

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S COLITIS ULCEROSA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ŠTĚPÁNKA MIKULÁŠKOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Mikulášková Štěpánka
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s Colitis ulcerosa

Nursing Process for Patient with Ulcerative Colitis

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

V Praze dne: 31. 10. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.5.2012

Mikulášková

Štěpánka Mikulášková, I DiS

ABSTRAKT

MIKULÁŠKOVÁ, Štěpánka. Ošetřovatelský proces u pacienta s Colitis ulcerosa.
Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce:
PhDr. Hana Belejová, PhD. Praha. 2012. 61 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetřovatelský proces u pacienta s Colitis ulcerosa (relaps nemoci), který byl hospitalizovaný na metabolické jednotce intenzivní péče interního oddělení. Teoretická část je věnována samotnému střevnímu zánětu. Popisuje nemoc z různých hledisek. Rámcově poukazuje i na psychologickou stránku nemoci. Praktická část se zaměřuje na metodiku práce. Specializuje se na zpracování ošetřovatelského procesu, který zahrnuje sběr informací, stanovení ošetřovatelských diagnóz i jejich hodnocení na základě potřeb pacienta. V období hospitalizace by měl pacient porozumět podstatě nemoci prostřednictvím edukace, která navazuje i na období po propuštění. Osvojení si dietních návyků může snížit pravděpodobnost vzniku dalších komplikací.

Klíčová slova

Colitis ulcerosa. Edukace. Střevní zánět. Intenzivní péče. Ošetřovatelský proces.

ABSTRACT

MIKULÁŠKOVÁ, Štěpánka. Nursing Process for Patient with Ulcerative Colitis. The College of Nursing, o.p.s. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Hana Belejová, PhD. Praha. 2012. 61 pg.

The main topic of the bachelor's thesis is the treating process of the patient suffering Ulcerative colitis (relapse of the disease), who was hospitalised at the metabolic intensive care unit at the department of Internal Medicine. The theoretical part is dedicated to the colitis itself. It describes the disease from different points of view. The practical part is focused on the methodology of work. It focuses on the processing of the treating process, which includes gathering of data and specification of treating diagnosis and their evaluation on the base of patient's needs.

At the time of hospitalisation the patient should understand the fundamental facts about the disease via education, which is connected also to the time of releasing. Learning the diet habits can decrease possibility of formation of other complications.

Key words

Ulcerative colitis. Education. Colitis. Intensive care. Treating process.

PŘEDMLUVA

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice nemoci Colitis ulcerosa na význam dodržování preventivních opatření, zejména na výběr vhodných potravin a redukce stresu, které mají podstatný vliv na prognózu a léčbu nemoci. Zdraví a psychická pohoda souvisí ze zdravým životním stylem. K výběru tématu mě ovlivnila osobní praxe všeobecné sestry na metabolické jednotce intenzivní péče. Podklady pro práci jsem získala z knih, časopiseckých pramenů, ošetrovatelské dokumentace a osobním kontaktem s pacientem.

Práce je určena studentům zdravotnických oborů a všeobecným sestřám. Mohou v ní najít podnětné rady v rámci péče o pacienta s touto diagnózou.

Touto cestou vyslovuji poděkování PhDr. Belejové Haně, PhD. za metodické vedení bakalářské práce a poskytnutí podnětných rad. Děkuji též pracovníkům zdravotnického oddělení, u nichž probíhal sběr informací.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	12
-------------------	-----------

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Charakteristika onemocnění	13
---	-----------

1.2 Etiologie	13
----------------------------	-----------

1.3 Průběh nemoci	15
--------------------------------	-----------

1.4 Klinický obraz nemoci	15
--	-----------

1.4.1 Dělení podle rozsahu postižení	15
--	----

1.4.2 Obecné klinické a mimostřevní příznaky	16
--	----

1.5 Hodnocení aktivity nemoci	18
--	-----------

1.6 Diferenciální diagnóza a jiné druhy kolitid	19
--	-----------

1.7 Diagnostika onemocnění	20
---	-----------

1.8 Terapie onemocnění	22
-------------------------------------	-----------

1.9 Komplikace a prognóza nemoci	27
---	-----------

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Anamnestické údaje	28
-------------------------------------	-----------

2.2 Posouzení současného stavu pacienta	31
--	-----------

2.3 Medicínský management	41
--	-----------

2.4 Stanovení ošetrovatelských diagnóz	44
---	-----------

2.5 Ošetrovatelský proces u pacienta s Colitis ulcerosa	45
--	-----------

2.6 Doporučení pro praxi	51
---------------------------------------	-----------

ZÁVĚR	52
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ.....	54
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Tlusté střevo	16
Obrázek 2 Resekát tlustého střeva při toxické kolitidě	19
Obrázek 3 - 5 Elektivní chirurgická operace	26
Tabulka 1 Hodnocení aktivity nemoci podle CAI od Rachmilewitze	18
Tabulka 2 Klasifikace endoskopických nálezů UC (Mařatka)	21

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- absces** – dutina vyplněná zánětlivým obsahem
- aerobní** – probíhající za přítomnosti kyslíku
- anastomóza** – spojka mezi dvěma dutými orgány
- anémie** – chudokrevnost
- artralgie** – bolest kloubů
- atonie** – ztráta napětí svalů
- atrofie** – zmenšení
- colon sigmoideum** – esovitá klička
- distální** – vzdálenější
- divertikulitis** – zánět vychlípeniny stěny dutého orgánu, nejčastěji tlustého střeva
- dysbalance** – nerovnováha
- endokarditida** – zánět srdeční nitroblány
- enteroragie** – přítomnost čerstvé krve ve stolici
- erythema nodosum** – ložiska zduření na bérkách způsobené nejčastěji množím vaziva ve tkáni
- exantém** – vyrážka
- extraintestinální** – mimostřevní
- exudát** – zánětlivý výpotek
- fistulografie** – RTG vyšetření píštěle
- haustra** – přirozená vyklenutí na tlustém střevě
- hepatopatie** – poškození jater
- hypalbuminémie** – snížení obsahu bílkoviny – albuminu v krvi
- hyperglykémie** – vysoká hladina cukru v krvi
- hypokalémie** – snížení obsahu draslíku v krvi
- hypoproteinémie** – snížení obsahu bílkovin v krvi
- cholangitida** – zánět žlučových cest
- ileus** – stav střevní neprůchodnosti
- imunosupresiva** – léky potlačující imunitní reakce
- infiltrace** – prosakování
- inkontinence** – samovolný odchod stolice nebo moči
- intermitující** – přerušovaný
- irigografie** – RTG vyšetření tlustého střeva pomocí kontrastní látky

iritida – zánět duhovky
ischemie – nedokrevnost
jejunostomie – vyústění lačnicku na povrch
kachexie – silná celková sešlost, hubnutí
kolonoskopie – endoskopické vyšetření tlustého střeva
laktózová intolerance – nesnášenlivost kravského mléka
leukocytóza – zvýšený počet bílých krvinek
malabsorpce – stav, kdy je narušeno vstřebávání v gastrointestinálním traktu
nefritida – zánět ledvin
neoplastické – nádorové
paralýza – ochrnutí
parenterální – mimostřevní výživa, např. nitrožilní
perforace – protržení
perianální – v okolí řitního otvoru
per rectum – přes konečník
píštěl – fistula., kanálek, který tvoří komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem, přispívá k šíření zánětu
pneumonitida – zánětlivé postižení plicní vmezeřené tkáně
pouchitida – chronický zánět objevující se u pacientů po ileoanální anastomóze
pseudopolypósa – nepravé polypy, tj. vyklenutí sliznice stopkatého nebo přisedlého tvaru
rektoskopie – vyšetření konečníku
rektovaginální – mezi konečníkem a pochvou
rektum – konečník
resekce – chirurgické odstranění části orgánu
rezistence – odolnost
sfinkter – svěrač
stenózy – zúžení
stomatitida – zánět sliznice dutiny ústní
striktura – zúžení
tenesmus – pocit nutkavé defekace
ulcerace – zvrhedovatění
urémie – stav vznikající v důsledku těžké poruchy funkce ledvin
vagus – bloudivý nerv ovlivňující činnost orgánů dutiny hrudní a břišní

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala pacienta s diagnózou Colitis ulcerosa. K volbě tématu mě inspirovala práce na metabolické jednotce intenzivní péče, kde se často setkávám s pacienty mladšího věku, kterým nemoc přináší určité omezení ve způsobu života. Collitis ulcerosa nazývaná též jako UC nebo Ulcerózní kolitida patří mezi nespecifický střevní zánět. Je to onemocnění tlustého střeva a konečníku.

