakter. **Nativní snímek** je významný v situacích, kdy je vyšetření kontrastní látkou kontraindikováno, tj. u perakutního typu, zvláště při toxické dilataci tračníku. **Irigografie** je kontraindikována v akutním a perakutním stavu, protože může provokovat toxickou dilataci a perforaci. Známkou zánětu sliznice je vymizení reliéfu, známkou hlubšího zánětu je ztráta elasticity stěny, vymizení haustrace a úseková zúžení. Diagnostická výtěžnost **ultrasonografie a výpočetní tomografie** je u kolitidy malá, více lze očekávat od **endosonografie** rektální sondou. **Magnetická rezonance** má úlohu v zobrazování píštělí a abscesů. (12)

## 2.6.6 Ostatní vyšetření

Vzhled stolice je jedním z ukazatelů vážnosti choroby. U tvaru rektálního bývá stolice formovaná, povlečená krví, někdy hnisem. U tvaru levostranného a zvláště totálního bývá stolice řídká, promísená s krví a hnisem, hnilobného zápachu.

Biochemické metody, tj. vyšetření sedimentace, krevního obrazu, krevních bílkovin aj. má význam pro posouzení celkové odezvy a stanovení tvaru onemocnění. Důležité je sledovat hladinu alkalické fosfatázy, jejíž zvýšené hodnoty bývají první známkou komplikující sklerotizující cholangitidy. U těžké, zejména totální formy je důležité vyšetření elektrolytů v séru. (12)

Pozitivita protilátek proti cytoplazmě neutrofilů s perinukleární fluorescencí (pANCA) je nacházena asi u 50-60% pacientů s ulcerózní kolitidou. Protilátky se užívají k diferenciální diagnostice ulcerózní kolitidy od jiných střevních zánětů jako je např. Crohnova choroba. (20)

## 2.7 Terapie

### 2.7.1 Konzervativní terapie

Vzhledem k tomu, příčina onemocnění je neznámá pokouší se medikamentózní léčba o inhibici zánětlivých mediátorů, které zánět zesilují a udržují. Léčebný postup se liší podle

tvaru a stadia nemoci. V každém případě je nutný šetrný přístup a podání dostatečných informací o nemoci, v lehkých případech nejsou nutná zvláštní dietní opatření, ale je vhodné pravidelné stravování a vyloučit potraviny, které střevo chemicky a mechanicky dráždí (ostrá jídla, ořechy, semínka...). Při totálním tvaru onemocnění podáváme stravu co nejvíce šetřící, nejlépe bezezbytkovou, doplněnou o parenterální výživu upravující vodní a elektrolytové hospodářství a hypoproteinémii. Existují dva odlišné léčebné přístupy a to je: terapie vedoucí k navození remise (útočná agresivní léčba) a terapie udržovací, mající za úkol udržet co nejdéle období remise a předcházet relapsům. Mezi látky, které se používají k léčbě patří:

**Aminosalicyláty** – mezi nejstarší preparáty patří sulfasalazin, který působí antibakteriálně i protizánětlivě, má však mnoho nežádoucích vedlejších účinků, které jeho využití v praxi omezují. U mnoha lidí vyvolává bolesti hlavy, nauzeu, bolesti v epigastriu, změny v krevním obraze, zvyšuje hodnoty jaterních testů atd. Užívá se hlavně u pacientů, kteří mají také kloubní zánětlivé projevy. Další látkou je mesalazin, který obsahuje kyselinu 5 – aminosalicylovou (5-ASA), má méně nežádoucích účinků, mezi preparáty patří např. Salofalk a Asacol. Obsahují látky, které jsou odolné proti kyselému pH v žaludku a rozpouštějí se až v tlustém střevě v lehce alkalickém prostředí. Výhodou léků obsahujících 5-ASA oproti sulfasalazinu je možnost podání vyšších dávek. Dále jsou tyto přípravky dostupné i ve formě čípků a klyzmat, tudíž se uplatňují při lokální terapii.

Ke **kortikosteroidové léčbě** se používají synteticky vyrobené preparáty. Používají se k léčbě středně a vysoce aktivní fáze onemocnění. Nejčastěji se používá Prednison a Medrol. Léčba se zahajuje vysokými dávkami (až 60 mg Prednisonu/den) nesmí být náhle ukončena pro riziko vzniku adrenální krize. Podávání kortikosteroidů má mnoho vedlejších účinků např. narušení metabolismu kostní tkáně, metabolismu cukrů, zvyšování hladiny krevních tuků a odbourávání bílkovin, zvýšení krevního tlaku a vylučování žaludeční kyseliny, ztráty kalia a magnezia, dále kosmetické problémy – měsíčkovitý vzhled obličeje, akné, vypadávání vlasů. Další skupinou léků užívaných při protizánětlivé léčbě jsou topické steroidy – budesonid (preparát Budenofalk). Jde o steroidy, které se minimálně vstřebávají do systémového oběhu, tudíž minimálně ovlivňují ostatní orgány. Jsou minimalizovány nežádoucí účinky dlouhodobé kortikoterapie. Používá se ve formě čípků a klyzmat.

**Imunosupresiva** jsou látky snižující bouřlivou imunitní odpověď na antigenní stimulaci. Do této skupiny léků patří: *Azathioprin (Imuran)* a *6-merkaptopurin* – léčba musí být dlouhodobá, účinek se dostavuje až po 3 – 6 měsících, proto se tato skupina nehodí ke

zklidnění akutního zánětu, ale k udržení klidové fáze nemoci nebo jestliže chceme snížit nebo vysadit kortikoidy u kortikodependentních a kortikorezistentních pacientů. Při léčbě se musí nemocným pravidelně kontrolovat krevní obraz, zejména bílá řada, protože dochází k poruchám krvetvorby. *Cyklosporin A* se uplatňuje při léčbě ulcerózní kolitidy ve vysoké fázi aktivity nemoci.

**Biologická léčba** je určena pacientům, u nichž selhala jiná konzervativní terapie. K léčbě se používají protilátky proti tumor nekrotizujícímu faktoru (TNF), který se při zánětu uvolňuje z aktivovaných bílých krvinek a makrofágů. Za normálních okolností tento faktor slouží k tomu, aby tělo jakoukoli infekci co nejučinněji a nejrychleji potlačilo, jenže u pacientů s ulcerózní kolitidou bylo prokázáno, že imunitní systém reaguje nepřiměřeně, tedy TNF vzniká v nadbytku a zhoršuje průběh onemocnění. Biologická léčiva se naváží na TNF a přeruší řetězec vzájemných kontaktů imunitních buněk a zánětlivá reakce ustává. *Infliximab* je monoklonální látka obsahující 75% složek odpovídajících lidským a 25% bílkoviny imunoglobulinu tvoří myší sekvence. Zabírá až u 80% pacientů, na rozdíl od kortikoidů dokáže hojit střevní sliznici, čímž se snižuje nutnost chirurgického zásahu. *Infliximab* se opakovaně aplikuje formou infuze po dobu dvou hodin, počáteční fáze zahrnuje tři infuze, druhá následuje za dva týdny po první a třetí za další čtyři týdny. Ve druhé fázi probíhá léčba udržovací, kdy se lék podává každých osm týdnů. Jestliže se zdravotní stav do tří měsíců nezlepší, měla by se léčba ukončit. Biologická léčba přináší řadu nežádoucích účinků. Mezi nejběžnější patří alergická reakce, která se může projevit už v průběhu infuze nebo až za 2 až 10 dnů po aplikaci. Asi čtvrtinu nemocných postihne dočasné bolení hlavy, závrať nebo návaly.

**Antibiotická léčba** se v případě ulcerózní kolitidy uplatňuje především při pseudomembranózní kolitidě a pouchitidě. K nejužívanějším patří chinolony (ciprofloxacin) a nitroimidazoly (metronidazol).

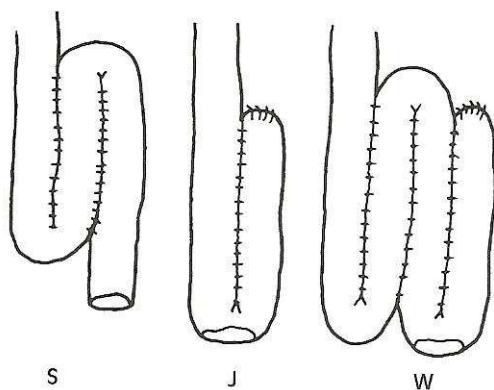
Při léčbě kolitidy se používá podpurná a doplňková léčba v podobě roztoků obsahujících aminokyseliny, tablety kalcia, kalía, magnezia a železa. Doporučuje se užívání probiotik, která obsahují tělu prospěšné bakterie urychlující ústup klinických obtíží a oddalující návrat aktivního zánětu. (2)

## 2.7.2 Chirurgická terapie

Indikací k urgentní operaci je perforace tračníku, krvácení, toxické megakolon. Za metodu volby se považuje kolektomie a vyústění terminálního ilea v podobě ileostomie. Rektosigmoideum se buď vyvede jako mukózní pištěl v dolním pólu operační rány nebo se slepě uzavře při resekci dle Hartmana. Po zvládnutí akutního stavu, obvykle za 2 – 6 měsíců, je provedena rekonstrukční operace.

Elektivní operace se provádí při selhání a komplikacích konzervativní léčby, striktuře, extrakolických projevech, karcinomu nebo prekarcinózních stavech. Operační přístup spočívá v úplné proktokolektomii, přičemž je podstatné zachování nepoškozeného sfinkterického komplexu. Rekonstrukční fáze operace záleží v napojení terminálního ilea na zbylou část análního kanálu. Před anální kanál je vřazen rezervoár vykonstruovaný laterálním sešitím několika kliček terminálního ilea, který nahrazuje rektum. Rezervoár je označován termínem pouch (vak). Tři střevní kličky tvoří tzv. S–pouch, dvě kličky J–pouch, čtyři kličky W–pouch.

Obr. 5 Typy nejčastěji používaných pouchů.

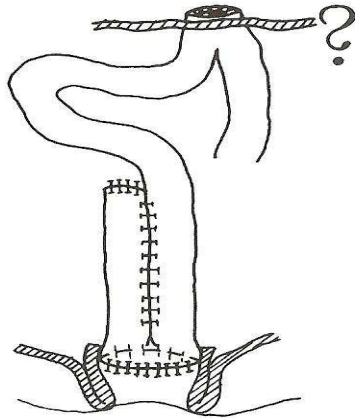


Zdroj: Mařatka, Z. *Gastroenterologie*. Praha : Karolinum,1999. s. 266. ISBN 80-7184-561-2

Vytvořený vak musí být vodotěsný. Funkce vaku se rozvíjí postupně, počet defekací se postupně snižuje k průměrným hodnotám 4-6 stolic za den. Zlepšování lze očekávat asi do dvou let po operaci. Při nízké anální anastomóze často dochází k zužování průsvitu střeva, proto jsou nutné občasné dilatace. Rizikem operace je poškození autonomního nervového systému s neblahými následky pro sexuální funkce. Po vytvoření ileálního rezervoáru u 10-30% nemocných v průběhu života vznikne zánět vaku (pouchitida). Příčina je neznámá, je pomýšleno na nutriční deficit, ischemii, stázu, imunodeficit, malabsorpci, bakteriální

přerůstání. Zánět probíhá buď jednorázově nebo chronicky s relapsy a remisemi nebo perzistuje. Projevuje se bolestmi břicha, vodnatým a krvavým průjmem, nucením na stoličce, inkontinencí, únavou, teplotami a úbytkem na váze. Léčba je v těchto případech konzervativní, většinou dobře reaguje na podávání metronidazolu, antibiotik (vibramycin, augmentin), perorálně podávaný sulfasalazin, lokálně aplikovaný mesalazin a steroidy. (12)

Obr. 6 Uspořádání po rekonstrukční koloproktémii s ileonální anastomózou pomocí pouče.



Zdroj: Mařatka, Z. *Gastroenterologie*. Praha : Karolinum,1999. s. 266. ISBN 80-7184-561-2

## **2.8 Incidence a mortalita onemocnění**

Incidence ulcerózní kolitidy v České republice se za posledních 20 let více než zdvojnásobila a odhaduje se v rozmezí mezi 3 – 5 / 100 000 obyvatel, nejvyšší incidence se udává v Jihomoravském kraji a v oblasti velkých měst. Prevalence se v České republice pohybuje v rozmezí 10 – 42 / 100 000. Tyto hodnoty odpovídají situaci v západní a severní Evropě, kde je udávána incidence 1 – 10 / 100 000 obyvatel. Idiopatické střevní záněty jsou častější u obyvatelstva bělošského, zejména židovského původu, než černošského. Pohlavní rozdíly výskytu idiopatických střevních zánětů nebyly jednoznačně potvrzeny, ale některé práce referují o tom, že v místech vysokého výskytu onemocnění je o 30 procent více žen, než mužů.

