

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

Bakalářská práce

LENKA MAŘÍKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Mgr. Marie Vlachová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Čestné prohlášení

Tímto čestně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu jsem uvedla v „Seznamu literatury“.

.....
Lenka Maříková

ABSTRAKT

MAŘÍKOVÁ, Lenka: Ošetrovatelská péče u pacienta s Crohnovou chorobou (Bakalářská práce) Lenka Maříková – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář všeobecná sestra. Školitel: Mgr. Marie Vlachová. Vysoká škola zdravotnická Praha 2008.

Hlavním tématem bakalářské práce je „Ošetrovatelská péče u pacienta s Crohnovou chorobou“. Teoretická část práce je zaměřena na medicínský management, obsahující charakteristiku, příčinu, diagnostiku, příznaky, průběh, komplikace, léčbu a prognózu choroby. Praktická část práce obsahuje vypracovaný ošetrovatelský proces dle ošetrovatelského modelu Marjory Gordon. Jsou zde vypracované ošetrovatelské diagnózy a edukace pacienta s Crohnovou chorobou o správné výživě.

Klíčová slova: pacient, Crohnova choroba, ošetrovatelský proces, edukace, všeobecná sestra.

SUMMARY

MAŘÍKOVÁ, Lenka: „Nursing care of patient with Crohn's disease“ (Bachelor thesis) Lenka Maříková – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. in Prague. Stage professional qualification: Bachelor General nurse. Supervisor: Mgr. Marie Vlachová. Vysoká škola zdravotnická Praha 2008.

„Nursing care of patient with Crohn's disease“ is the main topic of bachelor's thesis. Teoretical part of the work is focused on medical management. It contains characteristics, causes, diagnostics, symptoms, progress, complications, treatment and prognosis of this Crohn's disease. Practical part contains elaborate nursing process according to Marjory Gordon nursing model. There are elaborated nursing diagnosis and education of the patient with Crohn's disease in correct nutrition.

Keywords: Crohn's disease, nursing process, education, nurse, patient.

PŘEDMLUVA

Téma práce vznikla ve snaze zaměřit se na zvýšený výskyt Crohnovy choroby. Jako důležité považuji upozornit na skutečnost, že choroba postihuje nejen dospělé, ale převážně mladé osoby a děti.

Výběr tématu byl ovlivněn studiem všeobecná sestra - ošetřovatelství a výskytem choroby v rodině. Materiál jsem čerpala z knižních publikací a internetových zdrojů.

Práce je určena studentům oboru ošetřovatelství, sestřím z praxe, které pečují o pacienty s Crohnovu chorobu a také jako možný materiál pro pacienty s nově zjištěným onemocněním.

Tímto bych chtěla vyslovit poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Marii Vlachové, za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Klinická charakteristika onemocnění	9
1.1 Charakteristika onemocnění	9
1.2 Příčina	9
1.3 Diagnostika	10
1.4 Příznaky	12
1.5 Průběh onemocnění	14
1.6 Komplikace	15
1.7 Léčba	16
1.8 Prognóza	24
II. PRAKTICKÁ ČÁST	
2 Ošetrovatelská péče u pacienta s Crohnovou chorobou	25
2.1 Ošetrování nemocných	25
2.2 Možné ošetrovatelské diagnózy	26
3 Posouzení stavu pacienta	27
3.1 Identifikační údaje	27
3.2 Výtah z lékařské dokumentace	27
4 Ošetrovatelský proces	32
4.1 Ošetrovatelská dokumentace dle Marjory Gordon.	32
4.2 Ošetrovatelský proces u pacienta dle M.Gordon	34
4.3 Ošetrovatelská péče	37
4.4 Zhodnocení ošetrovatelské péče	43
5 Edukace pacienta	44
5.1 Edukační plán ošetrovatelské péče:	44

5.2	Dietní doporučení:	45
5.3	Postup při edukování pacienta	49
5.4	Kontrolní otázky pro sestru	49
5.5	Kontrolní otázky pro pacienta	50
5.6	Efekt a závěr edukace	50
ZÁVĚR		51
SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ		52
SEZNAM ZKRATEK:		54
SEZNAM CIZÍCH SLOV:		55
SEZNAM TABULEK		57
PŘÍLOHY:		58
	Příloha č. 1 - Index k měření hmotnosti	58
	Příloha č. 2 - Škály intenzity bolesti	59
	Příloha č. 3 - Úroveň soběstačnosti – funkční úroveň	60
	Příloha č. 4 - NORTON SKÓRE	61
	Příloha č. 5 - PERCENTILOVÉ GRAFY – CHLAPCI	62
	Příloha č. 6 - OPTIMÁLNÍ PŘÍJEM TEKUTIN za 24h:	64
	Příloha č. 7 – Nutriční skóre	65
	Příloha č. 8 – Zobrazení porovnání střev	66

ÚVOD

Crohnova choroba se nejčastěji vyskytuje u dětí a mladých lidí. V dnešní době je zaznamenán zvýšený výskyt. V literatuře se udává, že je to díky novým diagnostickým metodám, které přesně určí onemocnění. Crohnova choroba je chronické zánětlivé střevní idiopatické onemocnění, postihující gastrointestinální trakt. Příčina je dodnes neznáma. Udávají se pouze rizikové faktory - poruchy imunity, životní styl, léky. Onemocnění probíhá u každého pacienta individuálně. Projevuje se segmentálně, střídají se zdravé a nemocné části střeva. Průběh onemocnění je různý. Střídají se období remisí a relapsů. Léčba onemocnění je konzervativní a chirurgická. Důležité je dodržování bezobzbovkové diety (u Crohnovy choroby).

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala nejen z důvodu nově vzniklého výskytu v rodině, ale také ze zájmu o onemocnění vzhledem k tomu, že se o této chorobě moc nehovoří a veřejnost ji téměř nezná. I ve výuce je málo prezentována, většinou se přednášející zaměřují na ulcerózní kolitidy nebo hlavně na vředová onemocnění gastroduodenálního traktu.

Cílem práce je přiblížit onemocnění zdravotnickým pracovníkům, rodině, přátelům.

V teoretické části práce jsem se snažila přiblížit charakteristiku onemocnění, její příčinu, příznaky, diagnostiku, komplikace, léčbu a prognózu.

Praktická část je zaměřena na pacienta, kterému byla Crohnova choroba nově diagnostikována. U něj jsem vypracovala ošetrovatelský proces podle ošetrovatelského modelu Marjory Gordon, obsahující dvanáct funkčních vzorců. Dále jsou zde vypracovány ošetrovatelské diagnózy a edukační proces. Praktická část obsahuje ještě fyzikální vyšetření sestrou a posouzení stavu pacienta lékařem za dobu hospitalizace v nemocnici trvající jeden měsíc.

Závěrem je zhodnocení zdravotního stavu pacienta za dobu 5.ti dnů, ve kterých jsem o pacienta pečovala.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Klinická charakteristika onemocnění

1.1 Charakteristika onemocnění

Z dostupné literatury vyplývá, že Crohnova choroba byla pojmenována dle Burrilla B. Crohna v roce 1960. Byla popsána Crohnova choroba tlustého střeva a odlišena od ulcerózní kolitidy. V roce 1932 B. B. Crohn společně s L. Ginzburgem a G. Oppenheimerem popsali Crohnovu chorobu jako onemocnění tenkého střeva. Crohnova choroba patří mezi zánětlivá střevní idiopatická onemocnění. Zánět může postihnout celý zažívací trakt od úst až po konečník i mimo střevní orgány. Zánět nejčastěji postihuje tenké a tlusté střevo. Poškozuje celou střevní stěnu v celé její hloubce. Crohnova choroba se projevuje segmentálně, střídají se zdravé a nemocné části střeva. Toto onemocnění není infekční, či-li není nakažlivé. Řadí se mezi chronické nevyléčitelné choroby postihující děti, mladé osoby a nebo osoby mezi 50-80. rokem. Postihuje častěji muže mezi 20-40 rokem života než ženy. Střídají se období remisí a relapsů. Období remise může trvat i několik let. Nejvyšší incidence této choroby se projevuje v severní Evropě a USA. Nejnižší výskyt studie udávají v Africe, Asii a jižní Americe. Choroba spíše postihuje osoby žijící ve městech, než na vesnicích. V České republice se výskyt pohybuje okolo 18-22 případů na 100 000 obyvatel. V dnešní době se výskyt Crohnovy choroby zvyšuje. Udává se, že incidence se zvyšuje díky novým diagnostickým metodám a znalostem o onemocnění.

1.2 Příčina

I přes velkou snahu lékařů toto onemocnění nemá dodnes známou příčinu. Pouze se udává, že se jedná o infekce bakteriální nebo virové, které Crohnovu chorobu zřejmě pomáhají vyvolat společně s rizikovými faktory. Nejčastěji je za příčinu udáváno genetické zatížení a snížená imunita. Lékaři se také domnívají, že jednou z možných příčin jsou dietní zvyklosti dnešní doby a také různé přísady do potravin. Bylo zjištěno, že pacienti postižení Crohnovou chorobou mají malý příjem ovoce a zeleniny, zvýšenou spotřebu masa, mléka a vajec. Vliv na zánět má zřejmě také vnější prostředí, ve kterém nemocní žijí, pobyt v klimatizovaných místnostech, stres, špatné hygienické návyky,

nepravidelná pracovní doba, alergie a mnoho dalších. Udává se, že kouření také zvyšuje riziko vzniku zánětu. Chorobu mohou zřejmě pomoci vyvolat léky, například nesteroidní antirevmatika. Žádný rizikový faktor nebyl prokázán jako příčina, ale jen jako domněnka. U pacientů s Crohnovou chorobou bylo zjištěno, že mají zvýšenou spotřebu rafinovaného cukru. Ochranným faktorem proti tomuto onemocnění jsou považovány mastné kyseliny z rybího oleje.

1.3 Diagnostika

Diagnostika choroby je považována za obtížnou. Prvotní příznaky ukazují spíše na chřipkové onemocnění. Při diagnostikování Crohnovy choroby se začíná jako u každého onemocnění anamnézou a fyzikálním vyšetřením. U diagnostiky se musí postupovat pečlivě a vyšetřit zda například průjmy nejsou jiného původu. Musí se rozlišit správné onemocnění, aby se mohlo rychle a cíleně léčit.

1.3.1 Anamnéza

je nutné ji odebrat správně a podrobně. Lékař by měl sebrat osobní a rodinou s ohledem na genetický výskyt choroby.

1.3.2 Fyzikální vyšetření

pacienta je pohledem, poslechem, pohmatem, poklepem a per rektum (konečníkem). Pohledem zjistí lékař zda pacient netrpí podvýživou, má-li otoky končetin. Pohmatem a poklepem je zjišťována bolestivost a infiltráty. Vyšetřením per rektum se zjišťují píštěle v konečníku.

1.3.3 Laboratorní vyšetření

je důležitou součástí diagnostiky. Laboratorně se zpracovává krev, stolice a moč.

Z krve se vyšetřuje hlavně:

- KO (krevní obraz) - jsou-li zvýšené hladiny leukocytů, trombocytů a CRP značí v těle zánět.
- FW - bývá zrychlená
- Biochemické hodnoty - Železo v séru kvůli chudokrevnosti pacienta, jaterní testy, tukové spektrum, kyselina močová, urea, kreatinin, glykémie aj.

Moč se vyšetřuje biochemicky – zjišťuje se zdali neobsahuje krev a bílkoviny.

Stolice je odebírána buď na mikrobiologické vyšetření - kultivaci a citlivost při průjmech. Nebo na biochemické vyšetření, které se provádí pro zjištění skrytého okultního krvácení.

1.3.4 Zobrazovací metody:

A) Ultrasonografie: provádí se jako prvotní vyšetření. Pomocí sondy lze zavést endoskop a tím se zobrazí šíře střevní stěny, hloubka postižení střeva nebo struktur v blízkosti střeva. Nazývá se endosonografie.

B) Endoskopické vyšetření:

- 1) Gastroskopie - vyšetření horní části zažívacího traktu (jícen, žaludek, dvanáctník). Používá se ohebný nebo tuhý endoskop. Při vyšetření se může provést biopsie - odběr tkáně. U Crohnovy choroby je také indikována endoskopie tenkého střeva - enteroskopie, kdy je vyšetřeno 30-60cm jejunu.
- 2) Koloskopie - vyšetření konečníku, tlustého střeva a někdy i konce tenkého střeva. Provádí se vždy po úplném vyprázdnění za pomoci klyzmat (výplach střev). Před vyšetřením se musí držet 2-3 dny bezzbytková dieta. Den před vyšetřením se podává tekutá strava. Odpoledne před výkonem se podává ústy roztok kontaktních solí – hořečnaté soli, fosfátové soli a makrogolové preparáty. V den vyšetření musí pacient vypít 3-4l tekutin (Fortrans nebo roztok fosfátové soli). Při koloskopii se zjišťuje stav onemocnění, místo výskytu a druh choroby. Odebírá se biopsie kvůli přesnému určení druhu onemocnění.
- 3) Dvojbalonková enteroskopie vyšetří tenké střevo v celé jeho délce.
- 4) ERCP je indikována u Crohnovy choroby, kde může dojít k mimostřevní manifestaci do žlučníku. Vyšetření s pomocí RTG-kontrastní látky.
- 5) Kapslová endoskopie je nová vyšetřovací metoda. Pacient při ní spolkně kapsli, ve které je uložena mikrokamera a následně se sleduje průchod zažívacím traktem. Obraz je přenášen na obrazovku a lékař z něj provádí vyhodnocení. Vyšetření je specializované a náročné, proto se provádí vždy až po vyčerpání všech základních vyšetření.

Výhodou endoskopických vyšetření je možnost přímého pohledu na střevo a následné biopsie.

C) Rentgenové vyšetření břicha bez kontrastní látky používáme málokdy.

S kontrastní látkou se používá pro zobrazení jednotlivých úseků střeva.

