

# OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S ULCERÓZNÍ KOLITIDOU

Bakalářská práce

JANA MICHLOVIČOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s., Praha 5

Vedoucí práce: PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

## **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.

Praha 31. března 2009

.....

**P o d p i s**

## **ABSTRAKT**

MICHLOVIČOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská péče o pacienta s ulcerózní kolitidou*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář v oboru všeobecná sestra. Školitel: PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s ulcerózní kolitidou. První dvě kapitoly popisují teoretické poznatky z dané problematiky a jsou zaměřené na klinickou charakteristiku ulcerózní kolitidy a ošetrovatelskou péči o klienta s touto nemocí. Další kapitoly práce obsahují ošetrovatelskou anamnézu a plán ošetrovatelské péče. Nedílnou součástí práce je edukace pacienta s tímto onemocněním. Cílem edukace je dodržování správného životního stylu, dodržování dietních opatření v domácím prostředí a tím zabránění akutního vzplanutí nemoci.

Klíčová slova: Pacient. Ulcerózní kolitida. Ošetrovatelská péče. Všeobecná sestra.

## **ABSTRACT**

MICHLOVIČOVÁ, Jana. *The Nursing care of the patient with colitis ulcerous*. Praha, 2009. The Bachelor Work. The University of Health, o.p.s.. Bachelor of General Nurse. Adviser: PhDr. Jitka Němcová, PhD.

The main theme of bachelor work is nursing care of the patient with ulcerative colitis. The first two chapters describe theoretical knowledge of the issue and are focused on clinical characteristic of ulcerative colitis and nursing care of customer with this illness. Other chapters include nursing history and plan of nursing care. A part of work is education of patient with this illness. The goal of education is respect for the right lifestyle, observation of dietary measures and prevents of acute outbreaks of illness.

Keywords: Patient. Ulcerative colitis. Colitis Ulcerous. Nursing Care. General Nurse.

# PŘEDMLUVA

„Cokoli dá ti osud, to snášej, a zvítězíš nad ním“

Vergilius

Jedním z nejkrásnějších pocitů člověka je možnost vracet nemocné do normálního života i s onemocněním, které je celoživotní a které významně ovlivňuje a snižuje kvalitu jejich života.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice na stále častější výskyt nemocných s ulcerózní kolitidou. Široká veřejnost si vůbec neuvědomuje narůst této nemoci, protože mnozí z nich netuší, co toto onemocnění znamená a kolik lidí, zejména mladých postihuje.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem v oboru všeobecná sestra a zaměstnáním na gastroenterologickém oddělení. Podklady pro práci jsem čerpala z knižních pramenů.

Práce je určena studentům v oboru všeobecná sestra, podnětné rady v ní mohou získat i sestry z praxe, které se věnují této problematice a v neposlední řadě i pacienti s tímto onemocněním.

Touto cestou vyslovují poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Jitce Němcové, Ph.D. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

# OBSAH

<b>Seznam zkratk</b> .....	<b>7</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Klinická charakteristika ulcerózní kolitidy</b> .....	<b>9</b>
1.1 Definice, charakteristika .....	9
1.2 Etiologie, patofyziologie.....	9
1.3 Klinický obraz.....	11
1.4 Průběh, formy, komplikace.....	11
1.4.1 Průběh .....	12
1.4.2 Formy.....	12
1.4.3 Komplikace .....	13
1.5 Diagnostika .....	14
1.6 Terapie .....	16
1.6.1 Chirurgická léčba .....	16
1.6.2 Konzervativní léčba .....	17
1.6.2.1 Farmakoterapie .....	17
1.6.2.2 Dietoterapie.....	19
1.6.2.3 Pohybový režim .....	20
1.6.2.4 Psychoterapie .....	20
1.6.3 Prognóza .....	21
<b>2 Ošetrovatelská péče u pacienta s ulcerózní kolitidou</b> .....	<b>22</b>
2.1 Ošetřování nemocných .....	22
2.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného .....	23
2.1.2 Sledování nemocných.....	23
2.2 Možné ošetrovatelské problémy .....	24
<b>3 Posouzení stavu pacienta</b> .....	<b>25</b>
3.1 Identifikační údaje .....	25
3.2 Výtah z lékařské dokumentace .....	25
3.2.1 Lékařská anamnéza.....	25
3.2.2 Vyšetření.....	27
3.2.3 Závěr při příjmu .....	31
3.3 Terapie .....	31
3.3.1 Chirurgická léčba .....	31

3.3.2 Konzervativní léčba .....	31
3.3.2.1 Farmakoterapie .....	31
3.3.2.2 Dietoterapie.....	32
3.3.2.3 Pohybový režim .....	32
3.3.2.4 Psychoterapie .....	32
<b>4 Posouzení stavu potřeb dle M. Gordonové.....</b>	<b>33</b>
4.1 Informace získané standardizovaným rozhovorem s klientem.....	33
4.2 Informace získané základním screeningovým fyzikálním vyšetřením.....	36
4.3 Informace získané objektivním pozorováním během rozhovoru a vyšetření .....	37
<b>5 Ošetrovatelská péče .....</b>	<b>38</b>
5.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz .....	38
5.2 Plán ošetrovatelské péče .....	38
5.2.1 Ošetrovatelská diagnóza č. 1 .....	38
5.2.2 Ošetrovatelská diagnóza č. 2 .....	41
5.2.3 Ošetrovatelská diagnóza č. 3 .....	45
5.2.4 Ošetrovatelská diagnóza č. 4 .....	47
5.2.5 Ošetrovatelská diagnóza č. 5 .....	49
<b>6 Edukace pacienta .....</b>	<b>51</b>
6.1 Organizace edukace .....	51
6.2 Edukační program.....	53
6.2.1 Dietní opatření při ulcerózní kolitidě.....	53
<b>7 Zhodnocení ošetrovatelské péče .....</b>	<b>56</b>
<b>8 Prognóza .....</b>	<b>57</b>
<b>9 Závěr .....</b>	<b>58</b>
<b>10 Seznam použité literatury .....</b>	<b>59</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>61</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>62</b>

## Seznam zkratek

ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
ANCA	protilátky proti skupině bílých krvinek
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AST	aspartátaminotransferáza
BMI	index tělesné hmotnosti
CRP	bílkovina přítomná v krvi při některých zánětlivých chorobách, C reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
DF	dechová frekvence
DK	dolní končetiny
FW	sedimentace
GMT	gama-glutamyl transferáza
IgG	imunoglobulin G
INR	vyjádření hodnoty Quickova testu
MR	magnetická rezonance
např.	například
P	puls
pH	symbol pro vyjádření koncentrace vodíkových iontů v roztoku, míra kyselosti či zásaditosti roztoku
resp.	respektive
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
tzv.	takzvaný
UC	ulcerózní kolitida



## ÚVOD

Ulcerózní kolitida je zánětlivé onemocnění tlustého střeva, které postihuje vždy konečník. Zánětlivé místo je od zdravé sliznice vždy ostře odděleno. Je to onemocnění, které je mnohem rozšířenější, než si většina lidí uvědomuje.

Tato nemoc je pro pacienty velice zatěžující jak po fyzické, psychické tak i po sociální stránce. Přináší nemocným hodně odříkání a změnu životního stylu. Období klidu a období obtíží se nepravidelně střídají, pacienti jim nemohou nijak zabránit. Toto onemocnění je celoživotní a nedá se úplně vyléčit, s čímž se pacienti velice těžce smiřují a proto je nutné, aby sestra uměla vhodně komunikovat s pacienty. Navázání dobrého vztahu s nemocnými, povzbuzení, vytvoření dobré atmosféry jsou významným přínosem pro sestru i pro pacienty při jejich ošetřování.

Mnoho lidí o této nemoci vůbec nic neví a proto si myslím, že si toto téma zaslouží více pozornosti než je mu věnováno. Vzhledem k této skutečnosti je cílem této práce poskytnout co nejvíce informací o této nemoci a tím upozornit na její závažnost.

Doufám, že tato práce přinese všem co si ji přečtou dostatek informací o této problematice.

# 1 Klinická charakteristika ulcerózní kolitidy

**Ulcerózní kolitida** (idiopatická proktokolitida) patří do skupiny idiopatických střevních zánětů. Je to nespecifický hemoragickokatarální nebo ulcerózní zánět sliznice konečníku a přilehlé části nebo celého tračníku. (Lukáš, 2001)

## 1.1 Definice, charakteristika

„**Ulcerózní kolitida** postihuje výlučně tlusté střevo, začíná vždy v konečníku a šíří se směrem vzhůru (orálně). Zánět neproniká do hloubi stěny, postižena je jen sliznice. Je to zánět krvácivý, teprve v pokročilých případech se vytvářejí slizniční defekty - vředy. V těžších případech je postiženo celé tlusté střevo.“ (Klener a kolektiv, 2001, strana 147)

„První popis kolitidy pochází z roku 1859 od Wilkse. Ulcerózní kolitida byla popsána v roce 1875 Wilksem a Moxonem a byla charakterizována klinicky rekurujícími epizodami krvavého průjmu a patologicky difuzními zánětlivými změnami postihujícími sliznici a submukózu, kontinuálně od rekta do levého kolon.“ (Lukáš, 2001, strana 14)

## 1.2 Etiologie, patofyziologie

*Etiologický* se u této nemoci uvažuje o genetický podmíněné abnormální imunitní reakci na mikrobiální antigeny a jiné, pravděpodobně dietetické faktory.

*Makroskopicky* je sliznice tlustého střeva v aktivní fázi hyperemická, edematózní a nápadně křehká. U těžších forem se ve sliznici objevují ploché mapovité vředy. Většinou zůstávají omezeny pouze na sliznici. Sliznice v okolí vředů vykazuje známky regenerace a hyperplazie s tvorbou polypů. Nejvíce je postižena sliznice rekta, adorálním směrem zánětlivé změny ustupují. K stanovení přesné histologické diagnózy je důležitý odběr několika biotických vzorků, v nichž je možno vyloučit ložiskové a reaktivní zánětlivé změny.

„*Mikroskopický* se rozlišují 3 fáze zánětu:

1. *aktivní* – charakterizovaná hyperemií a smíšenou zánětlivou infiltrací slizničního stromatu a pronikáním polynukleárů do krypt a tvorbou *kryptových abscesů*.
2. *Ústup zánětu*, při němž je patrný postupný úbytek polynukleárů a vymizení kryptových abscesů. Regenerující krypty mají nepravidelný průběh a často se větví.
3. *Remise* – sliznice sigmoidea, případně adorálních úseků tlustého střeva může být makroskopický zcela normální, ale v rektu zánětlivé změny pravidelně přetrvávají. Mikroskopický je patrné vymizení zánětlivého infiltrátu, ztráta paralelního uspořádání a zkrácení krypt.“ (Povýšil a kolektiv, 2004, strana 35)

Příčina není zatím známa, ale je známa řada faktorů, která má na vzniku nemoci účast.