Geograficky se tyto záněty vyskytují častěji na severu než na jihu, u obyvatel městského než venkovského. Právě velké množství tučného jídla v kombinaci s rodinnou predispozicí a uspěchaným životním stylem může ovlivnit vznik této nemoci. Ve vyspělých průmyslových oblastech Evropy a Severní Ameriky je každoročně diagnostikováno s ulcerózní kolitidou přibližně 10 nových pacientů na 100 tisíc obyvatel (HÁTLOVÁ, 2011). „Poměr muži : ženy činí 1,0 : 1,4. Incidence choroby v České republice se pohybuje mezi 6,8-8,0/100 000 obyvatel/rok“ (LATA et al., 2010, s. 92).

Cílem bakalářské práce je demonstrovat ošetrovatelský proces u pacienta s Colitis ulcerosa v akutním stádiu vzplanutí nemoci se zaměřením na nejčastější ošetrovatelské problémy. Dalším cílem je poukázat na změny a specifické potřeby, které mohou vzniknout v souvislosti s touto diagnózou v osobní i společenské oblasti.

Tato práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje kapitoly, které se zabývají příčinou, klinickým obrazem a průběhem střevního zánětu. Popisuje také diagnostiku, léčbu a komplikace, které mohou vést až k ohrožení života.

V praktické části se specializují na samotné zpracování ošetrovatelského procesu. K získání potřebných informací jsem využila lékařskou a sesterskou dokumentaci, anamnestický rozhovor s pacientem a vlastní pozorování. Ke zhodnocení stupně soběstačnosti a rizika dekubitů jsem použila Barthelův test bazálních denních činností a stupnici Nortonové. Na základě těchto informací jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy a vypracovala jednodenní plán, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče. V závěru práce se zabývám edukační činností, jejíž součástí je edukační leták určený pro pacienta a jeho rodinu. Obsahuje důležitá režimová opatření, především dodržování dietního režimu, který se významně podílí na průběhu a prognóze nemoci.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Charakteristika onemocnění

Ulcerózní kolitida (UC, Colitis ulcerosa) je zánětlivé postižení tlustého střeva a konečníku. Patří mezi nespecifický střevní zánět neboli IBD (Inflammatory bowel disease), kdy se střídá období aktivity s obdobím relativního klidu. Používá se pro ni řada synonym: proktokolitida, idiopathická kolitida, idiopathická hemoragická kolitida. Nyní je mezinárodně používána pod zkratkou UC. Změny začínající na sliznici konečníku a postupují na sliznici tlustého střeva. Vzácněji postihuje jen jednu část tračnicku. Na slizničním povrchu vznikají zánětlivé vředy (Benešová, 2010). Na hlubší vrstvy stěny se mohou zánětlivé změny šířit pouze při komplikacích. Vyskytuje se převážně u mladých osob.

UC byla poprvé popsána p. Wilksem v roce 1859. V roce 1913 dostala UC samostatné místo na mezinárodním lékařském kongresu v Paříži. (LATA et al., 2010)

1.2 Etiologie

Příčina není dosud jasná. Uznává se řada teorií. Jedná se o teorie:

1. infekční;

2. genetické;

Hraje ve výskytu choroby významnou roli. Byl popsán tzv. IBD-1 gen (CARDI 5), který se podílí spolu se zevním faktorem (tj. střevní mikrobiální flórou a jejími produkty) na spuštění chronického zánětlivého střevního onemocnění (LATA et al., 2010).

3. imunologické;

4. cévní;

5. psychosomatické - neuropsychické;

Emocionální rozrušení jsou přenášena přes nervus vagus na tlusté střevo, kde je vyvolána zpočátku ischemie, později nastane překrvení sliznice. Ischemie způsobí rozvoj anaerobní flóry, překrvení způsobí rozvoj aerobní flóry. Mimoto podráždění vagu vede ke zvýšené pohyblivosti střeva, které způsobuje trhliny ve změněné křehké sliznici.

6. alimentární;

7. trvalé užívání silných projímadel a klysmat;

8. těhotenství;

9. zvýšená činnost enzymu lysozomu; Jeho hlavní úlohou je ničit střevní hlen, chráníci povrch střeva. Byl nalezen ve vyšším množství u nemocných s UC (LATA et al., 2010). Řada autorů počítá UC mezi autoimunitní onemocnění.

Změna výživových zvyklostí a způsobu života během posledního století se zdá být jedním z důvodů, proč incidence IBD vzrostla. „Hlavním důvodem je, že se snížil podíl přirozené a naopak zvýšil podíl více zpracované potravy – vymílaná mouka, rafinovaný cukr“ (KOHOUT et al., 2004, s. 25). To vše může být primární příčinou, ale složení potravy může také vést ke změně mikrobiální flóry. Je velmi těžké odhalit druh potravin, která by mohla vést ke vzniku nemoci.

Mezi další významné faktory, které vyvolávají zhoršení nemoci patří:

1. infekční pochody; např. infekce horních cest dýchacích, chronické záněty mandlí, záněty středního ucha;
2. citová rozrušení u lidí s porušenou psychickou osobností;
3. poruchy ve výživě, stravovací návyky a potravinové přísady;
4. dieta obsahující zvýšené množství rafinovaných cukrů, kofeinu;

Dieta s vyšším obsahem rafinovaného cukru obsahuje menší množství ovoce, zeleniny a obilovin také méně vitamínů a stopových prvků ve srovnání s racionální stravou. „Navíc „sulfopolysacharid karageenan“ užívaný jako stabilizátor při výrobě cukrovinek vyvolává ve zvířecím experimentu zánět tračníku podobný UC“ (KOHOUT et al., 2004, s. 26). Zda způsobuje podobné změny na tračníku u lidí, není známo.

Mezi ochranné faktory proti vzniku idiopatických střevních zánětů patří mastné kyseliny obsažené v rybím oleji. Také kouření je pravděpodobně ochranným faktorem vzniku UC, ale naopak zvyšuje riziko vzniku Crohnovy nemoci (LUKÁŠ, 2004). Nekuřáctví je charakteristickým rysem pro pacienty s UC. Objevuje se často u bývalých kuřáků za určitou dobu (cca ½ až 1 rok) po zanechání kouření. (KOHOUT et al., 2004)

1.3 Průběh nemoci

Nemoc probíhá v různých stupních:

ataka nemoci – první počátek nemoci;

remise – klidová fáze;

relaps – další vzplanutí nemoci;

recidiva – projevy nemoci na dosud nepostiženém úseku střeva;

exacerbace – vzplanutí na místě předtím zhojené.

V průběhu prvního roku nemoci se pacienti s UC obvykle rozdělují do několika skupin, které se liší průběhem nemoci. Typ remitující má relaps více než 1krát/rok. Typ intermitující má relaps méně než 1krát/rok. Kolem 3 – 5 % nemocných má fulminantní – perakutní typ tj. velmi prudce probíhající typ s dramatickými příznaky, které často vyžadují chirurgický zákrok.

1.4 Klinický obraz nemoci

Z důvodu, že se jedná o chronické onemocnění, kdy se střídá dlouhé období klidu s obdobími obtíží, se klinický obraz rozlišuje podle několika důležitých ukazatelů.

1.4.1 Dělení podle rozsahu postižení

Podle rozsahu postižení rozlišujeme:

- hemoragická proktitida;

Dochází k postižení rekta a proktosigmoiditidě tj. k postižení rekta a colon sigmoidea. Oba typy se označují jako distální tvar. Objevuje se tzv. rektální syndrom. Pacient má tenesmy s odchodem malého množství kouskovité stolice nebo jen hlenů a hnisu. Ve stolici je přítomna enteroragie. Celkové příznaky a mimostřevní projevy nejsou patrné. Během 5 let se mění 19 – 36 % proktitid na levostrannou formu.