- Irigoskopie se nemusí provádět, dělá-li se koloskopie.
- Enteroklýza je vyšetření tenkého střeva pomocí kontrastní látky, která se podává zavedením sondy přímo do tenkého střeva. Metoda zobrazí píštěle a zúžení střev. U vyšetření tohoto druhu se podává tzv. dvojitá kontrastní látka. Po kontrastní látce se podává vzduch nebo látka, která vytváří plyny.
- Fistulografie je RTG vyšetření píštěle kontrastní látkou.

D) CT je indikováno při podezření na vnitřní abscesy. Může s ním být také vyšetřeno tenké střevo pomocí kontrastní látky – CT enteroklýza.

E) Magnetická rezonance je využívána při vyšetření píštělí nejlépe v oblasti konečníku. Vyšetřit se může také průběh tenkého střeva i píštěle tzv. MR enteroklýza.

F) Leukocytární scan diagnostikuje onemocnění či zjišťuje jeho rozsah. Zobrazují se bílé krvinky značené radioaktivní látkou (^{99m}Tc -HMPAO). Po podání se sleduje, kde se krvinky shlukují. Bílé krvinky i když jsou označeny hledají místo zánětu.

U dětí se léčba liší pouze v počítání výživy. Nepoužívá se BMI Index, ale percentilové grafy (viz příloha č.5.). K hodnocení pohlavního zrání se doporučuje využít metodiky dle Tannera (hodnocení vývoje genitálů u chlapců- stadia G1-G5, vývoj prsů u dívek M1-M5, a vývoj pubického ochlupení u chlapců i dívek- stadium P1-P5).

1.4 Příznaky

Crohnova choroba se začíná projevovat bolestmi břicha nejčastěji v pravém podbřišku, průjmem a úbytkem hmotnosti na váze. Příznaky se neprojevují vždy všechny najednou, většinou pouze jeden z nich. Pacient může mít jen bolesti břicha, i několik let, než se přijde na onemocnění. Nemocní dále udávají náhlý úbytek energie, únavu, nechutenství, subfebrilie do 38°C , nevolnost, zvracení, tenesmy (bolestivé

nucení na stolici, často bez vyprázdnění). Průjem bývá bez i s příměsí krve a steatoreou. Je závislý na lokalizaci zánětu, projevuje se u postižení tlustého a tenkého střeva. Prvotním příznakem zjištění onemocnění bývá apendicitida (zánět slepého střeva) a jeho akutní operace. Při které se často zjistí onemocnění střeva zánětem. Pacient může trpět chudokrevností díky nedostatku železa. Crohnova choroba se může projevit také postižením kloubů, kůže a očí. Klouby nejčastěji na končetinách, páteři i pánvi. Díky zánětu jsou oteklé, bolestivé a mají omezenou pohyblivost. Zánět kůže se projevuje bolestivými ztluštěninami na pažích a dolních končetinách. Oči mohou být postiženy zánětem duhovky a spojivky. Podrobněji viz kapitola 1.6.2.

U dětí se projevy onemocnění téměř neliší od dospělých, jsou podvyživené a odmítají stravu kvůli bolestem. Problémem u dětí je, že dochází k postižení vyvíjejících se organismů. Orgány se nemohou dobře vyvíjet a růst, když nemají dostatečný příjem energie a výživy. Poruchy růstu u dětí jsou závislé na věku dítěte, kdy se nemoc projevila, na aktivitě choroby, a léčí-li se pacient kortikoidy. Udává se, že postihuje asi 88 % dětí, které mají Crohnovu chorobu. U dětí se často objevují také poruchy pohlavního vývoje, které vedou k častým depresím. Proto se klade v tomto případě velký důraz na psychoterapii obzvláště u adolescentů.

„Klasifikace Crohnovy choroby dle anatomické lokalizace:

- 1) **Ileitida** (ve 25-35 %) se projevuje kolikovitými bolestmi v břiše, krvácením, perforací, strikturami, píštělemi, tvorbou abscesů. Jejunoileitida (v 5 %), projevuje se obstrukcí, vnitřními píštělemi a abscesy.
- 2) **Ileokolitida**, ileocekální, nebo ileokolonická forma (45 %). Projevuje se krvácením, perforacemi, tvorbou striktur s následnou obstrukcí, tvorbou píštělí a abscesů a častou rekurencí po chirurgickém výkonu.
- 3) **Kolitida** (30 %) je často provázena perianálním postižením a extraintestinálními manifestacemi.
- 4) **Anorektální onemocnění** (30-40 %) bývá často sdruženo s kolitidou nebo ileokolitidou.
- 5) **Postižení appendixu** je časté (50 %) při ileokolitidě. Může být i izolována Crohnova nemoc appendixu, ale je méně obvyklá.
- 6) **Orální postižení** bývá zpravidla ve spojení s ileokolitidou.

- 7) **Gastroduodenální postižení** není časté (0,5-4 %).
- 8) **Miliární Crohnova nemoc** je neobvyklá varianta nemoci, kdy na seróze tenkého střeva jsou makroskopicky patrné miliární uzlíky.“¹

1.5 Průběh onemocnění

U každého pacienta Crohnova choroba probíhá individuálně. Záleží na místě postižení a také stádiu nemoci. Onemocnění má cyklický průběh u léčené i neléčené formy choroby, při které dochází k remisím (klidové stádium) a relapsům (nové akutní vzplanutí nemoci). Začne-li léčba v časném stádiu, může se docílit dlouhodobé remise (i několik let). Vzplanutí onemocnění se většinou projevuje necharakteristickou bolestí břicha s průjmy nebo těžkou malnutricí.

Nemoc může mít:

- a) progresivní vývoj - aktivita se při léčbě neupravuje a nemoc se zhoršuje.
- b) stacionární vývoj - nemoc je na mírném stupni aktivity a relativně v klidu.
- c) regresivní vývoj - nemoc se upravuje do stadia latence nebo klidu.

Doporučuje se stanovit si **Bestův index aktivity** podle CDAI (Crohn's Disease Activity Index), který stanovuje aktivitu nemoci. Při výpočtu se využívá subjektivních údajů pacienta, vyšetření pacienta lékařem a vyšetření krve. Hodnotí se počet průmovitých stolic v průběhu 1.týdne, počet epizod bolestí břicha za stejný časový úsek, pocit tělesné pohody, nutnost léčby průjmu antidiarhoiky-léky proti průjmu. Dále se bodově hodnotí výskyt mimostřevních příznaků, přítomnosti hmatného útvaru v břišní dutině, snížení hladiny hemoglobinu-anémii, snížení poměru skutečné tělesné hmotnosti k hmotnosti ideální. Údaje se jednotlivě násobí různými indexy, za normu se hodnotí CDAI do 150. Vyšší hodnota ukazuje na akutní vzplanutí nemoci.

V průběhu onemocnění může dojít k **1. reaktivaci** (vzplanutí zánětu v úseku již postiženém, obvykle po ukončení konzervativní léčby). **2. recidivě** (onemocnění v úseku dosud nepostiženém). **3. rekurenci** (výskyt objektivních známek nemoci v oblasti, kde byla provedena resekce veškeré makroskopicky postižené tkáně). **4. relapsu** (výskyt klinických projevů nemoci po intervalu bez příznaků u pacienta s prokázanou nemocí).

¹ Lukáš, K. Idiopatické střevní záněty minimum pro praxi. Triton, 2001. str. 25.

1.6 *Komplikace*

Komplikace se rozdělují na střevní a mimostřevní.

1.6.1 **Střevní komplikace:**

U Crohnovy choroby je častá komplikace zúžení střevního průsvitu (stenóza) se zhoršenou průchodností tráveniny (subileus). Může dojít až k úplnému uzávěru střeva s následným projevem střevní neprůchodnosti (ileus). K zúžení dochází při otoku střevní sliznice u akutního zánětu či vazivovém zjizvení při hojení.

Časté komplikace jsou píštěle- nově vzniklé spojky mezi:

- a) jednotlivými střevními kličkami (enteroenterální nebo enterokolické píštěle),
- b) střevem a jinými orgány (např. pochva - enterovaginální píštěl, močový měchýř - enterovesikální píštěl).
- c) střevem a povrchem těla- enterokutánní.
- d) další - rektovaginální, rektokutánní, periproktální nebo perianální píštěl.

Abscesy jsou dutiny vyplněné hnisem vytvářející se v dutině břišní, jako komplikace Crohnovy choroby. Vyskytují se mezi střevními kličkami, v oblasti hýžd'ových svalů (perianální), okolo konečníku, nebo jinde kde je souvislost se střevem.

Další závažnou komplikací je krvácení. Peritonitida je u Crohnovy choroby vzácná.

1.6.2 **Mimostřevní (extraintestinální) komplikace**

Příčina mimostřevních manifestací není doposud známa. Rozdělují se na komplikace závislé na akutním vzplanutí nemoci a ty které s aktivitou nemoci nesouvisejí. Tyto projevy se spíše vyskytují při postižení tlustého střeva než tenkého. Mimostřevní projevy mohou postihnout klouby, kůži, sliznice, oči, cévní systém, játra a žlučový systém, ledviny, srdce. Na kloubech vzniká artritida a spondylartritida páteře. Manifestace se projevují na očích zánětem spojivek, bělma, duhovky i sítnice. Dochází k častějším ucpání cév (trombózám), s možností vmetení sraženiny do plicnice (tromboembolická nemoc). Anémie je způsobena nedostatkem vstřebávání železa nebo vitamínů B12 či kyseliny listové. Komplikace vyvolané léky mohou být osteoporózy- prořidnutí kostí díky sníženému vstřebávání vápníku a vitamínu D. Častou komplikací bývá intolerance laktózy, která vzniká při špatném vstřebávání živin způsobené zánětlivými změnami na sliznici tenkého střeva nebo jeho resekcemi. Intolerance může vést k malnutrici či hypovitaminóze (nejčastěji vitamínů rozpustných v tucích A-D-E-K

a vitamínu B12). Pacientům také často vypadávají vlasy, kvůli častým průjmům při kterých dochází k nedostatku draslíku a hořčíku.

1.7 Léčba

Léčba Crohnovy choroby se odvíjí od aktivity onemocnění, podle odpovědi na léčbu, je-li v akutní fázi vzplanutí choroby (relaps) nebo v klidovém stádiu (remisi). V klidové fázi se předchází tzv. udržovací léčbou nové atace onemocnění. Léčba je konzervativní nebo chirurgická.

1.7.1 Konzervativní léčba

zahrnuje podávání léků s protibakteriálním, protizánětlivým účinkem nebo i jiným účinkem, dietoterapie, podávání umělé výživy do žil nebo střev a psychoterapie. Léčba u dětí se liší v šetrnějším podáváním kortikoidů a především dostatečnou výživou jak v akutní fázi tak i v období remise. U dětí je více doporučena enterální výživa než u dospělých, která slouží také jako složka léčby a nejen výživy. Nemocné dítě by mělo dostávat až 130% stravy, je-li v akutním stádiu nemoci.

1.7.1.1 Medikamentózní léčba

Při léčbě Crohnovy choroby se užívají, preparáty **kyseliny 5-aminosalicylové**. Podávají se ústy, lokálně v klyzmatech nebo v čípcích. Preparáty jsou určeny k udržovací léčbě, po vzplanutí akutní fáze lehkých a středně těžkých forem nemoci. Při postižení tenkého a tlustého střeva se podává Pentasa. Na oblast Ilea a začátek tlustého střeva je předepisován Salofalk nebo Sulfasalazin. Pro celé tlusté střevo je účinný Asacol a Colazide. Tyto preparáty obsahují 5-ASA různě vázanou nebo upravenou, aby se správně uvolňovala v oblasti postiženého střeva.

Dále se podávají **kortikoidy**. Látky z hormonů kůry nadledvin mající velký protizánětlivý i necílený imunosupresivní účinek. Působí systémově na celý organismus. Mají vysoký účinek v léčbě akutní fáze nemoci. Na udržení klidového období jsou nevhodná. Podávají se ústy nebo žilním systémem. Mohou se také podávat místně (topické kortikoidy) ústy, klyzmaty nebo čípky, které působí přímo v místě zánětu. Při aplikaci ústy dochází k častým nežádoucím účinkům. Např. otoky,

ztloustití, akné, řídnutí kostí, možnost vzniku cukrovky nebo její zhoršení, zhoršení psychiky nemocného apod.

V léčbě se také využívají účinky **imunopresiv**. Jsou to látky potlačující imunitní odpověď organismu (odpověď obranného – imunitního – systému těla na cizí látky, bakterie, viry a toxiny). U pacientů s idiopatickými střevními záněty se podávají k náhradě vysoce dávkovaných kortikoidů imunopresiva Azathioprin a 6-merkaptopurin. Jsou určeny k udržení klidové fáze, když nestačí léčba Mesalazinem v období remise. Imunopresiva mají nejlepší efekt u pacientů po chirurgické operaci. V akutních fází nemoci se podává Cyklosporin A. V těžkých stavech je indikován například Methotrexate, jako poslední možnost konzervativní léčby před chirurgickým zákrokem.

Do medikamentózní léčby také patří „**Biologická léčba**“ – využívá se jí, při selhání léčby imunopresivy nebo u fistulizující formy Crohnovy choroby. Využívá se protilátek proti cytokinům, které zajistí zánětlivou odpověď organismu. Je podáván infliximab (Remicade), který má hlavní roli v patogenezi zánětu. Protilátka je tvořena 90 % lidskou a 10 % myší bílkovinou. Biologická léčba se podává pomocí infuzí nebo injekcí.

Antibiotika, chemoterapeutika a probiotika jsou léky s protibakteriálním účinkem. Probiotika jsou léky, obsahující živé mikroorganismy z trávicího traktu hostitele mající pozitivní účinek na zdraví hostitele. Jsou indikovány k prevenci navrácení se choroby (relapsu). Mají dvě skupiny: a) nepatogenní E. coli, b) skupina laktobacilů a bifidobakterií.