- **Genetické příčiny** – projevuje se zvýšeným rodinným výskytem. Příbuzní nemocných s ulcerózní kolitidou mají větší riziko, že onemocní. Zvýšený výskyt v některých etnických skupinách – u Židů je výskyt asi 3 – 5x častější.
- **Vliv životního prostředí** – protože v posledních letech došlo k velkému nárůstu v populaci s vyšší životní úrovní, je pravděpodobné, že velký význam má i změna životního stylu, stravovacích zvyklostí a přípravy jídla. Zvýšená spotřeba cukrů, snížená spotřeba vlákniny, jsou nejčastější u pacientů s ulcerózní kolitidou. Kouření snižuje riziko vzniku ulcerózní kolitidy až o 60 %.
- **Psychogenní vlivy** – emoční poruchy jsou pochopitelně výrazné u ulcerózní kolitidy, protože tato nemoc významně zasahuje do společenských a citových vztahů a musí se jim věnovat v terapii přiměřená pozornost. Jako primární etiologie se dnes psychogenze neuplatňuje.
- **Infekční faktory** – původcem mohou být mykobakterie, Helicobacter, některé viry a zvláště L organismy. O této etiologii se dnes už vážně neuvažuje, ale to neznamená, že by infekce u ní byla bezvýznamná. (Lukáš a spolupracovníci, 1999)

- **Imunologické mechanismy** – je jim věnována největší pozornost. Autoimunitní proces je snad zahájen nespecifickým poškozením sliznice tlustého střeva. Významné jsou zřejmě protilátky typu IgG proti proteinu 40 KD. Tento protein je nazýván též tropomyosin (vláknitá bílkovina důležitá pro činnost svalu). (Klener, 1999)

### 1.3 Klinický obraz

- průjem s příměsí krve a hlenu – vyprazdňování je časté, ale stolice jsou málo objemné
- tenesmus – nucení na stolicí, které není doprovázeno uspokojivým vyprázdněním (odchází jen malé množství stolice nebo hlenu s krví) a často se opakuje
- enteroragie – čerstvá krev ve stolici
- bolest břicha – tupá nebo ostrá a je obvykle lokalizována do dolní poloviny břicha
- horečka
- anorexie – způsobená nauzeu, časným pocitem sytosti a celkovou únavou
- zvracení (Lukáš a spolupracovníci, 1999)
- „extraintestinální příznaky – pyoderma gangrenosum, artralgie (bolesti kloubů), oční změny, nefrolitiáza (přítomnost kamenů v ledvině), poruchy krvevorbny.“ (Šafránková, Nejedlá, 2006, strana 232)

Rozlišují se dva příznakové soubory:

- a) „*syndrom rektální* – tenesmy typické pro rektální tvar, nebývají bolesti břicha, kromě tenezmů jsou nemocní zcela bez obtíží. Může se vyskytovat i zácpa. Při vleklém průběhu nalézáme v důsledku enteroragie anemii,
- b) *syndrom kolitický* – u ohraničeného a levostranného tvaru se objevují průjemy, bolesti, střevní dyspepsie, bolesti v levé polovině břicha, spojené s teplotou, hubnutím, nechutenstvím a únavou.“ (Šafránková, Nejedlá, 2006, strana 232)

### 1.4 Průběh, formy, komplikace

Ulcerózní kolitida je onemocnění, které pacienty postihuje po celý život, probíhá ve stádiích uklidnění a nových vzplanutí. Příčinu těchto vzplanutí není snadné vždy zjistit.

Novým vzplanutím se snažíme předejít pomocí udržovací léčby. Onemocnění může vést ke komplikacím či mimostřevním projevům. Některé z těchto komplikací je nutné řešit chirurgicky. (Kohout, Pavlíčková, 2006)

### 1.4.1 Průběh

Důležitou charakteristikou ulcerózní kolitidy je **průběh** a je nutné znát i faktory, které jej mohou ovlivnit. Nejdůležitějšími z nich jsou věk a rozsah postižení v době prvních projevů nemoci. U 18 % nemocných je jen **jedná ataka** akutní kolitidy, 7,2 % nemocných má **chronický kontinuální průběh**. Většina nemocných (asi 64 %) má **chronický intermitentní průběh** s relapsy a remisemi, 8 % nemocných má **průběh fulminantní** (velmi prudce, superakutně probíhající s dramatickými příznaky), který může skončit fatálně (4 %).

Pro pacienty s ulcerózní kolitidou je život charakterizován „dobrymi časy“ (**remise**) a „špatnými časy“ (**relaps**). Za remisi je považován stav, kdy je nemocný bez potíží a endoskopický náález je zcela normální. (Lukáš, 2001)

„Podle četosti exacerbací (nového vzplanutí) za poslední tři roky se u ulcerózní kolitidy rozlišuje **průběh**:

- **intermitující** – v posledních dvou letech maximálně jeden relaps,
- **remitující** – opakované relapsy během jednoho roku,
- **vleklý** – nepřetržitý aktivní průběh bez remise,
- **epizodický** – relaps v intervalech delších než 2 roky,
- **regresivní** – chronický intermitující průběh s postupným zlepšováním,
- **progresivní** – nepřetržitá aktivita nebo časté relapsy s komplikacemi a zvětšováním rozsahu,
- **stacionární** – více než regresivní a méně než progresivní“

(Šafránková, Nejedlá, 2006, strana 231)

### 1.4.2 Formy

„Nejčastěji používaná klasifikace ulcerózní kolitidy je dle **rozsahu postižení**:

1. **pankolitida** – postižení celého tračníku,

2. **subtotální forma** – tračník je postižen od rekta po hepatální ohbí,
3. **levostranná forma** – tračník je postižen od rekta po lienální ohbí,
4. **proktosigmoiditida** – postižení rekta a sigmoidea,
5. **proktitida** – je postiženo jen rektum.“

(Lukáš a spolupracovníci, 1999, strana 28)

Klasifikace onemocnění dle **anatomické lokalizace:**

1. tvar lehký (rektální)
2. tvar středně těžký (levostranná kolitida)
3. tvar těžký (pankolitida)

(Lukáš a kolektiv, 2005)

### 1.4.3 Komplikace

„Mezi komplikace ulcerózní kolitidy se počítají:

#### 1. komplikace spojené s akutním průběhem UC:

- masivní krvácení do trávicího ústrojí
- toxické megakolon
- střevní perforace

#### 2. komplikace spojené s chronickým průběhem UC:

- dysplazie a karcinom
- stenózy střevní
- píštěle

#### 3. komplikace spojené s akutním i chronickým průběhem UC:

- tromboembolické příhody
- přechodné poruchy pasáže
- poruchy růstu a pohlavního zrání v dětském věku“

(Dítě, 2005, strana 101)

## 1.5 Diagnostika

### A. Anamnéza

- **Nynější onemocnění** – obvykle začínáme dotazem na aktuální obtíže, na to, co nemocného přivádí k lékaři. Je třeba mít na paměti, že nyní onemocnění může začínat třeba před 10 lety.
- **Osobní anamnéza** – informuje o všech podstatných nemocích, které pacient prodělal během svého života. Důležitou částí osobní anamnézy je dotaz na požívání alkoholu, kouření, případně jiné toxikomanie.
- **Farmakologická anamnéza** – informuje o všech lécích, které nemocný užívá.
- **Alergická anamnéza** – informuje o případných alergických reakcích
- **Pracovní a sociální anamnéza** – by měla doplnit nezbytnou charakteristiku prostředí, ve kterém nemocný žije a jeho povolání.
- **Rodinná anamnéza** – nás informuje o podstatných nemocích, které se vyskytují u blízkých příbuzných nemocného. (Lukáš a kolektiv, 2005)

### B. Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření spočívá:

- a) v celkovém posouzení tělesného a duševního stavu pacienta,
- b) ve vyšetření jednotlivých tělesných partií (hlava, krk, hrudník, břicho, končetiny),
- c) měření fyziologických funkcí (krevní tlak, dech, pulz, tělesná teplota).

Při tělesném vyšetření používáme tyto **vyšetřovací metody**: pohled, poslech (*auskultace*), poklep (*perkuse*), pohmat (*palpace*) a per rektum vyšetření.

Nejdříve si všimáme duševního stavu (stav vědomí, hlas, řeč, orientace osobou, místem a časem).

Při **celkovém posouzení tělesného stavu** si všimáme vzrůstu, tělesné polohy, celkové hybnosti a pohybů končetin, tělesné váhy, stavu výživy, zbarvení kůže a sliznic. (Lukáš a kolektiv, 2005)

### C. Laboratorní vyšetření

Z laboratorních parametrů se orientujeme podle sedimentace červených krvinek, C-reaktivního proteinu, krevního obrazu, hladin minerálů, hladin bílkovin.

#### ▪ **Biochemické vyšetření krve**

V biochemickém vyšetření krve bývá zvýšené CRP (C-reaktivní protein), zvýšená FW (sedimentace), urea. Snížená bývá celková bílkovina, železo, albumin, kalium. U většiny pacientů byly zjištěny protilátky proti cytoplasmě neutrofilních leukocytů (ANCA). Je-li postiženo pouze rektum, jsou tyto známky negativní.

#### ▪ **Hematologické vyšetření**

V krevním obraze bývají vyšší hodnoty leukocytů, trombocytů a nízký hemoglobin a erytrocyty.

### D. Endoskopické vyšetření

- Koloskopie – endoskopická metoda k vyšetření tlustého střeva pomocí koloskopu. Před koloskopií se pacient musí důkladně vyprázdnit.
- Rektoskopie – endoskopická metoda k vyšetření konečníku. Provádí se kovovým neohebným rektoskopem, který se pacientovi zavádí do konečníku.
- Polypektomie – endoskopicky je možno odstraňovat v trávicí trubici (nejčastěji v tlustém střevu) polypy. Polypektomická klička se naloží na krček polypu, jemně se zaškrtní a elektrickým proudem se odřízne od základny. Odstraňování polypů je významným krokem v prevenci zhoubných nádorů. Polypektomie je tedy nejen diagnostický, ale i terapeutický výkon.

### Radiodiagnostické vyšetření

- Irrigografie – rentgenové kontrastní vyšetření tlustého střeva. Po vyčištění tlustého střeva klysmaty se podá konečníkem baryová kontrastní látka, někdy spolu se vzduchem.
- Počítačová tomografie (CT vyšetření) – rentgenologické vyšetření, založené na zobrazování příslušné oblasti těla ve vrstvách a na počítačovém vyhodnocení i drobných rozdílů v pohlcování rentgenového záření mezi jednotlivými kousky tkáně a orgánu. Může lépe zobrazit tloušťku stěny postiženého úseku a její změnu po léčbě,



- Magnetická rezonance (MR) – metoda umožňující velmi dobré rozlišení chorobných procesů v různých orgánech. Nález velmi dobře stanoví postižení střevní stěny.
- Ultrasonografie – vyšetření ultrazvukem. Založena na schopnosti ultrazvuku procházet tkáněmi a odrážet se na jejich rozhraních. Tyto odrazy lze registrovat a vyhodnocovat. Často používané vyšetření, pro nemocného nenáročné a bezpečné.
- Fistulografie – rentgenové vyšetření píštěle. Umožní zjistit její rozsah, hloubku apod.
- Defekografie – po náplni části tračníku kontrastním nálevem se na rtg. přístroji snímkuje průběh defekačního aktu. Toto vyšetření je důležité při anatomických a funkčních změnách v konečné fázi defekace. (Lukáš a kolektiv, 2005)

## 1.6 Terapie

Léčba ulcerózní kolitidy se liší podle aktivity onemocnění, a následně podle odpovědi na léčbu, podle toho, zda se léčí akutní vzplanutí nemoci či v klidovém stadiu se předchází nové atace onemocnění. (Kohout, Pavlíčková, 2006)

### 1.6.1 Chirurgická léčba

Indikace k chirurgické léčbě můžeme rozdělit do dvou skupin (urgentní, elektivní - plánované).