Mortalita na ulcerózní kolitidu v posledních letech klesá. Tato skutečnost je způsobena především zavedením nových léků používaných v terapii. Nespecifické střevní záněty představují v současné době v zemích vysoce industrializovaného světa velký

medicínský a společenský problém. Jedná se o onemocnění s progresivně vzrůstajícím výskytem, ukazuje se, že patříme mezi země s vyšší incidencí a prevalencí těchto chorob. Ze současných epidemiologických poznatků vyplývá, že mezi hlavní ovlivňující faktory výskytu ulcerózní kolitidy patří klimatické podmínky a socioekonomická úroveň ve spojení s jistou genetickou predispozicí. (23)

## **2.9 Prognóza**

Prognóza ulcerózní kolitidy je podmíněna následujícími faktory: rozsahem zánětlivého postižení tračníku, odpovědí na konzervativní léčbu, frekvencemi spontánních remisí, jejich délkou a udržením, potřebou prolongované konzervativní léčby, nutností chirurgického výkonu, komplikacemi a extraintestinálními manifestacemi, rizikem vzniku neoplazií. Za špatné prognostické faktory jsou považovány extenzní postižení tračníku, začátek onemocnění nad 60 let a výskyt toxického megakolon. U většiny nemocných je průběh chronický s remisemi a relapsy. Onemocnění lze vyléčit totální kolektomií, přesto i po operaci má v dalším životě většina pacientů obtíže s opakovanými záněty pouche. Pokroky v konzervativní a chirurgické léčbě výrazně zlepšily prognózu a kvalitu života nemocných s ulcerózní kolitidou. Při tomto onemocnění hrozí zvýšené riziko vývoje rakoviny, je to především v případech, kdy je postiženo celé střevo, hlavně pokud onemocnění propuklo v mladém věku. Proto pacient s ulcerózní kolitidou musí pravidelně podstupovat kontrolní kolonoskopie, alespoň každé dva roky. Dle různých studií většina nemocných vede normální život. (12)

## **3. Klinická část**

### **3.1 Osobní údaje**

**Iniciály:** R. V.

**Rok narození:** 1969

**Věk:** 40 let

<b>Pohlaví:</b>	ženské
<b>Bydliště:</b>	Plzeň – jih
<b>Povolání:</b>	státní zaměstnanec
<b>Hospitalizace:</b>	JIP MN Privamed Plzeň, 6 / 09
<b>Datum přijetí:</b>	13 . 7 . 2009
<b>Důvod hospitalizace:</b>	exacerbace idiopatické proktokolitidy

### ***3.2 Anamnéza***

#### **Osobní anamnéza**

U paní R. V. byla v červnu tohoto roku diagnostikována ulcerózní kolitida, tvar rektální. Do této doby nikdy vážněji nestonala, v dětství prodělala běžné dětské nemoci, operace 0. Udává několik nekomplikovaných zlomenin končetin, vzniklých při sportu, asi 5. Nekouří, alkohol užívá příležitostně, drogy neužívá.

#### **Rodinná anamnéza**

Otec zemřel před rokem na blíže neurčený břišní nádor, matka DM II. typu, starší sestra zdráva.

#### **Pracovní anamnéza**

Pracuje jako státní zaměstnanec u policie ČR, jako kriminalistka. Pracovní dobu má nepravidelnou, často v noci.

#### **Sociální anamnéza**

Pacientka je vdaná, v rozvodovém řízení, s manželem nežije ve společné domácnosti, děti nemá. Jako osobu blízkou, které je možno podávat informace udává sestru.



## **Gynekologická anamnéza**

Nemocná je bezdětná, neprodělala žádný spontánní potrat ani interrupci. Na gynekologické prohlídky dochází pravidelně, prsy kontroluje vždy po menstruaci. Menstruace pravidelná. Má cystu na levém vaječníku.

## **Alergologická anamnéza**

Alergie neudává, pouze zvýšenou sekreci z očí a nosu v jarních měsících, asi poslední 2 roky. Na alergologii nikdy nebyla.

## **Farmakologická anamnéza**

Nemocná od poslední hospitalizace, tj. 6/09 užívá:

Prednison 20 mg tbl. - 1 – 1 /2 – 0

Helicid 20 cps. - 1 – 0 – 0

Asacol tbl. - 2 – 2 – 2

Asacol klyzma večer před spaním

Před 12 dny doužívala tablety Ciprinol 500 mg 1 – 0 – 1 a Entizol 250 2 – 0 – 2 po 12 hodinách.

## **Nynější onemocnění**

Paní R. V. byla přijata na interní oddělení s exacerbací první ataky idiopatické proktokolitidy v seropurulentním stadiu, tvar rektální, pro níž byla nemocná hospitalizována na JIP naší nemocnice, propuštěna byla před 14 dny. Endoskopický nález byl potvrzen histologicky. Od 4. dne po propuštění trvají průjmy s intenzitou 4 – 5x denně s příměsí čerstvé krve promíchané se stolicí. Bolesti břicha trvají, s maximem v podbřišku a při defekaci. Měla teploty okolo 38°C. Nezvracela, nauzeu měla. Bolesti na hrudi, ani dušnost neměla (Hb nyní 86 g/l). V posledních 8 dnech jedla pouze vodové polévky a rýži, do jídla se musí nutit. Od minulé hospitalizace zhubla další 2 kg, celkově za poslední 2 měsíce 10 kg. Cítí se slabá a unavená.

## Stav při přijetí

Nemocná je orientovaná místem i časem, spolupracuje, odpovídá adekvátně, bez známek klidové dušnosti, anikterická, subfebrilní, bez cyanózy krvácivých projevů. Hlava na poklep nebolestivá, zornice okrouhlé, izokorické, reagují na osvit, spojivky bledé. Jazyk plazí ve střední čáře, vlhký, nepovleklý, chrup sanován, hrdlo klidné. Uši a nos bez výpotku. Šíje volně pohyblivá, karotidy tepou symetricky bez šelestu, náplň karotid přiměřená, uzliny a štítná žláza nehmatné. Hrudník klenutý, symetrický. Prsy bez rezistence. Dýchání čisté, sklípkové. Srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestů. Břicho měkké, prohmatné, dýchá v celém rozsahu, bez známek peritoneálního dráždění, bez hmatné rezistence, poklep bubínkový, pohmat bolestivý ve středním mesogastriu a obou podbřiších, peristaltika přítomna. Játra nepřesahují žeberní oblouk, pokleповě 10 cm. Slezina nenaráží, tapot bilaterálně negativní. Dolní končetiny bez otoků, bez známek akutní TEN, bez varixů. Per rektum přítomnost menšího množství čerstvé krve.

## 3.3 Průběh hospitalizace

### 1.den hospitalizace:

Nemocná byla přijata na interní oddělení ve 13 hodin, bylo natočeno EKG, odebrána krev na krevní obraz, biochemický rozbor, moč na kultivaci a citlivost, výtěr z rekta (přehled výsledků je uveden v příloze č. 1). Zaveden periferní žilní katétr k infúzní terapii. Podán Plasmalyte 1000 ml + 30 ml KCl 7,5% + Multibionta 1 amp. na 8 hodin, dále dvojlínkovým setem G 5% 500 ml + Neonutrin 5% na 8 hodin. Měřen příjem a výdej tekutin, tělesná teplota, TK a puls po 2 hodinách. Hodnoty jsou uvedeny dále v souhrnné tabulce. Vzhledem k nízké hodnotě hemoglobinu byla dodatečně odebrána krev na určení krevní skupiny a křížovou zkoušku a objednány 2 transfúzní jednotky EBR na další den. Dieta šetřící.

Ostatní medikace – Ciprinol tbl. 500mg 1 – 0 – 1  
Entizol tbl. 250mg 2 – 0 – 2  
Asacol tbl. 400mg 2 – 2 – 2  
Helicid 20 cps. 1 – 0 – 0

Prednison tbl. 20 mg 1 – ½ - 0

Přehled medikace je součástí přílohy č.2.

Pacientka se cítí slabá, cítí vnitřní třes, bez dušnosti, bez bolestí na hrudi, laboratorně zjištěna hypokalémie, hypoalbuminémie, anémie, nízká hladina železa.

Diuréza od 14 hodin – výdej 1000ml

- příjem - per os - 750 ml

- i.v. – 2000 ml

Tabulka č.1

Přehled fyziologických funkcí od 13.7.09, 15.00 hod. do 14.7.09, 17.00 hodin

Čas	TK	Puls	Teplota	
15.00	110/70	96	37,4	
17.00	130/80	100	38,7	Paralen 500 mg
19.00	105/60	92	37,4	
22.00	120/70	96	36,9	
1.00	110/60	88	37,9	
4.00	130/80	104	38,4	Paralen 500 mg, hemokultura
7.00	110/60	96	37,5	
9.00	115/60	88	36,9	
12.00	120/70	108	38,6	Paralen 500 mg
15.00	110/60	96	37,9	
17.00	110/70	92	37,6	

## **2. den hospitalizace:**

Ve 4.00 hod. naměřena teplota 38,4°C, odebrána hemokultura a poté aplikován Paralen 500 mg. V noci byla na stolici 4x, odchází prakticky pouze krev se zbytky stolice. Akce srdeční pravidelná, zrychlená, dýchání čisté, břicho měkké. Bolesti břicha jsou mírnější, spíše jen před defekací. Aplikovány 2 transfúzní jednotky EBR (510 ml), krevní převody proběhly bez komplikací. Medikace zůstává stejná jako předchozí den pouze navýšena dávka Prednisonu na 2 – 1 – 0, Asacolu na 3 x 3, Helicidu 1 – 0 – 1, infúzní léčba ponechána. Dieta číslo 2 + Nutridrink.

Bilance tekutin- výdej 2850 ml

příjem per os – 2000 ml

i.v. – 2000 ml

EBR – 510 ml

### **3. – 7. den hospitalizace:**

Pacientka se cítí lépe, třetí a sedmý den přepíchnut periferní žilní katétr, místa vpichu po odstranění nejeví známky zánětu. Od čtvrtého dne je afebrilní, přetrvává únava, při kontrolních odběrech krve přetrvává anémie a snížená hladina železa, zánětlivé parametry klesají. Počet stolic se snižuje, nyní asi 3 – 4 za den, enterorhagie mírnější. Medikace zůstává stejná, přidán Ferrlecit 1 ampule i.m. 1x denně a Hylak 3 x 4 ml denně. Bilance tekutin již nesledována, kontrola krevního tlaku 3x denně. Nemocná poučena o pitném režimu. Edukace o problémech vznikajících při léčbě kortikoidy a dietních opatřeních. Dieta číslo 2 + Nutridrink 2x.

### **8. den hospitalizace:**

Dnes opět dva krevní převody EBR, které proběhly bez komplikací, celkově se nemocná cítí lépe, je afebrilní, počet stolic zůstává 3 – 4 za den stále s příměsí krve. Při kontrolním vážení byl zaznamenán váhový přírůstek 2 kg.

### **11. – 15. den hospitalizace:**

Denně aplikováno 100 ml albuminu 20%, celkem 5, převody proběhly bez komplikací. Stolice se formuje, enterorrhagie už jen mírná, regrese zánětlivé laboratoře. Čtrnáctý den prázdněna Fortransem před kolonoskopií, medikace zůstává stejná. Patnáctý den kontrolní kolonoskopie (závěr – v anu a rektosigmatu edematózní sliznice s pseudopolypy, se známkami mnohočetného i spontánního krvácení, s četnými ulceracemi; dále až do lineální flexury edematózní až hyperplastická sliznice, bez známek krvácení; na kolon ascendens a transversum normální kolonoskopický nález). Pacientka byla v odpoledních hodinách po domluvě přeložena na I. Interní kliniku Fakultní nemocnice Plzeň k doléčení a převzetí do péče. Výměny periferních žilních katétrů proběhly desátý a čtrnáctý den hospitalizace.

## ***3.4 Závěr***

Paní R.V. onemocněla před krátkou dobou, proto není možné odhadnout za jak dlouho se bude moci plně zapojit do běžných denních aktivit. Její reakce na léčbu zatím není uspokojivá, protože i přes poměrně intenzivní medikaci došlo k recidivě onemocnění. Její

zdravotní stav je zhoršován psychickým stavem, který je negativně ovlivňován rodinnými problémy a náhlou ztrátou zdraví.

## **4. Ošetrovatelská část**

V ošetrovatelské části své práce jsem pracovala metodou ošetrovatelského procesu. S nemocnou jsem se seznámila na gastroenterologické ambulanci, již před minulou hospitalizací. Její případ mě zaujal nejen z ošetrovatelského hlediska, ale i lidského, protože nemocná má v současné době problémy se zvládnutím nemoci, ale i mnoho problémů v rodinném životě. V ošetrovatelské části se věnuji plánování komplexní ošetrovatelské péče.

### ***4.1 Ošetrovatelský proces***

Ošetrovatelský proces je systematický přístup k poskytování ošetrovatelské péče, jedná se o sérii vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované péči. Tyto činnosti umožňují, aby sestra se samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob péče, dosahovala stanovených cílů a mohla měřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl. (15)

Ošetrovatelský proces má čtyři základní fáze:

#### **1. Zhodnocení potřeb pacienta**

- a) získávání informací
- b) interpretace získaných informací
- c) určení aktuálních i potencionálních problémů nemocného a jeho potřeb
- d) vymezení priorit ošetrování
- e) projednávání stanovených potřeb s nemocným, pokud je to možné

#### **2. Plánování činností vedoucích k uspokojení vyznačených potřeb**

- a) stanovení cílů péče společně s nemocným
- b) rozhodování o tom, které ošetrovatelské výkony pacient potřebuje
- c) seznámení ostatních pracovníků s ošetrovatelským plánem

#### **3. Realizace ošetrovatelského plánu**

#### **4. Vyhodnocení efektu péče a zpětná vazba**

- a) porovnávání dosažených výsledků s plánovanými cíli
- b) nové zhodnocení stavu pacienta a úprava plánu v případě, že nebylo dosaženo cíle

c) kritická analýza jednotlivých fází ošetřovatelského procesu a provedení nezbytných úprav

Hlavním přínosem ošetřovatelského procesu je, že péče vychází z potřeb nemocného, zlepšuje se návaznost péče, plán péče poskytuje potřebné informace všem členům ošetřovatelského týmu, ošetřovatelský proces povzbuzuje pacienty k aktivní účasti na péči. (17)

## ***4.2 Ošetřovatelský model***

Ošetřovatelské modely se v praxi používají jako obecné návody pro formování poznatků ošetřovatelství, pro plánování a realizaci ošetřovatelské praxe. Každý model vyjadřuje priority ošetřovatelské péče autora. V praxi se ošetřovatelské modely uplatňují pomocí ošetřovatelského procesu, odráží filozofické hodnoty, mají systematickou strukturu a logické zdůvodnění činností, vytyčují směr hledání problémů a ukazují jejich praktické řešení.