Další léky jsou **antidiarhoika**- léky proti průjmům. Pacienti musí při léčbě ještě přijímat dostatek **vitaminů, minerálů a stopových prvků**.

1.7.1.2 Dietoterapie

Výživa je pro člověka důležitá jako zdroj energie. Je nezbytná k udržení nebo zlepšení zdravotního stavu. V léčbě Crohnovy choroby je dietoterapie důležitou součástí. Složení stravy se liší podle toho je-li nemoc v klidovém stadiu nebo v akutní fázi.

V období klidu choroby není přesně předepsaná dieta. Pacientům jsou doporučeny potraviny nedráždivé, šetřící, dostatečně kaloricky vydatné, vyvážené s dostatečným množstvím vitamínů. Pacient má jíst to co sám snáší a nedělá mu potíže s trávením.

V aktivní fázi je důležitá bezezbytková dieta, bez mléka a s nízkým obsahem cukru. Pacient by měl omezit nerozpustné vlákniny např. čerstvé ovoce, zelenina, luštěniny. Doporučeny jsou polysacharidy na bázi škrobů (těstoviny). Při bolestech břicha a průjmech je kladen důraz na omezení příjmu vlákniny a kofeinu. Má-li pacient zácpu doporučuje se naopak větší množství vlákniny. U velkého počtu nemocných s Crohnovou chorobou často dochází k laktóзовé intoleranci. Při které se musí doplňovat dostatek vápníku jinou formou než příjmem mléčných výrobků. Trpí-li pacient chronickým krvácením je nutno podávat železo. Léčí-li se Sulfasalazinem je doporučena kyselina listová. Při resekci ilea je nutné doplnit vitamin B12.

U pacientů se může projevit malabsorpce cukrů a tuků. Při špatné toleranci cukru (řepného nebo mléčného), podává se hroznový, třtinový nebo umělá sladidla. Při malabsorpci tuků se vylučují ze stravy potraviny obsahující jejich velké množství (sekaná, uzeniny, tučná masa, paštiky, slanina). Nesmí se vyloučit úplně, aby nedošlo ke snížení vstřebání vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E, K). V dietě je důležité dodržet dostatečné množství vitamínů a minerálních látek s ohledem na počet stolic.

Doporučuje se jíst 5-6x /den. Strava se má konzumovat v klidném prostředí v sedě u stolu. Pacienti by měli oddělit tuhou stravu od tekutin, které se doporučují pít vlažné.

„Ve fázi **relapsu** u Crohnovy choroby jsou vhodné tyto potraviny: mořské ryby, sladkovodní ryby bez kůže, kuřecí, krůtí, králíčí, telecí maso, sendvičové večky, bílý chléb, bílé pečivo, piškoty. Ovoce kompotované bez slupek, strouhaná jablka, ovocné šťávy a džusy naředěné vodou. Zelenina tepelně upravená - mladá karotka, špenát, mladé kedlubny. Za syrova se mohou pouze zeleninové šťávy. Doporučuje se jíst minimální množství zeleniny a ovoce pouze jen jako zpestření chuti pokrmů. Kysané mléčné výrobky, kravské mléko (častá intolerance). Vhodné jsou i jogurty, tvarohové sýry, jogurtová mléka a probiotika.

V období **remise** se doporučují: libové hovězí a vepřové maso, telecí, bílá masa, ryby bez kůže, libové párky, šunka, drůbeží výrobky, krůtí a králičí rolky. Polévky zeleninové a netučné masové vývary. Polévky se doporučuje zahušťovat pouze opraženou moukou. Brambory mohou pacienti všech kombinací (bramborová kaše, bramborová rýže, knedlíky, pyré placky, noky), vařená a dušená rýže, těstoviny, jemné knedlíky s burisony nebo kypřícím práškem. Omáčky mohou být rajské, koprové, citrónové, pažitkové, svíčkové, masové šťávy. Kořenová zelenina (mrkev, celer, petržel), rajčata, špenát, mladé kedlubny, rajčatový protlak, rajčatová šťáva, mrkvová šťáva, dýně. Zralá loupáná jablka, loupané meruňky a broskve, ovocné pyré, šťávy, džusy, ovocné kaše a pěny. Ovocné knedlíky plněné ovocem, žemlovky, rýžové nákypy. Piškotové, odpalované, krupicové a třené těsto. Moučníky se podávají v omezené míře, ne příliš tučné a sladké. Čerstvé máslo, kvalitní rostlinné tuky a oleje jsou také vhodné. Zakysané mléčné výrobky, tavené a krájené sýry, jogurty, tvarohové sýry s probiotiky, tvarohy, zakysaná mléka, jogurtové nápoje s probiotiky. Pokrmy solíme, používáme vývary z cibule, česneku, hub a kmínu. Bez omezení mohou být ke koření používány zelené natě (celerová nat', libeček, pažitka, petrželka, kopr).

U Crohnovy choroby jsou **nevhodné** tyto potraviny: tučná, smažená, uzená masa, škvarky, slanina, pikantní konzervy, měkké a trvanlivé salámy, houby, syrová a nadýmavá zelenina, luštěniny, syrové ovoce se slupkami a zrníčky, sladké kravské mléko, agresivní ostré koření, celozrnné výrobky, čerstvé kynuté pečivo a chléb, kynutá těsta, ořechy a semena.“²

1.7.1.3 Léčba umělou výživou

Umělá výživa se podává u pacientů hrozícím nebo již majícím malnutrici. Slouží ke zlepšení nutričního stavu nemocného, komplikacím a odpovědím na léčbu. Pacienti kteří mají dostatečnou výživu lépe snášejí operace, proto se jim umělá výživa podává vždy před operací. Díky ní se pacientům zkracuje doba hojení ran, operace mají lepší účinek a dobrý pooperační průběh. Indikuje se i k navození střevního klidu (bowel rest), kdy pacient dostává pouze umělou stravu. Při podání umělé výživy dochází k menšímu příjmu antigenů (cizorodé látky), než při normálním stravování. Nejlepší efekt umělé

² Kohout, P. a kolektiv. *Výživa pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Maxdorf, 2004. str. 81.

výživy je u dětí a mladistvých, kde je její efekt srovnatelný s léčbou kortikoidy. U dospělých nemocných ji podáváme, není-li nemoc zvladatelná kortikoidy ani imunosupresivy. Využívá se i u syndromu krátkého střeva po opakovaných resekcích střeva, těžkých zúženích střev, k léčbě píštělí a při podezření na perforaci (proděravění) střeva a zánět pobříšnice.

Umělá výživa se dělí na parenterální nebo enterální. **1) Enterální výživa** znamená podání výživy průmyslově vyrobené do zažívacího traktu v podobě výživových přípravků. Výživa do střeva (enterální) se může podat sondou do žaludku (nasogastrická sonda), sondou do tenkého střeva (nasojejunální sonda) nebo přímo do žaludku (perkutánní endoskopická gastrotomie). Nejjednodušší podání je formou doplňků k normální stravě (např. Fantomalt, Protifar) nebo popíjení přípravků (sipping) s kompletním složením, ve kterém jsou obsaženy sacharidy, tuky, bílkoviny, minerály, vitamíny a stopové prvky (Nutridrink, Fresubin, Resource). Indikována jsou u hrozící nebo skutečné malnutrice, mající funkční trávicí trakt. Využívá se zřejmě i k udržení střevní bariéry, prevenci bakteriální translokace, prokrvení splachnické oblasti a k výživě střevních buněk. Jejich výhod využívají lékaři v oblasti gastroenterologie, neurologie, neurochirurgie, onkologie, psychiatrie, stomatologie, stomatochirurgie, gerontologie, pediatrie a v kritických stavech pacienta. Lékaři upřednostňují výživu raději enterální než parenterální, protože dostatečně pokrývá chybějících živiny.

Kontraindikací enterální výživy jsou náhlé příhody břišní, akutní krvácení do gastrointestinálního traktu, mechanický ileus, akutní fáze nemoci, akutní pankreatitidy, paralytický ileus.

„**Komplikace** jsou **1. Gastrointestinální** – reflux, nauzea, zvracení, průjem, nadýmání, bolesti břicha, zácpa, eroze či vředové léze, laktózová intolerance, krvácení do GIT.

2. Infekční – průjem, septický stav, infekce respiračního systému, infekce v souvislosti s PEG (absces, flegmóna, akutní peritonitida, infekce vstupu gastrotomie).

3. Metabolické – hypo- a dehydratace (tube-feeding syndrome), porucha minerálového hospodářství (hyper- a hypokalémie, hypofosfatemie, hypomagnesemie), hyper- či hypoglykemie, edémy, dumping syndrome.

4. Mechanické – vytažení sondy či PEG, obturace (ucpání) sondy včetně jejího zauzlení, poškození sondy, odchod sondy per vias naturales, vředové léze v nose, krku, jícnu či žaludku, mechanické komplikace PEG (buried bumper syndrom, dekubitální vředy).³

2) Parenterální výživa se podává do žilního systému nebo do střeva. Je určena při zhoršeném stavu výživy nebo při stavech vedoucích k malnutrici, které nejsou možné řešit dietou nebo enterální výživou. Využívá se i v primární léčbě akutního relapsu onemocnění, jako podpůrný prostředek v kombinaci s medikamentózní terapií a v průběhu perioperační péče u pacienta s Crohnovou chorobou. Parenterální výživa se podává ve skleněných lahvích nebo vakem „all in one“, obsahující všechny živiny- cukry, aminokyseliny, minerály, vitamíny a stopové prvky.

Kontraindikace jsou minimální. Parenterální výživa se nepodává při šokových stavech a u stavů léčitelných dietou nebo enterální výživou.

„Komplikace vznikají při zavádění centrálního žilního katétru (pneumothorax, hemothorax, chylotorax, kanylace arterie, poškození nervově cévního svazku). Při dlouhodobém zavedení katétru může dojít k trombóze katétru, jeho zalomení nebo infekci. K mechanickým komplikacím dochází při ucpání, vytažení, plavání nebo zavedení konce katétru do jugulárních žil.

Jako časté jsou udávány metabolické komplikace- hyperglykémie, dehydratace či hyperhydratace, hypertriacelglycerolemie, minerálové dysbalance (hyper-hyponatremie, hypokalemie, hypofosfatemie), steatóza jater, cholecystolithiázy. Metabolické nebo lokální komplikace periferní cestou mohou vést k tromboflebitidě periferní žíly, k flegmóně nebo vzniku abscesu.⁴

Parenterální výživa se může také podávat v domácím prostředí, ale musí se pravidelně docházet do specializované ambulance (metabolické ambulance). V této

³ Kohout, P. a kolektiv. *Výživa pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Maxdorf, 2004. str. 94.

oblasti je velmi důležitá a důsledná edukace pacienta nebo ošetřující osoby. Na téma správná péče o centrální žilní katétr (dále CŽK). Při zavedení CŽK i PŽK (periferní žilní katétr) jsou nutné 2x týdně převazy.

Lékař je povinen kontrolovat podávání umělé výživy. Je nutno pravidelně sledovat příjem a výdej tekutin, hmotnost a tělesnou teplotu pacienta.

1.7.1.4 Psychoterapie

Psychoterapie je u Crohnovy choroby často indikována. Dle zkušeností pacientů a lékařů může stres vyvolat akutní vzplanutí nemoci, ale také způsobit hlubokou imunosupresi. Naopak, je-li psychoterapie vhodně využita může zklidnit onemocnění. Někdy se podávají pacientům psychoterapeutika - sedativa. Psychoterapii provádí lékař. Podpůrnou psychoterapii může dělat sestra.

1.7.2 Chirurgická léčba

Chirurgickou léčbou se nemoc řeší při akutních nebo dlouhodobých komplikacích. Využívá se u resekce střev, stomie, krvácení a u dalších komplikacích. Indikuje se pouze tehdy, selhala-li konzervativní léčba. Operační výkon je buď emergentní (urgentní) nebo elektivní (plánovaný), výkon po předchozí přípravě.

Častou indikací k **emergentní operaci** je ohrožení života nebo riziko těžkých komplikací. Přistupuje se k ní u krvácení ze střev, akutního střevního uzávěru (ileus), těžkého akutního zánětu se septickým stavem (otrava krve), zánětu pobřišnice (peritonitida).

Indikací k **elektivnímu operačnímu** výkonu jsou selhání nebo komplikace konzervativní léčby, výrazná zúžení střevní průchodnosti, píštěle mezi střevními kličkami nebo mezi kličkami střeva a jinými orgány, močové komplikace, rakovinné bujení, výrazné hubnutí, zastavení růstu dětí a případně amyloidóza.

Operační výkon by měl být co nejšetnější a při resekci střev se doporučuje brát co nejmenší úsek. Při opakovaných resekcích střev může dojít k tzv. syndromu krátkého střeva. Při tomto syndromu není pacient schopen uživit se požíváním normální stravy ústy a výživa se musí doplňovat do střeva enterálně nebo do žilního systému (parenterálně). **Strikturoplastika** je výkon, kdy se střevo neodebírá, ale dělá se plastická úprava zúžení střeva tzv. mikroincize stenóz.

⁴ Kohout, P. a kolektiv. *Výživa pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Maxdorf, 2004. str. 101

U pacientů s Crohnovou chorobou se často operačně provádí vyvedení střev napovrch těla (stomie). Umělý vývod se dělá u tenkého (ileostomie) i tlustého střeva (kolostomie, transverzostomie). Provádí se z důvodu stenóz, nádorů ve střevech, nefunkčnosti střev aj. Stomie mohou být dočasným, ale i nenávratným řešením potíží. Nutná je edukace nejen pacienta, ale i jeho blízké rodiny. V dnešní době pacient se stomií není vyloučen ze společnosti díky moderním kompenzačním pomůckám.

1.7.3 Fytoterapie

= terapie léčivými bylinami.