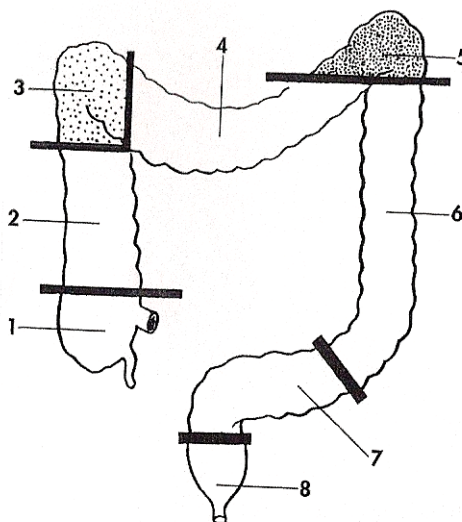
- levostranná forma;

Je to středně těžký tvar kolitidy. Zasažuje rektum a levou polovinu tračníku - colon sigmoideum a colon descendens (viz obr. č. 1). Vyskytuje se zde tzv. kolitický syndrom. Ten se vyznačuje také tenesmy, ale stolice je kašovitá až průjmovitá s krví a hleny. 15 – 18 % levostranných forem se rozšíří v postižení subtotální tj. neúplné až totální. (LATA et al., 2010)

- pankolitida;

Zánět postihuje celý tračník. Má rozsáhlý tvar. Nemocní mají časté záchvaty průjmů s hlenem a krví, s horečkami a třesavkou, kolikovitými bolestmi břicha a pálivými bolestmi v konečníku. Průjmy mohou dosahovat počtu až 20 denně.

Tyto záchvaty také často doprovázejí ustavičné tenesmy bez pocitu vyprázdnění. Objevují se i příznaky celkové jako např. váhový úbytek, závažnější anémie a celkové zhoršení stavu.



Obrázek 1 Tlusté střevo,

zdroj: Dylevský, 2006, s. 202

- | | |
|---|---|
| 1 – slepé střevo (apendix, coekum) | 5 – levé ohbí |
| 2 – vzestupný tračník (colon ascendens) | 6 – sestupný tračník (colon descendens) |
| 3 – pravé ohbí | 7 – esovitý tračník (colon sigmoideum) |
| 4 – příčný tračník (colon transversum) | 8 – konečník (rectum) |

1.4.2 Obecné klinické a mimostřevní příznaky

Krvácení z řitního otvoru je nejranějším a nejčastějším příznakem UC. Později samotné onemocnění doprovází krvácení spolu s průjmy.

Průjem je význačným příznakem. V období exacerbace mohou být průjmy tak časté, že nemocní nemohou pracovat. V noci musí mít u lůžka připravenou nádobu nebo pojízdný kloset.

Před záchvatem lze někdy zjistit emocionální rozrušení, strach, depresi, nevolnost, nechutenství a bolest břicha. Bolest není časným příznakem. Bolesti jsou většinou tupé, umístěné v levém podbříšku v oblasti esovité kličky. Vzácněji se vyskytují v nadbříšku. V pokročilejším stádiu nemoci se objevují kolikovitě bolesti. U častých průjmů dochází k bolestem v řitní krajině s možnostmi vzniku trhliny až hlízy.

Mezi mimostřevní příznaky, které svědčí pro aktivitu nemoci patří:

- kožní: erythema nodosum; kožní vředy a záněty na dolních končetinách;
- řitní trhliny se vznikem perianálních hlíz;
- kloubní: artritidy, artralgie; zduření nejčastěji kolenních, loketních a hlezenních kloubů během akutního záchvatu;
- oční: iritidy;
- jaterní: hepatopatie, tuková degenerace jater z důvodu ztráty bílkovin se stolicí; chronická hepatitidy; cholangitidy;
- plicní: pneumonitidy;
- ledvinné: intersticiální nefritidy;
- aftózní stomatitidy;
- endokarditidy. (LATA et al., 2010)

1.5 Hodnocení aktivity nemoci

Na hodnocení aktivity se používá řada klinických indexů aktivity, např. Mayo index, SAI a další. Jeden z nejpoužívanějších je CAI (Colitis Aktivita Index) podle Rachmilewitze, který hodnotí aktivitu nemoci ve dvou složkách: podle klinické aktivity a podle lokálního endoskopického nálezu (viz tab. č. 1).

Tabulka 1 Hodnocení aktivity nemoci podle CAI od Rachmilewitze

A. část klinická	B. část endoskopická
1. stolic/ týden do 18 = 0, 18 - 35 = 1, 36 - 60 = 2, přes 60 = 3	1. granulace ne = 0, ano = 2
2. krev ve stolici žádná = 0, málo = 2, hojně = 4	2. nastříknutí ne = 0, lehce = 1, masivně = 2
3. kondice dobrá = 0, horší = 1, špatná = 2, hrozná = 3	3. slizniční krvácení žádné = 0, lehce = 2, silně = 4
4. teplota 37 – 38 °C = 0, nad 38 °C = 3	4. hlen, exudace, eroze, vředy ne = 0, lehce 2, masivně = 4
5. extraintestinální manifestace iritida = 3, erythema nodosum = 3, arthritida = 3	
6. laboratorně FW nad 50/hod. = 1, nad 100/hod. = 2, Hb pod 100 = 4	

Zdroj: LATA et al., 2010, s. 98

CAI = součet bodů části klinické a endoskopické

CAI méně než 4	remise	CAI 8–12	střední aktivita
CAI 4 – 8	lehká aktivita	CAI nad 12	těžká aktivita nemoci

1.6 Diferenciální diagnóza a jiné druhy kolitid

Zejména počátek nemoci se musí odlišit od jiných konkurenčních diagnóz: Crohnova choroba; divertikulitidy; infekční kolitida (virová, bakteriální, parazitární); uremická kolitida; ischemická kolitida; kolitida při AIDS a po transplantaci kostní dřeně; kolitida při autoimunitních chorobách; tuberkulózní kolitida; postradiační kolitida; alergická enterokolitida; pseudomembranózní kolitida.

Crohnova nemoc se od UC liší tím, že postihuje kteroukoli část trávicí trubice. Na sliznici se tvoří píštěle, akutní obstrukce, abscesy a vředy v jícnu, žaludku a duodenu. U postižení tenkého střeva se objevuje malabsorpce z důvodu poruchy trávení a vstřebávání. Těžké krvácení se vyskytuje méně než u UC.

Pseudomembranózní enterokolitida se objevuje hlavně u nemocných, kteří byli léčeni antibiotiky nebo po operaci pro ileus. V diagnostice je důležitá rektoskopie, kde se nacházejí žlutozelené pláty na oteklé sliznici tenkého a tlustého střeva. Projevuje se náhle vysokou teplotou s průjmy a hnisem.

Postradiační proktitida se vyskytuje u pacientů, kteří byli ozařováni pro gynekologický tumor většími dávkami záření. Pacient má krvavé průjmy, sliznice je pokrytá vředy, abscesy a strikturami. (KOHOUT et al., 2004)



**Obrázek 2 Resekát tlustého střeva
při toxické kolitidě,**

zdroj: LUKÁŠ, 1997, s. 190

1.7 Diagnostika onemocnění

Pro posouzení aktivity a tíže nemoci je důležité zjistit subjektivní potíže pacienta, provést tzv. anamnézu. Dotazy se zaměřují na počet stolic a její konzistenci, přítomnost krve a hlenů ve stolici, na denní dobu defekace, rektální syndrom, kolitický syndrom a na celkové příznaky (únava, horečka, nevolnost, zvracení). Mimořádná pozornost je věnována známám možného nástupu toxického megakolonu.

Mezi objektivní fyzikální vyšetření patří vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem. Pohledem se zjistí známky podvýživy (ztráta na váze, ztráta tukového polštáře, člunkovité břicho), známky dehydratace (vpadlé tváře, suchý povleklý jazyk), známky anémie (bledost kůže, sliznic a nehtových lůžek). Při vyšetření pohmatem je břicho v průběhu tračníku tuhé a bolestivé. Při poklepu je opět zřejmá bolest.