Každý model vymezuje čtyři základní pojmy:

- jedinec, který je obvykle popisován jako bio-psycho-sociální bytost
- prostředí zahrnující rodinné příslušníky, společenství, společnost a fyzické prostředí, které může být zdrojem stresů nebo podpory
- zdraví je také chápáno různým způsobem, podle kultury, v níž jedinec žije
- ošetřovatelství

Ošetřovatelské modely usnadňují komunikaci mezi sestrami a poskytují systematický přístup k ošetřovatelské praxi, administrativě a výzkumu. (14)

## ***4.3 Model funkčního zdraví Marjory Gordon***

Pro svou práci jsem si vybrala ošetřovatelský model Marjory Gordon. Model je výsledkem grantu, který v 80 letech minulého století financovala federální vláda USA. Pomocí tohoto modelu jsme schopni komplexně zhodnotit stav jak zdravého, tak i nemocného člověka. Cílem ošetřovatelství podle toho modelu je zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví a rovnováha bio-psycho-sociálních aspektů. Zdraví je vyjádřením rovnováhy bio-psycho-sociálních interakcí a je ovlivňováno vývojovými, kulturními, duchovními a dalšími faktory. Pokud dojde k poruše zdraví, i potenciální, je tento stav označován jako dysfunkce.

Dysfunkční stav je projevem aktuálního onemocnění jedince, nebo může být znakem potencionálního problému, pokud sestra dysfunkční stav identifikuje, musí ho označit, zformulovat ošetrovatelskou diagnózu a dále pokračovat v dalších fázích ošetrovatelského procesu. Základní strukturu tohoto modelu tvoří dvanáct oblastí, označených autorkou jako funkční vzorce zdraví.

### **12 funkčních vzorců zdraví:**

1. vnímání zdraví – udržování zdraví
2. výživa – metabolismus
3. vylučování
4. aktivita – cvičení
5. spánek – odpočinek
6. citlivost (vnímání) – poznávání
7. sebepojetí – sebeúcta
8. role – vztahy
9. reprodukce – sexualita
10. stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance
11. víra – životní hodnoty
12. jiné (14)

## **4.4 Ošetrovatelská anamnéza**

Ošetrovatelskou anamnézu jsem zjišťovala v den příjmu 13.7.2009 v 17 hodin na standardním interním oddělení. Informace jsem získala z rozhovoru s nemocnou a z lékařské dokumentace. Pacientka byla se stejnou diagnózou hospitalizována v červnu tohoto roku na jednotce intenzivní péče nemocnice Privamed Plzeň. Propuštěna z hospitalizace byla před 14 dny, potíže se po propuštění opět zhoršily. Nemocná byla seznámena s chodem oddělení. Příjímací rozhovor proběhl v klidu, bez přítomnosti dalších osob. Nemocná podepsala souhlas s hospitalizací a souhlasila s tím, že získané informace použiji ke zpracování v bakalářské práci.

**Iniciály** : R.V.  
**Věk** : 40 let  
**Datum přijetí** : 13 . 7 . 2009

**Dieta** : šetřící  
**Zubní protéza** : nemá  
**Močový katétr** : nemá  
**Periferní žilní katétr**: zaveden 13.7. 2009 do předloktí levé ruky  
**Stav kůže** : suchá, bez defektů a hematomů  
**Stav vědomí** : při vědomí, orientovaná časem i místem

### **1. Vnímání zdraví**

Nynější hospitalizace je druhou hospitalizací během jednoho měsíce pro tuto diagnózu. Diagnóza byla stanovena právě při minulé hospitalizaci, do té doby nemocná neměla potíže. Pouze udává občasné pobolívání levého podbříšku, které přikládala spíše ke gynekologickým potížím (má cystu v levém vaječníku). V poslední době je velmi unavená, má opakovaně horečky, průjmy s příměsí krve, stav je stejný jako před předchozí hospitalizací, během níž došlo ke krátkodobému zlepšení. Nemocná se obává jestli bude moci dále vykonávat své povolání kriminalistky. Pacientka nekouří, alkohol pije pouze příležitostně, černou kávu pije 4-5x denně. Návykové látky neužívá.

### **2. Výživa - metabolismus**

Nemocná za poslední dva měsíce zhubla 10 kg , měří 181 cm, nyní váží 65 kg (BMI 19,8). Vždy měla štíhlou postavu. V posledních deseti dnech jedla pouze suché rohlíky, vodové polévky a rýži. Denně vypije přibližně 2 litry tekutin. Do jídla se musí nutit, trpí nechutenstvím, nezvrací. Před propuknutím choroby se vzhledem k náročnosti povolání stravovala nepravidelně, často v rychlém občerstvení, stravu nekonzumovala v klidu. Potravinové doplňky žádné neužívá, zubní protézu nemá, ani kožní defekty v dutině ústní, které by znemožňovaly příjem stravy a tekutin ústy. Kůži má spíše suchou bez kožních defektů, nehty měkké, třepí se. Sliznice dutiny ústní vlhká, růžová. Riziko vzniku dekubitů není (viz příloha č. 3). V den příjmu naordinována dieta šetřící, tekutiny a minerály jsou hrazeny parenterálně. Naordinován Plasmalyte 1000 ml + 30 ml 7,5% KCl + Multibionta 1 amp. na 8 hodin, dále dvojlinkovým setem glukóza 5% 500 ml a Neonutrin 500 ml na dalších 8 hodin. Kontrolována bilance tekutin (hodnoty uvedeny výše v kapitole „Průběh hospitalizace“). Podle nutričního skóre (viz. příloha č. 3) je nutná nutriční intervence.



### **3. Vylučování**

Močí spontánně, inkontinence moče není. Asi dva měsíce má průjmy, stolice 5-8x denně s příměsí čerstvé krve, při defekaci má křečovitě bolesti břicha. Současný stav přijímá velice negativně, obává se, že se její stav nikdy nezlepší, protože potíže ve stejné intenzitě trvají již téměř dva měsíce pouze s krátkodobým zlepšením. Umístěna na dvoulůžkový pokoj s toaletou, na WC dojde sama. Okolí konečníku klidné bez známek dráždění. Projímadla nikdy pravidelně neužívala, před onemocněním stolice pravidelná 1x za dva dny. Potí se minimálně i přestože má již měsíc horečky okolo 38°C.

### **4. Aktivita a cvičení**

Od mládí aktivně sportovala, do 22 let bojové sporty, nyní rekreačně běh, jízda na kole, posilovna. Má psa, se kterým chodí na dlouhé procházky. Dobrou fyzickou kondici potřebuje k výkonu povolání, chodí na testy fyzické kondice. Nemocná je plně soběstačná, hygienu zvládá bez dopomoci. Kromě sportovních koníčků ráda chodí do divadla a pokud má čas přečte si nějakou pěknou knihu, nejčastěji cestopisy a dokumenty. Nemocná se pohybuje bez kompenzačních pomůcek, na WC si dojde, je plně soběstačná, Bartel skóre 100 bodů (viz. příloha č. 4). Lékař naordinoval klidový režim, nemocné bylo doporučeno pouze docházet na WC a do jídelny v době jídla, jinak klid na lůžku. Byla upozorněna na nutnost pomalého vstávání z lůžka z důvodu možnosti kolapsu v důsledku poklesu hodnot v krevním obrazu. Hodnocení rizika pádu je uvedeno v příloze číslo 5.

### **5. Spánek a odpočinek**

Často pracuje i v noci, nikdy jí to nedělalo problémy. Spí 6-8 hodin denně. V poslední době se cítí unavená, během noci musí jít někdy i 2-3x na stolicí. Léky na spaní neužívá. Je zvyklá mít v ložnici chladnější prostředí. Po zkušenostech z předchozí hospitalizace má obavy, že v nemocnici bude špatně spát, ruší ji další nemocné na pokoji a nemocniční prostředí vůbec. Je uložena na dvoulůžkovém pokoji s mladší pacientkou, bohužel nelze zajistit samostatný pokoj. Léky na spaní odmítá. Obává se, že se neprobudí a nestihne dojít na WC.

### **6. Vnímání - poznávání**

Nemocná je při vědomí, orientovaná místem i časem, potíže s vyjadřováním nemá. Sluchové potíže nemá, asi od 10 let je slabě krátkozraká, ale brýle nosí pouze na řízení

vozidla v nočních hodinách. Jiné kompenzační pomůcky nemá. V současné době ji trápí bolesti levého podbřišku a dlouhotrvající průjemy. Bolest hodnocena pomocí škály 0 – 10, kdy 0 znamená žádná bolest a 10 nesnesitelná bolest. Podle nemocné je bolest na hodnotě 1 – 2, pouze před defekací ji označila číslem 5. Pacientka udává, že už si na bolest během minulých dvou měsíců již zvykla a moc ji nevnímá. Bolest je ovlivněna i užíváním Paralenu 500 mg per os při horečce zhruba po 6-8 hodinách.

## **7. Sebepojetí**

Pacientka se cítí nejistě, obává se budoucnosti, má obavy, že jednou nestihne dojít na WC a nebude se moci zapojit do společenského dění. Dnes působí unaveně, odpovídá tiše a nejistě. S novou situací se špatně vyrovnává.

## **8. Role - vztahy**

Pacientka bydlí sama v rodinném domě, v menším městě. Manžel se odstěhoval k nové partnerce, budou se rozvádět. Děti nemá. S manželem uvažovali před rozchodem o umělém oplodnění, ke kterému nedošlo. Nejlépe se nyní cítí v zaměstnání, kde má mnoho přátel, kteří jí pomáhají, proto špatně snáší současnou pracovní neschopnost. Spolupracovníci za ní docházejí, ale jsou to většinou muži a před nimi se nyní stydí o svých potížích hovořit. Dobré vztahy má se starší sestrou, která bydlí nedaleko jejího domku. Matku nechce svým stavem zatěžovat. Nemocná je mladá komunikativní, nekonfliktní žena, která se snaží pochopit vzniklou situaci a výborně spolupracuje při léčbě.

## **9. Sexualita**

Vzhledem k současnému zdravotnímu, psychickému stavu a zjištěném stavu o jejím manželství jsme s pacientkou tuto stránku jejího života více nerozebírali. Na pravidelné gynekologické prohlídky dochází, menstruaci má pravidelnou, samovyšetření prsů provádí.

## **10. Stres**

Vzhledem k svému povolání je velmi často vystavována stresu, který jak sama tvrdí, ji do určité míry těší, protože ví, že dělá něco užitečného a který jí nyní chybí, je zvyklá pořád pracovat. Nynější onemocnění ji činí nejistou a obává se budoucnosti, zda se dokáže plně zapojit do společenského i pracovního života jako před onemocněním. V nastalé situaci jí

nejvíce pomáhá sestra, která za ní pravidelně dochází domů a telefonuje jí a se kterou může mluvit o všech problémech.

### **11. Víra, životní hodnoty**

Pacientka není věřící, v posledních době je pro ní nejdůležitější, aby se uzdravila. Vysokou životní hodnotou je pro ní úspěch v zaměstnání a seberealizace.

### **12. Jiné**

Nemocná má od dnešního poledne zavedený periferní žilní katétr v zápěstí levé ruky. Místo vpichu je klidné, bez zarudnutí a známek zánětu.

## **4.5 Přehled ošetrovatelských diagnóz**

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na základě ošetrovatelské anamnézy 13.7.2009 v 17 hodin, v den příjmu. Zhodnocením všech informací získaných během rozhovoru, pozorováním nemocné a z lékařské dokumentace jsem stanovila aktuální i potencionální diagnózy. Plán péče byl stanoven na 24 hodin, hodnocení péče jsem dělala následující den v 17 hodin.

### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy:**

1. Průjem v souvislosti se zánětlivým postižením střevní sliznice.
2. Hypertermie v souvislosti se zánětlivým onemocněním.
3. Bolest v důsledku základního onemocnění.
4. Únava v důsledku základního onemocnění.
5. Porucha sebepojetí v důsledku chronického onemocnění.
6. Nedostatek informací z důvodu časnosti onemocnění.

### **Potencionální ošetrovatelské diagnózy:**

7. Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétrem.
8. Riziko snížení objemu tělesných tekutin a minerálů v důsledku základního onemocnění.
9. Riziko vzniku komplikací spojených s krevním převodem.

## 4.6 Ošetrovatelský plán péče

### 1. Průjem v souvislosti se zánětem sliznice střeva

#### Definice

Stav, při kterém dochází k častému odchodu řídké, tekuté, neformované stolice.

#### Cíl

- pacient nebude mít porušenou integritu kůže v okolí konečníku po opakovaném dráždění místa stolicí
- pacient bude znát jak pečovat o konečník

#### Ošetrovatelské intervence

- Zjistit frekvenci, konzistenci, barvu a množství stolice.
- Všímat si doprovodných symptomů, např. křečí v břiše, dehydratace, iritace kůže okolí konečníku.
- Vysvětlit nemocnému nutnost šetřící diety a poradit mu, kterých potravin se má vyvarovat.
- Povzbuzovat nemocného k pití nápojů s vyšším obsahem elektrolytů např. džusu, bujónu a komerčně vyráběných nápojů.
- Vysvětlit nemocnému nutnost zvýšené péče o konečník po stolicí.