Jedná se o alternativní medicínu. S léčivými bylinami nelze léčit všechno, ale lze léčit mnohé a také mnohé zlepšit. Pro Crohnovu chorobu se doporučují tyto léčivé rostliny. **Lnice Květel**, která pomáhá při křečovitých bolestech když má pacient průjem.

Lípa obecná pro pacienty s Crohnovou chorobou může být účinná hlavně při teplotách a také tím, že reguluje tvorbu žaludečních a střevních šťáv.

Meduňka lékařská má mnohé účinky. Působí sedativně na nervovou soustavu a vegetativní systém. Používá se při žaludeční a střevní neuróze, při bušení srdce, arytmiích, nespavosti, úzkosti, lehkých depresích, dyspeptických obtížích, křečovitých bolestech a nadýmání.

Řepík má hojivý účinek, je protiprůjmový, dezinfekční, tlumí záněty, podporuje celkovou látkovou výměnu a zlepšuje trávení.

Mochna stříbrná specificky působí ve střevech. Pomáhá léčbě u Crohnovy choroby, žlučnickové koliky, chorobách ledvin a močových cest.

Aloe vera (šťáva z celého listu) se doporučuje, protože změkčuje stolici a podporuje hojení střev.

Kořen lopuchu, Echinacea, Luční jetel, šípek, yerba maté, americký jilm podporují trávení, čistí krev, omezují záněty a infekce.

Těchto pár bylinek může pacient užívat převážně jako nálev nebo lokálně v podobě mastí aj.

Jako potravinové doplňky se doporučují B komplex (podporuje prevenci proti anemii), Vitamín B12 (důležitý pro správné trávení a prevenci anémie). Trávicí enzymy (slouží k štěpení bílkovin a podporuje trávení), Vitamin C s bioflavonoidy preventivně působí proti zánětům a zlepšuje imunitu, Zinek (potřebný pro imunitní systém a hojení), Omega 3 esenciální mastné kyseliny (potřebné pro regeneraci trávicího traktu,

omezující zánětlivé procesy a jsou nezbytné při léčbě Crohnovy choroby), česnek blokuje volné radikály podporující hojení. Acidophilus 6 miliard upravuje střevní mikroflóru.

1.8 Prognóza

Díky moderním technologiím a léčbě mohou pacienti žít jako zdraví lidé. Kvalita života je závislá na průběhu onemocnění, kolikrát se nemoc akutně projevuje, jak dlouhé jdou klidové fáze, odpovědi organismu na konzervativní léčbu, rozsahu postižení střeva a komplikacích. Prognóza u Crohnovy choroby je horší než u Ulcerózní kolitidy. Kvůli častějším chirurgickým operacím, které definitivně nevyřeší chorobu, tak jako kolektomie u Ulcerózní kolitidy.

Pacienti s touto chorobou mohou mít zdravé děti. Těhotenství u pacientek se doporučuje plánované v klidovém období. Začne-li těhotenství v klidové fázi probíhá většinou bez obtíží a náhlého vzplanutí nemoci. Pouze se lékař musí rozhodnout o léčbě, aby nebylo poškozeno dítě. Je-li těhotenství započato v akutní fázi nemoci, mohou nastat komplikace a následný potrat.

Pacientům s Crohnovou chorobou je doporučováno dostatečné množství pohybu hlavně plavání a jízda na kole. V zaměstnání bývá většina nemocných na částečný úvazek, protože nikdo neví, kdy dojde k akutní fázi nemoci. Po několika rozhovorech s pacienty a jejich okolím si myslím, že s Crohnovou chorobou se dá žít, i když je nutné smířit se s určitým omezením.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

2 Ošetrovatelská péče u pacienta s Crohnovou chorobou

2.1 Ošetřování nemocných

U pacientů s chronickým zánětlivým onemocněním trávicího traktu. Bez známé etiologie.

2.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného.

Pacient bývá přijat na interní nebo dětské oddělení, záleží na jeho věku. Na chirurgii jsou hospitalizováni, mají-li akutní fázi onemocnění nebo komplikace choroby. Pokoj by měl být klidný a malý. Poloha pacientů je různá, zajišťuje si ji sám nebo s pomocí sestry, záleží na zdravotním stavu. Při bolestech pacient vyhledává sám úlevovou polohu. Pohybový režim mají volný. V akutní fázi nemoci musí být dodržován dostatečný klid na lůžku. U lůžka by měli být kompenzační pomůcky (hrazdička, žebříček, postranice), má-li pacient sníženou soběstačnost.

2.1.2 Sledování pacienta

Sestra sleduje celkový stav pacienta při přijetí i po celou dobu hospitalizace. Zaměřuje se na kontrolu vyprazdňování stolice, je-li průjem nebo zácpa. Vyhodnocuje počet, charakter a příměsí stolice. Vyprazdňuje-li se pacient sám, je poučen, aby stolici kontroloval a hlásil případné změny.

Bolest sestra vyhodnocuje podle intenzity, charakteru, lokalizace a zda-li vystřeluje do jiné části těla.

Častým příznakem Crohnovy choroby je podvýživa, proto je kladen důraz na sledování hmotnosti a výživy. V akutní fázi nemoci se podává bezsezbytková dieta. Následně je doporučeno podávat stravu nedráždivou a lehce stravitelnou. Pacient si individuálně staví potraviny dle snášenlivosti, (viz kapitola. 1.7.1.2. dietoterapie). Vzhledem k častým průjmům se musí kontrolovat dostatečný příjem tekutin.

Sestra péči o hygienu pacienta provádí tehdy, nedovoluje-li stav nemocného, aby se sám o sebe postaral. Především se musí při hygieně pečovat a kontrolovat kůži v okolí rekta, při průjmech.

Nutné je sledování psychického stavu pacienta, zda-li udržuje kontakt s rodinou, jakou má náladu, a má-li strach.

Sestra musí kontrolovat, popřípadě podávat léky dle ordinace lékaře. Při poruše výživy zavádí periferní žilní katétr, kvůli infúzní terapii.

Po odeznění akutní fáze není nutná hospitalizace. Pacient je propuštěn do domácí péče, kde dodržuje léčbu choroby, správnou životosprávu a aktivitu.

U dětí je důležité sledování všeho jako u dospělých, s větší důsledností.

2.2 Možné ošetrovatelské diagnózy

Bolest akutní/chronická z důvodu základního onemocnění.

Průjem z důvodu zánětlivého onemocnění střev.

Zácpa z důvodu základního onemocnění.

Výživa porušená, nedostatečná z důvodu základního onemocnění.

Únava z důvodu základního onemocnění.

Bezmocnost z důvodu onemocnění.

Strach z budoucnosti z důvodu základního onemocnění.

Kožní integrita, riziko poškození z důvodu operačních zákroků.

Neznalost pojmu z důvodu malého přísunu informací

Tělesné tekutiny, riziko deficitu z důvodu průjmu.

Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení katétrů (močového, žilního nebo centrálního).

3 Posouzení stavu pacienta

3.1 Identifikační údaje

Pacient F.G. ročník 1992. Student Gymnázia I. ročník. Svobodný, dítě. Bydlí s rodiči a bratrem v bytě, zvíře nemají. Přijat 18.10.2007.

3.2 Výťah z lékařské dokumentace

Pacient přijat do nemocnice pro potvrzení nemoci a určení následné léčby. Podle dřívějších výsledků se zřejmě jedná o Crohnovu chorobu. Nyní bude zahájena léčba, do které bude zapojena i edukace pacienta a jeho rodiny.

3.2.1 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza- matka (50let) zdravá, otec (56let) zdravý, sourozenec – bratr (23let) Crohnova choroba.

Osobní anamnéza- perinatálně bez komplikací, očkování dle očkovacího kalendáře, kyčle v pořádku, dříve bronchopneumonie, sinusitis maxilaris, běžné dětské nemoci. V roce 2006 pacient vyšetřen při podezření na Glaukom, nebyl potvrzen.

Alergická anamnéza- alergie na trávy, plevele

Farmakologická anamnéza –

Pacient užívá: Prednison 20 mg - hormon glukokortikoidů, ve formě tablet (dále jen tbl.), 1-0-2, užívá je per os (ústy, dále jen p.o.);

Imuran 25mg - imunosupresivum, tbl., 1-0-1, p.o.;

Pentasa - antiflogistikum, tbl., 2-2-2, p.o.;

Helicid 20mg - antiulcerotikum, cps., 1-0-0, p.o.;

KCl - draslíkový přípravek, tbl., 1-1-1, p.o.;

Lexaurin 3mg - anxiolytikum, tbl., 1-0-0, p.o.;

Lacidofilus - probiotikum, cps., 1-0-1, p.o.

Sociální anamnéza – Pacient bydlí s rodiči a bratrem v bytě ve městě, zvíře nemají.

Stav při přijetí: pacient dlouhodobě pociťuje únavu, poslední rok zhubl o 10kg, stolice je nepravidelná spíše průjem, bolesti břicha, opakované afty v dutině ústní, poslední 2.týdny teploty 38°C. 3.týdny pozoruje na dolních končetinách indurace měnící zbarvení (červené, lividní, žlutavé) erythema nodosum, spontánně se vstřebává. Pacient má sideropenickou anémii + zvýšenou FW.

3.2.2 Vyšetření

18.10.2007: Váha 62kg, Výška 188cm, TK 118/75, TT 37,1°C, obvod paže 26cm, percentily H/V (2-10), percentily OP (50) viz příloha č.5.

8.11.2007 odběry krve: APTT 31,7; QUICK 79%, 14.40s; INR 1,13;

Krevní obraz: erytrocyty 6,1 (4-10/10⁶); Hemoglobin 12,2 g/l (14-18); Hematokrit 0,371 %(0,380-0,520); lymfocyty 0,089 (0.250-0.330); monocyty 0,033 (0,30-0,100); neutrofilů 0.876 (0,570-0,680), RDW 15,8% (11,6-13,7); MCV 80fl (82-92); MCH 26,3 pg (27-33).

Pacientovi byl udělán leukocytární scan s patologickým nálezem v ileocekální oblasti a oblasti colon ascendens.

Během hospitalizace byla provedena vyšetření: 2x Krevní obraz, 4x FW, QUICK, APTT, Na, K, Cl, urea, IgG, IgM, IgE, IgA, esofagoskopie a totální kolonoskopie.

3.2.3 Závěr při příjmu

15.letý chlapec přijat k celkovému vyšetření pro podezření na Crohnovu chorobu. V laboratorním nálezu při přijetí elevace zánětlivých parametrů, v imunologii pozitivní ASCA protilátek. Při MR- enteroklyze jsou zachyceny chronické zánětlivé změny v úseku dlouhém 10cm terminálního ilea se středně těžkou strukturou. Provedena pankolonoskopie v rozsahu céka – rektum normální nález, ale v oblasti terminálního ilea nález potvrzující diagnózu Crohnovy choroby – za hospitalizace zahájena cílená léčba, kterou toleruje dobře. Bolesti břicha odeznívají, jídlo postupně toleruje.

3.2.4 Fyzikální vyšetření sestrou

tabulka 1: ZÁPIS VYŠETŘENÍ HLAVY

Orgán	Norma	Odchylka od normy
Vědomí	Orientovaný	Orientovaný
Dýchání	Eupnoe, stridor 0	Eupnoe
Poloha	Aktivní	Aktivní
Chůze	Bez obtíží	Bez obtíží
Tremor	0	0
Výživa, BMI	Eutrofický	Podvýživa, BMI 17,5
Kůže	Růžová bez ikteru, defektů, hematomy 0	Bez defektů, růžová
Kožní turgor	Normální	Normální
Vlasy	Husté	Husté, tmavě hnědé
Nehty	Hladké	Lámavé
Čítí	V normě	V normě
Motorika	Pohyblivý	V pořádku, pohyblivý
Řeč	Plynulá	Občasné zadržávání se
Hlas	Bez patologického nálezu	Bez patologického nálezu
Lebka - velikost	normocefalická	Není odchylka od normy
Lebka - tvar	mezocefalická	Brachycefalická,
Hlava - poklep	nebolestivá	nebolestivá
Držení hlavy	přirozené	přirozené
Příušní žláza	nezvětšená	nezvětšená
vička	Bez nálezu, edém 0	Bez nálezu, edém 0
Oční bulby	Ve středním postavení	Ve středním postavení
Spojivky	růžové	růžové
Skléry	bílé	bílé
Zornice - tvar	okrouhlé	okrouhlé
Zornice - velikost	izokorické	Izokorické
Boltec	Bez nálezu	Velikost boltee normální
Zvukovod	Bez sekrece	Bez sekrece
Sluch	Slyší dobře	Sluch v pořádku
Nos	Bez výtoku	Bez výtoku
Rty - tvar	Souměrné, růžové	Souměrné, růžové
Jazyk	Plazí ve střední čáře	Plazí ve střední čáře
Jazyk - povrch	Růžový, vlhký, mírně povleklý	Růžový, vlhký
Dásně	růžové	Růžové
Chrup	Vlastní : zdravý/ sanován	Vlastní, sanován

tabulka 2: ZÁPIS VYŠETŘENÍ KRKU

Vyšetření	Norma	Odchylka od normy
Krční páteř	pohyblivá	Občasná bolestivost krční páteře
Pulzace karotid	symetrická	Symetrická
Náplň jugulárních vén	nezvýšená	Nezvýšená
Lymfatické uzliny	Oboustranně nehmatné	Nehmatné

tabulka 3: ZÁPIS VYŠETŘENÍ HRUDNÍKU

Vyšetřovaná oblast	Norma	Odchylka od normy
Hrudník	Atletický, astenický, pyknický	Atletický
Dechová vlna	Šíří se symetricky	Bez patologie
Plíce - poklep	Plný, jasný	Bez patologie
Bronchofonie	Oboustranně symetrická	Bez patologie
Srdeční krajina	Bez vyklenutí	Bez vyklenutí
Úder hrotu	neviditelný	Neviditelný
Akce srdeční	pravidelná	Pravidelný, 88/min.