- 1) **Urgentní** – k urgentnímu chirurgickému řešení se indikují pacienti s komplikacemi při perforaci tračníku, krvácení, endotoxemickém šoku nebo s rozvinutou fází toxického megakolon.
- 2) **Elektivní** – tato forma se volí při selhání a komplikacích konzervativní léčby, karcinomu či prekarcinomových změn, striktuře (zúžení) a při extrakolických projevech.
  - **Operace urgentní** – dnes se za metodu volby při urgentní operaci považuje provedení **kolektomie** a vyústění terminálního ilea v podobě **ileostomie**. Rektum, resp. rektosigma je s výhodou vyvést jako mukózní píštěl v dolním

pólu operační rány. Není-li toto pro krátkost střeva možné, pak je střevo třeba slepě uzavřít podle Hartmanna. Po zvládnutí akutního stavu, obvykle za 2 – 6 měsíců, se provádí **rekonstruktivní operace**. Pro některé nemocné, zvláště starší s polymorbiditou bývá táto operace výkonem definitivním.

- **Operace elektivní** – moderní operační přístup spočívá v **úplné proktokolektomii**, odstraní se celá nemocí postižená oblast tlustého střeva a rekta, včetně střeva, které nemusí být aktuálně nemocné, ale téměř jistě by v budoucnu bylo. Podstatné je zachování nepoškozeného sfinkterického komplexu. Rekonstrukční fáze operace záleží v napojení terminálního ilea na zbylou část análního kanálu. Před anální kanál je nutné vřadit nový rezervoár, který nahrazuje rektum. Rezervoár je konstruován laterálním sešitím několika kliček terminálního ilea a je známý pod anglickým označením **pouch** (vak). Tři střevní kličky tvoří tzv. „S pouch“, dvě kličky „J pouch“ a sešitím čtyř kliček vznikne „W pouch“. Po vytvoření těsného vaku se pomocí endoluminálního stapleru anastomozuje s análním kanálem.

V prvních dnech po operaci není ničím neobvyklým i počet stolic kolem patnácti. Postupně se počet defekací snižuje k hodnotám čtyři až šest za den. Je důležité po operaci pacienty sledovat a zvýšenou pozornost věnovat nízké anální anastomóza, neboť velice často dochází k jejímu zužování a proto je zapotřebí ji občas prstem nebo dilatátorem rozšířit. (Lukáš, 1999)

## 1.6.2 Konzervativní léčba

Konzervativní léčbou se rozumí podávání léků s protizánětlivým, protibakteriálním nebo jiným účinkem, léčba dietou, podáváním umělé výživy do střeva nebo žilního systému pacienta. Důležitou roli hraje i pohybový režim a psychoterapie.

### 1.6.2.1 Farmakoterapie

Jejím cílem je léčba akutního onemocnění a dosažení remise.

## **1. Aminosalicyláty**

Tyto léky obsahují kyselinu 5-aminosalicylovou a ovlivňují zánětlivou odpověď v místě změněné sliznice střeva. U ulcerózní kolitidy se používají jak na léčbu udržovací při lehkých a středně těžkých forem onemocnění, tak na léčbu indukční při akutním vzplanutí onemocnění.

Do této skupiny léků patří např. Pentasa, Sulfasalazin, Asacol, Salofalk. Tyto léky jsou k dispozici jako tablety, nebo k místnímu podávání do konečníku jako klyzma a čípky.

## **2. Kortikoidy**

Kortikoidy neboli kortikosteroidy jsou hormony kůry nadledvin, jsou užívaný v léčbě akutního vzplanutí ulcerózní kolitidy. Tyto léky jsou velice účinné, ale mají velké množství nežádoucích účinků. Nejčastější jsou tyto: ztloustnutí, možnost zhoršení psychóz, minerálový rozvrat, osteoporóza a další. I kvůli těmto nežádoucím účinkům se kortikoidy používají často, protože rychle navodí zklidnění akutního stavu nemoci. Nejčastěji se používá Prednison, Medrol, Entocort. Preparáty jsou k dispozici v injekcích, tabletách, klyzmatech, čípcích. (Kohout, Pavlíčková, 2006)

## **3. Imunosupresiva**

Léky, které blokují činnost imunitního systému. Hlavní indikace k nasazení těchto léků při ulcerózní kolitidě je těžká ataka nemocí jako důvod k zahájení léčby. Chronický aktivní ulcerózní kolitida je taktéž důvodem pro zahájení terapie imunosupresivy. Patří sem Imuran, Cyklosporin. (Zbořil a kolektiv, 2007)

## **4. Protibakteriální léky – antibiotika, chemoterapeutika**

Používání těchto léků je většinou empirické (využívá se kladných zkušeností s nimi). Tyto léky sníží množství cizorodých látek ve střevě a tím i vyvolávající známky zánětu. Používají se u těžkých forem nemoci se sepsí. Podávají se preparáty chinolonové řady – Ofloxin, Ciprinol a chemoterapeutika – metronidazol. Léky se aplikují do žíly (intravenózně).

## **5. Probiotika**

Jsou to preparáty, které obsahují živou mikrobiální flóru. U pacientů s ulcerózní kolitidou dochází ke změně střevní mikroflóry, proto je podávání těchto léků velmi vhodné. Používají se preparáty s jedním nebo více kmeny bakterií např. Mutaflor, Santax, Probioflora, Lepicol.

Kromě těchto preparátů lze používat i potravinové doplňky s obsahem vlákniny či jiných nestravitelných sacharidů. Patří sem jogurty či probiotické nápoje – Activia, Actimel.

## **6. Další léky**

V léčbě ulcerózní kolitidy je často nutné používat léky, které mají za cíl ulevit od největších obtíží, které tuto nemoc doprovázejí. Často je nutné použít léky k zablokování průjmů (antidiaroeika).

U nemocných s osteoporózou je důležité její léčení, ať již dodáním vápníku, nebo speciálních léků (bifosfonáty, kalcitonin, fluoridy).

V určitých případech je důležité dodat chybějící minerály (draslík, vápník, hořčík), stopové prvky (železo, jód) či vitamíny (vitamin C, vitaminy v tucích rozpustné – A, D, E, K). (Kohout, Pavlíčková, 2006)

### **1.6.2.2 Dietoterapie**

Ohledně dietních opatření u ulcerózní kolitidy platí, že není žádná specifická potravina, která by šla zakázat, a tím se zabránilo relapsů choroby. Velmi dobře funguje podávání probiotik, prodlužují remisi a efekt je srovnatelný s podáváním léků.

V období remise nejsou u ulcerózní kolitidy žádná dietní opatření. Strava by měla být energeticky a biologicky plnohodnotná s dostatkem bílkovin a vitaminů. Lepší jsou malé porce jídel často (5 – 6x denně) a omezení dráždivých koření. Důležitý je dostatek tekutin, ale současně abstinence alkoholu. (Grofová, 2007)

U aktivního onemocnění je důležitá strava bezezbytková, bez mléka a s nízkým obsahem cukru. Při vysoké aktivitě onemocnění je podávána výživa parenterální nebo enterální.

V období průjmu, při křečovitých bolestech břicha je důležité omezení vlákniny (větší množství syrového ovoce a zeleniny), většího množství kofeinu. Naopak při zácpě dochází ke zlepšení při dietě se zvýšeným obsahem vlákniny.

Nutný je individuální přístup dle snášenlivosti jednotlivých pokrmů. Je důležité zařadit do jídelníčku mořské ryby (jejich olej obsahuje látky, které působí proti střevnímu zánětu). U pacientů s ulcerózní kolitidou je častá nesnášenlivost mléka a mléčných výrobků, ale je důležité ve stravě zachovat dostatečné množství vápníku, proto je potřebný individuální přístup.

Při chronickém krvácení je potřebné v potravě dodat železo. U pacientů léčených sulfasalazinem je důležité podávat kyselinu listovou (Acidum folicum).

Po operaci je nesnášenlivost potravin různá a je potřebné postupovat případ od případu. Po mnohočetných nebo opakovaných resekcích střeva je vhodné a někdy nezbytné stravu doplňovat firemně vyráběnými přípravky umělé výživy, která zajistí dostatečnou energetickou hodnotu. (Lukáš, Šatrová, 2004)

### **1.6.2.3 Pohybový režim**

Ulcerózní kolitida by nemocným vůbec neměla nijak bránit, aby se účastnili aktivit podle svého výběru. Pouze v období vzplanutí nemoci by se měli vyvarovat fyzicky náročným aktivitám a měli by dostatečně odpočívat tělesně i duševně.

### **1.6.2.4 Psychoterapie**

Psychické problémy mohou ovlivnit průběh onemocnění. Stres ovlivňuje míru imunitní reakce a může vyvolat akutní vzplanutí nemoci či naopak způsobit hlubokou imunosupresi. Je proto vhodné provádět psychoterapii, která může nemoc zklidnit. Některým pacientům se podávají na psychické zklidnění uklidňující léky – sedativa. (Kohout, Pavlíčková, 2006)

### 1.6.3 Prognóza

Průběh ulcerózní kolitidy závisí na tíži první ataky a reakci na konzervativní léčbu. Fulminantní průběh se často řeší chirurgickým výkonem. U akutního vzplanutí onemocnění více než 90 % nemocných přechází do remise. Špatné prognostické faktory jsou: extenzivní postižení tračniku, začátek onemocnění ve věku nad 60 let a výskyt toxického megakolon. U většiny pacientů je průběh chronický s remisemi a relapsy. Dlouhodobá prognóza závisí na rozsahu, aktivitě a trvání onemocnění. Pokud dojde k úmrtí, je příčinou většinou perforace střeva při odkládání chirurgického řešení, pooperační komplikace a výjimečně i karcinom. 25 – 70 % nemocných s ulcerózní kolitidou vede normální život. Ale pacient, jehož onemocnění neodpovídá adekvátně na léčbu, je omezován fyzicky i psychicky přetrvávajícími symptomy. (Lukáš a spolupracovníci, 1999)

## 2 Ošetrovatelská péče u pacienta s ulcerózní kolitidou

Nemocní s ulcerózní kolitidou bývají léčeni ambulantně, ale při těžším průběhu jsou hospitalizováni na interním oddělení.

Cílem ošetrovatelské péče je odstranit průjmy správnou léčbou, odstranit bolesti, upravit výživu na normu, opět obnovit navykly životní styl, navodit u nemocného psychickou rovnováhu, navodit spolupráci s rodinou na uzdravení pacienta a předat dostatečné informace.

### 2.1 Ošetrování nemocných

#### Ošetrovatelská péče:

- Nemocný má volný pohybový režim s dostatkem klidu na lůžku. Zhodnotíme stupeň soběstačnosti a podle něj zvolíme dopomoc při plnění základních potřeb nemocného. Nemocný se při bolestech sám ukládá do úlevové polohy. Lůžko mu vhodně upravíme.
- Zaměříme se na sledování a dopomoc hlavně při vyprazdňování stolice.
- Pravidelně podáváme nemocnému léky. Užívá je ve formě tablet per os, formou klyzmatu nebo čípků.
- Nemocnému zavedeme periferní žilní kanylu, kterou dostává léky v infuzní terapii.
- Nezbytnou součástí léčby je dieta.
- Dbáme zvláště o hygienu v okolí konečníku (šetrné omytí a promazání) a také o prevenci opruzenin a dekubit.
- Nemocný by měl dostatečně odpočívat tělesně i duševně, snažit se vyvarovat stresu.
- Po propuštění do domácí léčby musí nadále dodržovat doporučený léčebný režim, včetně diety a správného způsobu života, pravidelně užívat léky a sledovat stolicí. Chodí na pravidelné kontroly u lékaře.

### **2.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného**

Na základě doporučení praktického lékaře nebo internisty přichází pacient k hospitalizaci, k diagnostickému vyšetření, nebo je přivezen akutně z domova rychlou záchrannou zdravotnickou službou.

