

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.  
Praha 5**

**MORBUS CROHN:  
POOPERAČNÍ PÉČE PO ZANOŘENÍ ILEOSTOMIE**

**MONIKA HRBÁČKOVÁ, DiS.**

Praha 2010

**MORBUS CROHN:  
POOPERAČNÍ PÉČE PO ZANOŘENÍ ILEOSTOMIE**

Bakalářská práce

MONIKA HRBÁČKOVÁ, DiS.

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

Vedoucí práce: MUDr. Richard Sequens, PhD.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2010-06-30

Datum obhajoby práce: 2010-09-24

Praha 2010

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny a literaturu jsem uvedla podle platného autorského zákona v seznamu použité literatury a zdrojů informací.

Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 30. června 2010

.....

## **ABSTRAKT**

HRBÁČKOVÁ, Monika. *Morbus Crohn: pooperační péče po zanoření ileostomie*. Praha, 2010. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Bakalář. Školitel: MUDr. Richard Sequens, Ph.D.

Hlavním tématem této práce je aplikace ošetrovatelského procesu v pooperačním období po zanoření ileostomie u pacientky s diagnózou Crohnovy nemoci. Teoretická část práce popisuje anatomii – fyziologii trávicího traktu a zabývá se základní diagnózou, patofyziologií, etiologií, klinickým obrazem, klinickými příznaky a komplikacemi Crohnovy nemoci, její diagnostikou a konzervativní a chirurgickou léčbou. Náplní praktické části je realizace ošetrovatelského procesu, konkrétně zjištění ošetrovatelských problémů pacientky na základě odebrané anamnézy, stanovení plánu ošetrovatelského procesu, jeho realizace po celou dobu hospitalizace pacientky na chirurgické jednotce intenzivní péče a poté zhodnocení efektu poskytnuté péče.

Klíčová slova: Crohnova nemoc, Ileostomie, Ošetrovatelský proces.

## **ABSTRAKT**

HRBÁČKOVÁ, Monika. *Morbus Crohn: postoperative care after ileostomy closure*. Prague, 2010. Bachelor thesis. Nursing university, o.p.s. Bachelor. Supervisor: MUDr. Richard Sequens, Ph.D.

The main topic of my thesis is application of postoperative treatment process after removing ileostomy. The patient's diagnosis was the Cohn's disease. The theoretical part of the thesis describes the anatomy - the physiology of digestive tract and considers the main diagnosis, the pathophysiology, the aetiology, the clinical picture, the symptoms and complications of the Cohn's disease, its diagnostics, conservative and surgical therapy. The practical part considers the realisation of the treatment process. It involves specifically nursing diagnoses based on the clinical history, the formulation of treatment process schedule, keeping it while hospitalised at Intensive Care Unit and finally the evaluation of the treatment effect.

Key words: Cohn's disease, Ileostomy, Treatment process

## **PŘEDMLUVA**

Pokrok v medicíně ovlivňuje i ošetrovatelskou praxi, která se v minulosti více orientovala medicínským směrem. Dnešní postavení ošetrovatelství jako samostatného oboru s sebou nese mimo jiné změnu myšlení, tj. orientaci ne na nemoc, ale na potřeby klienta v době zdraví a nemoci. Všeobecná sestra se opírá nejen o odborné medicínské znalosti, ale aktivně se podílí na vyhledávání problémů v základních lidských oblastech, které se vyskytují jak v době nemoci, tak i zdraví.

Téma práce vzniklo ve snaze zaměřit se na význam ošetrovatelské péče u klienta s diagnózou Crohnovy nemoci v pooperačním období po zanoření ileostomie. Považuji za skutečnost, že ošetrovatelský proces je systematická racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Výběr zaměření práce byl ovlivněn mým dosavadním zaměstnáním na chirurgické jednotce intenzivní péče.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce MUDr. Richardu Sequensovi, Ph.D. za podnětné rady a podporu, kterou mi poskytl při vypracovávání bakalářské práce.

## Obsah

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I. Teoretická část .....</b>	<b>11</b>
<b>1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TRÁVICÍHO SYSTÉMU .....</b>	<b>11</b>
1.1 Základní funkce trávicího systému .....	11
1.2 Obecná stavba trávicí trubice .....	11
1.2.1 Tenké střevo.....	14
1.2.2 Tlusté střevo.....	16
<b>2 MORBUS CROHN, CROHNOVA NEMOC.....</b>	<b>19</b>
2.1 Fyziologicko – patologický úvod.....	19
2.1.1 Etiologie Crohnovy nemoci .....	21
2.1.2 Klinický obraz a příznaky Crohnovy nemoci .....	23
2.1.3 Komplikace Crohnovy nemoci .....	27
2.2 Diagnostika Crohnovy nemoci.....	29
2.3 Léčba Crohnovy nemoci .....	37
2.3.1 Konzervativní léčba .....	37
2.3.2 Chirurgická léčba.....	37
2.3.3 Kolostomie a ileostomie .....	44
<b>II. Praktická část.....</b>	<b>48</b>
<b>3 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA .....</b>	<b>48</b>
3.1 Identifikační údaje.....	48
3.2 Výtah z lékařské dokumentace.....	48
3.3 Diagnosticko – terapeutická péče.....	50



3.3.1	Přehled provedených výkonů a vyšetření .....	50
3.3.2	Přehled farmakoterapie .....	53
3.3.3	Dietoterapie.....	55
3.3.4	Fyzioterapie .....	57
3.3.5	Péče o operační ránu .....	58
3.4	Stručný průběh hospitalizace .....	58
<b>4</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA .....</b>	<b>60</b>
4.1	Záznam rozhovoru s pacientkou .....	60
4.2	Ošetrovatelské diagnózy .....	64
4.2.1	Plán ošetrovatelské péče .....	64
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>80</b>
	<b>Seznam použité literatury a zdrojů .....</b>	<b>81</b>

## ÚVOD

Crohnova nemoc patří do skupiny chronických zánětlivých střevních onemocnění, kdy se zánět může objevit kdekoliv v celém zažívacím traktu. Crohnova nemoc je v současné době nevyléčitelná a není ani jednoznačně určena příčina jejího vzniku, přestože je známo několik vzájemně na sebe působících faktorů, které vedou ke vzniku typických aftózních vředů ve střevní stěně a dalšímu rozvoji choroby. Byl sledován i vícečetný výskyt onemocnění v jedné rodině, dědičnost však nebyla spolehlivě prokázána.

Téma Crohnovy nemoci získává v posledních letech na aktuálnosti, protože toto onemocnění je řazeno ke skupině civilizačních onemocnění, a to vzhledem ke stoupajícímu počtu onemocnění hlavně u mladých lidí a lidí v produktivním věku života ve všech vyspělých státech světa. Onemocnění se může se projevit v kterémkoliv věku, nejčastěji postihuje pacienty bílé rasy a častější výskyt má v severních zemích.

Crohnova nemoc je chronické onemocnění, tzn., že bude řídit život nebo dokonce v některých případech i omezovat pacienta. Někteří z pacientů s Crohnovou nemocí mají chronické bolesti. Mnozí jiní mají střídavé části relativního zdraví (remise) a akutního onemocnění (recidivy). Většina pacientů s Crohnovou nemocí se během života podrobí operačnímu zákroku v důsledku komplikací nemoci. Velmi mnoho z těchto postižených se však se svou nemocí vyrovnalo a mohou vést zcela normální život - v doprovodu své nemoci.

Cílem mé práce bylo realizovat ošetrovatelský proces v praxi, zpracovat a popsat ošetrovatelskou péči o konkrétní pacientku s diagnózou Crohnovy nemoci v pooperačním období po zanoření ileostomie v době rekonvalescence na chirurgické jednotce intenzivní péče z pohledu všeobecné sestry. Chtěla jsem zdůraznit, jak je po tomto operačním výkonu pro zdravotně pozitivní výsledek zapotřebí skloubení práce lékaře s ošetrovatelskou péčí sestry a přístupem a vůlí pacienta.

## **I. Teoretická část**

# **1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TRÁVICÍHO SYSTÉMU**

## **1.1 Základní funkce trávicího systému**

V trávicím systému probíhá trvalá výměna látek a energie – metabolismus. Trávicí ústrojí má v látkové výměně v zásadě dva úkoly: trávení (mechanické a chemické zpracování potravy) a vstřebání upravených látek. Mechanické rozmělnění přijaté potravy zajišťují zuby a jazyk, po polknutí je posunuta do hltanu a jícnem je dále transportována do žaludku. Pohyby žaludku a střev je trávenina dokonale promíchána s trávicími šťávami a dále posunována trávicím systémem a trávena. Nestrávené zbytky potravy jsou zahuštěny, zformovány a odstraněny stolicí. Chemickou stránku trávení charakterizuje především produkce šťáv žlázami trávicího systému. Trávicí šťávy obsahují vodu a látky bílkovinné povahy – enzymy, které jsou schopny štěpit bílkoviny, cukry a tuky. (1)

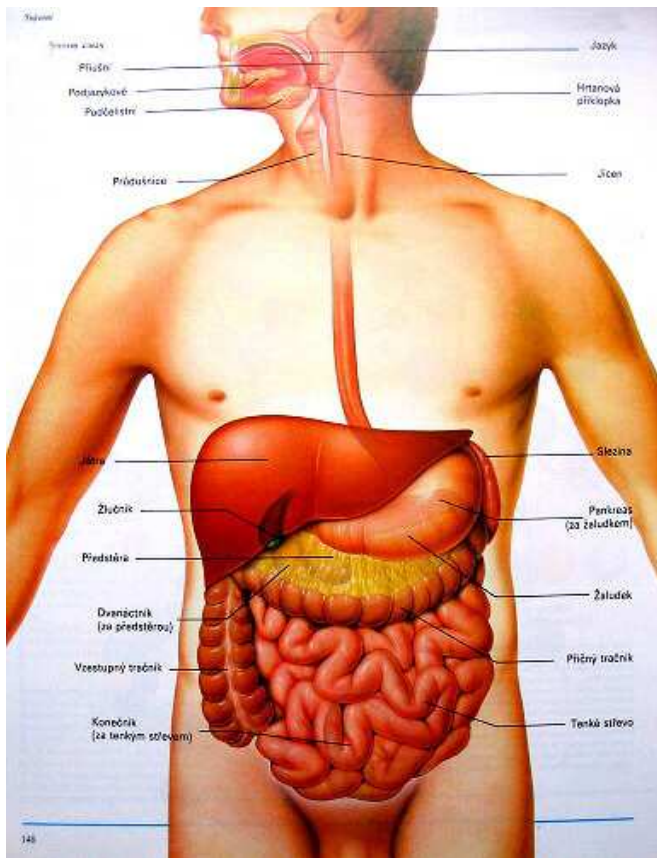
Součástí trávicích pochodů je také vstřebávání (resorpce) rozštěpených látek. Vstřebávání probíhá v různých úsecích trávicího systému různým mechanismem a různou rychlostí. Jedná se zejména o aktivní vstřebávání (typické pro tenké střevo) a o pasivní vstřebávání. Rychlost vstřebávání určuje vlastní rychlost trávení, která je závislá na množství a složení potravy. Tuky jsou tráveny a vstřebávány až 12 hodin, ale např. alkohol se vstřebává okamžitě. Trávení a vstřebávání je fyziologickým základem látkové a energetické přeměny.

## **1.2 Obecná stavba trávicí trubice**

Trávicí systém je tvořen dvěma typy orgánů:

- 1. Trávicí trubici** procházející od dutiny ústní dutinou hrudní, břišní a pánevní. Dlouhý průběh a tvar trávicí trubice umožňuje chemické štěpení a vstřebávání přijaté potravy. Trávicí trubice má tyto úseky: dutinu ústní (cavum oris), hltan

(pharynx), jícen (oesophagus), žaludek (ventriculus), tenké střevo – dvanáctník (duodenum), lačnick (jejunum) a kyčelník (ileum), tlusté střevo – slepé střevo



(caecum), červovitý přívěsek (apendix vermiformis), vzestupný tračník (colon ascendent), příčný tračník (colon transversum), sestupný tračník (colon descendens), esovitý tračník (colon sigmoideum) a konečník (rectum) (obr.1). (2)

**2. Žlázami** připojenými k trávicí trubici. Každý oddíl má své drobné žlázy uložené ve stěně trubice. K trávicí trubici jsou připojeny i velké žlázy – příušní žláza, podčelistní a podjazyková

sl

**Obrázek 1 – Schéma trávicí soustavy (15)**

Stěna trávicí trubice se skládá ze čtyř vrstev. Tyto čtyři vrstvy jsou pro celou trubici společné, pouze jednotlivé části mají některou z vrstev charakteristicky upravenou.

První vrstvu tvoří sliznice (mukóza), která vystýlá vnitřní povrch trávicí trubice. V některých oddílech je hladká (dutina ústní), jinde je složená v řasy (žaludek, tlusté střevo). V místech, kde v trávicí trubici dochází k resorpci (tenké střevo), jsou buňky sliznice opatřeny mikrokly, které zvětšují resorpční povrch. Sliznice trávicího traktu je až po žaludek (dutina ústní, hltan, jícen) pokryta vrstevnatým dlaždicovým epitelem. Zbývající část vystýlá sliznice tvořená epitelem válcovým a v mechanicky namáhaných oddílech (dutina ústní, hltan, jícen, koncová část trubice) je odolný, rychle se obnovující epitel dlaždicový. (2)

Druhou vrstvu tvoří podslizniční vazivo. Jde o vrstvu řídkého vaziva, které připevňuje sliznici ke svalovině trávicí trubice. Jsou zde nakupeny uzlíky lymfatické

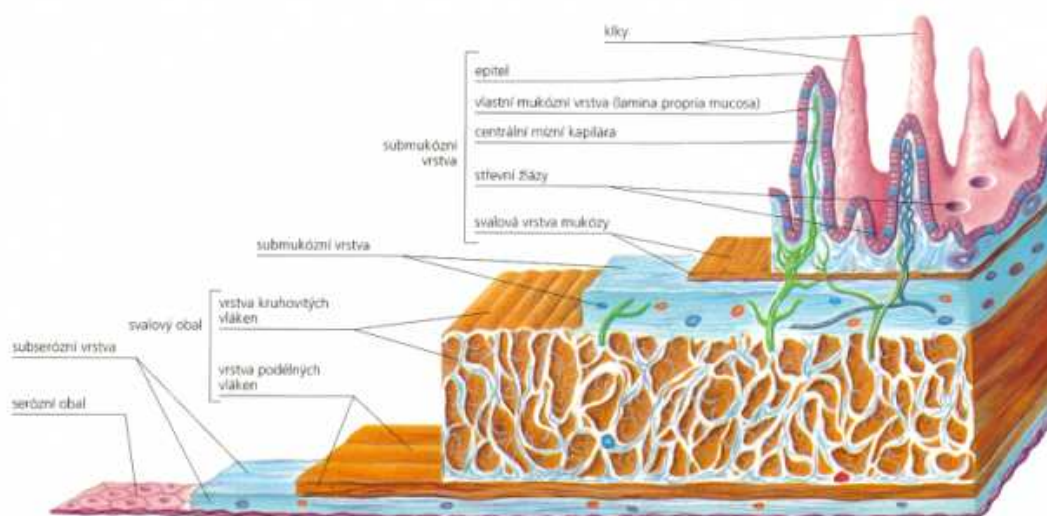
tkáně. Tato vrstva představuje ochrannou tkáň, která brání průniku škodlivin do krevního oběhu.