#### Realizace

Průběžně jsem dotazem u nemocné zjišťovala frekvenci, konzistenci a množství stolice. Počet stolic za 24 hodin byl 7, z toho 4 v noci. Ptala jsem se nemocné na bolesti břicha, které vždy souvisely s defekací. Dotazem, protože nemocná výborně spolupracuje, jsem zjistila, že zatím nemá žádné potíže s kožní integritou v okolí konečníku a vysvětlila nemocné, že má po každé stolici konečník nejlépe osprchovat a pořádně osušit, je vhodné pokud to jde nenosit spodní prádlo. S nemocnou jsme prodiskutovaly vhodné potraviny pro šetřící dietu. Zhodnotila jsem stav hydratace organismu – kožní turgor v normě, sliznice vlhké. Nemocné jsem podle ordinace lékaře aplikovala léky, které ovlivňují zánětlivé změny a mikroflóru ve střevě v dávce:

- Asacol 400 - první den 3x2 tablety, od druhého dne 3x3 tablety za den
- Prednison tbl. 20 mg - první den 1 – ½ - 0, od dalšího dne 2 – 1 – 0

- Entizol 250 mg od prvního dne 2 tablety po 12 hodinách
- Ciprinol 500 mg 1 tabletu po 12 hodinách
- Hylak kapky od třetího dne hospitalizace 3x4ml denně, na úpravu střevní mikroflóry

### **Hodnocení dne 14.7.2009 v 17 hodin**

Ošetrovatelského cíle bylo dosaženo částečně, konečník bez defektů, kožní integrita neporušená. Hygienu konečníku provádí nemocná sama. Nemocná udává zmenšení křečovitých bolestí břicha. Přetrvává průjmovitá stolice. První den v noci byla na stolici 4x, odcházela stolice s velkou příměsí krve, celkový počet stolic za 24 hodin je 7.

## **2. Hypertermie v souvislosti se zánětlivým onemocněním**

### **Definice**

Stav, při kterém je teplota organismu zvýšena nad hodnotu 38°C.

### **Cíl**

- pacient bude mít tělesnou teplotu ve fyziologických mezích (36,6-36,9°C)

### **Ošetrovatelské intervence**

- Monitorovat tělesnou teplotu.
- Sledovat barvu kůže, stav vědomí, kontrolovat krevní tlak, puls, dech.
- Zajistit vhodnou hydrataci.
- Informovat pacienta o nutnosti dostatečného příjmu tekutin.
- Podávat antipyretika dle ordinace lékaře.
- Snižovat tělesnou teplotu pacienta odstraňováním částí oděvu, snižovat teplotu okolního prostředí.
- Zdůraznit nutnost zachování tělesného klidu.

### **Realizace**

Nemocné byla ve dvouhodinových intervalech kontrolována tělesná teplota, krevní tlak, puls. Vysvětlila jsem jí nutnost zvýšené konzumace tekutin např. neperlivé vody, džusu, minerálek. Při horečce byl podáván dle ordinace lékaře Paralen 500 mg per os ( v 17.00, 4.00, 12.00 hodin), po aplikaci léku vždy teplota klesla, ale vždy zhruba po 6 hodinách opět stoupala k hodnotám přes 38°C. Přehled tělesné teploty jsem uvedla v souhrnné tabulce spolu

s ostatními hodnotami fyziologických funkcí výše na začátku kapitoly 4.6. Vzhledem k horkému klimatu jsem se snažila snížit pokojovou teplotu zavřením a zastíněním okna. Metody fyzikálního chlazení nemocná odmítala, i lokální přikládání chladivých obkladů na končetiny a do třísel. Nakonec jsem nemocné vysvětlila nutnost zachování tělesného klidu, při němž dochází ke snižování metabolických nároků organismu a tím ke snížení tvorby tepla.

### **Hodnocení 14.7.2009 v 17 hodin**

Ošetrovatelský cíl nebyl splněn. Nemocná je po podání antipyretik afebrilní, ale zhruba po pěti hodinách tělesná teplota znovu stoupá až k hodnotám 38,7°C. Nemocná výborně spolupracuje při dodržování pitného režimu, který je nutný nejen kvůli febrilním, ale i základnímu průjmovému onemocnění. Klidový režim dodržuje.

## **3. Bolest v důsledku základního onemocnění**

### **Definice**

Stav, při kterém pacient udává nepříjemný smyslový a emoční prožitek spojený s poškozením tkáně.

### **Cíl**

- pacient bude podle analogového měřítka udávat hodnoty 0 – 1
- pacient chápe příčinu bolesti a je schopen určit její intenzitu

### **Ošetrovatelské intervence**

- Zhodnotit intenzitu bolesti podle analogového měřítka.
- Zhodnotit vliv bolesti na kvalitu spánku a běžné denní činnosti.
- Podávat léky na tlumení bolesti dle ordinace lékaře.
- Doporučit nemocnému úlevovou polohu.

### **Realizace**

Ke zjištění intenzity bolesti jsem použila analogové měřítko se stupnicí 1 – 10, kdy 1 znamená žádná bolest a 10 nesnesitelná. Nemocná svou bolest lokalizovala v levém podbřišku o intenzitě 1 – 2, pouze před defekací ji označila 5. Bolest ji nijak neomezuje spí klidně, udává, že si za poslední 2 měsíce na bolest zvykla. Intenzita bolesti bude do jisté míry ovlivněna analgetickým účinkem Paralelu 500 mg per os podávaným při horečce zhruba

v osmi hodinových intervalech. Paralen 500 mg užívala nemocná nepravidelně i doma, není schopná určit zda byla bolest před a po podání tablety jiné intenzity, ale domnívá se, že byla pořád stejná. Doporučila jsem nemocná při křečovitých bolestech vyhledávat úlevovou polohu s koleny přitaženými k břichu.

#### **Hodnocení dne 14.7.2009 v 17 hodin**

Cíle bylo částečně dosaženo, nemocná udává zmenšení bolestí podle analogového měřítka 0 - 1, prakticky přetrvávají pouze křečovité bolesti před vyprázdněním a to na hodnotě čísla 4.

### **4. Únava v důsledku základního onemocnění**

#### **Definice**

Stav, při němž přetrvává pocit vyčerpanosti a neschopnosti vykonávat fyzickou a duševní činnost.

#### **Cíl**

- nemocný bude udávat zmírnění únavy a bude schopen vykonávat běžnou fyzickou zátěž bez pocitu vyčerpanosti
- nemocný si bude uvědomovat nutnost klidového režimu, bude znát příčinu své únavy

#### **Ošetřovatelské intervence**

- Akceptovat pacientovu únavu.
- Plánovat péči tak, aby pacient měl dostatek času k odpočinku.
- Pátrat i po jiných možných příčinách únavy.
- Vysvětlit nemocnému co jeho únavu způsobuje.
- Plnit ordinace lékaře, zajistit krevní odběry na křížovou zkoušku a krevní skupinu, asistovat při převodech krevních derivátů.

#### **Realizace**

Nemocná byla uložena na dvoulůžkovém pokoji s mladou nekonfliktní ženou. Kontrola fyziologických funkcí byla ordinována přes den po dvou hodinách, v noci byl interval prodloužen na tři hodiny. Rozhovorem jsem zjistila, že další příčinou únavy jsou

dlouhodobé potíže s průjmy, které nemocnou nutí i v noci vstávat z lůžka. Nemocná byla zvyklá spát denně 6 – 8 hodin denně, přes den nespala, nyní od vypuknutí nemoci si občas lehne i přes den tak na 2 hodiny. Nemocné jsem vysvětlila co způsobuje její únavu, k čemu slouží hemoglobin. Podle ordinace lékaře provedla krevní náběry na stanovení krevní skupiny a objednala na následující den dvě krevní konzervy EBR. Souhlas s aplikací krevních derivátů nemocná podepsala. Následující den v dopoledních hodinách nemocné byly aplikovány dvě krevní konzervy EBR, převod proběhl bez komplikací.

### **Hodnocení dne 14.7.2009 v 17 hodin**

Ošetrovatelský cíl byl částečně splněn, nemocná zvládá běžné denní činnosti sebeobsluhy, ale stále udává únavu, která je podle jejích slov menší než předchozí den. V noci se příliš nevyspala (4x byla na toaletě). Mírné zlepšení stavu přikládá klidu na lůžku, který dodržuje a hlavně se cítí klidnější díky pobytu v nemocnici. Dnes měla převod dvou krevních konzerv, převod proběhl bez komplikací. Klidový režim dodržuje, spolupráce je velmi dobrá. Na zítra je plánován kontrolní odběr krve na krevní obraz.

## **5. Porucha sebepojetí v důsledku chronického onemocnění**

### **Definice**

Stav, při kterém dochází k negativnímu sebehodnocení vlastních schopností.

### **Cíl**

- pacient akceptuje změny, které s onemocněním nastaly
- nemocný se nebude negativně hodnotit

### **Ošetrovatelské intervence**

- Mluvit s nemocným o jeho pocitech.
- Objasňovat nesprávné názory, které nemocný má o sobě a chorobě.
- Podporovat nemocného, aby byl schopen přijímat pomoc od druhých.
- Získat rodinu k aktivní spolupráci při podpoře pozitivního myšlení nemocné.

### **Realizace**

Nemocná má pocit, že vše co v poslední době dělá je špatně. Rozpadá se jí rodina, onemocněla chronickou chorobou a domnívá se, že kvůli průjmům nebude moci chodit do



práce, protože často pracuje v terénu a nemusela by to stihnout, což je pro ni velmi stresující představa, kterou stále opakuje. Dává si za vinu rozpad manželství, protože pořád pracovala a zpočátku nechtěla děti, pak se jí nedařilo otěhotnět. Vysvětlila jsem jí, pokud bude nemoc v klidovém stadiu průjmy mít nemusí a že i když se jedná o onemocnění chronické a v podstatě úplně nevyléčitelné je možné se za určitých podmínek vrátit do zaměstnání a pokračovat v dosavadním životě téměř bez omezení. Poradila jsem jí, aby o svých problémech a pochybnostech častěji hovořila se svou sestrou a matkou, event. navštívila psychologa. Dnes za ní na návštěvě nikdo nebyl, ale zítra očekává sestru.

### **Hodnocení dne 14.7.2009 v 17 hodin**

Cíl byl dosažen částečně, přestože nemocná je sice klidnější, chápe, že léčba potrvá delší dobu, její obavy z inkontinence stolice a budoucnosti trvají. K dosažení cíle je zapotřebí delší časové období, během něhož se nemocná se svou novou situací bude muset nějakým způsobem smířit. S rodinou se dnes nepodařilo spojit a získat ji ke spolupráci.

## **6. Nedostatek informací z důvodu časnosti onemocnění**

### **Cíl**

- pacient bude mít dostatek informací o své nemoci a pochopí je

### **Ošetřovatelské intervence**

- Zjistit zda je pacient orientovaný a podle situace podávat informace týkající se dietních a režimových opatření.
- Poskytnout nemocnému ústní i písemné informace. Mluvit v jednoduchých větách a konkrétních termínech. Usnadnit pochopení a zapamatování si informací.
- Povzbuzovat pacienta, aby se ptal na vše co mu není jasné.
- Informace poskytovat podle připraveného plánu a pokračovat pouze v případě, že pacient vše pochopil.

### **Realizace**

Druhý den hospitalizace jsem nemocné donesla několik brožurek o ulcerózní kolitidě, doporučila jsem jí až bude v domácím léčení vyhledání dalších informací o její chorobě, kde je možno najít i blogy, na kterých řeší své problémy nemocní se stejnou chorobou. Pacientka

vyjádřila obavy, že se její stav nezlepší, protože problémy trvají příliš dlouho a hlavně, že i po léčbě se nelepší. Snažila jsem se nemocné vysvětlit, že léčba ulcerózní kolitidy je proces dlouhodobý a trvalý a přestože nemoc nelze úplně vyléčit, lze ji léky udržet v klidové fázi. Omezení sportovních aktivit a fyzické námahy je nutné v případě akutního vzplanutí nemoci. Nemocnou zajímalo i to, jestli by případné těhotenství nějak chorobu ovlivnilo a jestli je nemoc dědičná. Vysvětlila jsem jí, že není důvod se těhotenství bránit, ale není vhodné v období aktivity zánětu a je vhodné se před početím domluvit s lékařem, aby upravil léčbu, protože ne všechny léky používané k léčbě jsou v těhotenství vhodné. Dále nemocná vyjádřila obavy z rakoviny, proto jsem jí vysvětlila, že proto bude muset podstupovat pravidelné kolonoskopické kontroly, i když nemoc nebude aktivní a to nejméně v dvouletých intervalech. Rozhovor jsme ukončily, s tím, že pokud bude mít nemocná nějaké další dotazy, jsem jí kdykoli k dispozici jí je zodpovědět, pokud budu znát odpověď a bude to v mé kompetenci.

#### **Hodnocení dne 14.7.2009 v 17 hodin**

Ošetrovatelský cíl byl splněn, nemocná je klidnější a více informována o své nemoci. Chápe nastalou situaci, nový životní styl a nutnost dlouhodobého léčení.

## **7. Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétrem**

### **Definice**

Stav zvýšeného rizika invaze patogenních mikroorganismů do organismu.

### **Cíl**

- místo vpichu periferního žilního katétru nebude jevit známky infekce

### **Ošetrovatelské intervence**

- Informovat nemocného o důvodu zavedení periferního žilního katétru.
- Při zavádění katétru postupovat podle zásad asepse.
- Před manipulací s katétrem si vždy umýt ruce, dodržovat aseptický postup při převazech katétru.
- Sledovat pravidelně místo vpichu katétru, pátrat po známkách infekce.
- Poučit nemocného, že nemá končetinu se zavedeným katétrem přetěžovat, bolest v místě vpichu nebo při aplikaci infúze ihned ohlásit.