tabulka 4: ZÁPIS VYŠETŘENÍ BŘICHA

Vyšetřovaná oblast	Norma	Odchylka od normy
Břicho	v/pod úrovní hrudníku, souměrné, poklep bubínkový	Pod úrovní hrudníku, souměrné
Břicho, kůže	Hladká, beze změn	Hladká, beze změn
Barva kůže břicha	Světlá, do růžová	Světlá do růžova
Břicho, pohmat	Měkké, nebolestivé	Měkké, bolestivost v podbřišku
Břicho, poslech	borborygmy	borborygmy
Játra	Nepřesahují pravý oblouk žeberní	Nepřesahují pravý oblouk
Bolestivost	nebolestivá	nebolestivá
Hepatojugulární reflux	0	0
Tapottement	0	0
Močový měchýř	Nepřesahuje symfýzu, nebolestivý	Nepřesahuje symfýzu, nebolestivý

tabulka 5: ZÁPIS VYŠETŘENÍ KONČETIN

Vyšetřovaná oblast	Norma	Odchylka od normy
Edémy	0	0
Prsty	Symetrické v ose bez tvarovaných změn, růžové	Symetrické v ose bez tvarovaných změn, růžové
Kůže končetin	Teplá pružná se zachovanými adnexy	Kůže bez patologie
Periferní pulzace	Hmatné	Hmatné
Žíly	Varixy 0, lýtka pohmatově nebolestivá	Varixy 0, lýtka pohmatově nebolestivá
Klouby	Tvar ušlechtilý, klouby volně pohyblivé	Klouby volně pohyblivé
Svaly a šlachy	Pohmatově nebolestivé	Pohmatově nebolestivé
Lymfatické uzliny	Nehmatné, nebolestivé	Bez patologie

4 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je metoda systematického, racionálního plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Cílem je zhodnocení zdravotního stavu pacienta, jeho skutečných a potencionálních problémů, vytyčení si plánů na zhodnocení potřeb a poskytnutí správné ošetrovatelské péče k uspokojení pacientových potřeb. Proces je cyklický tzn., že jeho složky následují v řadě za sebou v logickém pořadí, avšak v tom jistém čase může být v činnosti více, než jedna složka. Skládá se z pěti fází nebo-li kroků: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení.

4.1 Ošetrovatelská dokumentace dle Marjory Gordon.

M. Gordon vypracovala „Model funkčních vzorců zdraví“. Všechny lidské bytosti označila za holistické, mající společné určité funkční vzorce, které se podílejí na jejich zdraví, kvalitě života a dosahování lidského potencionálu. Dle M. Gordon je zdraví rovnováha bio - psycho - sociálních interakcí, ovlivněno vývojovými, kulturními, duchovními a dalšími faktory. Dysfunkce = porucha zdraví. Ošetrovatelství se zabývá funkčními a dysfunkčními vzorci zdraví.

Model je odvozen z interakcí osoba – prostředí. Sestra identifikuje u pacienta funkční či dysfunkční vzorec zdraví. Základní struktura modelu je dvanáct oblastí, označených jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční nebo dysfunkční. Vyhodnotí-li sestra dysfunkční vzorec musí ho označit, zformulovat ošetrovatelskou diagnózu a pokračovat v ostatních krocích ošetrovatelského procesu.

Vzorce jsou:

1. Vnímání zdraví.
2. Výživa, metabolismus.
3. Vylučování – moče, stolice, potu.
4. Aktivita, cvičení.
5. Spánek, odpočinek.
6. Vnímání.
7. Sebepojetí.
8. Role – mezilidské vztahy.
9. Sexualita, reprodukční schopnosti.
10. Stresové zátěžové situace.
11. Víra- životní hodnoty.
12. jiné.

Při posuzování vzorců funkčního zdraví M. Gordon navrhuje, aby sestra porovnávala získané údaje s jednou nebo s několika následujícími položkami: individuální výchozí stav (tzv. báze), normy stanovené pro danou věkovou skupinu, kulturní, společenské a jiné. Tím může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav pacienta⁵

⁵ Pavlíková, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Grada 2006. ISBN 80-247-1211-3.

4.2 Ošetřovatelský proces u pacienta dle M. Gordon

4.2.1 Vnímání zdraví

Svůj zdravotní stav pacient vnímá jako narušený. Snaží se vyrovnat s nemocí. Nekouří ani nepije alkohol. Pro udržení zdraví a odreagování se od problémů sportuje, jezdí na kole, hraje fotbal a plave. Při objevení současných obtíží navštívil lékaře. Doporučení lékařů a sester pacient dodržuje. Během posledního roku měl asi 5x chřipkové onemocnění.

4.2.2 Výživa a metabolismus

Pacient váží 62kg. V poslední době došlo ke snížení hmotnosti o 10kg za rok. Chut' k jídlu moc nemá. Stav výživy = podvyživený. BMI = 17,5 (viz příloha č.1.). Nutriční skóre = střední (viz příloha č.7).

Pacient stravu i tekutiny přijímá sám per os. Poruchu polykání neverbalizuje. Stav chrupu má dobrý. V nemocnici má dietu číslo 5 (bílkovinná bezzbytku). Dodržuje ji a vyhýbá se koření, uzeným potravinám, smetaně, nestravitelné vláknině, kakau, soli aj. Jídlo přijímá 6x denně (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře, druhá večeře). Doma omezení stravy neměl, přijímal malé množství jídla, kvůli bolestem břicha, průjmu a nechutenství. Vyhýbal se mléčným potravinám. Pitný režim dodržuje doma i v nemocnici, vypije 2-3l tekutin/den. Nejrady má vodu se šťávou a čaj.

Pocit sucha v ústech nemá. Sliznice i kůže nejsou suché. Sliznice jsou růžové. Pacient udává lámavost nehtů. Stav vlasů je v pořádku. Otoky, bércové vředy, vyrážku ani varixy nemá. Pokožka je nyní bez defektu. Norton skóre je 20 bodů = není riziko vzniku dekubitů (viz příloha č.4.)

Ošetřovatelský problém: Výživa porušená, nedostatečná; nechutenství.

4.2.3 Vylučování moče, stolice

Problémy s vyprazdňováním moče pacient neverbalizuje. V poslední době stav nezměněn. Vyprazdňuje se sám na toaletě. Příměsí v moči nemá

S vyprazdňováním stolice má pacient obtíže. Stolice je nepravidelná, střídá se průjem se zácpou. Pacient udává bolesti břicha při vyprazdňování. Dnes má pacient řídkou

stolici. Na toaletě byl již 3x/8hod. Vyprazdňovací návyky (např. pít tekutiny před snídaní, ráno si zacvičit) pacient nemá. Nepravidelnost stolice a hlavně průjem pacienta obtěžuje ve škole i při sportu. Při průjmu si bral doma lék Endiaron, pil černý čaj a odpočíval. Při zácpě jedl švestkový kompot nebo kefír. Pocení pacient neudává. Potí se při sportu, a je-li v létě velké teplo.

Ošetřovatelský problém: Střídání zácpy s průjmem. Nyní průjem.

4.2.4 Aktivita, cvičení

Pacient má pocit dostatečné síly a životní energie. Pravidelně necvičí, ale rád si zahraje fotbal, plave a projede se na kole. Faktory bránící aktivitě jsou průjmy, bolesti břicha a únava. Dříve sportoval aktivněji, kvůli obtížím sport omezil. Začal se více věnovat hrám na počítači. Nyní chce častěji sportovat a hlavně být ve společnosti vrstevníků. Pohybuje se sám bez pomůcek doma i nyní. Kompenzační pomůcky nemá (hole, vozík, berle). Pacientovi nechybí žádná část těla. Tělo drží vzpřímený postoj a pohybová koordinace je v pořádku.

Úroveň soběstačnosti je číslo 0 = nezávislý pohybovat se, najíst se, umýt se, vykoupat se, obléci se a pohybovat se (viz příloha č.3.)

Cítí stále únavu z důvodu onemocnění a častých průjmů. Nejvíce unavený se cítí, odpoledne.

Ošetřovatelský problém: Únava.

4.2.5 Spánek, odpočinek

Pacient verbalizuje poruchu spánku. Má problém s usínáním kvůli obavám z budoucnosti. Ráno se cítí málo vyspalý. Doma spí 9hodin denně. Přes den občas 1-2hod odpočívá. Rušivé faktory spánku neudává. Léky na spaní nebere. Před spaním si čte (knihu, časopisy) a poslouchá rádio.

Ošetřovatelský problém: Spánek porušený.

4.2.6 Smyslové vnímání

Pacient má vědomí jasné. Je orientován osobou, v čase, místě i prostoru.

Sluch je neporušený, nepoužívá kompenzační pomůcky. Zrak má v pořádku, brýle nepotřebuje. Řeč je plynulá, srozumitelná. Je-li pacient ve stresu zadržává se v řeči. Kontakt s okolím udržuje otevřený. S lidmi se střetává ve škole a v partě. Orientace je úplná. Paměť neporušená, pozornost úmyslná, učení logické.

Bolest břicha pacient pociťuje přiměřeně. Pacient ji pociťuje již asi rok = bolest chronická. Verbalizuje intenzitu číslo 2 – mírná (viz. příloha č.2.). Bolest je mírněna léčbou, dietou a úlevovou polohou.

Ošetrovatelský problém: Bolest chronická. Zadržávání se v řeči.

4.2.7 Sebepojetí

Pacient o sobě říká, že je optimista. Plně důvěřuje sám sobě i druhým. Rád hraje hry na počítači. Talent ani zručnost neudává. Pocity hněvu, strachu, zlosti, smutku a úzkosti prožívá zřídka. Nyní má obavy, jak se s nemocí a jejím průběhem vyrovná. Zda ho vezmou kamarádi do party nebo se bude muset stranit. Jestli bude moct žít sexuálním životem aj. Odstranit strach pomáhají koníčky – hry na počítači, fotbal a kolo. Nervózní bývá v cizím prostředí jako je nemocnice. Je-li nervózní zadržává se v řeči. Se svým vzhledem je spokojený.

Ošetrovatelský problém: Strach z budoucnosti.

4.2.8 Role, mezilidské vztahy

Bydlí s rodiči a starším bratrem v bytě, ve městě. Domácí zvířata nemají. Rodinné problémy nemají, vyskytnou-li se společně je řeší. Reakce rodiny na nemoc je kladná, pacientovi pomáhají a jeví o něj zájem. Pacient studuje I. ročník Gymnázia. S lidmi udržuje častý kontakty, nejvíce ve škole. Jeho chování je přátelské. Se školou je pacient zatím spokojený.

4.2.9 Sexualita, reprodukční schopnosti

Pacient zatím nežije sexuálním životem, proto neví má-li nějaké obtíže. Diagnostické poruchy ani operace nejsou známy.

4.2.10 Stresové zátěžové situace

Napětí prožívá zřídka, snáší ho lehce. Vyvolávacím faktorem je nemoc a škola. Koníčky snižují napětí. Pacient se vyrovnává s problémy rychle. Stresové situace zvládá s rodinou. Důležité změny v posledních dvou letech jsou nemoc a nová škola.

4.2.11 Víra, životní hodnoty

Pacient je nevěřící. Životní hodnoty : 1. zdraví, 2. rodina, 3. peníze, 4. cestování, 5. záliby, 6. práce, 7. víra.

4.2.12 Jiné

S pacientem se mi spolupracovalo velmi dobře. 26.10.2007 zaveden PŽK (periferní žilní katétr).

4.3 *Ošetřovatelská péče*

Seznam ošetřovatelských diagnóz

1. Bolest chronická
2. Výživa porušená, nedostatečná
3. Průjem
4. Spánek porušený
5. Infekce, riziko vzniku

4.3.1 Plán ošetřovatelské péče (Ošetřovatelské diagnózy)

- 1) **Bolest chronická stupně intenzity číslo 2. (mírná bolest) břicha z důvodu onemocnění, projevující se verbalizací, mimickým výrazem a únavou.**

Cíle a výsledná kritéria:

Cíl: dlouhodobý (dále jen CD) – Pacient nemá bolest do 14 dnů.

krátkodobý (dále jen CK) – Pacient má sníženou bolest ze stupně intenzity číslo 2 na stupeň číslo 1 do 4.dnů.

Výsledná kritéria (dále jen VK)

- Pacient ukázal škálu charakteru a intenzity bolesti do 24 hodin.
- Pacient předvedl jaké využívá úlevové polohy do 24hodin.
- Pacient verbalizuje co mu pomáhá odreagovat se do 24hodin.
- Pacient vyjmenoval potraviny zmírňující bolest do 24hodin.

Intervence:

- Sledovat i hodnotit charakter a intenzitu bolesti pacienta každý den po 5 hodinách, ošetřující sestra
- Zajistit pacientovi odreagování se od bolesti do 2 hod, primární sestra.
- Pomáhat pacientovi při vyhledávání úlevové polohy, ošetřující sestra.
- Sledovat a hodnotit fyziologické funkce 2x denně, ošetřující sestra.
- Pozorovat neverbální projevy pacienta 24hodin denně, ošetřující sestra.
- Podávat pacientovi potraviny zmírňující bolest do 24hodin, ošetřující sestra.
- Aktivizovat pacienta během dne, fyzioterapeut.
- Podávat pacientovi léky podle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek, primární sestra.
- Vysvětlit pacientovi žádoucí i nežádoucí účinky léků do 24 hodin, primární sestra.

Realizace:

- S pacientem jsme hodnotili bolest pomocí škály intenzity a charakteru bolesti, každý den ošetřující sestra.
- 2x denně jsme měřili fyziologické funkce pacienta, ošetřující sestra.
- Zajistili jsme pacientovi odreagování – časopisy, knihy, ošetřující sestra.
- Léky podávány dle ordinace lékaře každý den, primární sestra.