Třetí vrstvou je svalovina, která tvoří nejsilnější vrstvu stěny trávicí trubice a je tvořena převážně hladkým svalstvem. Pouze hltan, jícen a konečná část tračníku jsou tvořeny svalovinou příčně pruhovanou. Svalovina postupnými stahy umožňuje posun potravy trávicí trubicí. Ve svalovině střeva je uložena autonomní nervová pleteň, inervující hladkou svalovinu střeva.

Čtvrtá vrstva trávicí trubice je tvořena hladkou, lesklou blanou – serózou – peritoneem. V těch úsecích, kde trávicí trubice neprochází břišní dutinou (hrudník, pánev), tvoří povrch trubice tzv. adventicie.

### 1.2.1 Tenké střevo

Tenké střevo (intestinum tenue) je trubice zprohýbaná do kliček, dlouhá asi 3 – 5 metrů. Jednotlivé oddíly střeva – duodenum, jejunum a ileum – v sebe plynule přecházejí. Do duodena ústí vývod žlučových cest a vývody slinivky břišní. Vnitřní povrch tenkého střeva, na kterém dochází ke štěpení a vstřebávání většiny látek obsažených v chymu, je mnohonásobně zvětšen klky a slizničními řasami. Klky jsou paličkovité výběžky střevní sliznice, na kterých se vstřebávané látky transportují přes epitelové buňky do krevního oběhu, kterým se dostávají do jater. Podslizniční vazivová vrstva kľku je prostoupena cévními kapilárami, které zde tvoří mohutné pleteně. Vstřebává se zde 60% přijatých tuků. Pro resorpci látek ve střevě mají velký význam pohyby kľků. (obr.2) (1)



Obrázek 2 – Stěna tenkého střeva (16)

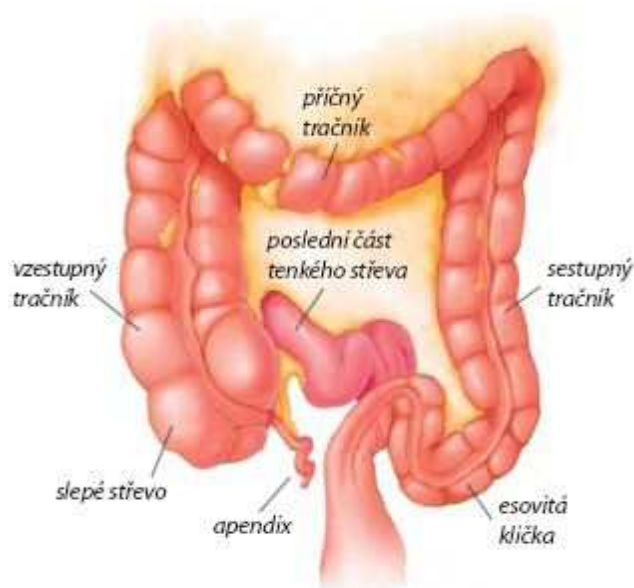


V první části tenkého střeva (duodenum a část jejunu) jsou kruhové a poloměsíčné řasy, které střevním obsahem otáčejí a zajišťují jeho dokonalé promíchání. V této části střeva dochází k hlavnímu štěpení živin, a proto je také tento úsek tenkého střeva širší, přibližně 2 – 3 cm. V druhé části střeva (část jejunu a ileum) se řasy snižují: převažuje resorpce štěpených látek do krevního a lymfatického oběhu. Žlázy uložené ve sliznici všech úseků tenkého střeva produkují střevní šťávu, která obsahuje enzymy a hlenovitou tekutinu zvlhčující slizniční povrch střeva. (1)

V místě vyústění ilea do tlustého střeva je vytvořena silná ileocekální chlopeň, která uzavírá průchod mezi tenkým a tlustým střeem. Chlopeň se otevírá pouze tehdy, když je obsah tenkého střeva dostatečně natráven. (2)

### 1.2.2 Tlusté střevo

Tlusté střevo (intestinum crassum, colon) je konečným asi 1,5 metru dlouhým oddílem trávicí trubice. První oddíl tlustého střeva – slepé střevo (coecum) je nejobtější. Další oddíly střeva jsou: vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transversum), sestupný tračník (colon descendens), esovitý tračník (colon sigmoideum) a konečník (rectum) (obr.3). Vzestupný tračník probíhá podél



**Obrázek 3 – Tlusté střevo**

pravého obvodu břišní dutiny, příčný tračník kříží břišní dutinu zprava doleva, sestupný tračník jde podél levé stěny břišní dolů do levé jámy kyčelní, kde esovitou kličkou vstupuje do pánve. (1)

Ve sliznici střeva je velké množství hlenových žlázek, jejichž produkt (hlen) chrání vnitřní povrch střeva při tvorbě a posunu odpadních látek. Sliznici tlustého střeva chybějí klky a sliznice vyváří pouze nízké řasy s malým množstvím resorpčních buněk. Cévní a mízní pleteně jsou vytvářeny těsně pod sliznicí, kde se formují sítě schopné



resorbovat velké množství vody a minerálních látek (Na, K, Cl, Ca, aj.)

Červovitý přívěšek (apendix vermiformis) je slepá výchlipka tlustého střeva. Apendix je silný asi jako tužka a je dlouhý 10 – 15 cm. Ve sliznici je nakupeno větší množství mízní tkáně. Časté záněty postihující tuto mízní tkáň činí ze zánětu apendixu nejčastější chirurgické onemocnění. Apendix je velmi pohyblivý a pouze jeho vyústění do slepého střeva má stálou polohu. (2)

V tlustém střevě se shromažďují nestrávené zbytky potravy a obsah střeva se zde hustí. Z obsahu tlustého střeva se vstřebávají hlavně některé minerály a cukry. Nejvíce vody se vstřebává ve vzestupném tračníku. K zahuštěnému obsahu se přidává hlen, který slepuje nestrávené zbytky potravy. (2)

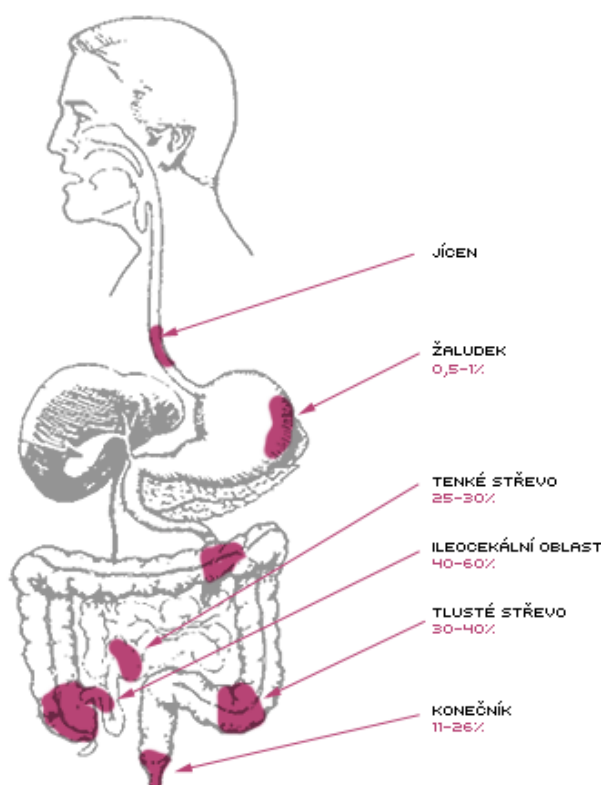
Konečným úsekem tlustého střeva v pánvi je probíhající 10 – 12 cm dlouhý konečník (rectum). Konečník probíhá před křížovou kostí a ústí na povrch těla řitním otvorem. Vyprazdňování stolice je reflexní děj, ke kterému dochází zpravidla jednou za 24 hodin. Nahromaděním stolice se v konečníku se v dutině konečníku zvýší tlak a napětí stěny vyvolá pocit nucení na stolicí. Ochabují svěrače konečníku a smršťují se břišní svaly a bránice, které zvyšují tlak na koncový úsek trávicí trubice, který se vyprazdňuje.

## 2 MORBUS CROHN, CROHNOVA NEMOC

### 2.1 Fyziologicko – patologický úvod

Crohnova nemoc je poměrně nedlouho známé postižení, v roce 1932 popsali Crohn, Ginsburg a Oppenheimer zánětlivé poškození konečného úseku tenkého střeva. Onemocnění bylo pojmenováno po prvním z nich. Crohnova nemoc je chronický transmurální zánět trávicí trubice, který proniká k seróze a do přilehlých uzlin. Zánět proniká celou stěnou, nezřídka je granulomatózní povahy. Příčina vzniku tohoto zánětu není jasná, Crohnova nemoc tedy patří mezi tzv. idiopatické střevní záněty (ISZ).

Vzhledem ke stoupajícímu počtu onemocnění hlavně u mladých lidí a lidí v produktivním věku života ve všech vyspělých státech světa je nyní toto onemocnění řazeno ke skupině civilizačních onemocnění. Může se projevit v kterémkoliv věku, i když maximum výskytu je v období puberty a druhý vrchol je mezi 50. – 60. rokem života. Onemocnění nejčastěji postihuje pacienty bílé rasy a častější výskyt má v severních zemích. Dědičnost nemoci nebyla spolehlivě prokázána, přestože byl sledován i vícečetný výskyt onemocnění v jedné rodině.

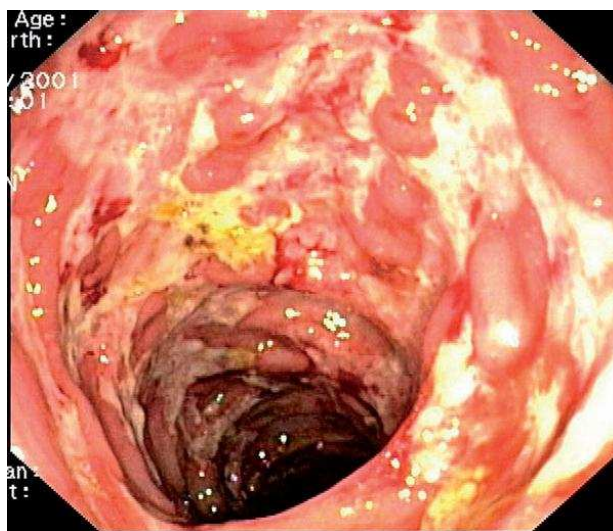


Crohnova nemoc může postihnout jakoukoli oblast gastrointestinálního traktu, od úst až ke konečníku. Nejčastěji se vyskytuje v oblasti ileokolické a kolické včetně anorektální (od této lokalizace jsou odvozeny i názvy nemoci – ileitis terminalis nebo novější název enteritis regionalis). Může se ovšem objevit i v proximálních oddílech trávicího traktu –

Obrázek 4 - Schematické znázornění lokalizací Crohnovy nemoci v trávicím traktu s procentem frekvence výskytu (11)

v jícnu, žaludku, duodenu a jejunu. (obr. 4)

Jedná se o nevléčitelné onemocnění s častými recidivami a relapsy. Typickým projevem je aftózní vřed s bělavým středem a zarudlým lemem. Prosáklá, zarudlá sliznice je rozdělena hlubokými fisurami, takže její charakteristický vzhled připomíná dlažební kostky. Pronikáním trhlín k seróze vznikají pro tuto nemoc příznačné píštěle. Postižené úseky se střídají s úseky s nepostiženými. Onemocnění má segmentární charakter. (4)



**Obrázek 5 - Endoskopický obraz Crohnovy nemoci s charakteristickými podélnými a hlubokými vředy (17)**

### 2.1.1 Etiologie Crohnovy nemoci

Crohnova nemoc patří mezi tzv. idiopatické střevní záněty (ISZ). Znamená to, že jejich příčina vzniku je nejasná, existuje pouze několik vzájemně na sebe působících okruhů příčin, které vedou ve střevní stěně ke vzniku vředů.

INFEKČNÍ ETIOLOGIE: konkrétní bakterie nebyla nikdy nalezena, přesto je ale mikrobiální osídlení střeva podmínkou chronického zánětu, protože indukuje tvorbu zánětlivých mediátorů podporujících vznik kolagenních depozit ve stěně střeva. Pro vznik Crohnovy nemoci mají především význam anaerobní bakterie (*Bacteroides spec.*) a některé kmeny *Escherichia coli*, izolované z ilea nemocných, protože produkují cytotoxiny, které poškozují střevní buňky.

Počátkem 90. let se stala populární teorie o vzniku Crohnovy nemoci jako následku perinatálně proběhlé infekce spalničkovým virem, protože v granulomech ve stěně mezenterických cév byly dekodovány papamyxoviry. Tato unikátní teorie nebyla však zatím nikým dalším potvrzena.(4)

Infekční teorii podporuje odpověď nemocných na mnohaměsíční terapii ATB, sulfonamidy nebo metronidazolem, ale i další terapeutická alternativa, ileostomie

s derivací střevního obsahu, díky níž se zánět u Crohnovy nemoci zhojí.

AUTOIMUNITNÍ MECHANISMUS ZÁNĚTU podporuje skutečnost, že T lymfocyty z oblasti céka, aktivované střevními bakteriemi (potravinové alergenů je neaktivují), vyvolají po přenesení na experimentální zvíře střevní zánět. Epitelová výstelka představuje hlavní součást střevní bariéry, která odděluje mohutný imunitní systém střeva od jeho lumen, plného množství bakteriálních a potravinových alergenů.

PORUŠENÍ FUNKCE SLIZNIČNÍ BARIÉRY (epitelové výstelky) vede k pronikání antigenů a obrovské stimulaci imunitního systému střeva, jehož důsledkem je nekontrolovaný zánět, který vrcholí destrukcí střevní tkáně. Protože největší hustota lymfatické tkáně je právě v oblasti terminálního ilea a céka, potvrzuje se tím kombinace autoimunitního působení a poškození epitelu.