Při poslechu jsou přítomny zvuky ze zvýšenou peristaltikou (LATA et al., 2010). Při vyšetřování per rectum lze nalézt v akutním stádiu nemoci sfinkter stažený, v chronickém stádiu naopak atonický. Na nálezu se zjistí tuhá, fibrózní stěna konečníku. Na prstu je obvykle krev, hnis a hlen. Zápach je nápadný.

Laboratorní parametry informují o zánětlivé aktivitě a nutriční situaci. Obrazem akutních zánětlivých změn je sedimentace erytrocytů, trombocytóza, leukocytóza a zvýšená hodnota C-reaktivního proteinu (CRP). V klidové fázi onemocnění je sedimentace erytrocytů a počet leukocytů normální, nemusí se vyskytovat změny v počtu erytrocytů. U chronicky aktivních forem nelze na laboratorní hodnocení spoléhat.

Mezi nutriční ukazatele patří celková bílkovina, albumin, hladiny makroelementů (Fe, Ca, P, Mg) i mikroelementů (Zn, Se). Poukazují na počátek anémie, hypoproteinémii, hypalbuminémii a hypokalémii. Tyto změny mohou vést k elektrolytové a acidobazické dysbalanci. Mikrobiologické vyšetření má za úkol vyloučit střevní bakteriální a parazitární infekci. (KOHOUT et al., 2004)

Zásadním vyšetřením pro stanovení UC je endoskopické vyšetření. Patří sem rektoskopie a kolonoskopie. Pokud je zánět v horních částech tračníku a není postižen konečník (jen u 10 % nemocných), je nález při rektoskopii negativní. Také po zhojení zánětu a vymizení vředů může mít sliznice až normální vzhled. Charakteristický nález při rektoskopii v klidovém období je granulární červená sliznice na krvácejícím podkladě s malými vředy. U hemoragické proktitidy se vyskytuje setřelá sliznice s krvácením. U pankolitidy je patrná krvácející sliznice s hnisem a ulceracemi.

U těžších forem se rektoskopie provádí i bez předchozího vyprázdnění. Podávají se pouze čípky per rectum. Pseudopolypózy jsou známkou regenerace, nepovažují se za prekancerosu. Provádí se také irigografie, fistulografie, leukocytová scintigrafie, magnetická rezonance a neinvazivní vyšetření střeva ultrazvukem. Irigografie může ukázat ztrátu haustrace, zúžení průsvitu levé poloviny tračníku s přítomností vředů a zánětlivých polypů. Při hemoragické proktitidě je nález při vyšetření normální.

U pankolitidy se irigoskopie pomocí kontrastní látky neprovádí z důvodu nebezpečí perforace tračníku. Volí se spíše forma nativního snímku, kde např. o perforaci vředu svědčí volný vzduch pod bránicí.

Mezi pomocná vyšetření patří odběr vzorku sliznice tzv. biopsie. Histologicky se najdou změny na sliznici. Probíhá tam zánětlivá infiltrace s nálezem kryptových abscesů a následnou ulcerací (DYLEVSKÝ, 2011). Tento stav platí pouze v 60% případech, jestliže se hodnotí vzorky získané bioptickým vyšetřením. Přesnější nález je při resekci tkáně. Intenzita kontrol je obvykle dána průběhem nemoci, ale pacient by měl minimálně 1krát/rok podstoupit rektoskopii, základní klinické a laboratorní vyšetření.

K hodnocení slizničních změn se používá Mařatkovy klasifikace (viz tab. č. 2; obr. č. 10 - 13 příloha B). Používá se také klasifikace podle Blackstona.

Tabulka 2 Klasifikace endoskopických nálezů UC (Mařatka)

A. stádium floridní	
1. stádium krvácivé	sliznice prosákla až zduřelá s krevními výrony nebo plošně roní krev; fibrinové vločky, žlutavé povlaky
2. stádium hnisání	stadium krvácivé + nápadně zduřelá sliznice, žlutý hustý hnis
3. stádium vředů	mnohotné mapovité vředy, zachovaná sliznice mezi nimi tvoří ostrůvky a můstky
4. stádium ulcero-polypózní	ze zbytku sliznice se tvoří pseudopolypy, které mohou napodobovat stopkaté nebo přisedlé polypy
B. stádium klidové	
5. stádium granulované	sliznice jemně zrnitá, může být lehký erytém, křehká - po dotyku krvácí, chybí cévní kresba
6. stádium úpravy	sliznice makroskopicky normální, ale histologicky jsou změny většinou přítomny
7. stádium polypů	po zhojení vředů zbývají na zdánlivě neporušené sliznici polypy
8. jiné následné změny	zúžení, deformace (často postihují řitní kanál – hemoroidy, hypertrofické papily, výhřezy, jizvy)

Zdroj: LUKÁŠ, 1997, s. 42

1.8 Terapie onemocnění

Léčba se odvíjí od toho, v jakém stádiu se nemoc nachází, obvykle probíhá v domácím prostředí (Benešová, 2010). Léčba UC je dlouhodobá a komplexní. Uplatňuje se:

1. dietní a nutriční opatření;
2. konzervativní farmakoterapie;
3. enterální a parenterální výživa;
4. psychoterapie;
5. chirurgická léčba.

1. Dietní a nutriční opatření

Součástí léčby je volba vhodných doplňků výživy a hodnocení nutričních parametrů.

Zásady diety

1. V klidovém období nejsou požadována zásadní přísná dietní opatření. Strava musí být energeticky a biologicky plnohodnotná, pestrá, chuťově i vzhledem lákavá.
2. Dieta užívaná při UC je č.5, bezzbytková tzv. kolitická, bez mléka s nízkým obsahem cukru. V období průjmu vynecháme potraviny, které obsahují nestravitelnou vlákninu.
3. Příjem stravy má být rozložený na menší dávky, 5krát až 6krát denně.
4. Pacient má přijímat dostatek tekutin (2 - 2,5 l/den).
5. Nutná je úplná abstinence alkoholu a omezení přísunu kofeinu. Silný čaj a káva povzbuzují pohyby střeva a zhoršuje průjem.
6. Doporučuje se omezit dráždivé látky a koření. Jídlo nemá obsahovat slupky z ovoce, jádérka, sezamové semínka, slunečnici apod.
7. Příjem cholesterolu v potravě omezit do 300mg/den.
8. Při změně stravovacích návyků je nutné se poradit s ošetřujícím lékařem nebo dietní sestrou. U náhlé změny dietních návyků je nebezpečí vzniku laktózové intolerance.
9. Doporučuje se dieta se zvýšeným obsahem bílkovin (na 1 kg váhy je potřeba průměrně 1,2 g bílkovin), železa (při chronickém krvácení), vitamínu B, C a Ca.
10. Potraviny upravujeme vařením, dušením, přípravou na páře nebo v horkovzdušném hrnci. Maso podáváme jen nemastné a bez šlach.
11. Tuky: používáme jen čerstvé máslo, panenské oleje, maximálně 40 – 50 g denně. Vyloučit tuky umělé.

12. Mléko jen nízkotučné (do 1 g tuku/100 ml) a ředěné čajem. Úplně vyloučit při jeho nesnášenlivosti.
13. Nemocní s trvalou ileostomií po totální kolektomii mohou jíst prakticky cokoli, s výjimkou většího množství čerstvého ovoce, pečiva a jídel zvyšujících zápach stolice (ryby, vajíčka, alkohol).
(LUČANSKÁ, KOMANOVÁ, 2008)
14. Potraviny, které jsou špatně snášeny:
 - luštěniny;
 - syrová zelenina;
 - zeleninové džusy;
 - citrusové plody (pomeranče, grapefruity, mandarinky, citróny);
 - nakládané zelí;
 - cibule;
 - tučná a kyselá jídla;
 - mléko;
 - ořechy a jádra.

2. Konzervativní léčba

V konzervativní léčbě se podávají aminosalicyláty, kortikosteroidy, imunosupresiva, antibiotika a anticytokiny, které jsou zatím převážně v rovině klinického experimentu. Tyto účinné látky mohou být podávány nejen celkově formou orální či parenterální, ale také lokálně jako čípky, rektální pěny a rektální nálevy. Z aminosalicylátů se podávají preparáty obsahující sulfasalazin (např. Sulfasalazin, Salazoparin) a kyselinu 5-aminosalicylovou = mesalazin (např. Mesalamin, Asakol, Salofalk, Pentáza).