Hodnocení:

2.11. 2007 Efekt částečný - bolest zmírněna na stupeň číslo 1. Pacient aktivně vyhledává sám úlevové polohy

2) Výživa porušená, nedostatečná z důvodu onemocnění, projevující se poruchou obrazu těla, podvýživou, BMI = 17,5 a únavou.

Cíle a výsledná kritéria:

CD: Pacient má fyziologickou hmotnost do 6. měsíců.

CK: Pacient má zvýšenou hmotnost o 2kg do 6. dnů.

VK:

- Pacient verbalizuje příčinu nedostatečné výživy do 24hod.
- Pacient verbalizuje nutnost dostatku odpočinku do 24hod.
- Pacient vyjmenuje vhodnou denní aktivitu do 24hod.
- Pacient vysvětlí vhodný jídelníček do 2 dnů.

Intervence:

- Vysvětlit pacientovi a jeho rodině příčinu podvýživy do 24 hodin, primární sestra.
- Zajistit konzultaci nutričního terapeuta ohledně vhodného jídelníčku pro pacienta do 24hodin, primární sestra.
- Zajistit a doporučit jíst 8x denně malé dávky do 24hodin, primární sestra.
- Povzbuzovat pacienta ke spolupráci každý den, ošetřující sestra
- Doporučit pravidelné vážení 1x denně ráno před snídaní do 24hodin, primární sestra.
- Doporučit dostatek odpočinku do 24hodin, primární sestra.
- Zhodnotit nutriční skóre do 24hodin, primární sestra.
- Podávat pacientovi léky a umělou výživu (Nutridrinky) dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek, ošetřující sestra.
- Informovat o nutnosti dostatečného příjmu tekutin vzhledem k průjmu do 24 hodin, ošetřující sestra.

Realizace:

- Pacientovi byla vysvětlena příčina podvýživy, lékařem a primární sestrou.
- Pacient byl edukován nutričním terapeutem o správné výživě. Společně sestavili jídelníček.

- Pacient jedl 8x denně.
- Každé ráno se pacient vážil.

Hodnocení:

2.11.2007 Efekt částečný - Pacientova hmotnost je zvýšena o 1kg za 7dnů. Zná příčinu podvýživy.

3) Průjem z důvodu onemocnění, projevující se 4x denně řídkou stolicí a rizikem nedostatku tekutin.

Cíle a výsledná kritéria

CD: Pacient má fyziologické vyprazdňování do 14.dnů.

CK: Pacient má zahuštěnou stolicí do 3. dnů.

VK:

- Pacient verbalizuje příčinu průjmu do 4hodin.
- Pacient verbalizuje vhodná jídla proti průjmu do 24hodin.
- Pacient zná nutnost dostatku tekutin do 24hodin.

Intervence:

- Vysvětlit pacientovi příčinu průjmu do 24 hodin, primární sestra.
- Doporučit a zajistit vhodná jídla proti průjmu do 24 hodin, primární sestra a nutriční terapeut.
- Zjistit charakter a množství stolice, vézt pravidelný záznam po 24 hodin každý den, primární sestra
- Zajistit dostatečný příjem tekutin do 24 hodin, primární sestra.
- Podávat léky dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek, primární sestra.

Realizace:

- Pacientovi vysvětlena příčina do 24 hodin primární sestrou.
- Doporučena vhodná strava stavící průjem, do 24 hodin primární sestrou.
- Veden záznam charakteru a množství stolice, ošetřující sestrou.
- Podáván dostatek tekutin 24 hodin denně, ošetřující sestrou.

Hodnocení:

2.11.2007 Efekt částečný - Pacient má zahuštěnou stolicí. Dnes neudává problém s vyprazdňováním.

4) Strach anticipační z důvodu obav z budoucnosti, projevující se problémy s usínáním a verbalizací.

Cíle a výsledná kritéria:

CD: Pacient nepocítuje strach do 3.týdnů.

CK: Pacient zná příčinu strachu do 24hod.

VK:

- Pacient zná vhodné relaxační techniky odvádějící myšlenky od problému do 12hod
- Pacient mluví o svých obavách do 24hodin.
- Pacient usíná do 20 minut po ulehnutí do 24 hod.

Intervence:

- Zajistit a doporučit aktivity s ohledem na pacientův zdravotní stav do 12.hod, primární sestra, např. četba, poslech radia, procházky.
- Pokusit se zajistit dostatek rozptýlení – např. návštěvy rodiny, do 24hodin, primární sestra.
- Pacientovi zajistit odreagování do 24hodin, primární sestra.
- Zajistit klid na oddělení a pokoji v nočních hodinách, ošetřující sestra.
- Upravit pacientovi lůžko před spaním, ošetřující sestra.
- Popovídat si s pacientem o jeho obavách dle potřeby, ošetřující sestra.

Realizace:

- Doporučeny aktivity přes den, primární sestrou.
- Povídala jsem si s pacientem ve volných chvílích, ošetřující sestra.

Hodnocení:

2.11.2007 Efekt částečný. Pacient chápe příčinu a mluví o svém strachu. Problémy s usínáním přetrvávají.

5) Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení periferního žilního katétru (dále jen PŽK).

Cíle:

CD: Pacientovi infekce nevznikla po dobu hospitalizace.

CK: Pacient verbalizuje důvody vzniku infekce a je poučen o správné hygieně do 24hod.

Intervence:

- Zajistit správný postup při ošetřování PŽK do 1 hodiny, primární sestra.
- Naučit pacienta správnou péči o PŽK do 2 hodin, primární sestra.
- Poučit pacienta o známkách infekce (bolest, zarudnutí) do 2 hodin, primární sestra.
- Denně kontrolovat stav okolí zavedení PŽK, ošetřující sestra.
- Při podání infuze kontrolovat zda nedochází k paravenóznímu podání, ošetřující sestra.
- Dodržovat aseptický přístup při aplikaci infuze, ošetřující sestra
- Dodržovat hygienicko-epidemiologické návyky, ošetřující sestra.

Realizace

- Zaveden PŽK 26.10.2007.
- Převaz PŽK, kanyla bez známek infekce 29.10.2007.

Hodnocení:

2.11.2007 Efekt úplný infekce nevznikla.

4.4 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacient F.G. přijat pro potvrzení diagnózy a zavedení správné léčby. U pacienta jsem vypracovala ošetrovatelský proces dle M. Gordon. Stanovila jsem si problémy pacienta a následně udělala ošetrovatelské diagnózy. Spolupráci hodnotím jako velmi dobrou. Pacient aktivně ve všem spolupracoval. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, (viz kapitola 4.3.), které byly 2.11.2007 zhodnoceny jako:

1. Bolest břicha chronická byla zmírněna na stupeň číslo 1 ze stupně č. 2. Pacient aktivně vyhledává sám úlevové polohy.
2. Pacientova hmotnost byla zvýšena o 1kg za 7dnů. Pacient zná příčinu podvýživy a snaží se dodržovat správnou dietu.
3. Průjem není, stolice je zahuštěná. Problém s vyprazdňováním pacient nyní neudává.
4. Pacient chápe příčinu strachu a mluví o něm. Problémy s usínáním dále přetrvávají.
5. U zavedeného PŽK efekt úplný, infekce nevznikla.

5 Edukace pacienta

Téma edukace: Dietní opatření u pacienta s Crohnovou chorobou

Edukace zaměřena na informovanost pacienta o správném stravování

Edukace potřeba v oblasti č.2: Výživa, metabolismus

Forma: verbálně, pomocí letáčků, odborné literatury.

Cíl edukace: Pacient pochopí a v rámci svých možností dodržuje správný dietní režim.

Anamnéza: 15.ti letý pacient byl přijat na oddělení kvůli stanovení diagnózy a následné léčbě Crohnovy choroby. Do které je zahrnuta edukace o výživě. Zásady výživy se liší v období akutní fáze a remise. Pacient nepoužívá pomůcky ani není závislý na přístrojích, které by ovlivňovali edukaci. Komunikační bariéra nebyla zjištěna, pacient aktivně naslouchal radám a i se dotazoval.

5.1 Edukační plán ošetrovatelské péče:

Ošetrovatelská diagnóza:

Výživa porušená, nedostatečná z důvodu onemocnění, projevující se poruchou obrazu těla, podvýživou, BMI = 17,5 a únavou.

Cíle a výsledná kritéria:

CD: Pacient má fyziologickou hmotnost do 6. měsíců.

CK: Pacient má zvýšenou hmotnost o 2kg do 6. dnů.

VK:

- Pacient verbalizuje příčinu nedostatečné výživy do 24hod
- Pacient verbalizuje nutnost dostatku odpočinku do 24hod.
- Pacient vyjmenuje vhodnou denní aktivitu do 24hod.
- Pacient vysvětlí vhodný jídelníček do 2 dnů.

Intervence:

- Edukovat pacienta v oblasti výživy a metabolismu do 3hodin, primární sestra.

- Vysvětlit pacientovi a jeho rodině příčinu podvýživy do 24 hodin, primární sestra.
- Zajistit konzultaci nutričního terapeuta ohledně vhodného jídelníčku pro pacienta do 24 hod, primární sestra.
- Zajistit a doporučit jíst 8x denně malé dávky , primární sestra.
- Povzbuzovat pacienta ke spolupráci každý den, ošetřující sestra
- Doporučit pravidelné vážení 1x denně ráno před snídaní, primární sestra.
- Doporučit dostatek odpočinku do 24hodin, primární sestra.
- Podávat pacientovi léky a umělou výživu (Nutridrinky) dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek, ošetřující sestra.
- Informovat o nutnosti dostatečného příjmu tekutin vzhledem k průjmu do 24 hodin, ošetřující sestra.

Realizace:

- Pacientovi byla vysvětlena příčina podvýživy, lékařem a primární sestrou.
- Pacient byl edukován primární sestrou o správné výživě.
- Pacient jedl 8x denně.
- Každé ráno se pacient vážil.

Hodnocení:

2.11.2007 Efekt částečný - Pacientova hmotnost je zvýšena o 1kg za 7dnů. Zná příčinu podvýživy. Je edukován o správné výživě a také jí již dodržuje.

5.2 Dietní doporučení:

Správná výživa je důležitým prvkem léčby. Je důležitá pro udržení si zdraví či zlepšení zdravotního stavu. Je hlavním zdrojem energie pro tělo nezbytné. Bohužel pro pacienty neexistuje striktní dieta, která by byla vhodná pro všechny pacienty s chronickým zánětlivým střevním onemocněním. Pro každého pacienta platí rozdílná pravidla a sám musí pečlivě sledovat reakci svého těla na potraviny Strava musí být plnohodnotná, nedráždivá, šetrící, dostatečně výživná, vyvážená a obsahovat sacharidy, tuky, bílkoviny, vitamíny, minerální látky a stopové prvky.

5.2.1 V akutní fázi:

Je-li vysoce aktivní onemocnění podává se výživa parenterálně pomocí infuzí, kterými jsou doplněny všechny důležité složky stravy. Při zlepšení zdravotního stavu pacienta se přechází z parenterální na enterální výživu. Postupně podáváme čaj, suchary, kaše, bílé pečivo. Snáší-li pacient jídlo dobře, začneme podávat vařenou zeleninu, vařené ovoce, rýži, těstoviny, brambory, nízkotučný sýr, nízkotučné uzeniny, maso, ryby. Po odeznění vzplanutí zánětu může pacient jíst vařené maso, ryby, drůbež, brambory, rýži, těstoviny, dobře stravitelnou zeleninu a ovoce, bílý chléb, džem, máslo, med, nízkotučné sýry.

Při **průjmech** omezit vlákninu. Je-li průjem musí se doplnit tekutiny, vitamíny rozpustné v tucích (kyselina listová, vitamín C, vitamín B) a elektrolyty (draslík, vápník, hořčík). Při zácpě naopak.

Vitamín C obsahuje: ovoce, zelenina, ovocné šťávy, džusy, zeleninové šťávy, brambory.

Vitamín B: B1: vepřové maso, hovězí maso, játra, obiloviny.

B2: mléko, mléčné výrobky, játra, obiloviny.

B6: pšenice, kukuřice, maso, játra.

B12: játra, maso, mléčné výrobky, vejce.

Draslík je v: zelenině, bramborách, banánech, citrusových plodech, ananasu, rajčatech. Je-li nedostatek pozná se podle otoků, zvýšeného krevního tlaku.

Hořčík je obsažen s vápníkem a fosforem v kostech. Jeho vylučování je podporováno sladkostmi, alkoholem, vysokou konzumací mléka. Obsažen je v zelenině, citróněch, kukuřici, obilných klíčcích, fiky a jablka.

Vápník: mléko, mléčné výrobky, obiloviny, listová zelenina, vaječný žloutek, minerální látky.

Doporučuje se strava s vyloučením nestravitelné vlákniny v období relapsu a při stenózách.

5.2.2 Bezezbytková dieta:

Velmi přísně je třeba dodržovat v období akutních potíží souvisejících s onemocněním, v klidovém období nemoci nemusí být dieta tak přísná, ale je třeba její zásady zachovávat pořád.

Dieta spočívá ve:

- vyloučení potravin z nestravitelné vlákniny (luštěniny, celozrnné pečivo, ořechy, nadýmavá zelenina, semena). V případě konzumace ovoce nebo zeleniny musí být zbaveny slupek a zrníček.
- nejíst kořeněná jídla – pepř, chilli, pálivou papriku
- velkém omezení cukrů ve stravě, zejména cukrů složených – řepných – sacharóza. Složené cukry mají delší řetězec, tudíž jejich zpracování je náročnější. Doporučují se jednoduché cukry – glukóza, fruktóza.
- každý pacient je individualita, a proto přijímá potravu vyzkoušenou, která nezpůsobuje nadýmání, tlak v břiše a nevyvolává průjem.
- přijímání tekutin odděleně od jídla, 2-3litry denně. Nedoporučuje se pít kávu a silný černý čaj.
- úpravě stravy: doporučena vaření, vaření v páře, dušení, pečení, opékání nasucho, příprava jídel v alobalu a mikrovlnné troubě.