DĚDIČNÉ VLIVY: Crohnova nemoc se vyskytuje familiárně. Bývá prokázána u jednovaječných dvojčat. Typická mendelovská dědičnost ani přesný gen zodpovědný za onemocnění zatím však zjištěn nebyl. Zdá se, že onemocnění má tzv. polygenní typ dědičnosti, kdy změna genomu je do značné míry modifikována vlivy vnějšího prostředí.

VLIV ZE VNĚJŠÍHO PROSTŘEDÍ: incidence (počet nových onemocnění za rok vztahený k celkovému počtu obyvatel určité lokality) a prevalence (počet všech onemocnění vztahených k určité časové jednotce) ISZ ve druhé polovině dvacátých let mnohonásobně stoupla, a proto je pravděpodobná souvislost se změnou životního stylu a diety (stravy jako takové), i když nebyla žádná konkrétní příčina zjištěna. (4)

### **2.1.2 Klinický obraz a příznaky Crohnovy nemoci**

Crohnova nemoc je velmi různorodá:

- *první ataka* (náraz) – první klinická manifestace choroby,
- *relaps* (opakovaná exacerbace choroby, klidová fáze),
- *remise* (klinicky asymptomatická fáze, ale s přetrvávající aktivitou, prokazatelnou laboratorně, histologicky, endoskopicky a rentgenologicky),

- *recidiva* (je exacerbace choroby v původně nepostížené lokalizaci).



Podle častosti exacerbací za poslední tři roky se u onemocnění 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.(4)

Crohnova nemoc může postihnout kteroukoliv část gastrointestinálního traktu, podle oblasti postižení se liší klinické příznaky.

Nejčastější je **ileocékální lokalizace**, u níž bylo onemocnění také poprvé popsáno. Příznaky typické pro tuto lokalizaci jsou bolesti břicha, teploty, průjmy většinou bez krve (3 – 6 stolic za 24 hodin) a hubnutí. Bolesti mívají dvojí charakter: trvale přítomná tlaková bolest v pravém podbřišku, která napodobuje apendicitidu, nebo křečovitě (kolikovitě) bolesti kolem pupku v závislosti na příjmu potravy, provázené výraznějšími střevními zvuky, nadýmáním, flatulencí a říháním. Na břiše v oblasti pravé jámy kyčelní bývá hmatná bolestivá tuhá rezistence, která odpovídá zánětlivému infiltrátu ileocékálního přechodu.

Při postižení **tenkého střeva** (jejunum a orální ileum) jsou typické příznaky neprospívání, hubnutí a dolní dyspeptický syndrom - přelévání střevního obsahu, škroukání, nadýmání, říhání, bolesti břicha za 1 - 2 hodiny po jídle s vystupňovanými střevními zvuky. Tyto potíže bývají vyvolány poruchou střevní pasáže při stenózách.

Přibližně u 30-40 % dochází k postižení **tlustého střeva**, v těchto případech onemocnění dominuje vysoká zánětlivá aktivita, průjmy, teploty a křečovitě bolesti břicha pod pupkem v těsné vazbě na vyprazdňování.

Při poměrně vzácné **anorektální** lokalizaci, která je prognosticky nepříznivá, nastává agresivní a vleklý průběh, při němž se vždy objevují komplikace. Subjektivní potíže jsou naopak nevýrazné a tenezmy vzácné, což kontrastuje s těžkými lokálními

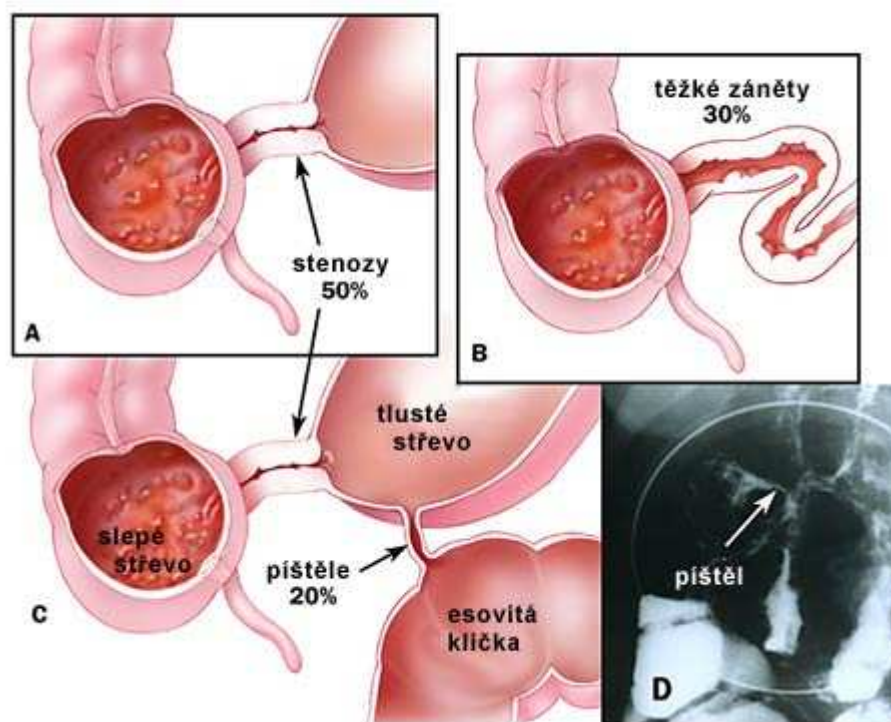
změnami.

(4)

### 2.1.3 Komplikace Crohnovy nemoci

U pacientů s Crohnovou nemocí se objevují nejrůznější komplikace, z nichž některé vyžadují chirurgický zákrok či specifickou léčbu. Mezi nejčastější komplikace Crohnovy nemoci patří perforace, píštěle, stenózy, fisury, abscesy, ale i další.

Perforace jsou nejčastěji kryté s rozvojem abscesu, např. v retroperitoneálním prostoru, ale objevují se i vzácné volné s následným vznikem peritonitidy. Píštěle mohou být perianální (v okolí análního otvoru), do močového měchýře či močovodu s následnou pyelonefritidou, do vaginy nebo s povrchem těla. Jako další poměrně častá komplikace se objevují stenózy, které mohou být izolované, ale i mnohočetné, dlouhé až několik centimetrů. Vznikají v důsledku dlouhodobého hnisání nebo jsou vyvolané tlakem zánětlivého infiltrátu, který vede k ileu (neprůchodnosti střev) nebo ke kompresi močovodu s následkem hydronefrózy. Další komplikací může být fisura nebo absces (porušení integrity střeva a následné vniknutí bakterií do stěny střevní). Kolorektální karcinom jako komplikace nemoci je vzácný. Objevují se i mimostřevní komplikace, jsou to například aritidy, polyaralgie, erythema nodosum, cholelithiasis (až ve 30%) a amyloidóza ledvin (4)



Obrázek 6 – Komplikace Crohnovy nemoci (10)



## 2.2 Diagnostika Crohnovy nemoci

Diagnostický algoritmus je pozitivní seznam vhodných vyšetření, která by měla být provedena pro stanovení diagnózy Crohnovy nemoci. Spektrum vyšetření je koncipováno tak, aby bylo možno stanovit diagnózu, lokalizaci a rozsah onemocnění, aktivitu choroby a její klasifikaci. Uvedené klinické a laboratorní parametry umožňují retrospektivně stanovit index Crohnovy nemoci podle Besta a endoskopickou klasifikaci podle Blackstona. Zvlášť jsou uvedena elektivní vyšetření, opírající se o speciální indikace, která nemusí být součástí základního diagnostického algoritmu.

Indexy aktivity Crohnovy nemoci nejsou standardní součástí k vyjádření aktivity v klinické praxi. Jejich přínos je nepochybný při kontrolovaných klinických zkouškách. Po vyjádření aktivity Crohnovy nemoci se nejčastěji užívá CDAI (Crohn's Disease Activity Index) dle Besta.

Doporučený diagnostický algoritmus zahrnuje:

1. Anamnézu
2. Fyzikální vyšetření
3. Biochemické vyšetření
4. Morfologická vyšetření
5. Pomocná vyšetření
6. Diferenciálně diagnostická vyšetření
7. Diagnostický závěr

### 1. Anamnéza

- *Rodinný výskyt* Crohnovy nemoci, ulcerózní kolitidy, celiakie a autoimunních onemocnění
- *Předchorobí*: kouření cigaret, speciální dietní návyky, užívání léků (zejména nesteroidních antirevmatik, látek návykových), hormonální antikoncepce, radioterapie, chemoterapie
- *Nynější onemocnění*: počátek prvních příznaků, datace stanovení diagnózy, přehled dosavadních vyšetření a jejich výsledků, přehled dosavadní terapie

- *Nynější onemocnění – aktuální stav:*
  - bolesti břicha,
  - průměrný počet stolic/24hod. za dobu posledních 7 dnů,
  - přítomnost patologických příměsí hlenů a krve stolicí,
  - přítomnost tenezmů,
  - tělesná hmotnost (doba a hmotnostní změna),
  - registrované poruchy pasáže (konkrétní popis),
  - registrované symptomy píštělí (konkrétní popis)
  - mimostřevní příznaky (kožní, kloubní, oční)
  - teplota v posledních 7 dnech
  - celkový subjektivní stav (dobrý, horší, špatný, velmi špatný)

## 2. Fyzikální vyšetření

- Váha, výška, orientační zhodnocení stavu výživy
- Přítomnost rezistence v břiše (popis)
- Přítomnost perianální afekce (píštěl, infiltrát, vřed)
- Nález na mimobřišních orgánech (klouby, oči, kůže)

## 3. Biochemická vyšetření

- ***Ke stanovení diagnózy***
  - bakteriologické vyšetření stolice na obligátní patogeny (*Salmonella enteritidis*, *Shigella flexneri*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica* a *pseudotuberculosis*),
  - parazitologické vyšetření stolice,
  - vyšetření klostridiového toxinu A,
  - vyšetření sérologie protilátek cytomegaloviru.
- ***Ke zjištění aktivity nemoci***
  - sedimentace,
  - krevní obraz,

- C-reaktivní protein (event. orosomukoid, alga-globulin).

- **Ke zjištění komplikací**
  - ALP, GMT (event.celý soubor jaterních testů),
  - prealbumin, celková bílkovina, albumin,
  - cholesterol,
  - Fe, celková vazebná kapacita, Ca, ionizovaný Ca, Zn,
  - urea, kreatinin,
  - moč chemicky + sediment.

#### 4. Morfologická vyšetření

- **Endoskopie**
  - *totální koloskopie* s histologickým odběrem materiálu makroskopicky postižené i nepostižené sliznice,
  - *gastroskopie* - eventuelně histologický odběr makroskopicky postižené sliznice,
  - *enteroskopie* - nepatří do základního vyšetření, výběrová metoda pro zvláštní indikace,
  - *endosonografie* - nepatří do základního vyšetření, výběrová metoda pro zvláštní indikace.

---

**Tabulka č.1 - Endoskopická klasifikace Crohnovy choroby dle Blackstona**

<b>A – stádium klidové</b>	Pozánětlivé změny, fibróza, vymizelá slizniční kresba
<b>B – stádium lehké aktivity</b>	Fokální nebo difúzní erytém
<b>C – stádium střední aktivity</b>	Aftoidní vředy do 5 mm v počtu nižším než 5 na segment 10 cm střeva
<b>D – stadium vysoké aktivity</b>	Vředy větší než 5 mm nebo v počtu vyšším než 5 na segment 10 cm střeva

---

Užití typu klasifikace endoskopického nálezu je odvislé od zkušeností a zvyklostí vyšetřujícího lékaře, je-li však klasifikační schéma užito, mělo by být pro srovnatelnost



nálezů

dodrženo

co

nejpřesněji.

- ***Histologie***

Je nezbytnou součástí základní diagnostiky při endoskopii. Bioptické vzorky by měly být odebrány vždy nejméně po dvou vždy z makroskopicky postižené a nepostižené sliznice.

- ***Radiodiagnostické metody***

- *enteroklýza* (k posouzení rozsahu postižení tenkého střeva a méně pokročilých slizničních změn – postup první volby),
- *rtg žaludku a pasáž tenkým střevem* (k posouzení rozsahu postižení žaludku a duodena a zhodnocení proximálně lokalizovaných stenotických změn trávicí trubice – postup druhé volby),
- *irigografie* (k posouzení elasticity stěn tračníku, přítomnosti stenóz, komunikujících tračníkových píštělí, délky a stenóz lačnicko-tračnickových anastomóz),
- *fistulografie* (k posouzení píštělí ústících zevně na povrch tělní, zejména perianálních),
- *nativní snímek břicha* (k posouzení komplikací - toxického megalokon, perforace, ileozního stavu),
- *NMR pánevního dna* (výběrová metoda k posouzení píštělí, infiltrátů a abscesů periproktálně lokalizovaných),
- *ultrasonografické vyšetření střev* – high resolution B mode scan 10Mhz (neinvazivní posouzení změn stěny střevní a záchytu komplikací),
- *CT břicha* (k posouzení komplikací – absces, infiltrát, postižení retroperitonea),
- *metody kombinované* (CT-enteroklýza ve speciálních indikacích).

- ***Metody nukleární medicíny***

- *scintigrafie značenými leukocyty* (výběrová metoda k posouzení komplikací a zánětlivé aktivity)

## 5. Pomocná vyšetření

Jsou indikována při klinickém podezření na možné mimostřevní projevy Crohnovy nemoci a/nebo komplikace léčby:

- oční vyšetření,
- dermatologické vyšetření,
- revmatologické vyšetření,
- pneumologické vyšetření,
- nefrologické vyšetření,
- kardiologické vyšetření.

## 6. Diferenciální diagnostická vyšetření

V rámci diferenciální diagnózy by měly být vyloučeny především:

- infekční entero-kolitidy (obligátní bakteriální patogeny, chlamydiová, herpetická, parazitická, sexuálně přenosné nemoci),
- cytomegalovirová kolitida (imunokompromitovaní jedinci, sérologie protilátek proti cytomegaloviru, genetické vyšetření DNA/RNA cytomegalovirové infekce),
- kolitida při AIDS.
- AAC (antibiotik-associated-colitis) včetně pseudomembranozní kolitidy klostridiové (anamnesa antibiotické terapie, vyšetření klostridiového toxinu A),
- NSAID entero-kolitida (entero-kolitidy při užívání nesteroidních antirevmatik),
- ischemická kolitida (věk, rizikové faktory, lokalizace segmentu postižení, specifických iriografický obraz, histomorfologie),
- kolitida při séronegativních spondylarthritidách,
- neutropenní kolitida,
- kolitida po transplantaci orgánů,
- postradiační kolitida.