Při hospitalizaci sestra seznamuje pacienta s léčebným režimem, s režimem oddělení, zakládá zdravotní záznam a poskytuje ošetrovatelskou péči. Volba pokoje záleží na možnosti oddělení, doporučuje se prostředí s dostatkem klidu a soukromí (vlastní sociální zařízení). Poloha pacienta je přirozená, pohybový režim volný (v případě větších obtíží je režim klidový na lůžku).

Po celou dobu hospitalizace sestra ve spolupráci s pacientem vytváří ošetrovatelskou dokumentaci.

### **2.1.2 Sledování nemocných**

Sledování nemocných se zaměřuje na:

- Stav výživy
- Tělesné tekutiny (příjem a výdej tekutin)
- Kožní integritu
- Defekaci
- Hmotnost pacienta
- Riziko vzniku krvácení
- Fyziologické funkce
- Dodržování léčebného režimu
- Účinky léků
- Laboratorní výsledky
- Psychický stav nemocného



## 2.2 Možné ošetrovatelské problémy

- „Poruchy vyprazdňování způsobené následkem postižení sliznice střeva.
- Bolest břicha následkem zánětu střev a zrychlené peristaltiky.
- Snížení objemu tělesných tekutin v důsledku nadměrných ztrát, sníženého příjmu a zrychlené pasáže.
- Poruchy výživy v důsledku nevstřebávání se živin a zrychlené pasáže.
- Změny na kůži a sliznici v okolí análního otvoru způsobené trvalým drážděním při opakovaném vyprazdňování stolice.
- Poruchy v sociální oblasti vlivem změny životního stylu a v důsledku toho potencionální problémy v rodině způsobené vlivem nepřizpůsobení se změnám zdravotního stavu nemocného.
- Bezmocnost a nejistota v důsledku životní nejistoty a trvalých obtíží nemocného.
- Nedostatek informací o nemoci v důsledku neposkytnutí informací, nezájmu nebo omezené poznávací schopnosti.“

(Šafránková, Nejedlá, 2006, strana 233 – 235)

## 3 Posouzení stavu pacienta

### 3.1 Identifikační údaje

<b>Jméno, příjmení:</b>	K. P.
<b>Pohlaví:</b>	muž
<b>Věk:</b>	27 let
<b>Adresa:</b>	Praha
<b>Stav:</b>	svobodný
<b>Zaměstnání dnes:</b>	student VOŠ veřejná správa
<b>Kontaktní osoba:</b>	M. P. (matka)
<b>Vztah k zařízení:</b>	hospitalizace
<b>Důvod k přijetí:</b>	chronické onemocnění, relaps onemocnění, diagnostické vyšetření
<b>Oddělení:</b>	interní oddělení
<b>Den pobytu:</b>	první den (1. 2. 2009)
<b>Příjem:</b>	opakované přijetí
<b>Hospitalizace:</b>	1. 2. 2009 – 8. 2. 2009

### 3.2 Výtah z lékařské dokumentace

#### 3.2.1 Lékařská anamnéza

##### Rodinná anamnéza:

Rodiče snad zdraví – přesně neví, sourozence nemá. Pacient je svobodný a bezdětný.

##### Osobní anamnéza:

- Běžné dětské nemoci, jinak vážněji nestonal
- Ulcerózní kolitida diagnostikovaná 10/2006
- Pankolitida 12/2006
- Stav po exacerbaci onemocnění
- Lehká protein – kalorická malnutrice

- Stav po fraktuře pravé ruky v 16 letech

### **Farmakologická anamnéza:**

- Medrol 32 mg 1 – 0 – 0 tableta per os (hormon, perorální glukokortikoid)
- Pentasa 500 mg 2 – 2 – 2 tableta per os (intestinální antiflogistikum)
- Salofalk 250 mg supp. per rectum na noc (chemoterapeutikum nespecifických střevních zánětů)

### **Alergická anamnéza:**

Pacient alergie neguje.

### **Abusus:**

Pacient alkohol nepije již vůbec, nekuřák.

### **Nynější onemocnění:**

Pacient dispenzarizovaný v gastroenterologické ambulanci, poslední dva měsíce je stav zhoršen, neudrží jídlo – ihned průjem, proto přes den nejí a nají se až večer, stolice je cca 10/den, většina s krvi. Bolest břicha – v celém dolním polu břicha, křečovitá, svíravá, bez provokačního faktoru a známe úlevové polohy, střelející k pupku, bez dalšího vyzařování. Teploty, třesavky, zimnice – neguje. Váhově od poslední hospitalizace nejprve 5 kg přibral, ale pak postupně za poslední měsíc zhubl 10 kg, což je téměř 15 % váhy. Přijat k stabilizaci stavu.

### **Stav při přijetí:**

TK 105/70 mm Hg, P 84/min – pravidelný, TT: afebrilní, DF 16/min, Váha: 71 kg, Výška: 195 cm, BMI 19

Při vědomí, orientovaný místem, časem i osobou, bez ikteru a cyanosy, výživy snižené, hydratace přiměřená, turgor kožní v normě, mobilní, mírně opocení.

**Hlava:** mezocefalická, pokleповě nebolestivá. Štěrbiny symetrické, bulby ve středním postavení, pohyblivé bez omezení, bez nystagmu v krajných polohách. Zornice izokorické, spojivky růžové, skléry bílé.

**Krk:** lymfatické uzliny krku a nadkličků nehmatné, náplň krčních žil v normě.

**Hrudník:** hrudník podlouhlý, symetrický, páteř pokleповě nebolestivá, axily volné, poklep plný, jasný. **Pulmo:** Dýchání sklípkové, čisté, bez vedlejších dýchacích fenoménů. **Cor:** akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestu.

**Břicho:** volné, palpačně a pokleповě citlivé v obou hypogastríích, suprapubicky a periumbilikálně s vystřelující bolesti k pupku, který vnímá jako centrum. Peristaltická vlna postupuje k inguinám. Hepar pod obloukem nehmatný, bez jizev.

**DK:** bez otoků, pulzace hmatná bez šelestů. Palpace lýtek nebolestivá. Žilní systém klidný.

**Per rectum:** okolí anu klidné, nelze proniknout hluboko – pacient svírá, tonus svěrače zvýšený, na rukavici bez krve.

### 3.2.2 Vyšetření

1. **Ultrazvuk břicha:** Játra nezvětšená, parenchym je homogenní, přiměřeně echogenní, cévy jsou pravidelné, povrch jater je hladký, ložiskové změny patrné nejsou, venae portae bez dilatace. Žlučník nemá zesílenou stěnu a má anechogenní obsah. Slinivka nezvětšená, homogenní, dobře ohraničená. Obě ledviny normální velikosti, s dostatečným funkčním parenchymem přiměřené echogenity, bez městnání. Slezina nezvětšená, homogenní. Zvětšené uzliny podél aorty ani volná tekutina v dutině břišní patrné nejsou. Střevní klíčky nemají výrazněji zesílenou stěnu, pouze v oblasti asi colon descendens je stěna zesílená zejména v oblasti sliznice na cca 5 cm. Ložisko charakteru abscesu v malé pánvi patrné není.
2. **Koloskopie:** V rektu je sliznice hyperemická, místy nerovná, s četnými petechiemi a nepravidelnými vředy, stejný obraz pokračuje ještě do sigmoidea, ve vyšších partiích je sliznice hyperemická s petechiemi, nález je stejný až do céka. Terminální ileum je beze změny. Idiopatický střevní zánět postihující celé tlusté střevo.
3. **Nativ břicha vstoje:** Bez pneumoperitonea, zvýšená pneumatosa střevní v pravé polovině břicha bez hladin, vlevo pneumatosa střevní chudá. Nález zatím nemá charakter poruchy pasáže střevní. Distribuce střevního plynu ani neodpovídá signálním klíčkám při pankreatitidě.
4. **Laboratorní vyšetření:**

**Tabulka 1 – Biochemické vyšetření krve**

<b>Biochemické vyšetření krve</b>		
<i>vyšetřeno</i>	<i>rozměr</i>	<i>referenční meze</i>
<b><i>Minerály + Osmolalita</i></b>		
Na	137	137 – 146
K	4,2	3,8 – 5,0
Cl	100	97 - 108
<b><i>Dusíkové metabolity</i></b>		
Urea	5,1	2,8 – 8,0
Kreatinin	66	44 – 110
<b><i>Jaterní testy</i></b>		
Bilirubin	6,0	2,0 – 17,0
ALT	0,27	< 0,78
AST	0,20	< 0,72
GMT	0,23	< 0,84
ALP	0,76	0,66 – 2,20
<b><i>Bílkoviny</i></b>		
Bílkovina celková	63,3	65,0 – 85,0
Albumin	37,3	35,0 – 53,0
C – reaktivní protein	11,5	< 7,0
Prealbumin	0,31	0,20 – 0,40
<b><i>Diabetický profil</i></b>		
Glukóza	6,2	4,2 – 6,0
Objem	6650 ml	1000 - 1500
Doba sběru	24 hod	
Na	66	60 – 180
Na – odpad	438,9	120 – 220
K	15,4	25,0 – 60,0
K – odpad	102,4	35,0 – 80,0
Cl	65	80 – 180
Cl – odpad	432,2	110 - 270

**Tabulka 2 – Hematologické vyšetření krve**

<b>Hematologické vyšetření krve</b>		
<i>vyšetřeno</i>	<i>rozměr</i>	<i>referenční meze</i>
<b><i>Krevní obraz</i></b>		
Leukocyty	7,80	4,10 – 10,2
Erytrocyty	4,86	4,19 – 5,75
Hemoglobin	129	135 - 174
Hematokrit	0,389	0,39 – 0,51
Trombocyty	459	142 - 327
<b><i>Diferenciál relativní</i></b>		
Neutrofilly	87,9	50,0 – 75,0
Lymfocyty	7,9	25,0 – 40,0
Monocyty	4,1	3,0 – 8,0
Eozinofily	0,0	1,0 – 3,0
Bazofily	0,1	0,0 – 1,0
<b><i>Diferenciál absolutní</i></b>		
Neutrofilly abs.	7,10	1,80 – 7,00
Lymfocyty abs.	0,60	1,00 – 4,80
Monocyty abs.	0,30	0,10 – 0,80
Eozinofily abs.	0,00	0,00 – 0,45
Bazofily abs.	0,00	0,00 – 0,20
<b><i>Koagulační vyšetření</i></b>		
Quickův test INR	1,00	0,80 – 1,25
APTT	27,0	25,9 – 40,0

**Tabulka 3 – Biochemické vyšetření moče**

<b>Biochemické vyšetření moče</b>		
<i>vyšetřeno</i>	<i>rozměr</i>	<i>referenční meze</i>
<b><i>Moč chemicky</i></b>		
pH	7,0	5,0 – 7,0
Specifická hustota	1,012	1,01 – 1,02
Bílkovina	NEG	0,00 – 0,30
Glukóza	NORM	0,00 – 0,00
Ketolátky	NEG	0,00 – 0,00
Bilirubin	NEG	0 – 0
Urobilinogen	NORM	3,2 – 16,0
Krev	NEG	0 – 10
Leukocyty	NEG	0 – 15
Nitrity	NEG	
<b><i>Moč průt. cytometrií</i></b>		
Erytrocyty	1,5	10,0
Leukocyty	0,5	20,0
Epitelie ploché	0,0	10,0
Epitelie kulaté	0,0	3,0
Válce hyalinní	0,0	2,0
Válce granulované	0,0	
Bakterie	54,1	5000
Kvasinky	0,0	3,0
Krystaly	0,6	10,0
Spermie	0,0	< 3,0
<b><i>Minerály + Osmolalita</i></b>		
Objem	1200 ml	1000 - 1500
Doba sběru	12 hod	
Na	74	60 – 180
Na – odpad	88,8	120 – 220
K	44,5	25,0 – 60,0
K – odpad	53,4	35,0 – 80,0
Cl	92	80 – 180
Cl – odpad	110,4	110 - 270