Původní sulfasalazin se používá jen výjimečně pro možné nežádoucí účinky, především dřeňový útlum (LATA et al., 2010). Z čípků je podáván Asakol, Salofalk a Pentáza. Z klyzmat je používán Asakol a Salofalk. Léčba systémovými steroidy např. Hydrocortisonem, Prednisonem, Medrolem je zahajována v období aktivity v kombinaci s aminosalicyláty, obvykle v dávce 0,5 – 1,0/mg/kg/den s pozvolným snižováním k udržovacím dávkám (LUKÁŠ, 2004). Existují vypracovaná dávkovací schémata pro podávání kortikoidů např. Malchowovo schéma. U rektálního tvaru se volí místní podávání kortikoidů ve formě mikroklyzmat nebo čípků.

Imunosupresiva (např. Imuran, Cyklosporin, Azathioprin, Metotrexát) se podávají v případech rezistence kortikoidů. Také tehdy, když se nedaří snížit příliš vysokou dávku kortikosteroidu. Tyto léky slouží k remisi choroby a potlačují imunitu.

Mezi nejnověji uznanou terapii UC je biologická léčba antibiotiky (např. Ciprinol, Entizol) u fulminantního průběhu a extraintestinálních manifestací. Nezanedbatelná je také léčba průjmů a léčba bolesti.

V ambulantní péči si nemocný nahrazuje potřebu makro- i mikroelementů. Substituuje ztráty bílkovin a krvi. Nahrazuje též ztráty minerálů (Na, K, CL, Ca), stopových prvků (P, Mg, Zn) a doplňuje chybějící vitamíny (A, D, E, K). U nemocných léčených Sulfasalazinem se někdy podává kyselina listová (Acidum folikum) (LUČANSKÁ, KOMANOVÁ, 2008). Také je vhodné přidat probiotickou flóru. U pacientů s chronickou pouchitidou může dlouhodobá probiotická terapie vést k navození a udržení klinické remise (KOHOUT, 2004). U těžkého zánětu by neměly být podávány léky ovlivňující střevní pohyblivost, protože mohou způsobit toxické rozpětí tračníku (LUKÁŠ, 2004).

3. Enterální a parenterální výživa

Idiopatické střevní záněty jsou zvláště ve fázi relapsu velmi často sdruženy s malnutricí (okolo 70 - 80 %). Také v klidové fázi může docházet ke zhoršování stavu výživy vlivem léků. Pacienti proto často vyžadují individuální dietní režim, někdy je nutné podávat umělou – parenterální či enterální – výživu. (KOHOUT et al., 2004)

Enterální výživa se podává buď ústy pitím (tzv. sipping) nebo zavedenou nazoenterální sondou, kdy se zavede slabá sonda přes nos do horní části tenkého střeva. Ke vstřebávání potravy dochází v horní části tračníku. Enterální výživa se může podávat buď bolusově (při podávání do žaludku) nebo kontinuálně (při podávání do tenkého střeva) pomocí peristaltické pumpy. Pokud se předpokládá dlouhodobé podávání enterální výživy (6 – 8 týdnů) volí se zavedení punkční gastrostomie, nejčastěji perkutánní endoskopická gastrostomie, tzv. PEG. Je to metoda, která se provádí v analgosedaci. Sonda se zavede přední stěnou do žaludku s použitím gastroskopu. Před provedením tohoto vyšetření je nutné zkontrolovat koagulační parametry. PEG se lépe snáší než nazoenterální sonda. Je lépe ošetřovatelný a má lepší kosmetický efekt. Po založení PEG jsou nutné denně převazy a kontrola místa vpichu. Alespoň 2krát týdně je nutné PEG pootočít a zanořit. (KOHOUT et al., 2004) U prudce probíhající UC, příznaků toxického megakolon, pankolitidy a malnutrice se volí parenterální výživa (do žíly), kdy se docílí zklidnění střeva. Zde je léčba nezbytná do 48 – 72 hodin. Parenterální výživu je možné podávat do centrální nebo periferní žíly. Pro periferní infúzi je akceptován limit 800 mosm/l, protože při vyšší osmolalitě dochází k dráždění a následnému zánětu žil s možností vzniku tromboflebitidy (KOHOUT et al., 2004).

Také při zavádění centrálního katétru mohou nastat komplikace (kanylace arteriálního řečiště nebo vznik pneumotoraxu tj. přítomnost vzduchu v pohrudniční dutině). Při jeho dlouhodobém užívání může dojít k ucpání katétru, jeho zalomení nebo k infekci. Aminoven je základem celkové parenterální výživy. Podává se v kombinaci s energetickými doplňky (např. Glukóza 5% až 20%), roztoky uhlohydrátů, tukovými emulzemi (např. Smoflipid), elektrolyty, vitamíny a stopovými prvky (např. Cernevit, KCL, Tracutil). Při podávání se musí sledovat hladina elektrolytů v séru, bilance tekutin a funkce ledvin.

Forma umělé výživy se volí podle potřeby výživy a podle funkce gastrointestinálního traktu (GIT). Pokud je GIT funkční, podává se enterální výživa. V případě neschopnosti trávicího traktu se podává buď kombinace parenterální a enterální výživy a nebo výživa parenterální (KOHOUT et al., 2004).

Při přechodu z parenterální nebo enterální výživy je zpočátku podáván čaj, suchary, kaše a bílé pečivo. Pokud nemocný jídlo snáší, postupně přidáváme vařené ovoce a zeleninu, brambory, rýži, nízkotučný sýr a uzeniny, vařené maso, drůbež nebo ryby. Později podáváme tuk a potraviny obsahující více tuku. (LUKÁŠ, 2004)

4. Psychoterapie

V praxi má tento způsob terapie nedoceněný význam. Protistresový režim je důležitý v každém stádiu nemoci. Pacient si vyžaduje individuální přístup, příjemné prostředí, v případě potřeby pomoc psychologa nebo psychiatra. Ulcerózní kolitida je psychosomatické onemocnění, proto včasné a efektivní řešení problémů, omezení stresových faktorů a psychická i duševní rovnováha se podílí na zlepšení prognózy nemoci.

5. Chirurgická léčba

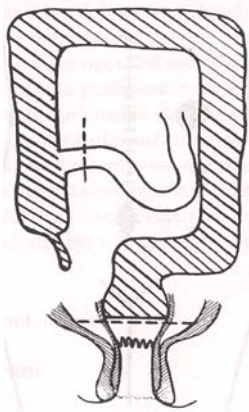
V případě, neodkladných stavů (např. toxické megakolon, masivní krvácení, perforace do volné pobřišniční dutiny, striktura rekta nebo kolon), u stavů chronického průběhu s komplikacemi, při těžké kachexii se přistupuje k chirurgické terapii. Operují se většinou pankolitidy.

Provádí se subtotální nebo totální kolektomie. Subtotální kolektomie spočívá v odstranění pouze tlustého střeva s ileorektální anastomózou tj. našití ilea na konečník. Totální kolektomie je úplné chirurgické odstranění tlustého střeva s ileostomií tj. vyústěním tenkého střeva do konečníku nebo břišní stěnou ven. Po založení ileostomie se současně provádí zpočátku subtotální kolektomie, v druhé době se odstraňuje zbylá část tračníku a konečník. Provádí se zejména u těžší formy chronické kolitidy.

Význam odstranění tračníku spočívá v tom, že ustanou velké ztráty tekutiny, elektrolytů, bílkovin a červených krvinek do střevního exudátu, že ustane vstřebávání toxických látek z ulcerací do organismu. (KOHOUT et al., 2004)

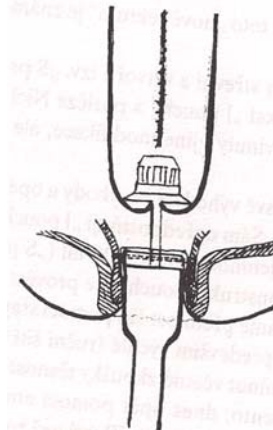
Elektivní operace je moderní operační přístup a spočívá v proktokolektomii tj. resekce tračníku.