## **Realizace**

Po příjmu na oddělení jsem nemocné zavedla periferní žilní katétr do předloktí levé ruky, nemocná je pravák. Zároveň jsem odebrala ordinované krevní testy a aplikovala infúzní terapii dle ordinace lékaře. Při každé manipulaci s kanylou jsem postupovala asepticky. S nemocnou jsme prodiskutovaly důvod zavedení kanyly a jak správně se má chovat, aby nedošlo k samovolnému odstranění katétru při každodenních činnostech. Kontrolovala jsem místo vpichu a při aplikaci průchodnost katétru. Katétr je kryt transparentní folií. Vzhledem k tomu, že místo vpichu nejevilo známky zánětu a katétr byl průchodný, nebyl důvod jej vyměňovat, ani převazovat, protože standardně se doporučuje výměnu a převaz provádět za 48 – 72 hodin.

## **Hodnocení dne 14.7.2009 v 17 hodin**

Ošetrovatelský cíl byl splněn, místo vpichu klidné, bez zarudnutí, bez známek infekce, katétr průchodný, ponechán.

## **8. Riziko snížení objemu tělesných tekutin a minerálů v důsledku základního onemocnění**

### **Definice**

Stav, při kterém se u postiženého jedince objevují vaskulární, buněčné a mezibuněčné dehydratace.

### **Cíl**

- pacient nebude jevit známky dehydratace

### **Ošetrovatelské intervence**

- Zhodnotit výchozí stav hydratace.
- Sledovat vitální funkce pacienta – krevní tlak a kvalitu pulsu.
- Pátrat po známkách nedostatku tekutin – suché sliznice, snížený kožní turgor, zpomalená náplň kapilár.
- Sledovat bilanci tekutin a pečlivě zaznamenávat, poučit pacienta o nutnosti kontroly příjmu a výdeje tekutin.
- Dle ordinace lékaře podávat nitrožilně tekutiny a elektrolyty.
- Informovat nemocného o nutnosti zvýšení příjmu tekutin a doporučit

vhodné tekutiny.

- Nemocný bude mít k dispozici dostatek tekutin k pití.
- Věnovat pozornost abnormálním laboratorním nálezům.

### **Realizace**

Při příjmu jsem zhodnotila stav hydratace nemocné, který podle viditelného zhodnocení byl v normě, sliznice vlhké, kožní turgor dobrý. Laboratorní náběry odhalili snížené hodnoty hematokritu (0,24 l/l), kalía (3,67 mmol/l) a natria (134 mmol/l). Nemocné jsem zavedla periferní žilní katetr na hřbet levé ruky a do něj aplikovala lékařem ordinované infúzní roztoky - Plasmalyte 1000 ml, 30 ml 7,5% KCl, Multibionta na 8 hodin a poté dvojlínkovým setem 5% glukóza 500 ml a Neonutrin 500 ml na dalších 8 hodin. Vysvětlila jsem nemocné důležitost kontroly příjmu a výdeje tekutin a doporučila dočasné vyloučení pití černé kávy a čaje, protože odvodňují organismus. Ve dvouhodinových intervalech jsem kontrolovala krevní tlak a kvalitu pulsů. Druhý den vykapalo stejné množství infúzních roztoků jako první. Celkově za 24 hodin, tj. do 17 hodin bylo nemocné aplikováno 3000 ml infúzních roztoků + 510 ml EBR. Nemocná vypila 2000 ml. Výdej tekutin močí byl 2650 ml.

### **Hodnocení dne 14.7.2009 v 17 hodin**

Ošetrovatelský cíl byl splněn, nemocná nejeví známky dehydratace, sliznice má vlhké, celkově se cítí lépe, velmi dobře spolupracovala při kontrole příjmu a výdeji tekutin, samostatně hodnoty zaznamenávala. Hodnoty krevního tlaku a pulsů byli v normě. Dodržuje pitný režim. Bilance tekutin příjem 5500 ml, výdej 2650 ml. Celková bilance tekutin za 24 hodin je pozitivní (+ 2860 ml).

## **9. Riziko vzniku komplikací spojených s krevním převodem**

### **Cíl**

- včasné odhalení možných komplikací spojených s aplikací krevních derivátů

### **Ošetrovatelské intervence**

- Odebrat krev na určení krevní skupiny dle ordinace lékaře, pečlivě zkontrolovat označení zkumavky a žádanky.
- Před podáním krevního derivátu zkontrolovat krevní konzervu a její průvodku.

- Před a po aplikaci změřit nemocnému fyziologické funkce a provést zápis do dokumentace.
- Asistovat lékaři při orientačním testu krevní skupiny u lůžka nemocného a samotné aplikaci derivátu.
- Provést řádně biologickou zkoušku.
- V průběhu a po ukončení transfuze kontrolovat zdravotní stav pacienta.

### **Realizace**

V odpoledních hodinách v den příjmu jsem nemocné odebrala krev na určení krevní skupiny a křížovou zkoušku a dle ordinace lékaře jsem na druhý den objednala dvě krevní konzervy EBR. Vše jsem řádně zkontrolovala a označila. Následující den dopoledne byl proveden krevní převod. Nejprve byla řádně zkontrolována krevní konzerva a průvodka, vše souhlasilo. Před a po aplikaci každé krevní konzervy byly změřeny fyziologické funkce, před podáním krve byla provedena orientační zkouška kompatibility krve dárce a příjemce pomocí sangvitetu, poté byla provedena biologická zkouška a následoval převod krevní konzervy. Převod proběhl bez komplikací. Nemocná měla po celou dobu k dispozici signalizační zařízení u lůžka. Krevní konzerva s transfúzním setem byly uchovány dle standardu následujících 24 hodin v lednici.

### **Hodnocení dne 14.7.2009 v 17 hodin**

Ošetrovatelského cíle bylo dosaženo, během krevního převodu a v následujících pěti hodinách nevznikly žádné komplikace spojené s převodem krve.

## ***4.7 Dlouhodobý plán péče***

Nemocná R.V. byla k hospitalizaci na standardní interní oddělení odeslána z gastroenterologické ambulance pro exacerbaci idiopatické ulcerózní kolitidy. Pacientka byla před 14 dny propuštěna z jednotky intenzivní péče nemocnice Privamed, kde byla hospitalizována pro první ataku choroby. Při vstupních laboratorních vyšetřeních krve bylo zjištěno zvýšení zánětlivých parametrů, hypoalbuminemie, hypokalemie, anemie, nízká hladina železa. Od prvního dne hospitalizace byla nemocná febrilní s teplotami do 38,7°C, které po podání Paralenu 500 mg per os klesly, ale zhruba po 5 hodinách se opět vracely.

Druhý den odebraná hemokultura byla negativní. Od čtvrtého dne hospitalizace byla afebrilní. Nemocné byla zavedena periferní žilní kanyla k intravenózní hydrataci a doplnění minerálů a vitamínů. Po celou dobu žilní intervence bylo se vstupem zacházeno za aseptických zásad, k rozvoji infekce v souvislosti s katetrizací nedošlo, katétr vyměněn třetí, sedmý, desátý a čtrnáctý den. Rehydratační léčba aplikována první až třetí den, po tuto dobu byl měřen příjem a výdej tekutin. Kontroly krevního tlaku byly první den po dvou hodinách, v ostatních dnech již 3 x denně, hodnoty byly v normě. Během hospitalizace byla navýšena léčba kortikoidy a antibiotiky, 4x podána EBR, substituováno železo, 5 x 100 ml albuminu. Stolice se v průběhu hospitalizace postupně formovala, přetrvávala mírná enterorrhagie. Velkou pozornost jsme věnovali prevenci vzniku poruchy kožní integrity v okolí konečníku, péči zvládala nemocná sama a k poruše nedošlo. Patnáctý den hospitalizace byla indikována kontrolní totální kolonoskopie jejíž závěr jsem uvedla v kapitole o průběhu hospitalizace. Nemocná se předchozí den se prázdnila pomocí Fortransu. Po kolonoskopii byla v odpoledních hodinách přeložena na I. interní kliniku FN Plzeň k převzetí do péče. Před přeložením na interní kliniku byla nemocná afebrilní, přetrvávala mírná enterorrhagie, stolice se začínala formovat, frekvence stolic stále 3-4 za den. Bolesti téměř ustoupily, přetrvávaly pouze před defekací a to na hodnotě 1-2 číselné škály. Byl odstraněn periferní žilní katétr, místo vpichu nejevilo známky zánětu. Nemocná byla o překladech informována (viz. příloha č. 8). Hlavním cílem dlouhodobého ošetrovatelského plánu bylo podat nemocné dostatek informací o chorobě. Během hospitalizace byla nemocné zdůrazňována potřeba dodržování dietních opatření, pitného režimu, klidu, byla edukována o změně životního stylu. Byla jí poskytována psychická pomoc ve zvládnání nově nastalé situace v rámci možností personálu, snaha o zapojení pomoci rodiny. Po celou dobu hospitalizace nemocná výborně spolupracovala.

#### ***4.8 Hodnocení psychického stavu***

Při propuknutí onemocnění, každý nemocný prochází určitým vývojem souvisejícím s novou sociální rolí - rolí pacienta, která je pro něj neznámá. Z tohoto hlediska lze nemoc a její léčbu rozdělit do několika fází. O první fázi začínáme hovořit ve chvíli, kdy se objevují symptomy a nemocný si začíná uvědomovat novou situaci. Setkáváme se s různými reakcemi, mnoho nemocných má tendenci k vlastnímu výkladu příznaků, někteří jedinci mají sklon onemocnění zlehčovat, jiní zase naopak situaci zveličují a tím mohou řešit některé konfliktní situace, například v zaměstnání, rodině...V této fázi většinou nemocný nevyhledává

lékařskou pomoc. Druhá fáze nastává tehdy, jestliže nemocný vyhledá lékařskou pomoc. Celkově nemocniční prostředí na nemocného působí negativně, objevují se strach a obava z vyšetření, nejistota z výsledků vyšetření. Nemocný stojí před spoustou otázek, například: v čem bude spočívat léčení, zda je onemocnění vyléčitelné, objevují se pochybnosti o správnosti diagnózy a postupu léčení. V této fázi je důležité, aby nemocný získal potřebnou psychickou podporu jak ve zdravotnicích, tak v rodině a nejbližším okolí. Třetí fází je akceptování choroby, v níž se jedinec na sebe dívá již jako na nemocného, nic nepředstírá a je srozuměn s rolí pacienta. Omezením nebo změnou možnosti pohybu, výživy, společenského kontaktu, prostředí nemoc vždy ovlivňuje psychický stav nemocného. (1)

Psychický stav paní R. V. není příliš uspokojivý. Pacientka onemocněla před poměrně krátkou dobou a ještě se s nastalou situací nesmířila, hledá příčinu, projevuje obavy z budoucnosti. Její psychický stav nezlepšuje ani rodinná situace a obavy z toho zda bude moci pokračovat v práci kriminalistky. Nepříznivé je i to, že o nemoci mluví pouze se sestrou, matku nechce příliš zatěžovat a před kolegy zaměstnání se stydí. Doporučila jsem jí, aby zábrany odložila a podívala se i na různé webové blogy, kde se může dozvědět více informací a získat zkušenosti od lidí, kteří jsou nemocní delší dobu. Bohužel v naší nemocnici nemáme psychologa, s nímž by nemocná mohla konzultovat své obavy, což by jí jistě velmi pomohlo. Během hospitalizace se mi podařilo s nemocnou vytvořit atmosféru vzájemné důvěry, čemuž určitě přispíval i fakt, že nemocná je známá lékaře z naší gastroenterologické ambulance a tudíž velmi dobře spolupracovala.

## **4.9 Edukace**

Edukaci nemocné jsem prováděla během hospitalizace. Zaměřila jsem se na informace o vhodné stravě, fyzické zátěži v různých fázích onemocnění a dále na nežádoucí účinky léčby kortikoidy a případné těhotenství.

V období remise není nutné žádné dietní omezení, přesto je vhodné vyhýbat se pokrmům, které působí potíže i zdravým lidem (zelí, cibule, tučná jídla...). Doporučuje se především pravidelná životospráva, pravidelný spánkový režim, přiměřená fyzická aktivita. Pravidelný stravovací režim, jíst častěji, po menších porcích. Nemocní by neměli konzumovat silně kořeněná jídla, alkohol a potraviny, o kterých z vlastní zkušenosti ví, že jim způsobují nadýmání, průjem, plynatost či křeče břicha. Často potíže vznikají po požití mléka,

většího množství ovoce a zeleniny a sladkostí. V období propuknutí nemoci je naopak nutné dodržovat přísnou bezsezbytkovou dietu oproštěnou od nerozpustné vlákniny. Vhodnou stravou jsou polévkové vývary, vařené bílé maso, rýže, brambory, malé porce těstovin a ryby. Naopak nevhodná jsou tučná, kořeněná a těžká jídla, mléko a mléčné výrobky, obecně známé nadýmavé potraviny, celozrnné výrobky a čerstvé bílé pečivo, alkohol, černá káva, perlivé nápoje. Prospěšné je používání probiotik, která upravují střevní mikroflóru. Co se fyzické aktivity týká, samozřejmě v období klidu je mírná fyzická zátěž zdraví prospěšná, ale v období relapsu je nutné zátěž omezit na minimum a odpočívat, častá je i pracovní neschopnost.