**Tabulka 4 – Kultivační vyšetření**

<b>Kultivační vyšetření</b>			
<i>Stolice</i>	<i>Moč</i>	<i>Krk výtěr</i>	<i>Nos výtěr</i>
Streptococcus viridans	Negativní	Streptococcus viridans	Staphylococcus koaguláza - negativní
Staphylococcus koaguláza - negativní		Neisseria pharyngis	
Enterococcus faecalis			

### 3.2.3 Závěr při příjmu

- Relaps ulcerózní kolitidy

## 3.3 Terapie

### 3.3.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba u pacienta není indikována.

### 3.3.2 Konzervativní léčba

#### 3.3.2.1 Farmakoterapie

- Ciprinol 200 mg intravenózně každých 12 hodin (chemoterapeutikum)
- Efloran 500 mg intravenózně každých 8 hodin (chemoterapeutikum)
- Solu-Medrol 60 mg intravenózně 1 x denně ráno (hormon, parenterální glukokortikoid bez mineralokortikoidní aktivity)
- Helicid 40 mg intravenózně 1 x denně ráno (antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy)
- Clexane 0,2 ml subkutánně 1 x denně ráno (antitrombotikum, antikoagulans)
- Pentasa 500 mg 2 – 2 – 2 tableta per os (intestinální antiflogistikum)
- Periferní vak ve složení: 500 ml 20% glukóza + 750 ml 5% Neonutrin + 250 ml SMOF Lipid + 500 ml 5% glukóza + 500 ml Fyziologický roztok 1/1 + 30 ml 13,6% KH<sub>2</sub>PO<sub>4</sub> + 40 ml 7,5% KCl – intravenózně, kapat rychlosti 150 ml/hod



### **3.3.2.2 Dietoterapie**

Dieta u pacienta je tekutá (č. 0) – nutridrinky 4 x denně 200 ml po dobu zmírnění obtíží, postupně se upravuje dieta na kašovitou až bezezbytkovou.

### **3.3.2.3 Pohybový režim**

Pohybový režim u pacienta v průběhu hospitalizace je volný, bez omezení, poloha pacienta na lůžku je přirozená.

### **3.3.2.4 Psychoterapie**

Psychoterapie u pacienta není indikována, pacient je klidný, spolupracuje, má pozitivní postoj k životu.

## 4 Posouzení stavu potřeb dle M. Gordonové

### Situační kazuistika

Muž ve věku 27 let, studuje vysokou školu – veřejná správa. Nyní zhoršení stavu při základním onemocnění (ulcerózní kolitida). Je hospitalizovaný na interní klinice, na oddělení jednotky nutriční péče. Je svobodný, žije v panelovém bytě se svými rodiči. Ve volném čase rád sportuje.

### 4.1 Informace získané standardizovaným rozhovorem s klientem

#### 1. Doména: Podpora zdraví

Zdravotní stav pacienta je narušený, lékařská doporučení dodržuje občas. Prodělal běžná dětská onemocnění, očkovan byl, stomatologické preventivní prohlídky absolvuje pravidelně. Uvádí, že 1 x ročně onemocní chřipkou.

Pro udržení svého zdraví pacient sportuje a chodí na procházky, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí. V 16 letech měl frakturu pravé ruky.

Poslední 2 měsíce je stav zhoršen z důvodu zvýšeného stresu ve škole (zkouškové období). Při objevení současných obtíží navštívil ihned lékaře a pacientovi byla doporučená hospitalizace v nemocnici. S hospitalizací souhlasil a chce být co nejdříve v pořádku, protože potřebuje chodit do školy.

#### 2. Doména: Výživa

Pacient se stravoval velmi nepravidelně, často celý den nic nejedl z důvodu průjmu, najedl se až večer. Během 2 měsíců zhubnul 10 kg, chuť k jídlu nemá, BMI 19 – podvýživa (viz. Příloha č. 2), způsob přijímání stravy doma per os, forma stravy normální, v průběhu hospitalizace dle zdravotního stavu, bez poruchy polykání, stav chrupu dobrý, bez jiných potíží, schopný se najíst sám.

Příjem tekutin za 24 hodin je 1,5 – 2 litry, pacient nepocítuje sucho v ústech, kožní turgor je dobrý.

Sliznice jsou u pacienta růžové, stav vlasů a nehtů je dobrý.

### **3. Doména: Vylučování a výměna**

Mikce moče u pacienta bez problémů, doma močil méně, vylučování moče sám, bez příměsí v moči, bez jiných obtíží.

Vyprazdňování střeva sám, porucha defekace – průjem 10 x denně řídká stolice s příměsí krve. Pacient neužívá žádné preparáty na vyprázdnění, během vyprazdňování pociťuje křeče v břiše.

Frekvence dýchání u pacienta je normální, bez aplikace kyslíku, zbarvení pokožky růžové.

### **4. Doména: Aktivita – odpočinek**

Kvalita spánku a odpočinku - doma udává kvalitní spánek celou noc, bez problémů s usínáním, bez užívání hypnotik, bez rušivých faktorů. Po probuzení se cítí odpočatý.

Současný stav tělesné aktivity - pacient je samostatný, bez kompenzačních pomůcek, koordinace je dobrá, bez chybějících částí těla. Pohybový režim v nemocnici je volný č. 3.

Pocit dostatečné síly a životní energie pacient nemá, cítí se unavený. Doma cvičil občas ve volném čase.

Pacient neudává žádné faktory, které by mu bránili v tělesné aktivitě.

Pacient je zcela nezávislý, je schopen se sám najíst, umyt se, vykoupat se, obléci se, pohybovat se. Úroveň soběstačnosti – funkční úroveň: 0 – nezávislý.

### **5. Doména: Vnímaní – poznávání**

Pozornost pacienta je stála, bez smyslových poruch, vědomí jasné, plně orientován osobou, časem i místem, paměť neporušená, styl učení spíše mechanické.

Komunikace je plynulá, udržuje kontakt otevřený po celou dobu komunikace, mluvenému slovu rozumí.

Sluch i zrak pacienta normální, nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

## **6. Doména: Vnímaní – Sebe sama**

Sebe samého hodnotí jako optimistu a kladného člověka, plně si důvěřuje, bez pocitu strachu, hněvu, zlosti, úzkosti a smutku. Je spokojený se svým vzhledem a nic by na něm neměnil.

## **7. Doména: Vztahy**

Pacient bydlí s rodiči v panelovém bytě, má svůj vlastní pokoj. S rodiči vychází dobře, bez rodinných problémů. Na onemocnění rodina reagovala pozitivně s ochotou pomoci. Často se setkává s lidmi se kterými má přátelské a dobré vztahy. Ve škole a se studiem je spokojený.

## **8. Doména: Sexualita**

Pacient odmítá podávat informace.

## **9. Doména: Zvládnání zátěže – odolnost vůči stresu**

Někdy si připadá „hodně ve stresu“, zvláště když je ve škole zkouškové období. Napětí vyvolává i nemoc, když se zdravotní stav zhorší. Stresové situace se snaží řešit sportováním a pomáhá mu i rodina. Občas si přečte i nějakou zajímavou knihu, ale moc času na to nemá.

Důležité změny v posledních 2 letech – přijetí na vysokou školu, z čeho má velkou radost.

## **10. Doména: Životní princip**

Náboženská víra je pro pacienta nedůležitá – je ateista.

Podle pacienta pořadí životních hodnot – zdraví, rodina, práce, peníze, záliby, cestování.

## **11. Doména: Bezpečnost – ochrana**

Riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru, bez poškození ústní sliznice, bez porušení kožní integrity, bez poškozeného chrupu, bez rizika pádu, bez rizika sebepoškození.

Alergické reakce pacient neguje, tělesná teplota normální.

### **12. Doména: Komfort**

Pacient si stěžuje na akutní bolest břicha, bolest vnímá zvýšeně, bolest tiší analgetika, škála bolesti od 0 – 10 u pacienta intenzita bolesti 5 – 6.

### **13. Doména: Růst/vývoj**

Pacient celkově neprospívá, má chronické zdravotní problémy – udává ulcerózní kolitidu.

## **4.2 Informace získané základním screeningovým fyzikálním vyšetřením**

**Celkový vzhled, úprava, hygiena:** upravený

**Dutina ústní a nos:** prokrvení v normě, sliznice vlhké, bez zvýšené sekrece

**Zuby:** vlastní chrup, sanován

**Sluch:** slyší bez problémů

**Přečte novinové písmo:** ano

**Puls:** 84/min. **Pravidelnost:** pravidelný **Jakost:** hmatný

**Dýchání:** čisté **Pravidelnost:** pravidelný **Hloubka:** v normě

**Krevní tlak:** 105/70

**Tělesná teplota:** 36,2 °C

**Tělesná hmotnost:** 71 kg

**Výška:** 195 cm

**Stisk ruky:** přiměřený

**Může zvednout tužku:** ano

**Rozsah pohybu kloubů:** v normě

**Svalová tuhost/pevnost:** dostatečná

**Kůže: Kostní výběžky:** beze změn

**Změna barvy:** přiměřená pigmentace

**Kožní léze:** žádné

**Chůze:** koordinovaná, částečně omezená bolestí břicha

**Držení těla:** mírný předklon

**Sebepéče:** (kód pro funkční úroveň 0 – 5)

**Schopnost najíst se** 0

**Schopnost okoupat se** 0

**Schopnost dojít si na toaletu** 0

**Schopnost obléknout se:** 0

**Schopnost nakoupit si:** nehodnoceno

**Schopnost umýt se** 0

**Celkový pohyb** 0

**Pohyb na lůžku** 0

**Schopnost uvařit si:** nehodnoceno

**Udržovat domácnost:** nehodnoceno

**Kanyly intravenózní:** 2 den

**Odsávání:** nemá

**Nynější hmotnost:** 71 kg

**Výška:** 195 cm

**Vývody/cévký:** nemá

**jiné:** 0

**Hmotnost nahlášená:** 71 kg

**Tělesná teplota:** 36,2 °C

### **4.3 Informace získané objektivním pozorováním během rozhovoru a vyšetření**

**Orientace:** dobrá

**Chápe myšlenky a otázky** (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy): ano

**Řeč, způsob vyjadřování:** v normě      **Hlas (výška) a způsob řeči:** v normě

**Úroveň slovní zásoby:** velmi dobrá

**Oční kontakt** (udržuje, neudržuje): udržuje

**Rozsah pozornosti** (odvádění, rozptylování): v normě

**Nervozita** (rozrušení nebo uvolnění): v normě

**Pasivní, agresivní, asertivní projevy** v komunikaci: asertivní

**Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny nebo doprovázející osobou, pokud je přítomná:** dobrá

## 5 Ošetrovatelská péče

### 5.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazený dle priorit pacienta.

- 00132 Akutní bolest z důvodu základního onemocnění (ulcerózní kolitida)
- 00013 Průjem z důvodu recidivy základního onemocnění
- 00002 Nedostatečná výživa z důvodu poruchy příjmu potravy a vstřebávání živin
- 00093 Únava z důvodu malnutrice
- 00004 Riziko infekce z důvodu invazivního vstupu

### 5.2 Plán ošetrovatelské péče

#### 5.2.1 Ošetrovatelská diagnóza č. 1

**00132 Akutní bolest** břicha z důvodu základního onemocnění (ulcerózní kolitida) projevující se vyhledáváním úlevové polohy a verbalizací.