Nad anální kanál se vloží rezervoár (tzv. Pouch - vak) z tenkého střeva, který je napojen na řitní kanál, nahrazuje rektum a plní pak funkci jeho ampuly (viz obr. č. 3 – 5). Je nutné provést předoperační a kontrolní pooperační manometrii anorekta, protože může dojít k oslabení svěračů až k inkontinenci stolice a vytvoření zánětu. Tento způsob operace snižuje počet řídkých stolic. Po operaci je důležité cvičení svěračů a pravidelné lehké rozšiřování řitního kanálu. (LUKÁŠ, 2004)



Obrázek 3 Rozsah odstranění TS pro UC,

zdroj: LUKÁŠ, 1997, s.152



Obrázek 4 Anastomóza análního kanálu s pouchem,

zdroj: LUKÁŠ, 1997, s.154



Obrázek 5 Ileoanální anastomóza pomocí „J“ pouchem,

zdroj: LUKÁŠ, 1997, s.154

Jako nový alternativní způsob terapie bylo v nedávné době navržena helmintická terapie tj. použití červů tenkohlavce prasečího. „Při této terapii jsou pacientům s UC perorálně aplikována vajíčka. Přítomnost červů ve střevech působí na imunitní reakce a dochází k potlačení Th-1 imunitní odpovědi“ (SUMMERS et al., 2005, s. 825-832). Dle klinické studie provedené u pacientů v USA se tato terapie jeví jako účinná, ale i bezpečná.

1.9 Komplikace a prognóza nemoci

Jako lehčí komplikace se mohou objevit kožní exantémy na dolních končetinách. Mezi těžší komplikace patří perforace kolon (4 %), stenózy a střevní a rektovaginální píštěle, toxické megakolon a neoplastické změny. Výsledkem může být peritonitida, ileus, obstrukce nebo ochrnutí střeva. (LUČANSKÁ, KOMANOVÁ, 2008)

Toxické megakolon se vyskytuje kolem 8 %. „Jedná se o rozšíření tlustého střeva o šířce lumen více než 5 cm spojené se zvětšením jeho objemu, městnáním jeho obsahu a paralýzou při toxickém poškození střevních svalů a nervů“ (LATA et al., 2010, s. 94). Pacient má na začátku větší počet stolic, masivní přítomnost krve ve stolici a tenesmy. Celkově pociťuje zrychlení srdeční činnosti a zchvácenost. Objevuje se horečka, zhoršení anémie a váhový úbytek. Tento stav může nastat nejen po irigoskopickém vyšetření, ale také po podání opiátu a Kodeinu v nadměrných dávkách. Pokud dojde k rozvoji sepse nebo k perforaci střeva, může to výrazně zhoršovat prognózu a zvyšovat mortalitu.

S ohledem na skutečnost, že je nemoc chronická a není zatím definitivně vyléčitelná, je prognóza nepříznivá. Vývoj i hledisko, podle kterého se nemoc posuzuje, je velmi složité. Musí se brát ohled nejen na aktuální stav nemoci, ale také na fyzickou a psychickou náročnost práce, kterou nemocný vykonává. V případě rozsáhlých opakovaných břišních operací je třeba si najít méně fyzicky náročnou práci. Při nedodržování dietních a léčebných opatření je většinou hojení i s regenerací tkáně nedostatečné a vzniká atrofická sliznice. Sexuální život touto nemocí není omezený. Utlumení aktivity je jen v případě vzplanutí choroby. V období gravidity jsou nutná pravidelné prohlídky.

UC je sama o sobě prekancerózní. Po 15 letech trvání nemoci se zvyšuje riziko vzniku kolorektálního karcinomu. „Po 20 letech činí incidence tj. počet nově vzniklých případů 5 – 10 %, po 30 letech 12 – 20 %“ (LATA et al., 2010, s. 93). Karcinom vzniklý při UC je obvykle maligní a brzy metastazuje.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Anamnestické údaje

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení : M.P.	Pohlaví : muž
Datum narození : 9.3.1963	Věk : 48 let
Adresa bydliště a telefon : Břeclav	
Adresa příbuzných : Dtto	
RČ : 1963	Číslo pojišťovny : 207
Vzdělání : vysokoškolské	Zaměstnání : ekonom
Stav : ženatý	Státní příslušnost : ČR
Datum přijetí : 3.8.2011	Typ přijetí : Urgentní v 10.00 hodin
Oddělení : Metabolická JIP, Břeclav	Ošetřující lékař : MuDr. P.B.

Důvod přijetí udávaný pacientem :

„Velmi mě bolí břicho, mám průjemovitou stolicí s krví. Nechutná mi jíst, jsem velmi slabý. Nezvládám to, co bych chtěl.“

Medicínská diagnóza hlavní :

K519 Ulcerózní kolitida (chronická) - relaps

Medicínské diagnózy vedlejší :

E804 Gilbertův sy

Bolest zad

Nosní polypy

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK : 136/87 mmHg	Výška : 188,0 cm
P : 68/min., pravidelný	Hmotnost : 83,00 kg
D : 12/min.	BMI : 22,07
TT : 37,8 °C	Pohyblivost : snižená
Stav vědomí : neporušené, plně orientovaný	Krevní skupina : doposud nevyšetřená

Nynější onemocnění :

V péči GIT lékaře 20 let. Nyní poslán pro dlouhotrvající průjmy (týden) - 10 stolic/den, ke konci s krví, tenesmy, meteorismem. Nyní bez známek krvácení ze stolice. Přítomna únava, schvácenost, příznaky dehydratace. Stížnost na nechutenství, bolest břicha a hlavy, subfebrilie, váhový úbytek za poslední týden 4 kg.

Informační zdroje : pacient, rodina, příjmová dokumentace (interní amb.)

ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza**

Matka : Matka žije.

Otec : Otec zemřel v 68 letech po operaci ledviny, pravděpodobně na rakovinu.

Sourozenci : Bratr zdravý.

Děti : synové (2) doposud zdraví. Překonali jen běžné onemocnění.

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění : Překonal běžné dětské onemocnění. V srpnu roku 1991 zjištěna ulcerózní kolitida ve stádiu křehké sliznice. Nyní ve stádiu III - IV (ulcerativně-polypózní stádium). V průběhu 20 let podstoupil 8krát rektoskopii. V roce 2000 zjištěn Gilbertův sy a nasazen Sulfasalazin.

Hospitalizace a operace : Hospitalizace v roce 1986 pro lehkou sekundární chronickou hepatitis s mírnou aktivitou a pro suspektní hemolytický syndrom. V roce 1998 operace TE (tonzilektomie).

Úrazy : Vážnější úrazy neudává.

Transfúze : Doposud nebyla podána.

Očkování : Proběhlo běžné povinné očkování, dobrovolně se nenechal očkovat.

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Sulfasalazin	tablety	500 mg	1 - 0 - 0	Antidiarhoika, Antiinfekční ter.

Alergologická anamnéza

Léky : ne

Potraviny : ne

Chemické látky : ne

Jiné : ne

Abúzy

Alkohol : Odmítá.

Kouření : Nekouří, v minulosti také nekouřil.

Káva : Černá káva 1krát denně.

Léky : ne

Jiné drogy : neguje

Urologická anamnéza

Překonané urologické onemocnění : Žádné onemocnění neprodělal.

Poslední návštěva u urologa : Doposud nebyl.

Samovyšetření varlat : Neprovádí.

Sociální anamnéza

Stav : ženatý

Bytové podmínky : Žije v rodinném dvoupatrovém domu se zahradou, ve společné domácnosti s manželkou a dvěma syny.

Vztahy, role a interakce v rodině : Ve své rodině zaujímá roli manžele a otce. Vztahy jsou příznivé, navzájem si rozumějí. Rodina se snaží podporovat jeho psychickou stránku.

mimo rodinu

Záliby : příroda, návštěva kina, starost o domácnost (kutilství)

Volnočasové aktivity : Pacient se asi 1krát do měsíce stýká se svými přáteli. Necítí se nemocí společensky izolovaný. Ve volném čase poslouchá hudbu, sleduje televizi, poslouchá rádio a rád chodí na procházky do přírody.