## 7. Diagnostický závěr

Měl by zahrnovat diagnózu, klasifikaci Crohnovy nemoci, lokalizaci, aktivitu, komplikace a mimostřevní příznaky.

- *Klasifikace Crohnovy nemoci*

---

**Tabulka č.2 - Klasifikace Greenstein (De Dombal)**

<b>Typ A – agresivní – perforující</b>	Časté relapsy, chronická aktivita, komplikace abscesy, píštěle, častější mimostřevní projevy, častější nutnost chirurgické intervence
<b>Typ B – indolentní</b>	Méně relapsů (průměrně 1x za 3-5 let), vzácně chronická aktivita, komplikace stenózy, menší nutnost chirurgické intervence

---

---

**Tabulka č.3 - Vídeňská klasifikace**

<b>Věk v době diagnózy</b>	A1: méně než 40 let A2: více než 40 let
<b>Lokalizace<sup>1</sup></b>	L1: terminální ileum <sup>2</sup> L2: kolon L3: ileokolon L4: horní digestivní trakt <sup>3</sup>
	B1: nestenozující, neperforující B2: stenozující <sup>4</sup> B3: perforující <sup>5</sup>

<sup>1</sup>maximální extenze v době před první resekci

<sup>2</sup>limitace na terminální ileum s/bez přestupu na caecum

<sup>3</sup>lokalizace orálně od terminálního

<sup>4</sup>konstantní luminální nález (endoskopický, radiologický, chirurgický) stenózy s prestenotickou dilatací nebo známkami obstrukce, bez penetrace v minulosti

<sup>5</sup>nález intraabdominálních nebo perianálních píštělí, zánětlivého tumoru a/nebo abscesů

---

- *Lokalizace* (jícen, žaludek, jejunoileitida, ileitida, ileocekální forma, ileokolitida = terminální ileum + pravý tračník, kolitida, anorektální postižení, miliární forma).
- *Aktivita* (vyjádřená pomocí klinických známek aktivity empiricky jako lehká, střední, vysoká nebo pomocí indexů aktivity).
- *Komplikace* (krvácení, perforace, striktury, toxické megakolon, abscesy, píštěle, obstrukce, neoplazie, trombembolické komplikace, poruchy růstu a pohlavní diferenciacie v dětském věku).
- *Mimostřevní příznaky* (kožní, oční, kloubní, jaterní, ledvinové, plicní a srdeční).

## 2.3 Léčba Crohnovy nemoci

### 2.3.1 Konzervativní léčba

Konzervativní terapie Crohnovy nemoci zahrnuje následující léčiva, jejichž podání je závislé na aktivitě, lokalizaci střevního zánětu a také na podtypu choroby. K dispozici jsou přípravky těchto skupin:

- Aminosalicyláty
- Kortikoidy
- Imunosupresiva
- Antibiotika
- Anticytokiny
- Přípravky enterální a parenterální výživy
- Léčiva k symptomatické a podpůrné terapii (4)

### 2.3.2 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba patří do základního spektra terapeutických postupů nemocných s ISZ. Asi 50 – 70% nemocných s ISZ je během života operováno z důvodů komplikovaného průběhu onemocnění. Výsledky jsou závislé na správné indikaci k chirurgické terapii, vhodné operační taktice a provedení. Pooperační komplikace

nemocných s ISZ se významně neliší od komplikací u pacientů s jiným střevním onemocněním, pokud má pracoviště s chirurgickou léčbou ISZ dostatečnou zkušenost. Chirurgická léčba zpravidla navodí velmi rychlou remisi, což je v některých situacích výhodné (akcelerace růstu v pubertě, zlepšení nutričního stavu atd.).

Crohnova nemoc je onemocněním chirurgicky i konzervativně definitivně nevyléčitelné. Operačně se řeší komplikace či komplikované projevy Crohnovy nemoci a konzervativní léčby. Chirurgicky lze s výhodou navodit rychlou remisi onemocnění. Recidivující charakter onemocnění vede k obavám z navození syndromu krátkého střeva opakovanými resekčními výkony. Častější je však funkční malnutrice způsobená ztrátou resorpční plochy tenkého střeva poškozeného zánětem, obstrukcí či zkraty z přítomnosti píštělí. Další obavou z chirurgické intervence pro nemocného je nutnost relativně frekventovanější konstrukce stomie, někdy i trvalé (proktokolitida, perianální forma nemoci). Kvalita života nemocných se však po včas a správně indikované derivaci stolice významně zlepšuje. Cílem chirurgické terapie je rychlé snížení symptomů Crohnovy nemoci při nízké frekvenci pooperačních komplikací, zachování co možná nejdelšího úseku střeva a snížení nebo dokonce vysazení medikamentózní terapie.

## **Operační taktika**

- 1. Preference resekčních výkonů.**
- 2. Široké střevní anastomózy** typu end to end nebo side to side bez slepého vaku.
- 3. By-passové operace** jsou indikovány výjimečně pro ponechaný trvalý zdroj zánětu a možnost vzniku karcinomu ve vyňatém segmentu.
- 4. Délku střeva šetřící operace:**
  - A. konzervativní přístup k hranicím resekce (resekce přímo v makroskopicky nepostiženém úseku, i když mikroskopicky jsou zánětlivé změny prokazatelné v ponechaném úseku střeva),
  - B. strikturoplastika nahrazující násobný či příliš extenzivní resekční výkon tenkého střeva (fibrostenozující typ choroby, mnohočetné skip léze tenkého střeva, symptomatické striktury při synchronní resekcí, krátká recidivující stenóza ileokolické anastomózy, stenóza duodena),
  - C. preference konzervativní terapie u nefistulujícího a neobstrukčního typu,
  - D. správné načasování výkonu a limitované resekce,

E. segmentální resekce tlustého střeva při krátkém postižení.

5. **Resekce primárně postižené** (zdrojové) části střeva a pouze excize cílového orgánu.
6. **Konstrukce dočasné stomie** z důvodů ohroženého hojení anastomózy – intraabdominální sepse, nemožnost kompletní sanace zánětlivých ložisek, hypoproteinémie, významná peroperační krevní ztráta.
7. **Konstrukce stomie** (dočasné či trvalé) – z důvodů závažného distálního postižení, zejména proktitidy, pánevní sepse, análního postižení, perianální fistule.

## **Indikace k operaci**

### ***Akutní či urgentní indikace:***

- Volná perforace
- Masivní krvácení
- Toxická kolitida, megakolon
- Absces
  - při neúspěchu preferované perkutánní drenáže pod CT nebo USG kontrolou,
  - peroperačně je provedena zásadně pouze drenáž a definitivní ošetření CN je odloženo do odeznění zánětlivého tumoru.
- Obstrukce
  - tenkého střeva nereagující na intenzivní konzervativní terapii,
  - obstrukce tlustého střeva v terénu kolitidy Crohnova typu.

### ***Elektivní indikace k operaci:***

- Neúspěšnost konzervativní terapie, či její komplikace
  - přetrvávání symptomů, projevy malnutrice, růstové či vývojové retardace, některé rezistentní extraintestinální manifestace
- Nutnost dlouhodobého podávání vysokých dávek steroidů
- Obstrukce tenkého střeva nereagující na konzervativní terapii
- Obstrukce tlustého střeva
  - je-li podezření z malignity



- může být příčinou toxické dilatace tračníku
- Fistulující forma Crohnovy nemoci
  - enterokutánní, enterokolické, enterogastrické, enterovesikální, enterovaginální
  - symptomatické enteroenterální píštěle
- Perianální píštěle a pánevní sepse
  - vyžadují zvláštní přístup – viz níže
- Karcinom či podezření z malignity
- Obstrukce močových cest (obstrukční uropathie)
  - způsobená útlakem ze střevního zánětu

## **Chirurgický přístup dle specifické lokalizace Crohnovy nemoci**

### **1. Gastroduodenální lokalizace**

Lokalizace tohoto typu je většinou sdružená s jiným postižením, v tomto případě převažuje preference konzervativního postupu. Chirurgická terapie se provádí nejčastěji z indikace obstrukce (resekce, strikturoplastika, by-pass) či fistulace (excize, resekce, by-passová operace)

### **2. Crohnova nemoc tenkého střeva**

V případě difúzního postižení tenkého střeva (5% nemocných) převažuje jednoznačná preference konzervativního postupu, celková prognóza je velmi špatná. Chirurgická terapie je většinou vynucená závažnými komplikacemi (by-passová operace s rizikem pokračování choroby a vzniku Ca, resekce s rizikem syndromu krátkého střeva, podélné strikturoplastiky u fibrostenozujícího typu).

Pokud se jedná o primárně postižený segment s proximálně uloženými „skip“ stenotickými úseky, provádí se resekce primárního ložiska, strikturoplastiky proximálních stenotických úseků či krátké resekce. Asymptomatické proximální léze bez zúžení se ponechávají bez chirurgického řešení. Další možnosti chirurgické léčby jsou fistulce - dekonexe píštělí, resekce primárně postiženého střeva a excize ústí píštěle v cílovém orgánu.

U ileo-cékální Crohnovy nemoci (40 % operovaných) je symptomatická stenóza či fistulace absolutní indikací k operačnímu výkonu po řádné přípravě. V případě abscesu

je to drenáž, ATB, nutriční podpora a operace se provede po odeznění příznaků abdominální sepse. Podobně u flegmóny operaci předchází léčba ATB, nutriční podpora a po odeznění příznaků abdominální sepse nastupuje chirurgické řešení. Chirurgické terapie ileocékální resekce s primární anastomózou, by-passová operace či derivační stomie se provádějí výjimečně u vynucené operace s nálezem fixované flegmóny.

### **3. Crohnova nemoc tlustého střeva**

U pacientů s tímto typem Crohnovy nemoci je několik možností chirurgického řešení podle rozsahu postižení a formy nemoci.

Pokud je postižený úsek tračníku krátký, provádí se segmentální resekce, toto řešení je preferováno u nemocných nad 50 let (větší riziko dehydratace), v tomto případě se vyskytuje vysoká frekvence recidivy.

Subtotální kolektomie s ileorektální anastomózou se provádí při postižení tračníku relativně šetřící rektum, bez těžké perianální formy nemoci. Vykazuje velmi dobré funkční výsledky, je zaznamenána vysoká frekvence recidiv nad anastomózou.

Další možností je subtotální kolektomie s terminální ileostomií v případě kolitidy s proktitidou anebo perianální formou nemoci, případně pelvickou sepsí. Obnovení kontinuity střevní je možné spíše výjimečně, frekvence recidiv je nízká, je však třeba sledovat pahýl rekta.

Proktokolektomie s terminální ileostomií se provádí u kolitid se závažným postižením rekta, pánve, perianální oblasti. U této formy řešení je nízká frekvence recidiv, ale většinou zdoluhavé hojení perinea. Hrozí riziko poškození nervových plexů při operaci v inflamovaném terénu malé pánve (urogenitální funkce, fertilita)

Výjimečnou moderní indikací u nemocných s proktokolitidou Crohnova typu bez postižení tenkého střeva a perianálních píštělí je proktokolektomie s ileopouchanální anastomózou. Výhodou je zachovaná střevní kontinuita, nevýhodou vysoká frekvence zánětlivých a funkčních komplikací.

### **4. Perianální Crohnova nemoc**

Tato forma může být známkou aktivity proximální střevní formy, která vyžaduje konzervativní a/či chirurgickou léčbu, bez níž nelze očekávat dlouhodobé zlepšení

perianálních projevů. Perianální asymptomatické projevy medikamentózní či chirurgickou terapií nevyžadují. Symptomatická perianální forma Crohnovy nemoci se léčí kombinací konzervativní a chirurgické terapie s cílem:

1. zabránit septickým projevům (pelvická sepe)
2. uchovat kontinenci
3. zajistit únosnou kvalitu života nemocných

Taktika terapie spočívá nejprve ve vyloučení proximálního onemocnění tenkého či tlustého střeva (RTG, endoskopie) a pánevní sepse (biochemické vyšetření, NMR, CT, UZ) a následné léčby podle typu a rozsahu postižení. Pokud se v pánevní oblasti vyskytnou abscesy, je třeba je drénovat (cave – mitigované projevy pro abusus imunopresiv či ATB). Symptomatické píštěle vyžadují souběžnou medikamentózní a konzervativní chirurgickou terapii. Je prováděno vyšetření chirurgem v anestezii –



**Obrázek 7 – Řez stomií**

odběr tkáně k histologickému vyšetření (Ca!!), incize abscesů, otevření sekundárních traktů k sekundárnímu zhojení a dlouhodobé trasovací transrektální drenáže (ne elastické!). U jednoduchých, simplexních píštělí (nealterující svěrače) je provedena fistulotomie či fistulektomie. V případě komplexních píštělí, větvených a/či procházejících sfinkterovým komplexem či anovaginálních píštělí je aplikována dlouhodobá drenáž, dochází k sekundárnímu zhojení vedlejších traktů. Chirurgická léčba se liší podle míry zánětlivého postižení rekta, je-li postiženo minimálně, provádí se advancement flap ve 2. době, v případě zánětlivého postižení rekta se provádí

pouze drenáž. Pokud není možné trakty redukovat a dochází k opakovaným projevům pánevní sepse, či nemocný trpí inkontinencí, je chirurgickým řešením stomie (obr. 7) V případě chronického zánětu s celkovými projevy, komplexními píštělemi, podezřením na malignitu či v případě nález karcinomu se provádí exstirpace rekta.

### 2.3.3 Kolostomie a ileostomie

Jednou z možností chirurgického řešení komplikací Crohnovy nemoci je stomie - umělé vyvedení dutého orgánu na povrch těla. Rozlišujeme tři základní druhy stomií podle typu tohoto orgánu: kolostomie = vývod tlustého střeva, ileostomie = vývod tenkého střeva a urostomie = vývod močovodu.