#### Cíl

Pacientovi se sníží intenzita bolesti na škálu 2 ze škály 5 do 2 hodin a do konce hospitalizace nebude pociťovat bolest.

#### Výsledné kritéria

- Pacient umí zvládnout bolest do 2 hodin.
- Pacient zná metody jak zmírnit bolest do 2 hodin.
- Pacient umí dle individuální situace využívat relaxačních technik a rozptýlení do 2 hodin.

**Priorita:** Střední

## **Intervence**

- uložit pacienta na lůžko, obeznámit ho s léčebným režimem a režimem oddělení ihned, provede primární sestra
- obeznámit pacienta se signalizačním zařízením, a tím zvýšit jeho pocit bezpečí do 2 hodin, provede primární sestra
- zajistit klidné prostředí pro pacienta (podle možnosti oddělení) do 2 hodin, provede primární sestra
- zajistit pohodu nemocnému pro zmírnění bolesti (změna polohy, aplikace tepla/chladu) do 2 hodin, provede primární sestra
- posoudit bolest včetně lokalizace, charakteru, nástupu/trvání, častosti, závažnosti (škála bolesti od 0 do 10) a zhoršujících faktorů do 1 hodiny, provede primární sestra
- podávat medikace dle ordinace lékaře, sledovat účinky léků denně, provede službukonající sestra
- zvláště podávat analgetika dle indikace až po maximální dávku, pokud je to nutné k udržení přijatelné úrovně bolesti denně, provede službukonající sestra
- sledovat výsledky laboratorních vyšetření denně, provede službukonající sestra
- zklidnit pacienta dle jeho zdravotního stavu ihned, provede primární sestra
- prodiskutovat s pacientem nebo i s rodinou nemocného, jak mohou pomoci včetně zmírnění různých faktorů, které způsobují bolest či zvyšují její intenzitu do 24 hodin, provede primární sestra

## **Realizace**

### **1. 2. 2009 (první den hospitalizace)**

- uložila jsem pacienta na lůžko s ohledem na klidné prostředí
- seznámila jsem pacienta s léčebným režimem, režimem oddělení a signalizačním zařízením oddělení
- vysvětlila jsem mu charakter bolesti (škála 0 – 10)
- podávala jsem medikace dle ordinace lékaře (především analgetika) a sledovala účinky léků



- opakovaně jsem sledovala charakter bolesti (po první hodině se bolest snížila na intenzitu 4 – 5, po druhé hodině na intenzitu 2, do konce dne se intenzita bolesti snížila na stupeň 1)
- pomáhala jsem pacientovi se zmírněním bolesti – teplý obklad na břicho
- měřila jsem a zaznamenávala fyziologické funkce (3 x denně)
- po zlepšení stavu jsem zajistila pacientovi televizi, rádio a zapojila jsem rodinu do přinesení literatury
- sledovala jsem psychické projevy pacienta
- ve spolupráci s pacientem jsem vytvářela ošetrovatelskou dokumentaci

### **2. 2. 2009 (druhý den hospitalizace)**

- vysvětlila jsem pacientovi charakter bolesti (škála 0 – 10)
- měřila jsem a zaznamenávala fyziologické funkce (2 x denně)
- podávala jsem medikace dle ordinace lékaře (především analgetika) a sledovala účinky léků
- opakovaně jsem sledovala charakter bolesti (intenzita bolesti na stupni 1)
- sledovala jsem psychické projevy pacienta
- ve spolupráci s pacientem jsem vytvářela ošetrovatelskou dokumentaci

### **3. 2. 2009 – 8. 3. 2009 (třetí den hospitalizace – ukončení hospitalizace)**

- vysvětlila jsem pacientovi charakter bolesti (škála 0 – 10)
- měřila jsem a zaznamenávala fyziologické funkce (1 x denně)
- podávala jsem medikace dle ordinace lékaře a sledovala účinky léků
- opakovaně jsem sledovala charakter bolesti (pacient bez bolesti)
- sledovala jsem psychické projevy pacienta
- ve spolupráci s pacientem jsem vytvářela ošetrovatelskou dokumentaci

### **Vyhodnocení**

Ošetrovatelská diagnóza ukončená. Pacient udával, že bolest nepocítuje, přetrvával v aktivní poloze a byl klidný.

## 5.2.2 Ošetrovatelská diagnóza č. 2

**00013 Prŕjem** z dŕvodu recidivy základního onemocnĕní projevující se řídkou a neforemnou stolicí 10 x za den.

### Cíl

Pacient má fyziologické vyprazdňování střeva 1 - 2 x dennĕ do 1 tŕdne.

### Vŕsledné kritĕria

- Pacient zná pŕčiny prŕjmu do 2 hodin.
- Pacient umí obnovit a udržet normální fungování střev do konce hospitalizace.
- Pacient ví jak se má chovat, aby mohly být vyřešeny pŕčinnĕ faktory prŕjmu do 2 hodin.

**Priorita:** Střední

### Intervence

- zjistit charakter prŕjmu do 1 hodiny, provede primární sestra
- sledovat a zaznamenávat frekvenci, charakter, množství stolice dennĕ, provede službukonající sestra
- posoudit anamnézu stravovacích nŕvyku do 1 hodiny, provede primární sestra a dietní sestra
- podávat medikace dle ordinace lékaře, sledovat ŕčinku lĕků a laboratorních vŕsledků dennĕ, provede službukonající sestra
- sledovat dodržování dietního režimu (dieta dle zdravotního stavu pacienta) dennĕ, provede službukonající sestra
- omezit pŕijem pevnĕ stravy, aby se snížilo zatŕžení střev ihned, provede primární sestra
- sledovat u pacienta dostatečnĕ dennĕ pŕisun tekutin dennĕ, provede službukonající sestra
- zajistit pacientovi soukromí pŕi vyprazdňování (dle možnosti oddĕlení pokoj se sociálním zařizením) do 1 hodiny, provede primární sestra

- sledovat dodržování hygienických zásad pacienta, zajistit, aby pacient měl stále čisté osobní prádlo a povlečení lůžka denně, provede službukonající sestra
- sledovat psychických problémů pacienta denně, provede službukonající sestra
- vytvářet ošetrovatelskou dokumentaci ve spolupráci s pacientem do 2 hodin, provede primární sestra

## **Realizace**

### **1. 2. 2009 (první den hospitalizace)**

- zjistila jsem charakter průjmu
- sledovala a zaznamenávala jsem frekvenci, charakter, množství stolice a kožní integritu v oblasti konečníku (10 x denně, řídká a neforemní stolice, okolí konečníku klidné)
- ve spolupráci s dietní sestrou jsem posoudila anamnézu stravovacích návyků a určila dietu – tekutá č. 0
- sledovala jsem dodržování dietního režimu
- podávala jsem medikace dle ordinace lékaře, sledovala účinky léků a laboratorních výsledků
- sledovala jsem dostatečnou denní přísun tekutin – pacient má příjem tekutin do 2 litrů za den
- zajistila jsem pacientovi soukromí při vyprazdňování
- sledovala jsem dodržování hygienických zásad pacienta, zajistila jsem, aby pacient měl stále čisté osobní prádlo a povlečení lůžka
- sledovala jsem psychické problémy pacienta
- vytvářela jsem ošetrovatelskou dokumentaci ve spolupráci s pacientem

### **2. 2. 2009 (druhý den hospitalizace)**

- sledovala jsem charakter průjmu
- sledovala a zaznamenávala jsem frekvenci, charakter, množství stolice a kožní integritu v oblasti konečníku (8 x denně, řídká a neforemní stolice, okolí konečníku klidné)
- ve spolupráci s dietní sestrou jsem určila dietu – tekutá č. 0

- sledovala jsem dodržování dietního režimu
- podávala jsem medikace dle ordinace lékaře, sledovala účinky léků a laboratorních výsledku
- sledovala jsem dostateční denní přísun tekutin – pacient má příjem tekutin do 2 litrů za den
- zajistila jsem pacientovi soukromí při vyprazdňování
- sledovala jsem dodržování hygienických zásad pacienta, zajistila jsem, aby pacient měl stále čisté osobní prádlo a povlečení lůžka
- sledovala jsem psychické problémy pacienta
- vytvářela jsem ošetrovatelskou dokumentaci ve spolupráci s pacientem

### **3. 2. 2009 – 4. 2. 2009 (třetí – čtvrtý den hospitalizace)**

- sledovala jsem charakter průjmu
- sledovala a zaznamenávala jsem frekvenci, charakter, množství stolice a kožní integritu v oblasti konečníku (5 x denně, řídká a neforemní stolice, okolí konečníku klidné)
- ve spolupráci s dietní sestrou jsem určila dietu – tekutá č. 0
- sledovala jsem dodržování dietního režimu
- podávala jsem medikace dle ordinace lékaře, sledovala účinky léků a laboratorních výsledku
- sledovala jsem dostateční denní přísun tekutin – pacient má příjem tekutin do 2 litrů za den
- zajistila jsem pacientovi soukromí při vyprazdňování
- sledovala jsem dodržování hygienických zásad pacienta, zajistila jsem, aby pacient měl stále čisté osobní prádlo a povlečení lůžka
- sledovala jsem psychické problémy pacienta
- vytvářela jsem ošetrovatelskou dokumentaci ve spolupráci s pacientem

### **5. 2. 2009 (pátý den hospitalizace)**

- sledovala jsem charakter průjmu

- sledovala a zaznamenávala jsem frekvenci, charakter, množství stolice a kožní integritu v oblasti konečníku (3 x denně, řídká a neforemní stolice, okolí konečníku klidné)
- ve spolupráci s dietní sestrou jsem určila dietu – kašovitá, šetřící
- sledovala jsem dodržování dietního režimu
- podávala jsem medikace dle ordinace lékaře, sledovala účinky léků a laboratorních výsledku
- sledovala jsem dostateční denní přísun tekutin – pacient má příjem tekutin do 2 litrů za den
- zajistila jsem pacientovi soukromí při vyprazdňování
- sledovala jsem dodržování hygienických zásad pacienta, zajistila, aby pacient měl stálé čisté osobní prádlo a povlečení lůžka
- sledovala jsem psychické problémy pacienta
- vytvářela jsem ošetrovatelskou dokumentaci ve spolupráci s pacientem

#### **6. 2. 2009 – 8. 2. 2009 (šestý den hospitalizace – ukončení hospitalizace)**

- sledovala jsem charakter průjmu
- sledovala a zaznamenávala jsem frekvenci, charakter, množství stolice a kožní integritu v oblasti konečníku (2 x denně, forem stolice, okolí konečníku klidné)
- ve spolupráci s dietní sestrou jsem určila dietu – bezezbytková č. 5
- sledovala jsem dodržování dietního režimu
- podávala jsem medikace dle ordinace lékaře, sledovala účinky léků a laboratorních výsledku
- sledovala jsem dostateční denní přísun tekutin – pacient má příjem tekutin do 2 litrů za den
- zajistila jsem pacientovi soukromí při vyprazdňování
- sledovala jsem dodržování hygienických zásad pacienta, zajistila jsem, aby pacient měl stálé čisté osobní prádlo a povlečení lůžka
- sledovala jsem psychické problémy pacienta
- vytvářela jsem ošetrovatelskou dokumentaci ve spolupráci s pacientem

## **Vyhodnocení**

Ošetrovatelská diagnóza ukončená. Pacient na konci hospitalizace má stolici 2 x denně. Je dostatečně edukovaný o dietním režimu.