Pracovní anamnéza

Vzdělání : vysokoškolské

Pracovní zařazení : zástupce vedoucího

Čas působení, čas odchodu do důchodu : V zaměstnání pracuje 10 let. Do důchodu se odejít nechystá.

Vztahy na pracovišti : Vztahy jsou vyhovující.

Ekonomické podmínky : Ekonomická situace rodiny je vyhovující.

Spirituální anamnéza

Je věřící, vychovávaný v římskokatolické víře. Odpočinek a duševní pokoj nachází nejen v modlitbě, ale také v kruhu své rodiny. Jeho největším přáním, cílem a hodnotou života je zdraví. **Religiozní praktiky :** Bohoslužby navštěvuje jen ve významné svátky.

2.2 Posouzení současného stavu pacienta ze dne 3.8. 2011

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Bolesti hlavy mám po nedostatečném spánku. Nosím brýle na dálku. V krku mě nebolí. Mám svůj chrup, zubní protézu nenosím.“	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá, skléry bílé, spojivky růžové, zornice izokorické, bez nystagmu. Dutina ústní je suchá, sliznice růžová. Chrup čistý. Jazyk suchý, s bělavým povlakem, je ve středové rovině. Uši a nos bez výtoku. Vlasy čisté, upravené, bez parazitů. Krk je pohyblivý, bez zvýšené náplni krčních žil. Tonzily bez povlaku, prokrvené. Štítná žláza nezvětšená.
Hrudník a dýchací systém	„Bez těžkostí, dýchá se mi dobře.“	Souměrný, bez deformací. Plíce: poklep jasný a plný, dýchání čisté, bez vedlejších fenoménů – 12/min, bez kašle. Nekouří.
Srdcovo-cévní systém	„Bez těžkostí.“	Akce pravidelná, auskultačně bez šelestů. TK : 136/87 mmHg P : 68/min. EKG : sinusový rytmus
Břicho a GIT	„Poslední dobou mě často bolí břicho, hlavně v levém podbřišku, Nyní cítím křečovitou bolest. Pocit na zvracení nemám.“	Nezvrací, břicho prohmatné, palpačně citlivé v oblasti epigastria a levé poloviny břicha. Na analogové škále bolesti stupeň č. 7. Peristaltika auskultačně zrychlená. Játra jsou nezvětšená, ascites nepřítomný.
Močovo-pohlavní systém	„Problémy v této oblasti nemám. Močení bez bolesti.“	Ledviny jsou na poklep nebolestivé, bez dysurických obtíží. Moč je tmavší barvy, bez výrazného zápachu.
Kostrovo-svalový systém	„Cítím se unavený, slabý, delší chůze mě unavuje.“	Astenický vzhled, páteř fyziologicky zakřivená. Snížený svalový tonus. Pohyby zpomalené, koordinované, bez tremoru a spasmu. DKK bez otoků, zánětu. Pulzace do periferie. Chodí bez pomoci jiné osoby.

Nervovo-smyslový systém	„Slyším dobře, na dálku nosím brýle.“	Při vědomí, orientovaný. Reflexy zachované. Sluch bez potřeby kompenzačních pomůcek. Trpí krátkozrakostí, na dálku musí nosit brýle.
Endokrinní Systém	„Bez problému. Dosud jsem nebral žádné léky na poruchu štítné žlázy, pravidelně chodím na odběry.“	Výsledky TSH a FT 4 jsou v normě.
Kůže a její adnexa	„Bez problémů.“	Zavedena i.v. linka do vena subclavia l. sin., okolí bez známek zánětu. Kůže na těle je světlé barvy, čistá, suchá, bez dekubitu, ekzému, ikteru a cyanózy. Snížený kožní turgor. Podle Nortonové stupnice rizika dekubitů – 27 bodů .

Poznámky z tělesné prohlídky :

Pacient je upravený, čistý, bez nepříjemného tělesného pachu. Hygienické návyky jsou na vysoké úrovni. Pacient je nyní částečně nesoběstačný v oblasti delší chůze.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Snažím se stravovat pravidelně a dodržovat dietu. Od minulého týdne nemám chuť k jídlu. <u>Oblíbené jídla:</u> brambory, rýže, nízkotučný sýr. <u>Neoblíbené jídla:</u> vyhýbám se jídlům, které zhoršují stav např. káva a hrozny. Za poslední týden jsem zhubl 4 kg. Umělý chrup nemám.“	Nechutenství přetrvává. Úbytek na váze patrný – 4 kg za týden.
	V nemocnici	„Nyní mám přísnou dietu, ale jsem si vědom, že je to nezbytné.“	V akutní fázi nastavena parenterální výživa - roztoky Neonutrin, Smoflipid, Glukóza 5% a 20% spolu s Cernevitem a KCL, Tracutilem. Pacient je poučen o dodržování diety nic per os. Hodnota BMI - 22,07.
Příjem tekutin	Doma	„Pil jsem doma asi 1,5 l/24hod., nejčastěji bylinkové čaje, vodu a minerálky. Poslední dny jen ½ l/24 hod.“	Příznaky dehydratace (sušší a povleklá sliznice jazyka, suchá kůže, snížený kožní turgor).
	V nemocnici	„Nyní dostávám vše potřebné do žíly, občas pocítuji suchost v ústech.“	Příznaky dehydratace patrné. Tekutiny jsou plně hrazeny parenterální formou, zavedena bilance tekutin á 4 hod. Provedeno měření CVT – hodnota (-2). Pacient je poučen o dodržování režimu.

Vylučování moče	Doma	„Bez potíží, množství asi 1l/24 hodin, poslední dny jsem méně močil bez pocitu pálení a řezání.“	Problémy nezjištěny.
	V nemocnici	„Bolest při močení nemám.“	Kontrola bilance tekutin á 4 hodiny, později á 24 hodin. Z důvodu sledování bilance má pacient močovou láhev u lůžka. Je mu vysvětlen důvod, akceptuje novou situaci. Moč má tmavší barvu, kyselý zápach, bez příměsí.
Vylučování stolice	Doma	„Poslední týden mám stolici až 10krát/24 hodin, s příměsí hlenu a malého množství krve. Velmi mě to omezovalo jak v práci, tak ve spánku. Projímadla jsem neužíval. Poslední defekace byla před dvěma hodinami.“	Patrné zarudnutí na zevním okolí konečníku.
	V nemocnici	„Mám časté nucení na stolici a svědění konečníku, i v noci. Doufám, že se budu moci konečně vyspat.“	Vyprazdňování stolice je časté, nepravidelné, doprovázeno bolestí. Stolica je vodnatá, průjmovitá s příměsí hlenu. Pacient poučen o nutnosti hlásit sestře každou defekaci. Je pečlivý, spolupracuje, zaznamenává si přesný počet stolic.

Spánek a bdění	Doma	„Každý den vstávám pravidelně v 6.00 hod., o víkendu si „přispím“. Přes den nespím. Poslední dobou jsem se v noci často probouzel, musel jsem na WC. Ráno se cítím nevyspaný.“	Během dne známky neklidu a vyčerpanosti.
	V nemocnici	„Doufám, že se stavlepší a já se budu moci konečně vyspat.“	Během dne patrná celková ospalost a slabost. Známky mírné roztržitosti.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Neprovozují vrcholový sport, pravidelně nesportuji, jen si občas rekreačně zajdu na krátkou procházku. Do práce jezdím autem. Větší námaha mě poslední dobou vyčerpávala.“	Z důvodu únavy není schopen vykonávat náročnější činnost.
	V nemocnici	„Jsem unavený, mám pocit svalové únavy a nedostatku životní energie.“	Má zvýšenou potřebu odpočinku. Přes den pospává a relaxuje u televize nebo knihy. Držení těla je v mírném předklonu, bez známek poruchy koordinace. Barthelův test bazálních denních činností (ADL) 90 bodů = lehká závislost.