Crohnova nemoc není jediným důvodem pro založení stomie, další příčiny jsou operace zhoubných i nezhojných nádorů, rychle se záněčující výchlípky tlustého střeva, perforace střeva, střevní uzávěr (ileus), střevní krvácení, nedostatečná funkce svalového svěrače (ztráta kontroly vyprazdňování), některé vrozené vývojové vady, poškození z ozařování jiných orgánů v malé pánvi, ale i jiné. (20)

Podle doby, na kterou je stomie vytvořena, se rozlišuje:

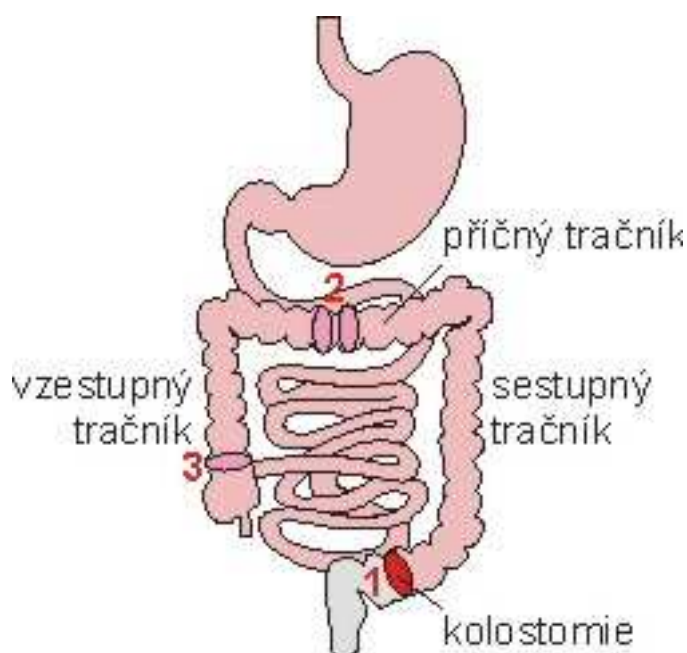
- **Dočasná stomie** = přechodný vývod, jehož uzavření je technicky možné po nějaké době, když ustoupí onemocnění či neprůchodnost. Dočasné stomie lze ve většině případů zrušit a střevo znovu napojit bez poškození jeho funkce. Proces opětového napojení obou oddělených konců střeva a zrušení vývodu je nazýván zanoření stomie.
- **Trvalá stomie** = nevratná, střevní vývod nebude nikdy zrušen většinou proto, že distální část střeva je neřešitelně postižena či byla exstirpována, je zakládána např. při závažných onemocněních či poškozeních svěrače. (21)

### Typy stomií podle chirurgické konstrukce

- **Dvouhavlňová stomie (axiální)** – stěnou břišní se protáhne celá klička střeva. Po otevření střeva má pak stomie dva otvory (hlavně) - tzv. přívodné (proximální) a odvodné (distální) rameno.
- **Terminální (koncová) stomie** je vývod prořátého tračníku či tenkého střeva s jedním koncovým ramenem .
- **Nástěnná stomie** je vyšití přední stěny střeva ke stěně břišní (nejčastěji cékostomie). Dnes se provádí jen velmi zřídka, protože derivace stolice takto není dostatečná. (21)

**KOLOSTOMIE** je souhrnný název pro vývody tlustého střeva, které jsou nejčastějším druhem vývodu. Vyšívá se bez vtažení a záhybů v úrovni povrchu stěny břišní tak, aby nedocházelo k zatékání stolice. Střevo může být vyvedeno v různých místech, od místa vyvedení se odvozují speciální názvy kolostomií (obr. 8):

- **sigmoideostomie (1)** - vývod na esovité kličce. Pokud je odstraněn i svěrač, je stomie trvalá.
- **transversostomie (2)** - vývod na příčném tračníku. V tomto případě se obvykle jedná o dvouotvorovou (dvouhlavňovou) stomii.
- **coecostomie (3)** - vývod na přechodu tenkého a tlustého střeva. Často bývá dočasná, účelem je odlehčit zbývající části tlustého střeva. (20)



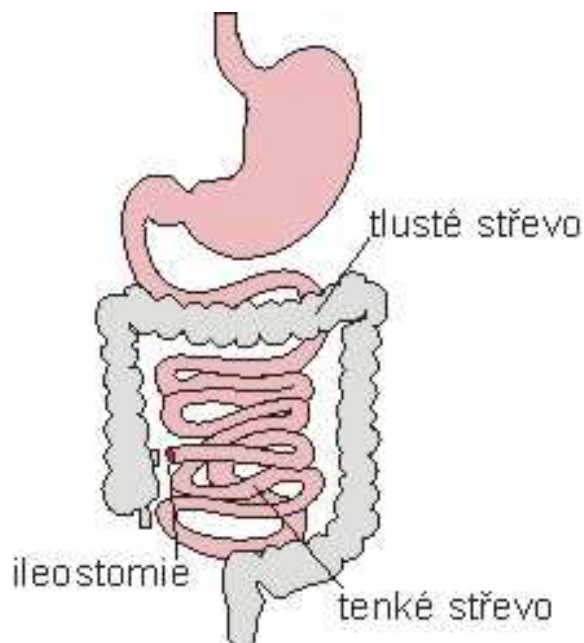
**Obrázek 8 – Typy kolostomií**



**Obrázek 9 – Vnější vzhled kolostomie**

Kolostomie je nejčastěji umístěna v levém podbřišku (sigmoideostomie) (obr. 9). Vývod je malý kruhový otvor červené barvy o průměru 2-5 cm, z něj samovolně odchází plyny a stolice, proto musí být používány sáčky pro zachycení výměšků. Její povrch je neustále vlhký a lesklý. Ve sliznici nejsou žádná nervová zakončení, proto není citlivá na bolest, nicméně při ošetřování je určitá opatrnost nutná, neboť se sliznice snadno poraní a začne krváčet.

**ILEOSTOMIE** - vývod tenkého střeva se provádí mnohem méně často než vývod tlustého střeva, její nejčastější příčinou je odstranění celého tlustého střeva. Mnohem vzácnější je přechodná ileostomie z důvodu uklidnění zánětu nebo po operačním zákroku na tlustém střevě. Ileostomie vždy přechází stěnu břišní. Tenké střevo je třeba při konstrukci stomie 5 cm evertovat, což usnadní ochranu kůže v okolí před agresivním střevním obsahem a zabrání vzniku serozitidy, která byla dříve často příčinou extrémního množství odpadů ze stomie a dehydratace pacientů. (21) Tenké střevo má trvalé peristaltické pohyby a žlučovitě zelený obsah neustále vytéká ven. Je proto nutno stále nosit sáček. (obr. 11b). V obsahu tenkého střeva je ještě mnoho tekutin a trávicích šťáv, které mohou po opakovaném styku s pokožkou způsobit poleptání. (20)



**Obrázek 10 - Ileostomie**



**Obrázek 11 – Vnější vzhled ileostomie**

**a – bez nasazeného stomického sáčku**

**b – s nasazeným stomickým sáčkem**



Stomie se ošetřuje adhezivní podložkou a sáčkem, do kterého odtéká střevní obsah. Systém pomůcek se užívá jednodílný (sáček a podložka jsou nedělitelné a po naplnění sáčku se vyměňuje celý systém) či dvoudílný (sáček se po naplnění vyměňuje za nový či vypouští). Stomické podložky jsou vytvořeny ze speciální hmoty, která dobře adhezuje ke kůži a zároveň jí chrání před kontaktem se střevním obsahem. Do vybavení patří i kosmetické přípravky k očištění kůže, adhezivní a bariérové pasty, pudr, irigační soupravy, krytky pro společenské příležitosti atd. (21) Moderní stomické pomůcky sice umožňují stomikům se co nejvíce plnohodnotně zapojit do běžného života, ale pro většinu z nich je možnost zanoření stomie nadějí na kvalitnější život. (20)



**Obrázek 12 – Stomické pomůcky**

## II. Praktická část

### 3 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA

#### 3.1 Identifikační údaje

Dne 4. 3. 2009 byla přijata 33-ti letá paní J. J. na chirurgické oddělení nemocnice Milosrdných Sester sv. Karla Boromejského s diagnózou (dále jen dg.) Crohnova nemoc pro přípravu na plánovaný výkon. Dne 5. 3. 2009 jí bylo ve stejné nemocnici provedeno plánované vyšetření konečníku v celkové anestezii a zrušení pojistné terminální ileostomie. Bezprostředně po výkonu byla přijata na lůžko chirurgické jednotky intenzivní péče (dále jen CHIP) k monitoraci a stabilizaci vitálních funkcí, infuzní terapii a k postupné zátěži gastrointestinálního traktu (dále jen GIT).

#### Osobní údaje:

- *Oslovení:* paní J.
- *Datum narození:* 26. 5. 1977
- *Pojišťovna:* Všeobecná zdravotní pojišťovna, VZP 111
- *Vzdělání:* středoškolské
- *Povolání:* prodavačka
- *Národnost:* česká
- *Bydliště:* Hovězí
- *Kontaktní osoba:* manžel Marcel

#### 3.2 Výťah z lékařské dokumentace

##### *Lékařská anamnéza*

*Nynější onemocnění:* pacientka přijata na plánované vyšetření konečníku v celkové anestezii, na zrušení pojistné terminální ileostomie a na obnovení kontinuity GITU.



*OA:* běžné dětské nemoci, od r. 2005 diagnostikována Crohnova nemoc, r. 2007 založena pojistná terminální ileostomie, drenáž retrovaginální fistulce, appendektomie ve 13 letech, jinak zdravá

*RA:* otec diabetik, po koronárním by-passu, matka lupenka

*FA:* hormonální antikoncepce Janine

*SA:* prodavačka, nyní v pracovní neschopnosti

*AA:* neudává

*Abusus:* nekouří, alkohol nepije, drogy neužívá

### ***Stav při přijetí***

Pacientka přivezena bezprostředně po výkonu z operačního sálu. Při vědomí, spontánně ventilující, na oslovení adekvátně reaguje, oběhově stabilizovaná. Somnolentní přiměřeně k pooperačnímu stavu.

Subjektivně má pacientka bolesti v oblasti operační rány a krku, nezvrací a pocit na zvracení neudává. Pacientka dýchá O<sub>2</sub> maskou. Obvazy na břicho jsou suché, neprosakují, Redonovy drény funkční, odvádí malé množství sangvinolentního odpadu.

Objektivně je pacientka při vědomí, orientovaná, eupnoická, bez ikteru a cyanózy, hydratovaná, výživa přiměřená, řeč bez poruchy.

**HLAVA:** bulvy ve středním postavení, volně pohyblivé všemi směry, bez nystagmu, zornice izokorické, skléry bílé, spojivky prokrvené, výstupy trigeminu nebolestivé, mimika mimovolní i volní v normě, oblouky patrové symetrické, hrdlo klidné, sliznice vlhké, jazyk plazí středem, bez povlaku.

**KRK:** šíje volná, náplň žilní nezvětšená, uzliny a štítná žláza nezvětšeny.

**HRUDNÍK:** poklep plný, jasný, dýchání sklípkové, bez vedlejších fenoménů, akce srdeční pravidelná, 2 ozvy.

**BŘICHO:** bolestivé na pohmat, obvazy suché, 2x Redonův drén, peristaltika 0, větry 0, játra a slezina nezvětšeny.

**KONČETINY:** na levé horní končetině zavedena periferní kanyla.

### Fyziologické hodnoty při příjmu:

TK: 115/70      P: 85'      SaO<sub>2</sub>: 93%      D: 22'      TT:36,8°C  
výška: 168 cm      váha: 59 kg      BMI: 20,9

## 3.3 Diagnosticko – terapeutická péče

### 3.3.1 Přehled provedených výkonů a vyšetření

Po celou dobu hospitalizace na CHIPu byly pacientce monitorovány a zaznamenávány fyziologické funkce, měřena bilance tekutin po 6 hodinách. Byly prováděny odběry biologického materiálu. Každý den převaz operační rány sestrou i lékařem. Délka hospitalizace byla 7 dní, od 5. 3. – 11. 3. 2009.

### *PŘEHLED HODNOT SLEDOVANÝCH FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ*

5. 3. 2009

hod.	13.30	14.30	16.00	18.00	20.00	24.00
TK	115/70	108/65	95/55	90/50	80/50	95/50
P/min	80	65	67	57	55	55
D/min	22	27	18	24	20	24
SaO <sub>2</sub>	93	98	99	99	98	98
TT/6			37,1°C		36,8°C	
P+V/24 hod. (13.30 – 4.00)						
Příjem tekutin: i.v. 1690 ml + p.o. 100 ml						
Výdej tekutin:            moč 500 ml + drény 140 ml						

**6. 3. 2009**

hod.	4.00	6:00	10.00	16:00	22.00	24.00
TK	95/50	100/65	88/50	90/50	90/55	100/55
P/min	65	88	80	75	77	80
D/min	20	22	18	20	18	18
SaO <sub>2</sub>	98	97	99	98	98	99
TT/6	36,4°C		36,8°C	36,7°C	36,9°C	
P+V/24 hod. (4.00 – 4.00)						
Příjem tekutin: i.v. 2790 ml + p.o. 300 ml						
Výdej tekutin:           moč 1160 ml + drény 40 ml						

**7. 3. 2009**

hod.	4.00	6:00	10.00	16:00	22.00	24.00
TK	95/60	100/60	110/50	100/60	85/55	90/55
P/min	60	62	65	70	64	58
D/min	18	20	20	18	16	16
SaO <sub>2</sub>	99	98	98	97	98	98
TT/6	36,5°C		37,2°C	36,5°C	36,3°C	
P+V/24 hod. (4.00 – 4.00)						
Příjem tekutin: i.v. 2920 ml + p.o. 480 ml						
Výdej tekutin:           moč 2150 ml + drény 150 ml						

8. 3. a 9. 3. 2009 byly zaznamenávány fyziologické funkce po 3 hodinách, bilance tekutin po 6 hodinách, monitorovalo se množství stolic, pacientka byla oběhově stabilizována.

10. 3 a 11. 3 2009 byly zaznamenávány fyziologické funkce po 6 hodinách, bilance tekutin po 6 hodinách, monitorovalo se množství stolic, pacientka byla oběhově stabilizována. Dále byla pacientka předána na standardní chirurgické oddělení.

## **VYŠETŘENÍ**

### **Laboratorní vyšetření (5. 3. – 11. 3. 2009):**

**Biochemická:** Na, K, Urea, Kreatinin, glykémie, CRP

Hodnoty se pohybovaly v rozmezí:

	norma
S – Na.....	139 – 140 mmol/l (133 – 148)
S – K.....	3,8 – 4,1 mmol/l (3,8 – 5,2)
S – urea.....	2,1 – 2,9 mmol/l (1,8 – 8,0)
S – kreatinin.....	62 – 73 umol/l (44 – 104)
S – gluk... ..	3,9 – 5,4 mmol/l (3.5 – 6.1)
S – CRP.....	15,2 – 39,1 mg/l

**Hematologická:**

	norma
erythrocyty.....	3,26 – 3,47 x 10 <sup>2</sup> /l (3,6 – 5)
leukocyty.....	3,1 – 4,7 x 10 <sup>9</sup> /l (3,9 – 11)
Hb.....	101 – 119 g/l (111 -153)
Htk.....	0,298 – 0,334 (0,34 – 0,46)
Trombocyty.....	124 – 128 x 10 <sup>9</sup> /l (120 – 400)

Vyšetření moči bez patologického nálezu.