Nevhodné potraviny jsou:

hrách, čočka, fazole, syrová zelenina, zelí hlávkové i kyselé, kapusta, okurky, cibule, ředkev, houby, syrové ovoce, brambory v kouscích, masa tučná, smažená, nakládaná a uzená. Slanina, škvarky, konzervy, pikantní lahůdky, měkké a trvanlivé salámy, čerstvé kynuté a smažené pečivo, chléb, celozrnné výrobky, koření, oříšky, mandle.

5.2.3 Období remise

Nemá striktní dietní opatření. V podstatě se neliší od diety racionální.

- Strava by měla být energeticky a biologicky plnohodnotná.
- Pokrmy mají být pestré, chuťově a vizuálně upravené.
- Příjem stravy v malých dávkách, 6-7x/den.
- Je vhodné se vyvarovat nadýmavým pokrmům, destilátům, tučnému masu i v období klidu nemoci.

- Doporučují se:
 - libové hovězí a vepřové maso, telecí, bílá masa, ryby bez kůže, libové párky, šunka, drůbeží výrobky, krůtí a králičí rolky.
 - Polévky zeleninové a netučné masové vývary. Zahušťovat pouze opraženou moukou.
 - Přílohy - brambory mohou pacienti všech kombinací (bramborová kaše, bramborová rýže, knedlíky, pyré placky, noky), vařená a dušená rýže, těstoviny, jemné knedlíky s burisony nebo kypřícím práškem.
 - Omáčky mohou být rajské, koprové, citrónové, pažitkové, svíčkové, masové šťávy.
 - Kořenová zelenina (mrkev, celer, petržel), rajčata, špenát, mladé kedlubny, rajčatový protlak, rajčatová šťáva, mrkvová šťáva, dýně. Zralá loupaná jablka, loupané meruňky a broskve, ovocné pyré, šťávy, džusy, ovocné kaše a pěny. Ovocné knedlíky plněné ovocem, zemlovky, rýžové nákypy.
 - Moučníky se podávají v omezené míře, ne příliš tučné a sladké. Piškotové, odpalované, krupicové a třené těsto.
 - Čerstvé máslo, kvalitní rostlinné tuky a oleje jsou také vhodné. Zakysané mléčné výrobky, tavené a krájené sýry, jogurty, tvarohové sýry s probiotiky, tvarohy, zakysaná mléka, jogurtové nápoje s probiotiky.
 - Pokrmy solíme méně, používáme vývary z cibule, česneku, hub a kmínu. Bez omezení mohou být ke kořenění používány zelené natě (celerová natě, libeček, pažitka, petrželka, kopr).

V období remise je doporučen vyšší příjem:

- *Bílkovin* (1-1,2g na 1kg hmotnosti): Maso, ryby, drůbež, mléčné výrobky, mléko, vejce
- *Železa*: Játro, maso, vejce, obiloviny, tmavě zelená zelenina
- *Vápníku*: Mléko, mléčné výrobky, obiloviny, listová zelenina, vaječný žloutek, minerální vody
- *Vitamínu A*: Játro, mléčné výrobky, vaječný žloutek, zelená a žlutá zelenina

- *Vitamínu D*: mléčné výrobky, rybí tuk, vejce
- *Vitamínu E*: Rostlinné oleje, olej z pšeničných klíčků, listová zelenina
- *Vitamínu K*: Sýry, vaječný žloutek, zelená listová zelenina

Při malabsorpci sacharidů se doporučuje vyzkoušet hroznový cukr- Glucopur, nebo umělá sladidla.

Malabsorpce tuků – vyloučení potravin obsahující vysoké množství tuků. Ne zcela vyloučit vitaminy rozpustné v tucích). Je-li pro nemocné problém přijímat tuk i v malém množství, je nutná konzultace s nutričním terapeutem. Libové maso, mléko, mléčné výrobky a vejce obsahují dostatečné množství tuků ke vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E, K), které by neměli být zcela vyloučeny ze stravy.

5.3 Postup při edukování pacienta

S pacientem jsme se domluvili na čase a místě konání našeho rozhovoru.

Zajistila jsem si klidné prostředí, aby nás ostatní pacienti nerušili.

Pacient byl již informován nutričním terapeutem a lékařem.

5.4 Kontrolní otázky pro sestru

1. Pro jaké pacienty je vhodná bezzbytková dieta?
2. Proč je důležité dodržování správné životosprávy u pacientů s Crohnovou chorobou?
3. Jaké jsou zásady dietoterapie u pacientů s tímto onemocněním?

Správné odpovědi:

1. Pro pacienty s Crohnovou chorobou.
2. Aby se předešlo nebo alespoň omezilo komplikacím choroby.
3. Liší podle stadia choroby, je-li v akutní nebo klidové fázi. Hlavním prvkem je dodržování bezzbytkové diety v akutní i klidové fázi.

5.5 *Kontrolní otázky pro pacienta*

1. Proč je pro Tebe důležité dodržovat vhodnou životosprávu?
2. Liší se nějak strava v období remise a v akutní fázi nemoci?
3. Kolikrát denně bys měl jíst a jaké množství?
4. V čem spočívá bezezbytková dieta?
5. Jsou pro tebe vhodná smažená a uzená jídla?
6. Kolik má být denní příjem tekutin?

Odpovědi pacienta:

1. Abych předešel možným komplikacím a nebylo mi špatně.
2. Ano liší se. V období remise můžu skoro cokoliv co mi nedělá potíže. V akutním období záleží na projevu nemoci spíš jen pít čaj a jíst suchý rohlík.
3. Minimálně 6x za den a v malých porcích.
4. Spočívá ve vyloučení luštěnin, celozrnného pečiva, ořechů, nadýmavé zeleniny, semen, kořeněných, smažených a tučných jídel a v omezení cukrů.
5. Nejsou, neměl bych je.
6. 2-3l/den

5.6 *Efekt a závěr edukace*

Edukace proběhla druhý den ošetřování. Dříve byl pacient edukován lékařem a nutričním terapeutem. Pacient projevil sám zájem o edukaci. Kvůli osvojení si znalostí a zkušeností v oblasti výživy. Díky tomu se i sám snažil pozorně poslouchat a následně se dotazovat. Rozhovor probíhal kladně, pacienta jeho stravování zajímá, chce být brzo bez obtíží a věnovat se více sportu. Edukace probíhala v termínu 30.10.2007 a trvala 1,5 hodiny.

Závěr

Závěrem bych chtěla shrnout práci na téma „Ošetrovatelská péče u pacienta s Crohnovou chorobou“. Vypracování této práce mi pomohlo rozšířit si znalosti v oblasti tohoto onemocnění. Dozvěděla jsem se, že Crohnova choroba postihuje převážně mladé lidi. V dnešní době je bohužel zaznamenán její zvýšený výskyt. Onemocnění je nevléčitelné, léčí se jen symptomy, protože není známá příčina. Pacienti doživotně dodržují jiný životní styl než zdravý člověk. Mohou pravidelně sportovat, ale neměli by dělat vrcholové sporty. Doporučuje se turistika, jóga, jízda na kole, plavání aj. Musí dodržovat správnou životosprávu, aby předešli možným komplikacím. U pacientů je důležitá podpora rodiny a přátel. Převážná většina pacientů je vedena v invalidním důchodu. Musí se také sledovat a dbát na psychický klid nemocného. Mnohdy může deprese aj. psychické onemocnění ovlivnit možné komplikace. Kvalita života nemocných s Crohnovou chorobou se zvyšuje. Měli by, ale dbát na zvýšenou hygienu a prevenci, protože jsou náchylnější k získání střevních infekcí. Nemocným se doporučují pobyty u moře. Dostatek tepla a pohybu působí u většiny nemocných se záněty střev blahodárně.

Myslím si, že s touto chorobou se dá žít spokojený život, ale vždy záleží na průběhu a okolnostech nemoci.

Seznam informačních zdrojů

1) Seznam použité literatury

1. Adamczyk, R. *Slovník zdravotnických zkratk (lékařských, ošetrovatelských a příbuzných) anglické zkratky*. Triton 2005. ISBN 80-7254-680-5.
2. Bureš, J. a kol. *Gastroenterologie*. Triton 2006. ISBN- 80-7254-598-1.
3. Doenges, M.E. a kol. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Grada 2001. ISBN 80-247-0242-8.
4. Hartmannová, V. *Pravidla českého pravopisu*. Praha 2003. ISBN 80-7182-146-2.
5. Klener, P. a kolektiv. *Vnitřní lékařství Díl III*. Karolinum 1998 ISBN nemá
6. Klener, P. a kolektiv. *Vnitřní lékařství II*. Informatorium 2001. ISBN 80-86073-76-9.
7. Kohout, P. a Pavlíčková, J. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vydání. Praha 2006, ISBN 80-903820-0-2
8. Kohout, P. a kolektiv. *Výživa pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-023-2.
9. Lukáš, K., Šatrová, J. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci*. Triton 2004, ISBN 80-7254-473-X
10. Lukáš, K. *Idiopatické střevní záněty*. Triton 1997. ISBN 80-85875-31-4.
11. Lukáš, K. *Idiopatické střevní záněty*. Triton 2001. str.84. ISBN 80-7254-173-0.
12. Nejedlá, M. *Fyzikální vyšetření sestry*. Grada 2006. ISBN 80-247-1150-8.
13. Pavlíková, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Grada 2006. ISBN 80-247-1211-3.
14. Šafránková, A., Nejedlá, M. *Interní ošetrovatelství I*. Grada 2006. ISBN 80-247-1148-6.
15. Vokurka, M. Hugo, J. *Velký lékařský slovník*. Praha: MAXDORF s.r.o., 2004. ISBN 80-7345-058-5.
16. Volf, V., Volfová, H. *Pediatric*. Informatorium Praha 2000. ISBN 80-86073-62-9.
17. Vörösová, G. Poledníková, L. a kolektiv. *Interné ošetrovatelstvo*. Osveta, Martin 2000. ISBN 80-8063-051-8.

2) Internetové zdroje

Crohn a Colitis [online]. United Pictures Agency 2007 [cit.2007-15-12]. Dostupné na WWW:

<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=326&detailSubCatCode=115>.

Wikipedia otevřená encyklopedie Crohnova choroba [online]. Wikipedia 31.1.2008 [cit. 2008-15-02]. Dostupné na WWW: http://cs.wikipedia.org/wiki/Crohnova_choroba.

Seznam zkratek:

APTT = aktivovaný parciální tromboplastinový čas, test hemokoagulace

BMI = body mass index, index tělesné hmotnosti.

Cl = chlor

cm = centimetr

CRP = C - reaktivní protein

CT = počítačová tomografie

ERCP = endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie = endoskopické vyšetření trávicího traktu, žlučových cest, pomocí endoskopu a RTG.

FW = sedimentace erytrocytů

GIT = gastroduodenální trakt

IgA = imunoglobulin A

IgG = imunoglobulin G

IgE = imunoglobulin E

IgM = imunoglobulin M

K= kalium

Kg = kilogram

min = minut

MR = magnetická rezonance

Na = natrium

PEG = perkutánní endoskopická gastrostomie

QUICK = test srážlivosti krve

5 – ASA = kyselina aminosalicyllová

Seznam cizích slov:

- Absces = chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem
Adolescent = jedinec ve věku mezi pubertou a dospělostí
Amyloidóza = ukládání bílkovin, amyloidu, v orgánech člověka
Arterie = tepna
Artritida = zánět kloubu
Ataka = prudký záchvat nemoci
Dietoterapie = léčba výživou
Dehydratace = ztráta tekutin a minerálních látek
Dysbalance=
Edém = otok
Elevace = pohyb nahoru
Endoskop = přístroj k endoskopii
Flegmóna = neohraničený hnisavý zánět vmezeřené tkáně
Gastroduodenální trakt = trávicí ústrojí
Gastrointestinální = zažívací trakt
Gastrotomie = chirurgické odstranění žaludku
Hemothorax = krev v pohrudniční dutině
Hypoglykémie = snížená hladina cukru v krvi
Hyperglykémie = zvýšená hladina cukru v krvi
Hyperhydratace = zvýšený obsah vody v organismu
Hypokalémie = snížená koncentrace draslíku v krvi
Hyperkalémie = zvýšená koncentrace draslíku v krvi
Hypomagnesemie = snížená koncentrace hořčíku v krvi
Hyponatremie = snížená hladina sodíku
Hypernatremie = zvýšená hladina sodíku
Chylothorax = lymfa prosakuje z hrudního mízovodu do pleurální dutiny
Cholecystolithiáza = žlučové kameny
Indurace = zatvrdnutí tkáně zmnožením vaziva
Idiopatický = neznámý
Ileus = neprůchodnost střev

Incidence = počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období.

Indurace = zatvrdnutí tkáně, zmnožení vaziva

Intolerance = nesnášenlivost

Irigoskopie = endoskopická metoda s kontrastní látkou k vyšetření tlustého střeva

Kolektomie = chirurgické odstranění části tlustého střeva

Koloskopie = endoskopická metoda k vyšetření tlustého střeva

Latence = doba mezi podnětem a zjevným projevem

Leukocyty = bílé krvinky

Malnutrice = špatná výživa, podvýživa.

Nauzea = pocit nevolnosti

Per vias naturales = přirozenou cestou

Peritonitida = zánětlivé onemocnění pobřišnice

Píštěl = abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem.

Pneumothorax = vzduch v pohrudniční dutině

Prognóza = předpověď vývoje choroby, jejího průběhu a výsledného stavu

Progrese = postup onemocnění, jeho zhoršování

Reaktivace = obnovení do akutního stavu

Recidiva = navrácení choroby

Reflux = zpětný tok

Regrese = zpětný vývoj

Rekurence = opakování

Relaps = opětovné objevení příznaků nemoci, která byla v klidovém období

Resekce = operativní odstranění části orgánu

Spondylartritis = degenerativní onemocnění meziobratlových kloubů páteře.