Léčbu kortikoidy provází několik nepříjemných nežádoucích účinků, pro ženy jedním z nejvíce vnímaných je přibírání na váze, měsíčkový obličej, vypadávání vlasů a vznik akné. Tyto doprovodné příznaky podávání kortikoidů jsou z medicínského hlediska méně významné a většinou po ukončení terapie vymizí, je třeba na ně nemocného upozornit a předejít tím i samovolnému přerušení léčby, což by při vysokých dávkách kortikoidů mohlo být i smrtelné. Léčba kortikoidy obvykle trvá 3 – 6 měsíců. Dalšími nežádoucími účinky léčby kortikoidy je narušení metabolismu kostní dřeně a vzniku osteoporózy, zvýšení krevního tlaku, narušení metabolismu cukrů a vznik diabetu a poruchy odbourávání bílkovin, zvýšení hladiny krevních tuků, ztráty kalia a magnezia. Nemocným je třeba vysvětlit důležitost pravidelných kontrol i v případě, že se cítí lépe a nutnost krevních odběrů, podle jejichž výsledků se event. upravuje léčba a podávají doplňkové preparáty minerálů.

Další otázka, která nemocnou zajímala byla zda léčba ovlivní případné těhotenství. Vysvětlila jsem jí, že v současné situaci, kdy je zánět aktivní by nebylo vhodné, aby otěhotněla, ale po úpravě stavu, po konzultaci s ošetřujícím lékařem a po následné úpravě léčby je těhotenství možné. (2; 26; 27)



## Závěr

Nemocných s idiopatickými střevními záněty v posledních letech neustále přibývá, jejich příčina je stále velkou neznámou. Léčba těchto zánětů je pouze symptomatická, ale při dodržování určitých omezení vyplývajících z nemoci, lze prožít smysluplný život. Prognóza onemocnění je individuální, záleží na stadiu, tvaru nemoci, délce trvání onemocnění a také spolupráci nemocného na léčbě a reakci organismu na léčbu.

S paní R.V. jsem se prvně setkala před první hospitalizací tj. v červnu roku 2009 na naší gastroenterologické ambulanci, kam přišla s průjmy a horečkami, po první 14-ti denní hospitalizaci byla propuštěna do domácího léčení, po 14-ti dnech došlo ke zhoršení stavu nemocné a byla opět přijata k hospitalizaci. Během druhé hospitalizace jsem u této pacientky metodou ošetřovatelského procesu zpracovala plán péče a získala informace o jejích potřebách pomocí koncepčního modelu Marjory Gordonové. Pacientka prochází složitým obdobím, kdy se jí hroutí vše co dosud měla. Rozpadá se jí manželství, nemůže pracovat naplno jak byla dosud zvyklá, onemocněla chronickou chorobou, má obavy z budoucnosti. Během hospitalizace se mi podařilo s nemocnou navázat přátelský vztah, pomáhala jsem jí získávat informace o nemoci a podporovala jsem ji v pozitivním myšlení, podařilo se mi ji přesvědčit, že pokud bude více mluvit s rodinou o svých pocitech určitě se jí uleví. Z naší nemocnice byla pacientka přeložena na I. interní kliniku FN Plzeň k převzetí do péče, protože se její stav i přes intenzivní konzervativní léčbu nelepšil. Nyní po více než půl roce od propuknutí nemoci je stále v péči kliniky a na podzim roku 2009 byla zařazena do programu biologické léčby, kterou již začala.

## Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S.. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
2. ČERVENKOVÁ, R.. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha : Galén, 1999. ISBN 978-80-7262-600-7.
3. ČERVINKOVÁ, E. a kol.. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno : IDVPZ Brno, 2001. ISBN 80-7013-332-5.
4. DOENGES, E. a NOORHOUSE, M.. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2005.
5. FIALA, P. a kol.. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0804-9.
6. FOLPRECHTOVÁ, I. a BRANDEJSOVÁ, J.. *Informovanost pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Sestra, 2006, roč. XVI., č. 6, s. 57-58.
7. JANÍKOVÁ, P. a TRNĚNÁ, V.. *Výživa pacientů s Crohnovou nemocí a s ulcerózní kolitidou*. Sestra, 2006, roč. XVI., č. 5, s. 48-49.
8. KASAL, E.. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246- 0556-2.
9. KOTT, O. a PETŘÍKOVÁ, I.. *Vybrané kapitoly anatomie gastrointestinálního a respiračního systému*. Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni, 2009. ISBN 978- 80-7043-796-4
10. LUKÁŠ, K. a kol.. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1283-0.
11. MARTÍNKOVÁ, J. a kol.. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.
12. MAŘATKA, Z. a kol.. *Gastroenterologie*. Praha : Karolinum, 1999
13. MOUREK, J.. *Fyziologie –učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1190-7.
14. PAVLÍKOVÁ, S.. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
15. STAŇKOVÁ, M.. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno : IDVPZ Brno, 1999. ISBN 80-7013-282-5.

16. STAŇKOVÁ, M.. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno : IDVPZ Brno, 2001. ISBN 80-7013-323-6.
17. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Lemon 1.* Brno : IDVPZ Brno, 1996. ISBN 80-7013-234-5.
18. ŠAFRÁNKOVÁ, A. a NEJEDLÁ, M.. *Interní ošetrovatelství I.* Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1148-6.
19. ZAVORAL, M., VENROVÁ, J. a kol.. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha : Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-902-3.

#### Internetové odkazy

20. GABALEC, L. *Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života*. Interní medicína pro praxi. [online]. 2009; 11(6). [cit. 2010-03-14]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz>.
21. GASTROENTEROLOGIE/23. *Chronické nespecifické střevní záněty*. [online]. [cit. 2010-03-14]. Dostupné z: <http://www.crohn.cz/colitiscrohn/index.asp>. ISSN-1214-1534.
22. KOUKALOVA, S. *vnl.xf.cz*. [online]. 2006-03-29. [cit. 2009-06-20]. Dostupné z: <http://www.vnl.xf.cz>.
23. KRECHLER, T. *Epidemiologické ukazatele nespecifických střevních zánětů*. [online]. [cit. 2010-01-06]. Dostupné z: <http://www.crohn.cz/colitiscrohn/index.asp>. ISSN-1214-1534.
24. PODOLSKY, D. *Inflammatory Bowel Disease*. Medicinal Progres. [online]. 2002; 6(8). [cit.2010-03-10]. Dostupné z: [www.nejm.org](http://www.nejm.org) . 347:1982-1984.

#### Ostatní publikace

25. *PHARMINDEX BREVÍŘ 2007*. Praha: Medical Tribune, 2007. ISBN 978-80-903708-8-3
26. LUKÁŠ, M. a NOVOTNÝ, A.. *Ulcerózní kolitida – otázky a odpovědi*-poučení pro pacienty
27. SCHÖLMERICH, J. a kol.. *Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba*. Freiburg, Německo: Falk Foundation, 2007.

## Seznam použitých zkratek

<b>aj.</b>	- a jiné	<b>kg</b>	-kilogram
<b>ALP</b>	- alkalická fosfatáza	<b>MCH</b>	- střední hmotnost erytrocytu
<b>ALT</b>	- alaninaminotransferáza	<b>MCV</b>	- střední objem erytrocytu
<b>amp.</b>	- ampule	<b>mg</b>	- miligram
<b>aPTT</b>	-aktivovaný parciální tromboplastinový čas	<b>ml</b>	-mililitr
<b>AST</b>	- aspartátaminotransferáza	<b>mmol</b>	- milimol
<b>atd.</b>	- a tak dále	<b>Na</b>	- sodík
<b>BMI</b>	- body mass index	<b>např.</b>	- například
<b>°C</b>	- stupeň Celsia	<b>obr.</b>	- obrázek
<b>Cl</b>	- chlór	<b>pank. AMS</b>	- pankreatická amyláza
<b>cm</b>	- centimetr	<b>S-CB</b>	- celková bílkovina v séru
<b>cps.</b>	- kapsle	<b>S-osmol</b>	-sérová osmolalita
<b>CRP</b>	- C-reaktivní protein	<b>TAG</b>	- triacylglyceroly
<b>č.</b>	-číslo	<b>tbl.</b>	- tableta
<b>EBR</b>	- erytrocyty bez buffy coatu nesuspendované	<b>TEN</b>	-tromboembolická nemoc
<b>EKG</b>	- elektrokardiograf	<b>tj.</b>	- to je
<b>Ery</b>	- erytrocyty	<b>TK</b>	- tlak krevní
<b>event.</b>	- eventuálně	<b>TNF</b>	- tumor nekrotizující faktor
<b>fT4</b>	- tyroxin	<b>Trombo</b>	-trombocyty
<b>i.m.</b>	- intramuskulárně	<b>TSH</b>	- tyreotropin
<b>i.v.</b>	- intravenózní		
<b>G</b>	- glukóza		
<b>g/l</b>	- gram na litr		
<b>GMT</b>	- gamaglutamyltranspeptidáza		
<b>Hb</b>	- hemoglobin		
<b>hod.</b>	-hodina		
<b>INR</b>	-internatiol normalized ratio		
<b>K</b>	- draslík		
<b>KCl</b>	- kalium chlorátům		
<b>Kompl.</b>	-komplikace		
<b>Leuko</b>	- leukocyty		

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Přehled fyziologických funkcí prvních 24 hodin.....str.31

## **Seznam obrázků**

Obrázek č.1: Detail tlustého střeva.....	str. 8
Obrázek č.2: Rozsah postižení střeva při ulcerózní kolitidě.....	str.14
Obrázek č.3: Hemorhagicko-ulcerózní stadium ulcerózní kolitidy.....	str.19
Obrázek č.4: Ulcero-polypózní stadium ulcerózní kolitidy.....	str.19
Obrázek č.5: Typy pouchů.....	str.24
Obrázek č.6: Uspořádání střeva po koloproktemii s pouchem.....	str.25

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Laboratorní výsledky

Příloha č. 2: Přehled užívaných léků

Příloha č. 3: Dospělé nutriční skóre

Příloha č. 4: Bartelův test běžných denních činností

Příloha č. 5: Hodnocení rizika pádů

Příloha č. 6: Ošetrovatelský záznam

Příloha č. 7: Plán péče

## Příloha č. 1:

### Laboratorní výsledky

	13.7.	15.7.	17.7.	19.7.	21.7.	23.7.	27.7.	Referenční rozmezí
bilirubin	15		6					0-21
ALT	0,18		0,08					0,2-0,6
AST	0,18		0,22					0,2-0,5
ALP	0,93		0,78					0,7-1,7
GMT	0,35		0,26					0,1-0,6
CHES	45		45					72-187
amyláza	0,56		0,68					0-1,5
Pank.AMS	0,45		0,55					0-0,9
kreatinin	62		69			82		50-100
S-CB	50					51		62-82
albumin	25					25		35-53
urea	3,0		3,8			3,4		2,5-6,5
Na	134		142	135		136		135-145
K	3,67		4,19	3,6		3,68		3,8-5,1
Cl	101		103	103		101		98-109
S-osmol.			291					275-295
glukóza	7,5		4,4					3,6-5,6
CRP	109		69,1	47,5		27,7		0-5
feritin	47							19-323
transferin	1,24							2,00-4,00
cholesterol	3,13							2,9-5,0
TAG	0,75							0,45-1,7
TSH	0,326							0,49-4,67
FT4	14,11							9,14-23,8
leuko	8,59	9,43	10,6	12,1	11,5	11,9	12,3	3,9-11
ery	2,7	3,3	3,0	2,9	3,3	3,3	3,2	2,9-5,1
Hb	86	90	82	78	94	93	94	120-160
Hematokrit	0,26	0,26	0,24	0,24	0,28	0,28	0,28	0,37-348
trombo	575	437	464	381	518	585	562	150-400
MCH	26	27	27	27	29	28	29	27-33
MCHC	0,33	0,34	0,34	0,32	0,34	0,33	0,34	0,3-0,37
MCV	80	79	79	84	84	84	58	80-95
INR	1,17						1,29	0,9-1,4
aPTT	24						23	25-45

Moč- pH-7, krev -2, přítomny bakterie, hlen, jinak bez patologického nálezu.

Kultivace a citlivost moče- negativní.

Hemokultura- negativní.

Výtěr z rektu – negativní



## **Příloha č. 2:**

### **Přehled užívaných léků**

**ALBUMIN HUMAN 20%** intravenózní roztok:

- dávkování: **100 ml** - pět po sobě jdoucích dní
- účinná látka – lidský albumin 200 mg v 1 ml infuzního roztoku

Albumin má onkotické účinky, stabilizuje objem cirkulující krve, je nosičem hormonů, enzymů a léků, má antiedematózní účinek, užívá se k doplnění sníženého množství albuminu v plazmě při poruchách gastrointestinálního traktu, jater, léčbě hypovolemických stavů, otocích mozku.

**ASACOL 400** tbl.:

- dávkování : **3 x 3** tablety denně
- účinná látka- mesalazin (kyselina 5-aminosalicylová)
- indikační skupina – antiflogistikum, chemoterapeutikum

Podstatou terapeutického efektu je lokální účinek na zánětem postiženou tkáň střeva. Jeho účinkem dochází k inhibici chemotaxe leukocytů, ke snížení produkce cytokinů a leukotrienů a k odstraňování volných radikálů.

**CIPRINOL 500** mg tbl.:

- dávkování : 1 – 0 – 1
- účinná látka – ciprofloxacinum
- indikační skupina – širokospektré chinolonové chemoterapeutikum

Blokuje syntézu bakteriální DNA specifickou inhibicí enzymu DNA-gyrázy, což je bakteriální enzym, účastnící se transkripce a replikace bakteriální DNA.

**ENTIZOL 250** mg tbl.:

- dávkování : 2 – 0 - 2
- účinná látka – metronidazolium
- indikační skupina - chemoterapeutikum

Syntetické chemoterapeutikum, derivát 5-nitroimidazolu s baktericidním účinkem.