### 3.3.2 Přehled farmakoterapie

Pacientka byla během hospitalizace na infuzní terapii z důvodu omezeného perorálního příjmu a jeho postupného zvyšování. Podávána kontinuální analgezie do přetrvávání bolestí, poté analgezie při bolesti.

#### ***Infúze:***

5. 3. 2009

**Plasmalyte kontinuálně (kont.) v = 100 ml/hod.**

6. 3. – 7. 3. 2009

**G 10 % 500 ml kont. v = 43 ml/hod.**

**Plasmalyte kont. v = 63 ml/hod.**

8. 3. – 10. 3. 2009

**G 10 % kont. v = 43 ml/hod.**

**Plasmalyte kont. v = 43 ml/hod.**

#### **Plasmalyte 1000 ml**

*Složení (S):* Natrii chloridum 5,26 g / l, Kalii chloridum 0,37 g / l, Magnesii chloridum hexahydricum 0,30 g / l, Natrii acetat trihydricus 3,68 g / l, Natrii gluconas 5,02 g/l

*Indikační skupina (IS):* k náhradě tekutin (např. po popálení, úrazu hlavy, zlomeninách, infekci a peritoneální iritaci), k náhradě tekutin během chirurgických výkonů, při hemoragickém šoku a klinických stavech vyžadujících rychlou transfuzi krve (kompatibilita s krví), u mírné až střední metabolické acidózy, a to i v případě poruch laktátového metabolismu

*Nežádoucí účinky (NÚ):* Během infuze nebo po infuzi Plasmalyte roztoku byly vzácně hlášeny následující nežádoucí účinky: Hypervolémie, tromboflebitida, žilní trombóza, horečka, bolest v místě vpichu, reakce v místě vpichu, flebitida v místě vpichu, podráždění v místě vpichu, infekce v místě vpichu a extravazace. S podáním Plasmalyte roztoku byly spojovány ojedinělé případy přecitlivělosti, alergie, křečí a kopřivky.

### **G 10 % 500 ml**

*S*: Glukosum alhydricum 100 mg v 1 ml roztoku

*IS*: infundabilium

*NÚ*: při delším podávání dráždí endotel tenkých periferních žil, rychlejší přívod může vyvolat hyperglykémii.

5. 3 – 8. 3. 2009

**Morphin 40 mg do 20 ml FR kont. injektomatem v = 0,8 ml/hod., (6. 3. v = 0,6 ml/hod., 7. 3. – 8. 3. v = 0,5 ml/hod., dále ex)**

### **Morphin Biotika 1% inj.**

*S*: Morphini hydrochloridum trihydricum 10 mg v 1 ml injekčního roztoku

*IS*: analgetikum – anodynum

*NÚ*: nevolnost, zvracení, zácpa, útlum dechu, ospalost, zmatenost, nízký krevní tlak, zadržování moče, sucho v ústech, pocení, zčervenání v obličeji, závratě, snížení nebo zvýšení srdeční frekvence, bušení na srdci, bolest hlavy

### ***Intravenózně podávané léky (i.v.):***

5. 3. – 8. 3. 2009

**Torecan 1 amp 3 x denně á 8 hod.**

### **Torecan inj.**

*S*: Thiethylperazini hydrogenoalvas 10,9 mg v 1 ml injekčního roztoku

*IS*: antiemetikum, antivertiginózum

*NÚ*: většinou dobře tolerován

5. 3. – 8. 3. 2009

**Ranital 1 amp 3 x denně á 8 hod.**

### **Ranital inj.**

*S*: Ranitidini hydrochloridum 55,9 v 1 amp 2 ml

*IS:* antiulcerózum

*NÚ:* většinou dobře tolerován

5. 3. – 10. 3. 2009

### **Novalgin 1 amp 3 x denně á 8 hod. při bolesti**

#### **Novalgin injekce inj.**

*S:* Metamizolum natriicum monohydricum 500 mg v 1 ml injekčního roztoku

*IS:* analgetiku, antipyretikuma

*NÚ:* svědění, pálení, zarudnutí místa kolem vpichu, kopřivka, otoky, dušnost, a méně často trávicími potížemi

#### ***Subkutánně podávané léky (s.c.)***

5. 3. – 11. 3. 2009

### **Clexane 0,4 ml 1x denně 11.00**

#### **Clexane inj. 0,4 ml**

*S:* Enoxaparinum natriicum 10000 IU anti-Xa (100mg) v 1 ml injekčního roztoku

*IS:* antitrombotiku, antikoagulant

*NÚ:* zjevné či skryté krvácení, hematomy v místě vpichu

### **3.3.3 Dietoterapie**

Paní J. je po výkonu, který si žádá postupné zatěžování gastrointestinálního traktu. Je zde zapotřebí postupně navyšovat perorální příjem a postupně přidávat stravu. Začínáme čistým dietním vývarem. Při dobré toleranci podáváme tekutou dietu, Nutridrinky a pokud se střevní peristaltika zcela obnovila, přecházíme na kašovitou dietu (D 1 chir). Dále postupujeme na dietu šetřící (D 2).

Nutný je dostatečný pitný režim, alespoň 2 litry tekutin během 24 hodin. Doporučuje se vypít toto množství pomalu v průběhu dne, nejlépe v období mezi jednotlivými jídly. Také v případě nápojů platí rozdílná tolerance i možný vliv na

průběh nemoci. Nedoporučuje se pít kávu, černý čaj a alkohol. Naopak doporučené jsou nápoje jako minerální voda, bylinkové čaje, přírodní šťávy ředěné vodou.



Po konzultaci s dietní sestrou jsme stanovily vhodné potraviny:

- Celozrnné pečivo, obiloviny (s výjimkou pšenice, která může působit problémy), rýže, pohanka, müsli.
- Ovoce a zelenina je lépe tolerována, pokud je lehce tepelně upravená. Zelenina může být dušená, výborné jsou i čerstvě připravené kompoty (bez přídavku cukru).
- Mléčné výrobky – lépe jsou snášeny kysané mléčné výrobky, neupravené mléko může střeva podráždit. Vyhnout by se pacientka měla taveným a plísňovým sýrům, raději volit sýry tvrdé.
- Ryby – vhodné je konzumovat pokrmy z ryb jednou až dvakrát týdně. Ryby obsahují omega-3 mastné kyseliny, které působí protizánětlivě a mohou pomoci probíhající zánět zmírnit.
- Maso a vejce neobsahují balastní látky, a proto mohou působit zácpu, v dolních částech trávicího traktu mohou navíc podléhat hnilobným procesům. Proto je nutné je konzumovat s mírou. Lépe stravitelné je libové maso – drůbeží, skopové, hovězí. Hůře stravitelné je vepřové, tučné hovězí maso, kachna, husa, uzeniny.
- Tuky a oleje – vhodné jsou především rostlinné oleje (slunečnicový, sójový, olivový) a neztužené živočišné tuky (máslo). Pacientka by měla omezit sádlo, margaríny, majonézy.

### **3.3.4 Fyzioterapie**

Pacientku necháme po výkonu do druhého dne prospat. Ráno 1. pooperační den dle stavu pacientky zjistíme její možnosti rehabilitace vzhledem k bolestem operační rány. Nejprve začneme edukací dechového cvičení. Následuje nácvik sedu na lůžku, poučíme pacientku, že na lůžku by správně měla vstávat přes pravý nebo levý bok, a to tak, že se otočí celým tělem na pravou nebo levou stranu a opačnou rukou se zapře a pomůže si takto zvednout se do sedu. Sedí s nohama dolů z postele. Během dne zkusíme nácvik stoje u lůžka a chůzi kolem lůžka. Večer by měla být pacientka schopna posadit se u lože. Následující den následuje chůze po chodbě s doprovodem. Pacientka by měla být schopna 3. pooperační den zvládat chůzi bez doprovodu.

### 3.3.5 Péče o operační ránu

#### Pooperační den 0.

Sledujeme vzhled a stav krytí, funkčnost drénů. Ránu nepřevazujeme.

#### Pooperační den 1.

Lékař provádí převaz. Desinfekce rány a okolí po odstranění krytí Cutasept sprejem. Tampon s Braunolem přímo do rány a sterilní krytí.

Braunol des.

*S:* Povidonum iodatum 75 mg v 1 g roztoku

*IS:* antiseptikum, dezinficiens

*NÚ:* lokální podráždění na kůži, zčervenání až zarudnutí

#### Pooperační den 2.

Lékař ráno při vizitě provádí převaz. Desinfekce rány a okolí po odstranění krytí Cutasept sprejem. Redonovy drény ex. Po drénech suché sterilní krytí. Přímo do rány tampon s Braunolem a suché sterilní krytí. Pacientka již může večer a ráno ránu sprchovat. Setra převáže stejným způsobem. Zhodnocení stavu rány – rána je klidná.

#### Pooperační den 3. – 6.

Převaz operační rány vždy po sprše, tampon s Braunolem a suché sterilní krytí. Zhodnocení stavu a hojení rány. Rána se hojí bez komplikací.

## 3.4 Stručný průběh hospitalizace

Paní J. byla přijata na chirurgickou jednotku intenzivní péče ze sálu 5. 3. 2009 ve 13.30 bezprostředně po výkonu vyšetření konečníku v celkové anestezii a zrušení pojistné terminální ileostomie. Pacientka byla přijata pro nutnost infusní terapie, monitorace fyziologických funkcí, sledování bilancí tekutin. Byla podávána analgetika. Postupné zatěžování gastrointestinálního traktu. Po stabilizaci stavu a pozitivních

bilancích tekutin byla pacientka 11. 3. 2009 přeložena na standardní chirurgické oddělení.

## 4 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

### 4.1 Záznam rozhovoru s pacientkou

#### *Fyziologické funkce*

Fyziologické funkce při přijetí pacientky ze sálu:

TK: 115/70            P: 85'            SaO<sub>2</sub>: 93%            D: 22'            TT:36,8°C

Pacientka byla přivezena ze sálu spontánně ventilující. Při poklesu saturace pod 95% podáván O<sub>2</sub> maskou, jinak podpora O<sub>2</sub> nebulizací. Pacientka byla při vědomí, orientovaná a klidná. Glasgow coma scale 15 bodů.

Slovní kontakt navazuje bez problémů, spolupracuje.

#### *Bolest*

Pacientka má bolesti operační rány a krku. Podávána kontinuální analgezie a Novalgin 1 amp při bolesti á 8 hod.

Bolest hodnotíme podle vizuální analogové škály VAS. Pacientka udává bolest intenzity č. 5 – 6. Dle ordinací lékaře je pacientka na kontinuální analgezii Morphinem 40 mg do 20 ml FR a při větších bolestech dále Novalgin 1 amp. á 8 hodin.

#### *Podpora zdraví*

Svůj zdravotní stav vnímá pacientka jako částečně dobrý. Příčinu současné hospitalizace zná. S ileostomií žila 2 roky. Plně si zvykla na péči o stomii a přizpůsobila svůj život omezením, která stomie jistým způsobem přináší. Nyní se těší, že vše bude relativně jako dříve. Dodržuje přísnou životosprávu a dietní omezení spojené s vývodem. V posledním roce neprodělala žádné nachlazení. Chodí pravidelně na lékařské prohlídky ke svému obvodnímu lékaři, gynekologovi, zubaři a v neposlední

řadě dochází do gastroenterologické poradny. Lékařské nařízení dodržuje důsledně. S mírou podávaných informací je spokojena.

### ***Výživa***

Před operací pacientka dodržovala stomickou dietu. V zásadě se jednalo o bezezbytkovou dietu, která je složená z potravin, které zanechávají ve stolici velmi málo zbytků. Nedráždí sliznici střeva a neprovokuje ke zvýšené peristaltice. Jí několikrát denně malé porce. Její BMI je 20,9, což je normální váha. Denně přijímá kolem dvou a více litrů tekutin. Pocitem žízně netrpí. Kožní turgor je v normě, sliznice jsou růžové, vlhké. Chrup má vlastní. Riziko dekubitů podle Nortonové není (34 bodů).

### ***Vylučování***

Nemocná se vyprazdňuje sama na WC, nyní má po operaci zaveden permanentní močový katetr z důvodu měření bilancí tekutin. Močí dostatečné množství. Stolice zatím nebyla, peristaltika není slyšitelná. Doma si vyprazdňovala stomický sáček sama.

### ***Aktivita, odpočinek***

Protože má svoji domácnost, zabezpečuje její chod sama. Držení těla je vzpřímené. Chůze je omezená bolestivostí operační rány. Běžné denní aktivity provádí ze začátku s lehkou pomocí a postupně je zvládá plně sama. Hodnocení soběstačnosti v nemocnici dle Barthelova testu – nezávislá (100 bodů). Doma ráda cvičí a jezdí na kole. Volný čas nemocná tráví s dobrou knihou. V nemocnici si povídá s ostatními pacientkami na pokoji a občas si čte knihu. Doma spí dobře, 8 hodin denně. Po probuzení se cítí odpočatá, i když musí v noci jednou vstát a vypustit si stomický sáček. Nejlépe se jí spí ve vyvětrané a chladné místnosti. Spánek v nemocnici je narušený změnou prostředí.

### ***Vnímání, poznávání***

Slyší dobře. Zrak má mírně zhoršený, používá brýle na čtení. Řeč je plynulá, paměť neporušená. Styl učení je logické a pozornost udrží stále. Vyjadřovací schopnosti jsou

průměrné. Vnímá se jako optimistu a v mnoha věcech si plně důvěřuje. Je klidné povahy. Nervózní bývá, pokud se v nějaké záležitosti jedná o rodinu. Nervozitu řeší tím, že se snaží zabavit mysl. Pacientka je plně orientována místem, časem, osobou i prostorem, vědomí má jasné. Při rozhovoru nemocná udržuje oční kontakt, nebojí se zeptat ošetřujícího personálu ani lékaře. Řeč má klidnou, dobře srozumitelnou.