### **5.2.3 Ošetrovatelská diagnóza č. 3**

**00002 Nedostatečná výživa** z důvodu poruchy příjmu potravy a vstřebávání živin projevující se nechutenstvím a úbytkem hmotnosti na váze.

#### **Cíl**

Pacient má chuť k jídlu do 3 dnů a do konce hospitalizace přibere minimálně 2 kg na tělesné hmotnosti.

#### **Výsledné kritéria**

- Pacient ví jak dosáhnout požadovaného přírůstku na váze do 24 hodin.
- Pacient umí slovně vyjádřit pochopení příčin snížení tělesné hmotnosti do 24 hodin.
- Pacient ví jak si osvojit chování a změnu životního stylu, umožňující přibrat na váze a udržet přiměřenou tělesnou hmotnost do 24 hodin.

**Priorita:** Střední

#### **Intervence**

- prozkoumat stav výživy u pacienta do 1 hodiny, provede primární sestra a dietní sestra
- posoudit zda pacient chápe nutriční potřebu, podat mu potřebné informace do 48 hodin, provede primární sestra
- prodiskutovat stravovací zvyklosti pacienta do 24 hodin, provede primární sestra
- sestavit individuální nutriční plán do 24 hodin, provede primární sestra a dietní sestra
- posoudit lékové interakce, účinky nemocí a podobně do 24 hodin, provede primární sestra

- určit psychologické faktory a vlivy působících na výběr jídla do 24 hodin, provede primární sestra
- probrat s pacientem jeho obvyklý program a způsob pohybové aktivity do 24 hodin, provede primární sestra
- určit denní příjem tekutin do 2 hodin, provede primární sestra
- sledovat charakter stolice denně, provede službukonající sestra
- podávat medikace podle ordinace lékaře, sledovat účinky léků a laboratorní výsledky denně, provede službukonající sestra
- kontrolovat dodržování dietního režimu u pacienta denně, provede službukonající sestra
- denně vážit pacienta, provede službukonající sestra
- sledovat psychické projevy pacienta denně, provede službukonající sestra
- vytvářet ošetrovatelskou dokumentaci ve spolupráci s pacientem denně, provede službukonající sestra

## **Realizace**

### **1. 2. 2009 (první den hospitalizace)**

- ve spolupráci s dietní sestrou jsem prozkoumala stav výživy u pacienta, zhodnotila stravovací návyky, sestavila individuální nutriční plán a podávala pacientovi dostatečné informace v této oblasti
- sledovala jsem, jestli pacient dodržuje dietní režim v průběhu hospitalizace
- sledovala jsem dostatečný příjem tekutin
- sledovala jsem charakter stolice (viz. Ošetrovatelská diagnóza č. 2)
- podávala jsem medikace dle ordinace lékaře, sledovala účinky léků a laboratorních výsledků
- zvážením jsem změřila tělesnou hmotnost u pacienta
- sledovala jsem psychické projevy pacienta
- vytvářela jsem ošetrovatelskou dokumentaci ve spolupráci s pacientem

### **2. 2. 2009 – 8. 2. 2009 (druhý den hospitalizace – ukončení hospitalizace)**

- sledovala jsem, jestli pacient dodržuje dietní režim v průběhu hospitalizace

- sledovala jsem dostatečný příjem tekutin
- sledovala jsem charakter stolice (viz. Ošetřovatelská diagnóza č. 2)
- podávala jsem medikace dle ordinace lékaře, sledovala účinky léků a laboratorních výsledků
- zvážením jsem změřila tělesnou hmotnost u pacienta
- sledovala jsem psychické projevy pacienta
- vytvářela jsem ošetřovatelskou dokumentaci ve spolupráci s pacientem

## Vyhodnocení

Ošetřovatelská diagnóza ukončená. Pacient do konce hospitalizace přibral 2 kg na tělesné hmotnosti.

**Tabulka 5 - Váha pacienta**

Sledováno dne	1. 2	2. 2	3. 2	4. 2	5. 2	6. 2	7. 2	8. 2
Váha pacienta	71 kg	71 kg	71,5 kg	71,8 kg	72,2 kg	72,7 kg	73,1 kg	73,3 kg

### 5.2.4 Ošetřovatelská diagnóza č. 4

**00093 Únava** z důvodu malnutrice projevující se verbalizací.

#### Cíl

Únava u pacienta se zmírní do 2 dnů a do konce hospitalizace pacient nebude unavený.

#### Výsledné kritéria

- Pacient umí rozpoznat, co je základem únavy a jak se jí bránit do 24 hodin.
- Pacient umí vykonávat běžné každodenní činnosti a účastnit se žádoucích aktivit v míře, která je možná do 2 dnů.
- Pacient zná jak se účastnit doporučeného léčebného programu do 24 hodin.

**Priorita:** Střední



## **Intervence**

- posoudit u pacienta aktivitu v míře, která je možná do 2 hodin, provede primární sestra
- doporučit pacientovi relaxaci dle možnosti (televize, rádio, četba, kontakt s rodinou) do 24 hodin, provede primární sestra
- edukace pacienta o životním stylu dle jeho zdravotního stavu do 48 hodin, provede primární sestra
- sledovat u pacienta dodržování léčebného režimu denně, provede službukonající sestra
- psychicky povzbudit pacienta v jeho situaci dle zdravotního stavu do 48 hodin, provede primární sestra

## **Realizace**

### **1. 2. 2009 (první den hospitalizace)**

- edukovala jsem pacienta o správném životním stylu – prevence vzniku akutní formy ulcerózní kolitidy
- seznámila jsem pacienta o aktivitě v míře, která je možná
- zajistila jsem prostředky u pacienta na relaxaci (kontakt s rodinou, rádio, televize, četba)
- sledovala jsem léčebný režim u pacienta

### **2. 2. 2009 – 8. 2. 2009 (druhý den hospitalizace – ukončení hospitalizace)**

- sledovala jsem pacienta za účelem dodržování léčebného režimu denně
- sledovala jsem emoční reakce pacienta denně

## **Vyhodnocení**

Ošetřovatelská diagnóza ukončená. Do 2 dnů se únava pacienta snížila a do konce hospitalizace už únavu nepocíťoval, byl klidný, zajímal se o kontakt s rodinou a o dění kolem sebe.

### **5.2.5 Ošetrovatelská diagnóza č. 5**

**00004 Riziko infekce** z důvodu invazivního vstupu (periferní žilní katétr)

#### **Cíl**

Pacient nebude ohrožen komplikací z infekce do konce hospitalizace.

#### **Výsledné kritérium**

- Pacient zná péči a zásady o periferní žilní katétr do 2 hodin.
- Pacient umí pochopit individuální rizikové faktory do 24 hodin.
- Pacient umí najít způsoby, jak předcházet infekcí nebo snížit riziko jejího vzniku do 24 hodin.
- Pacient se umí naučit technikám či změnit navyklé způsoby tak, aby byla odstraněná rizika do 24 hodin.

**Priorita:** Nízká

#### **Intervence**

- včas diagnostikovat známky infekce v místě vpichu – kontrola denně, provede službukonající sestra
- při každé manipulaci postupovat přísně aseptický, provede službukonající sestra
- denně převazovat místo vpichu dle potřeby a indikace, provede službukonající sestra
- dodržovat hygienu rukou při každé manipulaci, provede službukonající sestra
- sledovat systémové infekce (horečka, třesavka a podobně) denně, provede službukonající sestra

## **Realizace**

### **1. 2. 2009 – 8. 2. 2009 (první den hospitalizace – ukončení hospitalizace)**

- denně jsem kontrolovala místo vpichu, včas diagnostikovala známky infekce
- převažovala jsem místo vpichu dle potřeby a indikace
- každou manipulací s místem vpichu jsem prováděla přísně aseptický
- sledovala jsem dodržování hygienických zásad pacienta

## **Vyhodnocení**

Ošetrovatelská diagnóza ukončená. V průběhu hospitalizace pacient bez známek infekce.

## 6 Edukace pacienta

### 6.1 Organizace edukace

**Edukační potřeba:** v oblasti vnímání zdraví

**Téma edukace:** dietní opatření u ulcerózní kolitidy

**Forma edukace:** verbálně, letáček

**Reakce na edukaci:** verbální pochopení pacienta

**Doporučení:** sledovat efekt edukace, před propuštěním si ověřit zpětnou vazbu

**Edukátor:** zdravotní sestra, dietní sestra

**Předpokládané trvání:** 30 minut

**Cíl:**

- pacient si osvojí informace o správné dietě při ulcerózní kolitidě
- pacient zná dietní režim v akutním stadiu
- pacient ví jakou stravu si má připravit v klidové části onemocnění
- pacient chápe důležitost dostatečného pitného režimu

**Postup při zaškolování pacienta:**

- provést edukaci ve vhodnou dobu, v klidném prostředí, v soukromí
- snažit se pacienta získat pro spolupráci – motivovat ho
- seznámit pacienta s významem dodržování správného životního stylu
- provádět edukaci ve spolupráci s dietní sestrou
- nachystat pomůcky pro zaškolování – letáček
- po celou dobu zaškolování sledovat efekt edukace

**Tabulka 6 – Kontrolní otázky pro pacienta**

<b>Kontrolní otázky:</b>	<b>Správné odpovědi:</b>
Co je to ulcerózní kolitida?	Zánětlivé onemocnění, postihuje pouze konečník (ten je postižen vždy) a další úseky tlustého střeva. Ulcerózní kolitida nemá tendenci ke vzniku píštělí a abscesů. (viz. Příloha č. 3)
Proč je pro Vás důležité dodržovat správný životní styl?	Aby se moje nemoc nedostala do akutní fáze.
Proč je pro Vás důležité předcházet vzniku akutní formy nemoci?	Proto, aby se zmírnili zdravotní potíže a nevznikly komplikace.
Jak správně budete dodržovat Váš životní styl?	Budu dodržovat dietu, pitní režim, udržovat tělesnou hmotnost v normě, pravidelně užívat léky a pravidelně navštěvovat lékaře.
Co je důležité omezit v období průjmu, při křečovitých bolestech břicha?	Je důležité omezení vlákniny (větší množství ovoce a zeleniny), většího množství kofeinu.
Je důležitý pitný režim u nemocných s ulcerózní kolitidou?	Pitný režim je důležitý, nemocní musí vypít nejméně 1,5 litru tekutin na den, protože v období vzplanutí nemocí dochází k velkým ztrátám tekutin průjmy.
Jsou káva a čaj vhodné tekutiny?	Ne nejsou, protože silná káva a čaj podporují rychlé vyprazdňování a zhoršují průjem.
Jsou dobře snášeny potraviny jako je (nakládané zelí, cibule, tučná a kyselá jídla, mléko, ořechy)?	Ne nejsou, protože způsobují nadýmání.
Jak vypočítáte BMI u 195 cm vysokého a 71 kg těžkého člověka?	$BMI = 71 : 1,95^2 = 19$ (viz Příloha č. 1)

## **6. 2 Edukační program**

### **6.2.1 Dietní opatření při ulcerózní kolitidě**

#### **Dietní režim v akutním stádiu**

Ve fázi akutního stádia onemocnění dostávají nemocní výživu žaludeční sondou nebo ve formě intravenózních infuzí. Pokud to stav nemocného dovolí, později se přidává dieta ústy, až postupně na takovou dietu, kterou nemocný dobře snáší.

V první fázi krvavých průjmových stolic se podávají především tekutiny, nejlépe minerální vody. Měly by být bez příměsi oxidu uhličitého, protože způsobuje dráždění žaludku. Důležitá je také správná teplota nápoje, který by neměl být ani příliš teplý, ani příliš studený.