**EBR cca 250** ml intravenózně – 4x

- transfúzní přípravek získaný odstředěním plné krve, po odstranění plazmy a buffy coatu (část leukocytů a trombocytů) se erytrocyty doplní výživným roztokem, odstranění buffy coatu snižuje tvorbu mikroagregátů

**FERRLECIT** inj.sol.:

- dávkování – 1 ampule 1x denně po dobu 5 dní

- účinná látka – Ferri natrii gluconas (odpovídá Ferrum 12,5 mg) v 1 ml roztoku

- indikační skupina - antianemikum

#### **FORTTRANS** plv.:

- dávkování : rozpustit 4 sáčky ve čtyřech litrech vody, aplikovat večer před kolonoskopií

- účinná látka – macrogolum

- indikační skupina – osmoticky působící laxativum

Účinnou složkou je vysokomolekulární ve vodě rozpustný makrogol, který se po perorálním podání nevstřebává a ve střevě osmoticky váže vodu a zvětšuje objem stolice.

#### **GLUKOZA 5%** - intravenózní roztok:

- účinná látka – glukosum monohydricum 50 g v 1000 ml roztoku

Přibližně izotonický roztok glukózy, určený ke krytí energetických potřeb a doplnění vody do organismu.

#### **HELICID 20 cps**..:

- dávkování : 1 – 0 – 1

- účinná látka – omeprazol 20 mg

- indikační skupina – antiulcerotikum, inhibitor protonové pumpy

Inhibitor enzymatického systému protonové pumpy parietální buňky žaludeční sliznice, snižuje sekreci HCl.

#### **HYLAK forte sol**..:

- dávkování : 3x4 ml denně

- účinná látka – bezzárodkový koncentrát enterokoků a laktobacilů

- indikační skupina – digestivum, střevní eubiotikum

Bezzárodkový koncentrát metabolických produktů bakterií produkujících kyselinu mléčnou, obsahuje biosyntetickou kyselinu mléčnou, aminokyseliny, laktózu. Obnovuje střevní flóru, optimalizuje pH střevního obsahu a urychluje růst normální střevní flóry.

#### **KALIUM CHLORATUM 7,5%** -infuzní roztok

- účinná látka – kalii chloridum 75 mg v 1 ml koncentrovaného infuzního roztoku

Kalium je základním kationtem intracelulární tekutiny, má rozhodující vliv při mnoha fyziologických pochodech, například při přenosu nervového impulsu, při svalové kontrakci, při udržování normální funkce ledvin, pomáhá při regulaci osmotického tlaku a acidobazické rovnováhy, využíván zejména k náhradě nedostatku kalia.

#### **MULTIBIONTA N** – koncentrát pro přípravu infuzního roztoku

- indikační skupina - vitaminy

Směs vitaminů skupiny B, C, A a E, uplatňujících se při regulaci biochemických pochodů.

**NEONUTRIN 5%** - infúzní roztok

- účinná látka: směs aminokyselin

Podává se při stavech vyžadujících doplnění aminokyselin, kdy je není možno doplnit enterální cestou.

**PLASMALYTE** – infúzní roztok

- účinná látka : natrii chloridum, kalii chloridum, magnesii chloridum hexahydricum, natrii acetat trihydricus, natrii glukonas, aqua injektione

- indikační skupina – elektrolyty k infúzní terapii

Přibližně izotonický elektrolytový roztok s obsahem základních iontů, vzhledem k obsahu acetátu působí mírně alkalizačně, užívá se jako náhrada tekutin při popáleninách a úrazech, hemorrhagickém šoku, mírné acidóze.

**PARALEN 500 mg tbl.:**

- dávkování – 1 tableta při febrilních, v časovém odstupu nejméně 4 hodiny

- účinná látka – Paracetamolium 500 mg

- indikační skupina – analgetikum, antipyretikum

**PREDNISON 20 tbl.:**

- dávkování : **2 – 1 – 0** denně

- účinná látka – prednisonum 20 mg

- indikační skupina – hormon ze skupiny glukokortikoidů,

Syntetický glukokortikoid s nepatrnými mineralokortikoidními účinky. Využívá se jeho účinků antiflogistických, antifibroplastických, antiedematózních, antialergických, imunosupresivních a antiproliferativních.

### Příloha č. 3:

#### **Dospělé nutriční skóre**

- Věk
  - 0 - do 65 let
  - 1 - nad 65 let
  
- BMI
  - 0 - BMI 20-35
  - 1 - BMI 18-20, nad 35
  - 2 - BMI pod 18
- Ztráta hmotnosti za 3 měsíce
  - 1 - ztráta 0-3 kg
  - 2 - ztráta 3-6 kg
  - 3 - ztráta nad 6 kg
- množství jídla za poslední 3 týdny
  - 0 - beze změny
  - 1 - poloviční porce
  - 2 - jí občas nebo nejl
- Projevy nemoci v současné době
  - 0 - žádné
  - 1 - nechutenství, bolesti břicha
  - 1 - zvracení, průjem – více než 6 za den
- Stres
  - 0 - žádný
  - 1 - chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok
  - 2 - akutní dekompenzace chronického onemocnění
  - 3 - rozsáhlý chirurgický zákrok, pooperační komplikace, UPV, popáleniny,
  - 4 - trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT
- Nelze
  - 2 - nelze změřit a zvážit
  - 3 - nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny
- Vyhodnocení:
  - zaškrtneme a sečteme body
  - 0 - 3 není nutná nutriční intervence
  - 4 - 7 nutné vyšetření dietní sestrou
  - 7 a více nutná speciální nutriční intervence

Výsledek: .....<sup>11</sup>.....bodů.

## Příloha č. 4:

### **Bartelův test běžných denních činností**

Činnost	Provedení činnosti	Bartelův test
		Bodové skóre
1. najedení napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
6. kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

- Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech
- 0-40 bodů - vysoce závislý
- 45-60 bodů - závislost středního stupně
- 65-95 bodů - lehká závislost
- 100 bodů - nezávislý

Výsledek..... *100 - nezávislá!*

## Příloha č. 5: Hodnocení rizika pádu

Parametr	Stav/podmínka	Skóre
Úroveň vědomí/duševní stav	Orientovaný	0
	Dezorientovaný	2
	Intermitentně deliriozní	4
Záchyt pádů v posledních 3 měsících	Žádné pády	0
	1-2 pády	2
	3 a více pádů	4
Chůze - samostatnost	Samostatná/kontinentní	0
	Pomocí vozíku	2
	Samostatná/inkontinentní	4
Vizus	Přiměřený	0
	Špatný	2
	Nevidoucí	4
Chůze/rovnováha	Chůze a rovnováha normální	0
	Potíže s rovnováhou ve stoji	1
	Potíže s rovnováhou při chůzi	1
	Snížená svalová koordinace	1
	Změna ve způsobu chůze	1
	Trnutí nebo nestabilita při obratu	1
	Vyžaduje použití pomůcky, opory	1
Systolický krevní tlak	Bez snížení	0
	Snížení menší než 20 mmHg	2
	Snížení větší než 20 mmHg	4
Léčba (jaká, vypsát)	Žádná během posledních 7 dnů	0
	Užívá 1-2 během posledních 7 dnů	2
	Užívá 3-4 během posledních 7 dnů	4
	Měněná léčba v současnosti	1
Predispoziční faktory- hypotenze,vertigo,CMP,ztráta končetin,záchvaty,artritida, osteoporóza,fraktury...	Žádné	0
	1-2	2
	3 a více	4
Celkové skóre (větší než 10 představuje značné riziko)		5 bodů

*není riziko pádu*

Příloha č. 6: Ošetřovatelský záznam

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Interní lůžkové odd. A, tel.: [REDAKCE]

Jméno klienta: <u>R. V.</u>		R.Č.: <u>1969</u>	
Datum přijetí: <u>13. 4.</u> 200 <u>9</u>			
Opakované přijetí	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	
Zná důvod přijetí	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	
Rodina informována	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	
Poslední hospitalizace: kdy: <u>06</u> 200 <u>9</u> , kde: <u>JIP, HN PRIVÁTNĚ</u>			
Stav klienta při přijetí: TK: <u>110/65</u> P: <u>84'</u> váha: <u>181 cm</u> <u>65 kg</u>			
Pohyblivost:	mobilní	<input checked="" type="checkbox"/>	Komunikace:
	částečně mobilní	<input type="checkbox"/>	
Jiná omezení:	imobilní	<input type="checkbox"/>	rozrušený - zmatený
	<u>brýle</u> slepota	<u>-ON</u>	apatický
	naslouchadlo, hluchota	<input type="checkbox"/>	poruchy vědomí
Alergie:	<u>NEUDAVÁ</u>		
Výživa:	pomoc při jídle a pití	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
	dieta	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
	NG sonda a jiné:	<u>6</u>	jaká: <u>2 - sítě</u>
Vylučování:	moč: kontinentní	<input checked="" type="checkbox"/>	inkontinentní
	stolice: kontinentní	<input checked="" type="checkbox"/>	inkontinentní
	<u>PRŮJET</u> <u>5-8x/den</u> pravidelná	<input type="checkbox"/>	nepravidelná
Hygiena:	pomoc při mytí: zcela	<input type="checkbox"/>	částečně
	pomoc při koupeli: zcela	<input type="checkbox"/>	částečně
	pomoc při hygieně: zcela	<input type="checkbox"/>	částečně
Spánek:	poruchy - <u>JUD. SE NAKL.</u>	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
	léky	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
Dýchání:	normální	<input checked="" type="checkbox"/>	zhoršené
	kašel	<input type="checkbox"/>	bolesti
Klient byl informován a bere na vědomí:		Termoregulace: kolísá TT <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
1) že za cennosti, které neuložil v nemocničním trezoru, personál neodpovídá.		poslední TT <u>36,8°C PARALEL</u>	
2) že používání veškerých osobních elektrických přístrojů, donesených sebou do nemocnice, je na jeho vlastní nebezpečí.		kouření <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
3) že za další, klientovi mimo soupis donesené věci, nemocnice neručí			
Klient souhlasí	<input type="checkbox"/>	nesouhlasí	<input checked="" type="checkbox"/>
s uložením cenností do nemocničního trezoru			
Sociální podmínky:			
1) bydlí sám <input checked="" type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne			
2) nejbližší příbuzný jméno: <u>M. S.</u>			
adresa: <u>BLOVICE</u> tel.: . . . .			
Předpoklad kontaktu se sociální sestrou <input checked="" type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne			
pozn.:			
Datum: <u>13. 4.</u> 200 <u>9</u>		Podpis sestry: <u>Meliora' Radová</u>	
		Podpis klienta: _____	

Klient s mobilním







# Příloha č. 7: Ošetrovatelský plán

	<b>Ošetrovatelský cíl</b>	<b>Ošetrovatelské intervence</b>	<b>Realizace</b>	<b>Hodnocení</b>
<p>13.7.09, 15.00 hod.- 14.7.09, 17.00 hod.</p> <p><b>1. Příjem v souvislosti se zánětem sliznice střeva</b></p>	<p>-pacient nebude mít porušenou integritu kůže v okolí konečnicku po opakovaném dráždění místa stolici -pacient bude znát, jak pečovat o konečník</p>	<p>-zjistit frekvenci, barvu, konzistenci a množství stolice -všimnout si doprovodných příznaků, např. křečí v břiše, dehydratace... -vysvětlit nemocnému nutnost šetřící diety -povzbuzovat nemocného ke zvýšenému příjmu tekutin s elektrolyty -vysvětlit nemocnému nutnost péče o konečník</p>	<p>Nemocné byla průběžně kontrolována frekvence, barva, konzistence a množství stolice. Byl zhodnocen stav hydratace. Byla edukována ohledně péče o konečník, pitném režimu, dietních opatřeních, podávání léky ovlivňujících zánětlivé změny ve střevě.</p>	<p>Cíl byl splněn částečně, konečník bez defektů, hygienu nemocná zvládá sama, udává zmenšení křečovitých bolestí břicha, příjmovitá stolice s příměsí krve přetrvává. Počet stolic za 24 hodin byl 7.</p>
<p><b>2. Hypertermie v souvislosti se zánětlivým onemocněním</b></p>	<p>-pacient bude mít tělesnou teplotu v rozmezí 36,6-37,0°C</p>	<p>-monitorovat tělesnou teplotu -sledovat barvu kůže, stav vědomí, kontrolovat TK, puls, dech -zajistit vhodnou hydrataci -podávat antipyretika dle ordinace lékaře -snižovat nefarmakologicky tělesnou teplotu nemocné -zdůraznit nutnost zachování tělesného klidu</p>	<p>U nemocné byla pravidelně kontrolována tělesná teplota a dle ordinace lékaře podáván Paralen 500 mg p.o. Zastíněním oken byla snížena teplota okolního prostředí, byla edukována o pitném režimu a nutnosti zachování tělesného klidu.</p>	<p>Cíl nebyl splněn. Nemocná má stále po ústupu antipyretik febrilité až 38,7°C. Spolupracuje při dodržování pitného a klidového režimu.</p>
<p><b>3. Bolest v důsledku základního onemocnění</b></p>	<p>-pacient bude udávat hodnoty 0-1 podle analogového měřítka -pacient pochopí příčinu bolesti a je schopen určit její intenzitu</p>	<p>-zhodnotit intenzitu bolesti podle analogového měřítka -zhodnotit vliv bolesti na kvalitu spánku a běžné denní činnosti -podávat léky na tlumení bolesti dle ordinace lékaře -doporučit nemocnému úlevovou polohu</p>	<p>K hodnocení bolesti jsem použila analogové měřítko se stupnicí 1-10, při příjmu nemocná udávala hodnoty 1-2, pouze při defekaci až 5. Byl podáván Paralen 500 mg p.o. při teplotě, který má i analgetické účinky. Doporučila jsem nemocné při křečovitých bolestech úlevovou polohu s koleny přitáženými k břichu.</p>	<p>Nemocná udává zmenšení bolesti podle analogového měřítka 0-1, prakticky přetrvávají pouze bolesti před vyprázdněním stolice a to na hodnotě 4.</p>
<p><b>4. Únava v důsledku základního onemocnění</b></p>	<p>-nemocný bude udávat zmírnění únavy a bude schopen vykonávat běžnou fyzickou zátěž bez pocitu vyčerpanosti -pacient si bude uvědomovat nutnost klidového režimu, bude znát příčinu své únavy</p>	<p>-akceptovat pacientovu únavu -plánovat péči tak, aby měl pacient dostatek času k odpočinku -pátrat i po jiných příčinách únavy -vysvětlit nemocnému důvod únavy -zajistit krevní odběry na křízovou zkoušku a krevní skupinu, asistovat při krevních převodech</p>	<p>Nemocné byly kontrolovány fyziologické funkce po 2-3 hodinách, snažila jsem se nemocnou nerušit při odpočinku. Byly provedeny krevní odběry, objednány 2 konzervy EBR, které byly aplikovány v dopoledních hodinách.</p>	<p>Cíl byl částečně splněn, nemocná zvládá běžné denní úkony, ale stále udává únavu. V noci spala málo, byla 4x na toaletě. Krevní převody proběhly bez komplikací, klidový režim dodržuje, velmi dobře spolupracuje.</p>
<p><b>5. Pomuha sebepečetí</b></p>	<p>-pacient akceptuje změny, které s onemocněním nastaly -pacient se bude hodnotit kladně -pacient bude mít pocit pohody a spokojenosti</p>	<p>-mluvit s nemocným o jeho pocitech -objasňovat nesprávné názory o sobě -podporovat nemocného v přijímání pomoci od druhých -získat ke spolupráci rodinu při podpoře pozitivního myšlení nemocné</p>	<p>S nemocnou jsem si v klidu pohovořila o jejích obavách, doporučila jsem jí, aby se svými obavami více mluvila s sestrou a matkou, eventuálně, aby po propuštění navštívila psychologa.</p>	<p>Cíl byl dosažen částečně, nemocná si více chápe, ale její obavy z inkontinence a budoucnosti trvají. K dosažení cíle je třeba delší časové období a spolupráce rodiny a přátel.</p>