### ***Vnímání sebe sama***

Podle svých slov je spíše mírnější povahy, konflikty ráda řeší v klidu. Nevyhledává stresové situace. Ráda o sobě rozhoduje sama. Nechá si poradit a ráda si nechá pomoci. Je ráda v kolektivu. Pacientka sebe sama hodnotí jako realistického optimistu, snaží se být příjemná a přátelská ke svému okolí.

### ***Vztahy***

Bydlí s manželem, děti nemá. Až se prý uzdraví a vůbec až to zdraví dovolí, chtěla by si dítě s manželem pořídit. Manžel je zaměstnaný jako kuchař v jedné restauraci poblíž místa, kde bydlí. Z časových a dopravních důvodů se za ní nemůže přijet podívat. Často si volají. Nyní kvůli nemoci je v dlouhodobé neschopnosti, do práce se ale ráda vrátí. V kontaktu s jinými lidmi se chová spíše asertivně.

### ***Sexualita***

Menstruace pravidelná od 14 let, bez obtíží. Užívá antikoncepci. Těhotenství 0, porody 0, potraty 0. Gynekologickou operaci prodělala v roce 2006. V oblasti sexuality žádné problémy neudává.

### ***Zvládání zátěže, odolnost proti stresu***

Zátěžové situace zvládá přiměřeně, díky maximální podpoře rodiny a vlastním zkušenostem je všechno jednodušší. Stres mívá málokdy, vyvolávalo ho pracovní napětí, teď když je doma, nestresuje se. Relaxuje na zahrádce, v zimě si vystačí s dobrou knihou.

### ***Životní princip***

Pacientka je bez vyznání. Nepřeje si zprostředkovat žádný kontakt. Za nejdůležitější ve svém životě považuje rodinu. Další hodnoty by podle důležitosti seřadila takto: zdraví, rodina, práce, peníze, záliby, cestování.

### ***Bezpečnost a ochrana***

Pacientka udává, že doma se o ni po propuštění z nemocnice bude starat maminka s manželem. V nemocnici jí hrozí riziko pádu vzhledem k analgetické medikaci. Nemocná je edukována a dodržuje preventivní opatření. Nemocná dodržuje hygienické zásady a správně pečuje o jizvu. Pacientce vzhledem k antikoagulační léčbě hrozí poškození léčbou Warfarinem (opatření viz ošetřovatelská péče).

### ***Komfort***

Pacientka vnímá bolest přiměřeně. Nyní cítí bolest operační rány. Na analogové škále bolesti VAS na stupnici 0 – 10 udává bolest na stupni 6. Dle ordinací lékaře je pacientka na kontinuální analgezií Morphinem 40 mg do 20 ml FR a při větších bolestech dále Novalgin 1 amp. á 8 hodin. Doma pacientka analgetika užívá zcela výjimečně. Manžel jí každý den volá na mobilní telefon, kvůli vzdálenosti se nemůže zastavit na návštěvu. Pacientka tuto skutečnost zvládá bez větších problémů. Manžel se každý den zajímá o průběh hospitalizace své ženy. Pacientka navazuje sociální kontakt bez problémů.

### ***Růst, vývoj***

Nemocná neuvádí žádné problémy v této oblasti.

## 4.2 Ošetrovatelské diagnózy

Sestavila jsem přehled ošetrovatelských problémů, jejich kódová označení jsou uvedena podle diagnostické klasifikace NANDA-International (14), a následně i plán ošetrovatelské péče.

Přehled ošetrovatelských problémů seřazený podle priorit pacientky:

1. **Akutní bolest** (00132)
2. **Nedostatečné dýchání** (00033)
3. **Porušená kožní integrita** (00046)
4. **Porušený spánek** (00095)
5. **Riziko deficitu tělesných tekutin** (00028)
6. **Riziko vzniku infekce** (00004)

### 4.2.1 Plán ošetrovatelské péče

#### **1. AKUTNÍ BOLEST**

z důvodu operační rány projevující se verbalizací, úzkostí a tachykardií.

#### ***CÍL:***

- zmírnit bolest do 30 minut
- odstranit bolest do 48 hodin

#### ***Výsledná kritéria:***

- pacientka zná důvod bolesti
- pacientka umí určit intenzitu bolesti podle VAS 0 – 10
- pacientka je informována o úlevové poloze
- pacientka je poučena o tišení bolesti analgetiky

#### ***Intervence:***



- zhodnot' lokalizaci a typ bolesti ihned po příjezdu ze sálu
- zhodnot' intenzitu bolesti podle stupnice VAS 0 – 10 (0 – znamená nepřítomnost bolesti, 10 – intenzivní bolest) ihned při příjezdu ze sálu
- zhodnot' vliv bolesti na pacientku do 60 minut
- zhodnot' účinnost všech opatření, které mírní a tiší bolest do 4 hodin
- vytvoř s pacientkou vztah vzájemné důvěry během dne
- vyvaruj se posuzujících výroků a vlastního hodnocení bolesti (zachovej profesionální neutralitu) vždy
- akceptuj bolest tak, jak ji vnímá pacientka během její hospitalizace
- stanovuj reálné cíle
- vysvětli vztah mezi bolestí a průběhem onemocnění ihned
- podporuj používání všech možných způsobů, které zmírňují bolest, pokud je to možné během dne
- podávej analgetika dle ordinace lékaře, dle žádosti pacientky během dne
- sleduj účinek léků a vše zaznamenávej do dokumentace
- založ záznam o bolesti
- sleduj verbální a neverbální projevy nemoci vždy
- sleduj a zaznamenávej fyziologické funkce á 1 hodina

### ***REALIZACE:***

#### **5. 3. 2009**

Dotazováním a za pomoci škály bolesti VAS 0 – 10 jsem zhodnotila stupeň bolesti, lokalizaci a typ bolesti. Zjistila jsem, že pacientka pociťuje intenzivní bolest celého břicha v klidu na lůžku a stěžuje si na bolest kolem operační rány. Lékař pacientce vysvětlil, že dnes má klid na lůžku, informoval ji o tišení bolesti pomocí analgetik. Popsal jí stručně průběh operace a bolest jí zdůvodnil jako následek velkého operačního zákroku. Bolest bude pacientka pociťovat i během rekonvalescence v nemocnici. Nemocná byla dále informována o analgezii (kontinuální analgezie Morphinem 40 mg do 20 ml FR, dále při bolesti Novalgin 1 amp i. v. á 8 hodin). Pacientka je informována o klidovém režimu. Nemocná verbalizuje bolest stupněm 6 dle škály bolesti VAS. Po zahájení kontinuální analgezie pacientka pociťuje zmírnění bolesti na stupeň 4 po

jedné hodině. Vytvořila jsem s pacientkou atmosféru vzájemné důvěry. Pacientce jsem vysvětlila, že je důležitá její spolupráce s ošetřujícím personálem ve prospěch její léčby.

### **6. – 8. 3. 2009**

Bolest přetrvává na stupni 2 VAS. Pacientce je stále podávána kontinuální analgezie Morphinem 40 mg do 20 ml FR, dále při bolesti Novalgin 1 amp i. v. á 8 hodin. Pacientce bolest nebrání v postupné rehabilitaci.

### **9. 3. 2009**

Pacientka udává bolest na stupni 1 a to zejména při pohybu. Již jí není ordinována kontinuální analgezie, Novalgin 1 amp i. v. je aplikován v pravidelných dávkách po osmi hodinách. Bolest pacientce nebrání v rehabilitaci. Bolest toleruje velmi dobře.

### **10. 3. 2009**

Bolest pacientka pociťuje zejména při pohybu. Novalgin 1 amp i. v. po 8 hodinách ordinovaný nyní jen při bolesti žádá pouze na noc.

### **11. 3. 2009**

Bolest je na stupni 1 na škále VAS. Analgetika pacientka nevyžaduje.

### ***HODNOCENÍ:***

Pacientka snáší bolest adekvátně ke zdravotnímu stavu a pooperačnímu období. Porozuměla příčině bolesti, čerpá z předešlých hospitalizací. Projevuje schopnost snižovat a upravovat si medikaci dle aktuálních potřeb a dokáže kontrolovat svoji bolest s použitím naučených technik. Je spokojená z dostatečné analgezie, má dostatek informací. Zmírnění bolestí pacientka udávala do hodiny po příjezdu ze sálu.

Obou cílů bylo dosaženo z pohledu sestry i pohledu pacientky.

## **2. NEDOSTATEČNÉ DÝCHÁNÍ**

z důvodu operačního výkonu projevující se sníženou saturací O<sub>2</sub>.

### ***CÍL:***

- pacientka má dostatečně okysličené tkáně
- pacientka dosáhne účinného dýchání

### ***Výsledná kritéria:***

- pacientce je podáván zvlhčený O<sub>2</sub>, inhalace
- pacientka je edukována o dechové rehabilitaci a provádí ji
- pacientka má fyziologické funkce v mezích normy
- pacientka má saturaci O<sub>2</sub> ve fyziologickém rozmezí

### ***Intervence:***

- podej zvlhčený O<sub>2</sub> dle ordinací lékaře dle potřeby
- sleduj fyziologické funkce, vědomí, saturaci O<sub>2</sub> á 1 hodina
- podávej léky, inhalaci dle ordinace lékaře během dne
- prováděj dechovou rehabilitaci během dne
- sleduj průchodnost dýchacích cest vždy

### ***REALIZACE:***

#### **5. 3. 2009**

Pacientka má při příjezdu ze sálu saturaci O<sub>2</sub> 89 %. Podala jsem kyslík maskou rychlostí 4 l/min. a podala ordinace i. v. dle ordinací lékaře. Zaznamenávala jsem hodnoty fyziologických funkcí do dokumentace po 15 minutách do stabilizace stavu pacientky. Po 1 hodině má pacientka saturaci O<sub>2</sub> 99 % na kyslíkové masce. Poučila jsem pacientku o správné technice dýchání. Po 5 hodinách na kyslíkové masce byla saturace O<sub>2</sub> stále 99 %. Pacientce jsem podávala O<sub>2</sub> nebulizací.

**6. 3. 2009**

Pacientka má saturaci O<sub>2</sub> v rozmezí 98 – 99 % bez podpory O<sub>2</sub> nebulizací. Inhalace odmítá. V dalších dnech pacientka podporu O<sub>2</sub> nepotřebovala.

***HODNOCENÍ:***

Pacientka nabyla účinného dýchání do pěti hodin po příjezdu ze sálu. Saturace O<sub>2</sub> byla ve fyziologickém rozmezí.

Cíle bylo dosaženo.

**3. PORUŠENÁ KOŽNÍ INTEGRITA**

z důvodu operačního výkonu projevující se jizvou.

***CÍL:***

- kožní integrita není porušena

***Výsledná kritéria:***

- rána je převazována 2 x denně
- založen záznam ošetřování rány
- převazy prováděny lékařem a ošetřujícím personálem

***Intervence:***

- pečuj o hygienu kůže
- dodržuj při převazech zásady asepse a antiseptiky
- prováděj převazy 2 x denně ráno a večer dle ordinace lékaře
- sleduj okolí rány vždy
- informuj pacientku o průběhu hojení rány vždy
- sleduj možnost krvácení z rány během dne

## ***REALIZACE:***

### **5. 3. 2009**

Pacientka byla přivezena ze sálu. Krytí na operační ráně po příjezdu ze sálu bylo suché, neprosakovalo, drény odváděly malé množství sangvinoletního odpadu. Ránu bylo třeba monitorovat á 1 hodina, z důvodu výskytu možných pooperačních komplikací, jako je krvácení. Dnes bez převazu.

### **6. 3. 2009**

Rána byla převázána lékařem při ranní vizitě. Sejmutí krytí z rány, desinfekce okolí rány, tampón s Braunolem desinfekcí byl vložen přímo do rány a vše překryto sterilním krytím. Pacientka je informována o stavu rány. Převaz nemocná zvládla bez větších obtíží. Dle lékaře je převaz ordinován 2 x denně a to ráno a večer. Pacientka zatím ránu nesprchuje. Rána je čistá, bez povlaků. Během dne monitoruji stav krytí na operační ráně, při větším průsaku Braunolu desinfekce navazuji vrstvu krytí. Večer převaz provádím bez lékaře. Hodnotím ránu jako klidnou.

### **7. 3. 2009**

Převaz ráno proveden lékařem. Postup stejný jako u předešlého dne, byly odstraněny Redonovy drény. Rána je klidná, bez povlaků. Lékař pacientku poučil o nutnosti ránu sprchovat ráno a večer proudem čisté vody po dobu alespoň 5 minut. Poté bude rána převázána sestrou. Terapie – Braunol přímo do rány a sterilní krytí. Pacientka je edukována a rozumí dané věci.

### **8. 3. 2009**

Pacientka ráno po probuzení jde do sprchy, ránu osprchuje proudem vody a zakryje sterilním krytím. Sestra ránu zkontroluje a převáže. Provede desinfekci okolí rány a dále postupuje s použitím Braunolu desinfekce přímo do rány dle ordinace a překryje ránu

sterilním krytím. Toto se opakuje 2 x denně, ráno a večer. Rána je klidná, čistá bez povlaků.

### **9. – 11. 3. 2009**

Převazy jsou u pacientky prováděny stále 2 x denně a to ráno a večer vždy po osprchování operační rány. Rána se pomalu zatahuje, je klidná, nepovleklá. Nemocná je informována o správném hojení své rány.

#### ***HODNOCENÍ:***

Pacientka při péči o ránu aktivně spolupracovala. Převazy byly prováděny asepticky. Po dobu trvání hospitalizace na našem oddělení se rána zcela nezhojila. Vzhled a stav rány byl monitorován 2 x denně při převazech. Rána byla čistá, bez povlaků. Postupně se uzavírala. Hojení probíhalo bez komplikací.

Cíle bylo dosaženo částečně.

### **4. PORUŠENÝ SPÁNEK**

z důvodu změny prostředí projevující se verbalizací, častým probouzením a neklidem.