Stacionární = stálý, neměnný

Steatorea = nadměrné množství tuku ve stolici

Stomie = umělý vývod střev navenek těla

Subfebrilie = zvýšená tělesná teplota mezi 37 až 38 °C

Terapie = léčba

Trombocyty = krevní destičky

Trombóza = uzávěr tepny nebo žíly krevní sraženinou

Seznam Tabulek

tabulka 1: ZÁPIS VYŠETŘENÍ HLAVY	29
tabulka 2: ZÁPIS VYŠETŘENÍ KRKU	30
tabulka 3: ZÁPIS VYŠETŘENÍ HRUDNÍKU	30
tabulka 4: ZÁPIS VYŠETŘENÍ BŘICHA	30
tabulka 5: ZÁPIS VYŠETŘENÍ KONČETIN	31

Přílohy:

Příloha č. 1 - Index k měření hmotnosti

BMI (Body mass index) - BMI = hmotnost (kg) / výška (m²)

pod 18,5 kachexie, podvýživa,

18,5-20 podváha,

20-25 normální hodnota,

25-30 nadváha,

nad 32 obezita,

nad 40 morbidní obezita.

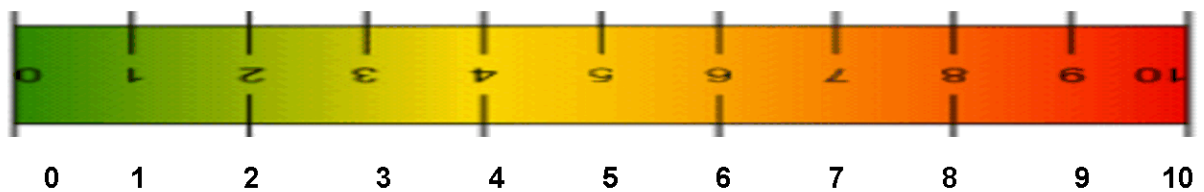
Příloha č. 2 - Škály intenzity bolesti

Numerická škála bolesti

0. žádná
1. nepatrná
2. mírná
3. střední
4. strašná
5. nesnesitelná

Analogová škála bolesti:

barevná



Hodnocení

0 žádná bolest

3 a více **bolest, intervence nutná**

10 (resp. horní nebo pravý konec stupnice - dle typu): **maximální** bolest

Hlášení sestry lékaři v případě nedostatečné intervence: **skóre neklesne pod 1/3** u analogové škály

Příloha č. 3 - Úroveň soběstačnosti – funkční úroveň

0= nezávislý

1= vyžaduje pomocný prostředek

2 = potřebuje minimální pomoc, dohled

3 = potřebuje pomoc, pomůcky“

4 = potřebný úplný dohled

5 = sám nic

(najíst se, umýt se, vykoupat se, obléci se, pohybovat se)

Příloha č. 4 - NORTON SKÓRE

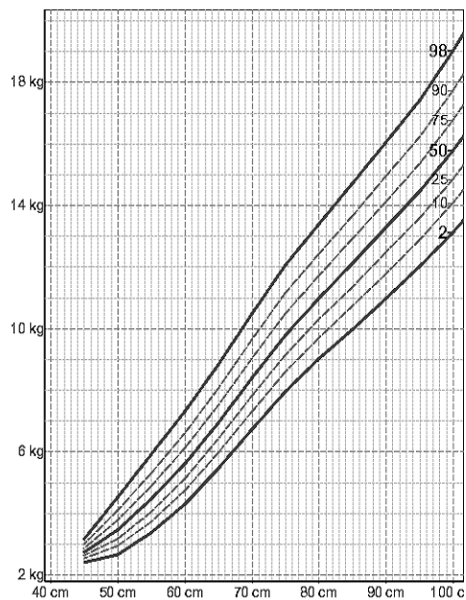
Čím méně bodů, tím vyšší riziko vzniku dekubitů.

Skóre pacienta je 20 bodů. Riziko vzniku dekubitů není.

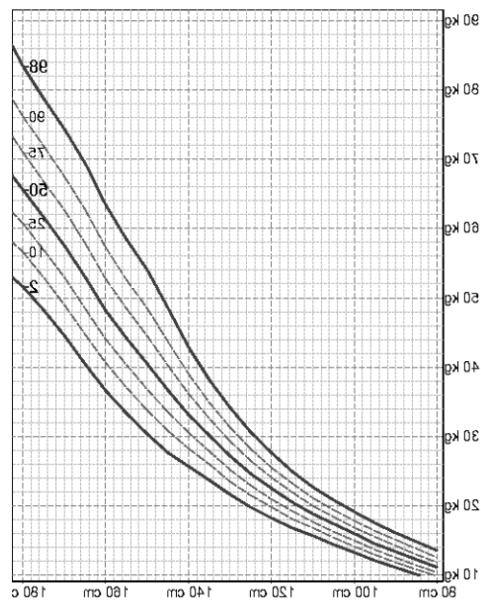
Fyzický stav		Vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence	
Dobry	4	Dobry	4	Chodí	4	Úplná	4	Není	4
Zhoršený	3	Apatický	3	S doprovodem	3	Částečně omezená	3	Občas	3
Špatný	2	Zmatený	2	Sedačka	2	Velmi omezená	2	Moč	2
Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Leží	1	Žádná	1	Moč+stolice	1

Příloha č. 5 - PERCENTILOVÉ GRAFY – CHLAPCI

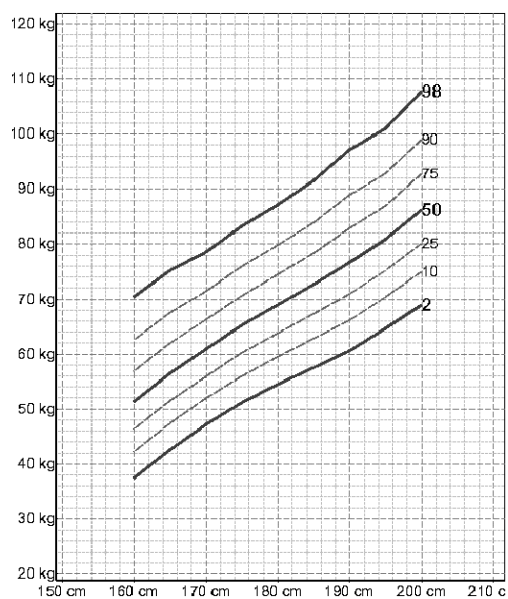
Hmotnost k výšce, **chlapci**, 0-3
r. *CAV 1991*



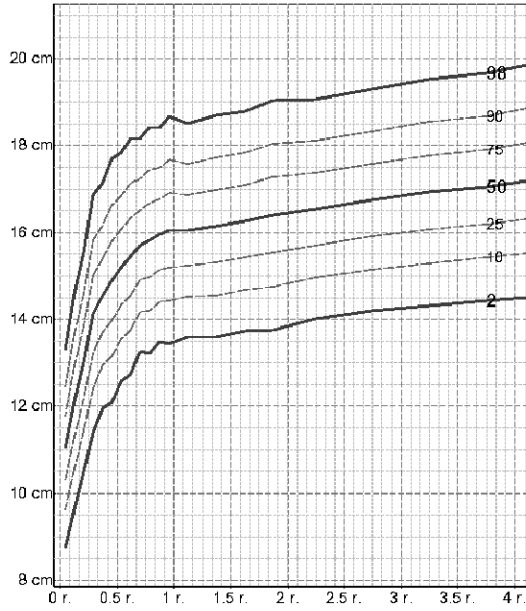
Hmotnost k výšce, **chlapci**, 3 -
15.5 r. *CAV 1991*



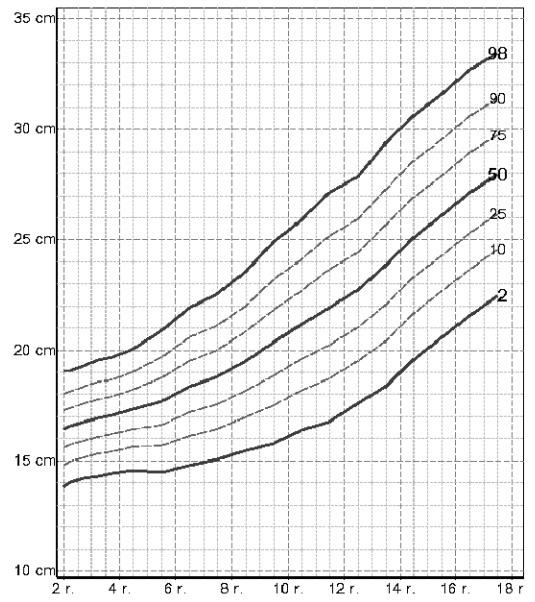
Hmotnost k výšce, **chlapci**, 15.5 - 18 r. *CAV 1991*



Střední obvod paže, **chlapci**, 0 –
4r. *CAV 1991*



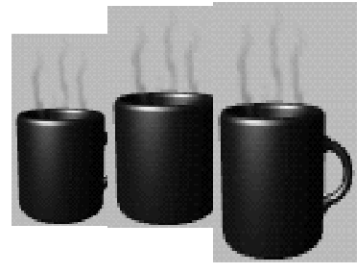
Střední obvod paže, **chlapci**, 2-18
r. *CAV 1991*



Příloha č. 6 - OPTIMÁLNÍ PŘÍJEM TEKUTIN za 24h:



60ml – 100ml/kg/24h	novorozenec
120ml - 150ml / kg /24h	kojenec
100ml / kg / 24h	batole
90ml / kg / 24h	předškolní děti
60ml - 70ml / kg / 24h	školní dítě
30ml/ kg / 24h	dospělý



Příloha č. 7 – Nutriční skóre

1) DĚTSKÉ NUTRIČNÍ skóre	
ZÁVAŽNOST ONEMOCNĚNÍ	
<input type="checkbox"/> 0 b. MALÁ	pacient přijatý ke kontrolnímu vyšetření, malý chirurgický výkon, mírná infekce
<input type="checkbox"/> 1 b. STŘEDNÍ	chronické nedekompenzované onemocnění, středně závažný chirurgický výkon, fraktura, zánětlivé onemocnění střeva
<input type="checkbox"/> 3 b. VELKÁ	akutní dekompenzace chronického onemocnění, větší chirurgické viscerální výkony, výkony na srdci, polytrauma, rozsáhlé popáleniny, závažné infekce, maligní onemocnění, těžké deprese
ZÁTĚŽOVÝ FAKTOR	
<input type="checkbox"/> 0 b. ŽÁDNÝ	
<input type="checkbox"/> 1 b. STŘEDNÍ	nebo INTENZIVNÍ BOLEST nebo MÉNĚ NEŽ POLOVIČNÍ PŘÍJEM POTRAVY PŘED HOSPITALIZACÍ
<input type="checkbox"/> 1 b.	hodnota percentilů OP nebo H/V < 10 nebo > 90 / H = hmotnost; V = výška; OP = střední obvod nedominantní paže
NUTRIČNÍ RIZIKO / CELKOVÝ POČET BODŮ ZÁVAŽNOST ONEMOCNĚNÍ + ZÁTĚŽOVÝ FAKTOR /	
<input type="checkbox"/> 0 – 1 b. NÍZKÉ	NENÍ NUTNÁ NUTRIČNÍ INTERVENCE
<input type="checkbox"/> 2 – 3 b. STŘEDNÍ	NUTNÉ VYŠETŘENÍ NUTRIČNÍ TERAPEUTKOU
<input type="checkbox"/> 4 – 5 b. VYSOKÉ	NUTNÁ SPECIÁLNÍ NUTRIČNÍ INTERVENCE (nutriční terapeutkou nebo nutričním lékařem)

2) DOSPĚLÉ NUTRIČNÍ skóre	
<input checked="" type="checkbox"/> 0b. věk do 65 let	<input type="checkbox"/> 1b. věk nad 65 let
<input type="checkbox"/> 0b. BMI 20 -35	<input type="checkbox"/> 1b. BMI 18 – 20; nad 35
	<input checked="" type="checkbox"/> 2b. BMI pod 18
ztráta hmotnosti za 3 měsíce	
<input type="checkbox"/> 1b. 0 – 3 kg	<input checked="" type="checkbox"/> 2b. 3 - 6 kg
	<input type="checkbox"/> 3b. nad 6 kg
množství jídla za poslední 3 týdny	
<input type="checkbox"/> 0b. beze změny	<input checked="" type="checkbox"/> 1b. poloviční porce
	<input type="checkbox"/> 2b. jí občas nebo nejl
projevy nemoci v současné době	
<input type="checkbox"/> 0b. žádné	<input checked="" type="checkbox"/> 1b. nechutenství , bolesti břicha
	<input type="checkbox"/> 2b. zvracení , průjem > 6 za den
stres	
<input type="checkbox"/> 0b. žádný	<input checked="" type="checkbox"/> 1b. střední chron. nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok
<input type="checkbox"/> 2b.	vysoký akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení GIT.
<input type="checkbox"/> 2b. nelze změřit a zvážit	
nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny	
<input type="checkbox"/> 3b.	
NUTRIČNÍ RIZIKO / CELKOVÝ POČET BODŮ /	
<input type="checkbox"/> 0 – 3b. NÍZKÉ	NENÍ NUTNÁ NUTRIČNÍ INTERVENCE
<input checked="" type="checkbox"/> 4 – 7b. STŘEDNÍ	NUTNÉ VYŠETŘENÍ DIETNÍ SESTROU
<input type="checkbox"/> 8 – 12b. VYSOKÉ	NUTNÁ SPECIÁLNÍ NUTRIČNÍ INTERVENCE

Příloha č. 8 – Zobrazení porovnání střev