	<b>Ošetrovatelský cíl</b>	<b>Ošetrovatelské intervence</b>	<b>Realizace</b>	<b>Hodnocení</b>
<p>13.7.09,15.00 hod.- 14.7.09,17.00 hod.</p> <p><b>6. Nedostatek informací z důvodu časnosti onemocnění</b></p>	<p>-pacient bude mít dostatek informací o své chorobě a pochopí je</p>	<p>-zjistit zda je pacient orientovaný a podle situace podávat informace týkající se dietních a režimových opatření -poskytnout nemocnému dostatek ústních i písemných informací ve srozumitelné formě -povzbuzovat pacienta k dotazům</p>	<p>Druhý den hospitalizace jsem nemocné přinesla několik brožurek o ulcerózní kolitidě, doporučila ji webovou stránku. Snažila jsem se jí v rámci svých kompetencí podat dostatek informací.</p>	<p>Cíl byl splněn, nemocná je klidnější a více informována o své nemoci. Chápe nastalou situaci, nový životní styl a nutnost dlouhodobé léčby.</p>
<p><b>7. Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétre</b></p>	<p>-místo vpichu katétru nebude jevit známky infekce</p>	<p>-informovat nemocného o důvodu zavedení katétru -při zavádění a manipulaci s katétre postupovat podle zásad asepsy -pravidelně sledovat místo vpichu, pátrat po známkách infekce -poučít nemocného o nutnosti šetrné končetiny s katétre, hlášení bolesti v místě vpichu nebo při aplikaci infuze</p>	<p>Po příjmu na oddělení byl nemocné zaveden periferní žilní katétr, odebrána krev, aplikována infúzní terapie dle ordinace lékáře. Nemocná byla edukována o důvodu zavedení katétru. Minimálně 1xd byl o kontrolováno místo vpichu, které bylo kryto transparentní folií.</p>	<p>Cíl byl splněn, katétr je průchodný, místo vpichu klidné, bez zarudnutí a známek infekce. Katétr ponechán.</p>
<p><b>8. Riziko snížení objemu tělesných tekutin a minerálů v důsledku základního onemocnění</b></p>	<p>-pacient nebude jevit známky dehydratace</p>	<p>-zhodnotit stav hydratace -sledovat fyziologické funkce pacienta -pátrat po známkách dehydratace -sledovat bilanci tekutin -ordinovat dle ordinace infúzní terapii -poučít nemocného o nutnosti zvýšení pitného režimu -zajistit dostatek tekutin -věnovat pozornost abnormálním laboratorním nálezům</p>	<p>Po zhodnocení stavu hydratace, který byl podle viditelného zhodnocení v normě, byla aplikována infúzní terapie dle rozpisu lékáře. Nemocná byla poučena o nutnosti sledování bilance tekutin, vynesčání konzumace některých nápojů. Pravidelně byly nemocné kontrolovány fyziologické funkce.</p>	<p>Cíl byl splněn. Nemocná nejeví známky hydratace, sliznice jsou vlhké, cítí se lépe, velmi dobře spolupracuje při kontrole příjmu a výdeje tekutin. Hodnoty fyziologických funkcí jsou v normě. Celková bilance za 24 hodin byla pozitivní (+2860 ml).</p>
<p><b>9. Riziko vzniku kompl.spojených s krevním převodem</b></p>	<p>-včasné odhalení komplikací spojených s aplikací krevních derivátů</p>	<p>-odebrat krev na určení krevní skupiny -kontrola krevní konzervy -měření fyziologických funkcí -asistovat při aplikaci derivátů a věnovat zvýšenou kontrolu nemocného při biologické zkoušce -v průběhu a po ukončení převodu kontrolovat zdravotní stav nemocného</p>	<p>V den příjmu byla nemocné odebrána krev, objednány 2 krevní konzervy EBR. Před aplikací byly pečlivě zkontrolovány obě konzervy a fyziologické funkce, byla provedena zkouška kompatibility krve u lůžka a biologická zkouška. Poté proběhl převod krve. Transfúzní set a krevní konzerva byly uloženy v lednici.</p>	<p>Cíl byl splněn, krevní převod proběhl bez komplikací a ani v následujících pěti hodinách se nevykysly žádné komplikace spojené s krevním převodem.</p>

## POSUDEK BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

**Autor práce:** Ulčová Radka

**Název práce:** Ošetrovatelská péče o pacientku s ulcerózní kolitidou

**Vedoucí práce:** Mgr. Renata Vytečková

**Odborný konzultant:** MUDr. Jan Matouš

**Obor zaměření práce:** vnitřní lékařství - gastroenterologie

**Studijní program, obor, forma:** Ošetrovatelství, Zdravotní vědy, kombinovaná

### **Volba tématu:**

Studentka si za téma své práce zvolila problematiku péče o pacienta s ulcerózní kolitidou. Studentka vybraného pacienta sledovala v rámci hospitalizace na standardním interním oddělení. Práce má charakter případové studie. Studentka volila vhodné téma, které splňuje požadavky kladené na zpracování případové studie v rámci bakalářské práce programu Ošetrovatelství na 3. LF UK.

### **Cíl práce:**

Studentkou stanovený cíl případové studie v úvodu práce byl splněn.

### **Struktura práce:**

Bakalářská práce obsahuje 57 stran a 7 příloh. Je rozvržena do několika částí. Práce je přehledně strukturována a jednotlivé části systematicky členěny. Uvedení stran u jednotlivých kapitol v obsahu odpovídá reálnému číslu strany uvnitř svazku. V práci se sporadicky vyskytují jazykové chyby.

### **Klinická část.**

V klinické části se studentka zabývá charakteristikou onemocnění. Je zmíněna kapitola anatomie a fyziologie. Dále je popsán klinický obraz onemocnění, komplikace, průběh onemocnění, diagnostika a terapie konzervativní i chirurgická. Tato část je ukončena obecnou kapitolou týkající se prognózy onemocnění. V této kapitole oceňují řadu názorných obrázků.

Následující část práce je věnována již samotnému pacientovi a jeho konkrétnímu případu. Přehledně jsou zmíněny základní údaje o nemocné včetně vstupní anamnézy a okolností přijetí. V příloze jsou přehledně popsány výsledky laboratorního vyšetření a medikace. Velice stručně je podán přehled diagnostických metod, které vedly ke stanovení diagnózy u pacientky. Průběh hospitalizace je podán chronologicky a přehledně s přihlédnutím k významným změnám stavu během hospitalizace.

**Studentka uvádí v anamnéze pacientky více osobních údajů, než je zvykem při tvorbě bakalářské práce. Na základě těchto citlivých údajů by mohla být pacientka identifikována a studenta tudíž nesplnila podmínky pro ochranu osobních dat.**

### **Ošetrovatelská část:**

V úvodu ošetrovatelské části studentka velice srozumitelně charakterizuje metodu ošetrovatelského procesu a ošetrovatelský model Marjory Gordonové.

Pro sepsání ošetrovatelské anamnézy zvolila ošetrovatelský model právě Marjory Gordonové. Oše. anamnéza je členěna do jednotlivých oblastí dle zvoleného modelu. Studentka uvádí podstatné informace. Využívá měřících a hodnotících technik, na které odkazuje a jsou uvedeny v přílohách.

Studentka k 1. dni hospitalizace stanovila 6 aktuálních a 3 potencionální ošetrovatelské diagnózy. Diagnózy jsou v přehledu číslovány. U oš. dg. týkající se bolesti nacházím rozpor, který se týká

analogové škály bolesti. Není jasné zda je použita stupnice 1-10 či 0-10. Studentka u ošetrovatelských diagnóz uvádí definice problémů. U ošetrovatelské diagnózy: Nedostatek informací... tato definice chybí, tudíž se zpracování zdá nejednotné. V anamnéze nacházím hodnocení nutričního skóre s výsledkem, který si žádá nutriční intervenci. Tuto záležitost studentka neuvádí v plánu ošetrovatelské péče.

Studentka správně stanovuje cíle ošetrovatelské péče. Je schopna naplánovat ošetrovatelské aktivity, které vedou k dosažení stanoveného cíle.

Dlouhodobý plán péče je popsán velice přehledně a chronologicky, přesto je svým pojetím více zaměřen na průběh hospitalizace s minimálním přihlédnutím k ošetrovatelským intervencím.

Studentka prokázala, že se v dané problematice orientuje. Svoji praktickou zkušenost prokazuje při stanovení plánu péče, realizaci a hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče.

#### **Psychosociální část:**

Studentka se dokázala opřít o teoretické zdroje a získané informace aplikovat na konkrétního pacienta. Velice citlivě je zde popsána psychosociální problematika z širšího pohledu, spolu s přihlédnutím ke složité osobní situaci nemocné

#### **Edukace:**

Tato kapitola je popsána stručně a výstižně. Edukace je směřována k výživě, fyzické zátěži a k nežádoucím účinkům kortikoidní léčby.

#### **Literatura:**

Studentka uvádí 27 literárních zdrojů. Jsou uvedeny publikace týkající se medicínské, ošetrovatelské i sociologické problematiky péče o nemocného. Jsou zmíněny knižní i internetové zdroje a velice oceňuji využití odborných periodik s ošetrovatelským zaměřením. Bibliografické údaje v seznamu literatury jsou uvedeny s nesystematickým užitím písma ( tučné písmo či kurzíva ).

#### **Seznam zkratk:**

V seznamu zkratk nejsou uvedeny všechny zkratky uvedené v práci např. TSH, JIPa další. Seznam zkratk není řazen abecedně.

#### **Přílohy:**

Práce je obohacena sedmi přílohami. Přílohy jsou čitelné. Odkazy na přílohy jsou uvedeny v textu. Je podán souborný přehled příloh.

Stylistická úroveň	<b>1</b>	2	3	4
Formální úroveň	1	2	<b>3</b>	4
Samostatnost při práci	<b>1</b>	2	3	4
Obsahová stránka	1	<b>2</b>	3	4

Práce k obhajobě                    **doporučena**                    nedoporučena

#### **Otázky k obhajobě:**

1. Vysvětlíte metody hodnocení bolesti, které jste využila. Vysvětlíte nejasnost týkající se vizuální analogové škály.
2. Jaké kroky jste podnikla po vyhodnocení nutričního skóre a zjištění, že pacient potřebuje nutriční intervenci?
3. Jaký je rozdíl mezi hypotermií a febrilií?

Dne 26.3.2010

  
Mgr. Renata Vytejková

## Posudek bakalářské práce

**Jméno a příjmení studenta :** RADKA ULČOVÁ

**Název práce :** Ošetrovatelská péče o pacientku s ulcerózní kolitidou

**Vedoucí práce :** Mgr. Renata Vytejková  
**Odborný konzultant :** MUDr. Jan Matouš  
**Obor zaměření práce :** interní

**Studijní obor :** Zdravotní vědy  
**Studijní program :** Ošetrovatelství  
**Forma studia :** kombinovaná

### Hodnocení práce


Cíl práce:	<input checked="" type="checkbox"/> splněn	<input type="checkbox"/> splněn s výhradami	<input type="checkbox"/> nesplněn
<b>Klinická část</b> Úroveň klinické části je dostatečná			
Stylistická úroveň	1	2	3 4
Formální úroveň	1	2	3 4
Samostatnost při práci	1	2	3 4
Práce je k obhajobě	<input checked="" type="checkbox"/> doporučena		<input type="checkbox"/> nedoporučena

**Slovní hodnocení práce :** Velice pěkně zpracovaná práce

**Otázky k obhajobě :** 1) Jaké jsou projevy ulcerózní kolitidy a jaké mohou být komplikace?  
 2) Jaké léky používáme v terapii UC?

**Celkové hodnocení :**

6. 4. 2010

  
 podpis odborníka z praxe

podpis vedoucího práce