#### ***CÍL:***

- zajistit kvalitní spánek
- délka spánku bude 6 hodin bez přerušení

#### ***Výsledná kritéria:***

- pacientka je po probuzení odpočatá a klidná
- pacientka spí v noci 6 hodin bez přerušení
- pacientka usne do 1 hodiny po uložení do lůžka
- pacientka je přes den dostatečně aktivizována

#### ***Intervence:***

- zhodnot' a identifikuj rizikové faktory do 2 hodin

- sniž množství rušivých podnětů z okolí
- udržuj tiché a klidné prostředí v nočních hodinách
- poskytni nemocné noční lampičku vždy
- koordinuj v noci všechny ošetrovatelské činnosti na možné minimum, aby se nerušil spánek nemocné
- limituj spánek během dne a stimuluj stav bdělosti
- udržuj čisté, teplé a pohodlné lůžko během dne
- podporuj pacientku, aby používala svůj obvyklý rituál před spaním
- sleduj bolest, podávej analgetika dle ordinace lékaře

### ***REALIZACE:***

#### **5. 3. 2009**

Pacientka je spavá po operačním výkonu. Rozhovorem jsem ji informovala o významu spánku a odpočinku a o kontinuální analgetické léčbě. Zjistila jsem, že pacientka má ráda před spánkem dobře vyvětranou místnost. Večer jsem upravila pokoj, zabezpečila jsem čisté a pohodlné lůžko. Noční sestra pořádně vyvětrala a na noc nechala přitvřené okno. Pacientka byla unavená a usnula půl hodiny po zhasnutí světla.

#### **6. 3. 2009**

Pacientka ráno udává, že je odpočatá a klidná. V noci spala klidně a nepřerušovaně. Bolesti neměla. Během dne je pacientka spavá díky silné analgetické léčbě, po rehabilitační cvičení s rehabilitační sestrou usne na dobu cca 1 hodiny. Večer jsem upravila pokoj, zabezpečila jsem čisté a pohodlné lůžko a nechala pootevřené okno.

#### **7. 3. 2009**

Pacientka udává, že v noci se několikrát budila, ale cítí se odpočatá. Přes den pacientku více aktivizují, začínáme s chůzí nejprve s doprovodem. Večer je pacientka



schopna chodit bez doprovodu. Po celém dni se cítí unavená a těší se na spánek. Bolest nepocítuje. Večer jsem znovu provedla úpravu lůžka a nechala pootevřené okno.

### **8. 3. 2009**

Pacientka při ranní hygieně udává, že je odpočatá. Spala celou noc bez probuzení a usnula téměř ihned po zhasnutí světla na pokoji. Večer jsem upravila pokoj, zabezpečila jsem čisté a pohodlné lůžko a nechala pootevřené okno.

### **9. – 11. 3. 2009**

Nemocná každé ráno udává, že se jí spalo výborně a ani jednou se nevzbudila. Je klidná a spokojená.

#### ***HODNOCENÍ:***

Pacientka umí popsat faktory, které jí brání ve spánku nebo zkracují její spánek. Ovládá relaxační techniky, které jí napomáhají spánku dosáhnout. Hypnotika neužívá, stačila jí dostatečná analgetická medikace. Nemocná ve většině případů usínala do hodiny po zhasnutí světel na pokoji. Má fyziologický spánek, spí 7 hodin v noci. Přes den se snaží aktivizovat činnostmi. Verbalizuje, že je odpočatá a klidná.

Cíle bylo z pohledu sestry dosaženo úplně.

### **5. RIZIKO DEFICITU TĚLESNÝCH TEKUTIN**

z důvodu omezeného perorálního příjmu tekutin po operačním výkonu.

#### ***CÍL:***

- zabránit deficitu tekutin

#### ***Výsledná kritéria:***

- pacientka je seznámena s infuzní terapií
- pacientka ví o omezeném perorálním příjmu
- pacientka zná důvod omezeného perorálního příjmu

- bilance tekutin jsou v pozitivních hodnotách
- laboratorní hodnoty jsou v mezích normy

***Intervence:***

- sleduj bilance tekutin á 6 hodin
- informuj lékaře o hodnotách bilancí vždy
- podávej infuzní terapii dle ordinací lékaře během dne
- pouč pacientku o omezeném perorálním příjmu tekutin vždy
- monitoruj fyziologické funkce á 1 hodina
- sleduj množství, barvu a příměsi moče vždy
- sleduj kožní turgor vždy
- monitoruj laboratorní výsledky
- pouč pacientku o zapisování příjmu tekutin do bilanční karty

***REALIZACE:***

**5. 3. 2009**

Pacientka je po výkonu. Perorální příjem tekutin dnes omezen na minimum, lékařem ordinován čaj na svlah od 18.00 hodin. Dále ordinována infuzní terapie Plasmalyte kontinuálně (kont.) v = 100 ml / hod. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem tekutin 1790 ml, výdej tekutin 640 ml, celková bilance + 1150 ml. Moč je koncentrovaná, bez příměsí, kožní turgor v normě, rty a sliznice vlhké.

**6. 3. 2009**

Pacientka stále na infuzní terapii G 10 % 500 ml kont. v = 43 ml / hod. + Plasmalyte kont. v = 63 ml / hod. Ordinovaný perorální příjem za 24 hodin je 300 ml tekutin. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem tekutin 3090 ml, výdej tekutin 1200 ml, celková bilance + 1890 ml. Moč je koncentrovaná, bez příměsí, kožní turgor v normě, rty a sliznice vlhké. Stolice 0.

**7. 3. 2009**

Pacientka stále na infuzní terapii **G** 10 % 500 ml kont. v = 43 ml / hod. + Plasmalyte kont. v = 63 ml / hod. Ordinovaný perorální příjem za 24 hodin je 600 ml tekutin. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem tekutin 3400, výdej tekutin 2300 ml, celková bilance + 1100 ml. Moč je čirá, bez příměsí, kožní turgor v normě, rty a sliznice vlhké. Stolice 0.

### **8. 3. 2009**

Pacientka stále na infuzní terapii **G** 10 % 500 ml kont. v = 43 ml / hod. + Plasmalyte kont. v = 43 ml / hod. Ordinovaný perorální příjem za 24 hodin je 900 ml tekutin. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem tekutin 3100, výdej tekutin 2450 ml, celková bilance + 650 ml. Moč je čirá, bez příměsí, kožní turgor v normě, rty a sliznice vlhké. Stolice 4 x, řídká, průjmovitá.

### **9. 3. 2009**

Pacientka stále na infuzní terapii **G** 10 % 500 ml kont. v = 43 ml / hod. + Plasmalyte kont. v = 43 ml / hod. Ordinovaný perorální příjem za 24 hodin je 1200 ml tekutin. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem tekutin 3600 ml, výdej tekutin 2050 ml, celková bilance + 1550 ml. Moč je čirá, bez příměsí, kožní turgor v normě, rty a sliznice vlhké. Stolice 10 x, řídká, průjmovitá.

### **10. 3. 2009**

Pacientka stále na infuzní terapii **G** 10 % 500 ml kont. v = 43 ml / hod. + Plasmalyte kont. v = 43 ml / hod. Ordinovaný perorální příjem za 24 hodin je 1500 ml tekutin + na oběd a večeři dietní bujón. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem tekutin 3800 ml, výdej tekutin 2200 ml, celková bilance + 1600 ml. Moč je čirá, bez příměsí, kožní turgor v normě, rty a sliznice vlhké. Stolice 11 x, řídká, průjmovitá.

### **11. 3. 2009**

Pacientka bez infuzní terapie. Ordinovaný neomezený perorální příjem, nejméně ovšem 2000 ml + na oběd a večeři bujón. Překlad na standardní oddělení.

### ***HODNOCENÍ:***

Pacientka měla po celou dobu hospitalizace pozitivní bilance tekutin. Dodržovala omezení v perorálním příjmu. Byla seznámena, že tekutiny ztrácí i řídkou stolicí. Pitný režim dodržovala.

Cíl byl splněn.

## **6. RIZIKO VZNIKU INFEKCE**

z důvodu operační rány, kanylace žilního řečiště, permanentního močového katétru a Redonova drénu.

### ***CÍL:***

- zabránit vzniku infekce

### ***Intervence:***

- kontroluj místo vstupu 1 x denně
- sleduj funkčnost a délku zavedení i. v. vstupu vždy
- při převazech a manipulaci s i. v. vstupy postupuj asepticky vždy
- dbej na řádnou hygienu rukou vždy
- převazy prováděj dle ordinace lékaře vždy
- včas diagnostikuj místní známky infekce
- sleduj příznaky celkové infekce
- sleduj barvu a příměsi moči

### ***REALIZACE:***

#### **5. 3. 2009**

Při příjezdu ze sálu měla pacientka zavedeny tyto vstupy – i. v. kanylu, permanentní močový katétr, 2x Redonův drén. Obvaz na operační ráně neprosakoval.

### **6. 3. 2009**

Vstupy jsou bez známek infekce. Moč je bez příměsí. Rána je klidná.

### **7. 3. 2009**

Ráno při převazu jsou pacientce odstraněny Redonovy drény. Kanyla 3. den funkční, bez známek zánětu. Permanentní močový katetr 3. den ponechán. Moč bez známek infekce, rána je klidná. Převazy operační rány 2 x denně.

### **8. 3. 2009**

Pacientce odstraněn permanentní močový katetr, moč je čirá, bez příměsí. Kanyla přepíchnuta. Operační rána klidná.

### **9. 3. 2009**

Operační rána klidná, bez povlaků. Kanyla 2. den, funkční, bez známek zánětu.

### **10. 3. 2009**

Kanyla 3. den, funkční, bez známek zánětu. Operační rána je klidná, dobře se hojí. Pacientka bez známek celkové infekce. Moč je čirá, bez příměsí.

### **11. 3. 2009**

Pacientka překládána na standardní oddělení bez invazivních vstupů, bez známek infekce nebo zánětu.

### ***HODNOCENÍ:***

Po celou dobu hospitalizace byla pacientka bez známek komplikací.

Cíle

bylo

dosaženo.

## ZÁVĚR

Ve své práci jsem zpracovala kazuistiku pacientky s diagnózou Crohnovy nemoci po rozsáhlém operačním výkonu, kdy jsem se zabývala pooperační péčí po zanoření ileostomie. V teoretické části práce se zabývám jednak anatomicko – fyziologicky trávicí trubicí, která bývá nejčastěji postižena Crohnovou nemocí a jednak Crohnovou nemocí samotnou. Popisuji zde základní definici Crohnovy nemoci, fyziologicko – patologickou stránku, etiologii, klinický obraz, klinické příznaky, komplikace, diagnostiku, konzervativní a chirurgickou léčbu, speciálně jsem se zaměřila na ileostomii a její zanoření.

Náplní praktické části je realizace ošetrovatelského procesu u konkrétního klienta s diagnózou Crohnova nemoc po operačním výkonu zanoření ileostomie v období hospitalizace na chirurgické jednotce intenzivní péče.

V praktické části práce jsou na základě získaných informací a zpracování údajů formulovány ošetrovatelské diagnózy, stanoveny cíle, intervence a plán ošetrovatelské péče. Nedílnou součástí je také realizace ošetrovatelských intervencí a zhodnocení jejich účinnosti.

Během mé ošetrovatelské péče o pacientku se mi podařilo vyřešit spolu s ostatním ošetřujícím personálem všechny stanovené ošetrovatelské problémy. Jestliže bude pacientka dodržovat všechna lékařem stanovená preventivní opatření a bude – li se vyhýbat rizikovým faktorům, mohou se její potíže minimalizovat.



## Seznam použité literatury a zdrojů

- 1) DYLEVSKÝ, I.; TROJAN, S. *Somatologie II*. Praha: Avicenum, 1983, s. 343 – 390. ISBN 08-34-83
- 2) DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. Olomouc: EPAVA, 2000, s. 254 – 275, 282 – 285. ISBN 08-34-83
- 3) FERKO, A.; VOBOŘIL,Z.; ŠMEJKAL, K.; BEDRNA, J. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada, 2002, s. 327 – 331. ISBN 80-247-0230-4
- 4) ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2006, s. 227 – 236. ISBN 80-247-1148-6
- 5) DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2*. Přpracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-0242-8
- 6) HRABOVSKÝ, J. a kol. *Chirurgie. 2*. Vydání. Praha: Eurolex bohemia, 2006, ISBN 80-868661-49-X
- 7) MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství II. Díl*. Vydala Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2004, ISBN 80-7254-302-0
- 8) TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Institut pro další vzdělání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, ISBN 80-7013-324-4
- 9) STANGE, E. F. a kol. *Colitis ulcerosa – Morbus Crohn. 2. vydání*. Bremen, 2004, ISBN 3895998281
- 10) *Crohnova nemoc*. Stránky občanského sdružení pacientů s IBD. Dostupné z WWW: <<http://www.crohn.cz>>.
- 11) KRÁLOVÁ H. *Crohnova nemoc*. Dostupné z WWW: <<http://www.strevni-zanety.cz/>>.
- 12) *Standardy diagnostiky a léčby idiopatických střevních zánětů*. Dostupné na WWW: <<http://www.strevni-zanety.cz/materialy-ke-stazeni>>.

- 13) MATERNA O. *Dieta u Crohna*. Dostupné z WWW: <<http://www.strevni-zanety.cz/dieta-crohn>>.
- 14) RALPH, S., S. *Abecední řazení ošetrovatelských diagnóz dle základního pojmu, Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2005-2006*, Philadelphia: NANDA, 2005. 291 s. ISBN 0-9637042-4-9. Dostupné z WWW: <<http://mefanet.upol.cz/res/file/diagnostika-v-oseetrovatelstvi/tab2.pdf>>.
- 15) *Schéma trávicí soustavy* Dostupné z WWW: <[http://www.eamos.cz/amos/demo/externi/demo\\_25193/SchemaTS.jpg](http://www.eamos.cz/amos/demo/externi/demo_25193/SchemaTS.jpg)>.
- 16) KÁČEREK Adam. *Lidské tělo, tenké a tlusté střevo*. 23.11.2008 Dostupné z WWW: <[http://nd01.jxs.cz/894/682/bcbd304585\\_37310509\\_o2.png](http://nd01.jxs.cz/894/682/bcbd304585_37310509_o2.png)>.
- 17) LUKÁŠ, M. *Idiopatické střevní záněty a biologická léčba* 4.9.2009 Dostupné z WWW: <[www.zdn.cz/.../idiopaticke-strevni-zanety-447153](http://www.zdn.cz/.../idiopaticke-strevni-zanety-447153)>.
- 18) MARADA, T. *Crohnova choroba*, 7.10.2006 Dostupné z WWW: <<http://www.ordinace.cz/clanek/crohnova-choroba/>>.
- 19) HOUSOVÁ, J. *Prevence nádoru tlustého střeva a konečníku*. Dostupné z WWW: <[www.obesity-news.cz/?pg=clanek&id=139](http://www.obesity-news.cz/?pg=clanek&id=139)>.
- 20) LÚČAN J.: *Co je stomie* Dostupné z WWW: <<http://www.ilco.cz/CoJeStoma.html>>.
- 21) ŠERCLOVÁ Z., ANTOŠ F. *Nemocný s ileostomií a kolostomií* Dostupné z WWW: <<http://www.cls.cz/dp>>.