Protože zánět tlustého střeva způsobuje vyčerpání energetických zásob organismu, je nutné zajistit přísun kalorií, minerálů a vitaminů. Velmi vhodné jsou polévky, je třeba je více osolit, protože organismus ztrácí hodně soli průjmem.

Ovoci je nutné se v akutní fázi vyhnout, protože způsobuje ve střevě nadměrné kvašení. Dodávku vitaminů do organismu dostáváme za pomoci zředěných ovocných džusů.

Zelenina je vhodná především ve formě vývaru, později dušená a vařená. Používá se hlavně mrkev, petržel a celer. Luštěniny a zelenina nadýmavá, jsou špatně stravitelné a proto se jim vyhýbáme.

Z masa se doporučuje maso hovězí vařené. Nevhodné jsou uzeniny, protože obsahují tuk a uhlovodany.

Z hlediska frekvence jídla se doporučuje jíst méně, ale častěji.

Těstoviny jsou také vhodnými potravinami při průjmu. Ze začátku by se měly podávat suché, později se můžou promíchat s čerstvým máslem a posypat strouhaným sýrem.

V klidnější fázi nemoci, která následuje po několika dnech přísné diety, podáváme především jídla bez masa. Nemocným se podávají pudinky a řídký tvaroh. Může se podávat i vaječná sedlina z bílkového sněhu. Vhodné jsou i dětské piškoty.

Po zklidnění akutní fáze, která je spojená s průjmy a teplotami se přechází pozvolna a stupňovitě na normální stravu.

### **Příklad jídelního lístku v akutní fázi onemocnění**

**Snídaně:** ovocný čaj, med, rohlík, jableková zavařenina

**Přesnídávka:** vanilkový pudink s piškoty

**Oběd:** polévka rýžová s vařenou mrkví a petrželí, bramborová kaše, rybí filé

**Svačina:** banán

**Večeře:** zapečené těstoviny se sýrem, čaj

### **Strava v klidové části onemocnění**

Ve fázi, kdy ji onemocnění zklidněno se podává pacientům racionální strava. Dieta v klidové fázi by měla zajistit hlavně odstranění většiny zažívacích obtíží a dodat potřebné kalorie, vitaminy a minerály a tak povzbudit organismus. Nemocný si musí hlídat také tělesnou hmotnost. Hubnutí a krev ve stolici znamená blížící se zhoršení nemoci.

Nemocní by měli pravidelně přijímat dostatečné množství čerstvé zeleniny a ovoce, pokud ji mohou užívat syrovou.

Nemocní by měli také mít dostatečný pitný režim. V žádné fázi onemocnění se nedoporučuje pít alkoholických nápojů.

### **Několik receptů pro klidovou fázi:**

#### **Keltský závitok**

1 porce: 1 kuřecí řízek, 1 plátek drůbeží šunky, 1 plátek nízkotučného sýra, 10 g hladké mouky, 5 g oleje, sůl.

Na osolený a naklepaný řízek položíme plátek sýra a šunky, řízek svineme, spojíme párátky, obalíme v hladké mouce a nasucho opečeme. Podlijeme vodou nebo vývarem doměkka. Do hotového pokrmu přidáme na zjemnění olej.

### **Těstovinový nákyp se šunkou**

1 porce: 100 g těstovin, 60 g šunky, 1/2 vejce, 50 ml mléka, 10 g oleje, sůl, strouhanka  
Těstoviny uvaříme v mírně osolené vodě doměkka. K vychladlým těstovinám přidáme nakrájenou šunku, sůl, žloutek rozšlehaný v mléce a tuhý sníh z bílků. Sníh zlehka vmícháme a narovnáme do vymazaného a strouhankou vysypaného pekáčku. Pečeme v troubě.



## **7 Zhodnocení ošetrovatelské péče**

O pacienta/klienta jsem pečovala od jeho přijetí na interní oddělení až po ukončení hospitalizace (1. 2. 2009 – 8. 2. 2009). Ve spolupráci s pacientem, komunikaci, pozorováním a na základě dalších zdrojů jsem vytvářela ošetrovatelskou anamnézu a celou ošetrovatelskou dokumentaci. Při určování ošetrovatelských diagnóz u pacienta jsem vycházela z jeho problémů a potřeb, které jsem seřadila dle jeho priorit. Poté jsem určila cíl a plán ošetrovatelské péče. Ošetrovatelskou péči jsem realizovala ve spolupráci s pacientem, lékařem a dietní sestrou. Na závěr jsem vyhodnotila efekt poskytnuté péče. Během hospitalizace byl pacient edukovaný o rizicích neléčené nemoci, důležitosti terapie, správném životním stylu, dietním opatření. Po ukončení hospitalizace byl pacient propuštěn do domácí a ambulantní péče, subjektivně bez obtíží.

## **8 Prognóza**

Prognóza pacienta/klienta není příznivá, jelikož se jedná o chronické, celoživotní onemocnění s rizikem opakovaných recidiv a zvrátů do akutní formy, což pro pacienta znamená vznik těžkých komplikací. Z toho důvodu a taky s rezistence nemoci na léčbu je u pacienta nižší kvalita života. U těžce probíhajících pankolitid je prognóza vážná, nelze vyloučit i možnost smrtelného zakončení.

## **9 Závěr**

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou ulcerózní kolitidy a současně ošetřováním pacienta s touto diagnózou.

Není možné v jedné práci poskytnout veškeré informace na toto téma. Teoretická část je zaměřená na základní, ale nejdůležitější informace o této chorobě, její závažnosti a předcházení komplikací.

Praktická část poukazuje na přínos realizované ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, jelikož u pacienta cíle ošetrovatelské péče byly splněny s úplným efektem.

Klient mé ošetrovatelské péče byl přijatý kvůli relapsu základního onemocnění. Na začátku hospitalizace trpěl bolestmi břicha, průjmy, nedostatečnou výživou a únavou. Tyto potíže se po druhém až třetím dnu začaly snižovat a při ukončení hospitalizace byl pacient subjektivně bez obtíží.

## 10 Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra; SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. ISBN 80-86225-63-1.
2. DÍTĚ, Petr et al. *Akutní stavy v gastroenterologii*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-305-2.
3. DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
4. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.
5. KLENER, Pavel a kolektiv. *Vnitřní lékařství II*. Praha: Informatorium, 2001. ISBN 80-86073-76-9.
6. KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-853-0.
7. KOHOUT, Pavel; PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi, 2006. ISBN 80-903820-0-2.
8. LUKÁŠ, Karel; ŠATROVÁ, Jiřina. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-473-X.
9. LUKÁŠ, Karel a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1283-0.
10. LUKÁŠ, Karel a spolupracovníci. *Idiopatické střevní záněty*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-85875-31-4.
11. LUKÁŠ, Karel. *Idiopatické střevní záněty minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-173-0.
12. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
13. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.
14. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1150-8.
15. POVÝŠIL, Ctibor a kolektiv. *Speciální patologie II. díl*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-484-5.

16. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1148-6.
17. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-324-4.
18. VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-38-4.
19. ZBOŘIL, Vladimír a kolektiv. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1563-6.
20. <http://www.aerobics.cz/testy/bmi.swf>
21. <http://vni.xf.cz/index-ose.php>
22. <http://www.crohn.cz/images/cojecrohn.jpg>

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 – Biochemické vyšetření krve .....	28
Tabulka 2 – Hematologické vyšetření krve .....	29
Tabulka 3 – Biochemické vyšetření moče .....	30
Tabulka 4 – Kultivační vyšetření .....	31
Tabulka 5 – Váha pacienta.....	47
Tabulka 6 – Kontrolní otázky pro pacienta .....	52

## Seznam příloh

Příloha č. 1	Výpočet BMI
Příloha č. 2	Dospělé nutriční skóre
Příloha č. 3	Zobrazení porovnání střev

## Příloha č. 1

### Výpočet BMI (body mass index)

**BMI=**

$$\frac{\text{Hmotnost}}{\text{Výška}^2}$$

<b>Podváha</b>	pod 18,5
<b>Normální váha</b>	18,5–24,5
<b>Nadváha</b>	25–29,9
<b>Obezita</b>	30–39,9
<b>Silná obezita</b>	40 a více

(<http://www.aerobics.cz/testy/bmi.swf> [online], 2008-01-23)



## Příloha č. 2

### Dospělé nutriční skóre

<b>Věk</b>	do 65 let	0
	nad 65 let	1
<b>BMI</b>	BMI 20 – 35	0
	BMI 18 – 20, nad 35	1
	BMI pod 18	2
<b>Ztráta hmotnosti za 3 měsíce</b>	ztráta 0 – 3 kg	1
	ztráta 3 – 6 kg	2
	ztráta nad 6 kg	3
<b>Množství jídla za poslední 3 týdny</b>	beze změny	0
	poloviční porce	1
	jí občas nebo nejl	2
<b>Projevy nemoci v současné době</b>	žádné	0
	nechutenství, bolesti břicha	1
	zvracení, průjem > 6 za den	1
<b>Stres</b>	žádný	0
	chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok	1
	akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický zákrok, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT	2
<b>Nelze</b>	nelze změřit a zvážit	2
	nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny	3

(<http://vni.xf.cz/index-ose.php> [online], 2006-03-29)

#### Vyhodnocení:

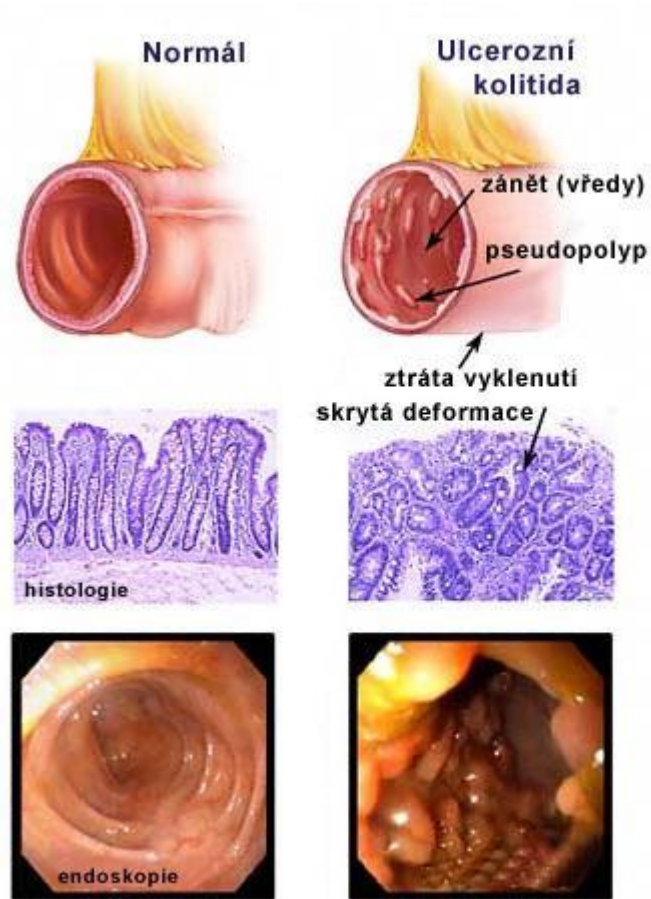
**0–3 není nutná nutriční intervence**

**4–7 nutné vyšetření dietní sestrou**

**7 a více nutná speciální nutriční intervence**

### Příloha č. 3

#### Zobrazení porovnání střev



<http://www.crohn.cz/images/cojecrohn.jpg>