Hygiena	Doma	„Hygienu jsem zvládal, nepotřeboval jsem pomoc druhé osoby.“	Pacient je čistý, upravený, bez známek zanedbání.
	V nemocnici	„Jsem soběstačný, kdybych něco potřeboval, dám vědět.“	Úkony si pacient provádí samostatně v pomalejším tempu, projevuje snahu a aktivitu.
Samostatnost	Doma	„Byl jsem doma samostatný, nikdo mi nepomáhal.“	Patrná mírná únava, která mohla ovlivňovat celkovou samostatnost.
	V nemocnici	„Nechci nikoho zatěžovat.“	Z důvodu nutnosti klidu na lůžku je pacient soběstačný jen v rámci lůžka. Je samostatný při příjmu potravy, oblékání, hygieně. V akutním období vyžaduje pomoc druhé osoby při přesunu na WC. Také převoz na vyšetření a delší vzdálenosti je prováděn na pojízdném vozíku s doprovodem jiné osoby. Barthelův test - hodnota 90 bodů, lehká závislost.

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Bez vědomí poruchy.“	Vědomí není zastřené, je jasné.
Orientace		„Bez vědomí poruchy.“	Pacient je plně orientovaný místem, časem, osobou.
Nálada		„Necítím se nyní nejlépe. Občas mám sklony k depresivním náladám.“	Je mírně pesimisticky naladěný, výraz tváře svědčí o strachu, verbalizuje strach o svůj zdravotní stav.
Paměť	Staropaměť	„Nevnímám změny v této oblasti.“	Bez poruchy výbavnosti. Schopnost vyvolat si nedávné nebo minulé dojmy, vzpomínky na známé osoby, místa.
	Novopaměť	„Rád se učím novým věcem.“	Nemá výpadky krátkodobé paměti. Schopnost udržet v paměti nové poznatky a informace.
Myšlení		„Mám logické myšlení, vcelku reálné.“	Myšlení a reakce jsou pomalejší. Otázky chápe, adekvátně na ně reaguje.
Temperament		„Všechno si dopředu promyslím. Někdy trpí pocitem nejistoty, zda jsem se rozhodl správně.“	Je váhavý, klidnější povahy. Introvertní typ.
Sebehodnocení		„Sám sebe hodnotím jako člověka, který si někdy dělá zbytečné starosti, myslí na nejhorší.“	Působí na okolí pocitem strachu.

Vnímání zdraví	„Zdraví mám nyní podlomené, bojím se o něj.“	Vnímá celkové zdraví negativně a s obavami do budoucnosti.
Vnímání zdravotního stavu	„Před zhoršením stavu jsem se cítil lépe, měl jsem dostatek energie. Zvládal jsem běžné domácí práce. Poslední týden mi není dobře. Vnímám zhoršení nemoci v uspěchané době.“	Uvědomuje si závažnost svého zdravotního stavu. Není obeznámený s prognózou onemocnění.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Za krizi považuji současné zhoršení zdravotního stavu. Nevím, co bude dál.“	Prožívá nemoc bez agresivity a přehnaného smutku. Má potřebu dozvědět se informace o dalším postupu léčby.
Reakce na hospitalizaci	„Vadí mi, že jsem „vytržen“ z domácího a pracovního prostředí. Na personál a péči si nemůžu zatím stěžovat.“	Reakce je přiměřená. Nemá strach z cizího prostředí. Je si vědomý, že hospitalizace byla již nevyhnutelná.
Adaptace na onemocnění	„Na samotnou chorobu jsem si zvykl, i rodina se přizpůsobila.“	Je smířený s onemocněním, věří, že správnou dietou a klidnějším životním stylem se docílí zlepšení nemoci.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Při myšlence na budoucnost mám pocity obav a strachu.“	Má přiměřené společenské vystupování. Projev mírné roztržitosti z obavy budoucího řešení situace (práce, zdraví).
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Nemám špatné zkušenosti z předešlé hospitalizace.“	Neprojevuje negativní emoce při vzpomínce na minulou hospitalizaci.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Necítím problém v komunikaci s lidmi, má práce se bez ní neobejde.“	Komunikace je bez omezení, spolupracuje, bez poruchy vyjadřování.
	Neverbální	„Jsem si vědomý, že používám při vyjadřování přiměřený doprovodný projev.“	Gestikulace a mimika není výrazná. Udržuje oční kontakt. Chrání si svoji osobní zónu.
Informovanost	O onemocnění	„Chci se o svém zdravotním stavu dovědět více.“	Je částečně informovaný o své nemoci.
	O diagnost. metodách	„Nevím, co mi budou dělat.“	Je částečně informovaný o vyšetřeních, které ho čekají.
	O léčbě a dietě	„Nejsem plně informovaný, ale předpokládám, jaké změny budou následovat.“	Je částečně informovaný o léčbě a dietě.
	O délce hospitalizace	„Je to nejisté, ještě přesně nevím.“	Je si vědom, že hospitalizace bude delší.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Nyní jsem vytržen z domácího prostředí. Doufám, že rodina bude dočasně fungovat i bez mé přítomnosti.“	Zaujímá roli manžela a otce dvou synů. Akceptuje změnu situace.

	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Nyní cítím nejistotu, zda průběh zdravotního stavu neohrozí pracovní funkci, a tím i celkový chod rodiny.“	Verbalizuje obavu ze změny sociální role v práci. Necítí se nemocí společensky izolovaný. Má zájem o návštěvy.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Jsem si vědomý, že po propuštění budu muset více odpočívat a neprovádět nadměrné aktivity.“	Akceptuje nynější situaci, na oddělení upřednostňuje četbu knihy a poslech hudby.

2.3 Medicínský management ze dne 3.8.2011

Ordinovaná vyšetření

Výsledky:

1) Biochemické vyšetření krve a moči

Na	135 mmol/l ↓	K	4,20 mmol/l
CL	92,0 mmol/l ↓	Ca	2,00 mmol/l
gluk	7,30 mmol/l ↑	CRP	80 mg/l ↑
AST	0,24 ukat/l ↓	ALT	0,25 ukat/l
GMT	1,21 ukat/l	ALP	1,40 ukat/l
BIL celkový	15,2 umol/l	cholesterol	3,62 mmol/l
triglyceridy	1,29 mmol/l	kreatinin	109,2 umol/l
močovina	2,11 mmol/l ↓	KM	270 umol/l
CB	66 g/l	ALB	37,3 g/l
Fe	9,38 umol/l ↓	TSH	1,75 mIU/l

M+S: pH 5,0; U – Leu 1 – 4; bakterie – koky; hlen ++

2) Hematologické vyšetření krve

Ery – $4,33 \times 10^{12}/l$

Leu – $17,4 \times 10^9/l$ ↑

Htk – 0,342 l/l ↓

Tr – $511 \times 10^9/l$ ↑

RDW – 13,9 %

MCV – 79,0 fl

EKG 3.8.2011

Sinusový rytmus, bez patologie.

V dalších dnech byly provedeny tyto vyšetření

SONO břicha 4.8.2011

Obraz pankolitidy, zvýšená vaskularizace stěny, známky aktivity zánětu, maximum postižení je v levé polovině tračníku. Tenké kličky kolabovány s plynným obsahem. Celkově špatná přehlednost tenkého střeva, bez významné distenze. Bez přítomnosti volné tekutiny v dutině břišní, drobný hemangiom na játrech.

RTG srdce a plic 4.8.2011

Parenchym bez ložisek a známek infiltrace, bez známek pneumothoraxu, bránice hladké.

Metronidazol 6-12-18-24 (á 6 hod, první dávka podána v 12.00 hodin)

Neonutrin 10% 500 ml, Glukóza 5% 500 ml (podány společně ve 12.00 hodin, rychlost na 10.00 hodin), bez reakce

Glukóza 20% 500 ml + Cernevit 1krát, KCL 1krát, Tracutil 1krát (podána ve 22.00 hodin, rychlost na 10 hodin), bez reakce

Per rectum :

Pentáza 1 g susp. ve 22.00 hodin

Chirurgická léčba – nezavedena

Situační analýza ze dne 3.8.2011

48 letý pacient přijatý k akutní hospitalizaci 3.8.2011 v 10.00 hodin na metabolickou jednotku intenzivní péče s diagnózou Ulcerózní kolitida ve stádiu relapsu. Udává, že vyvolávající příčinou zhoršení zdravotního stavu bylo jídlo ze závodní jídelny. Byl doposud ve sledování GIT lékaře pro 20 let trvající UC. Pacient je astenického vzhledu, pohyby jsou zpomalené, koordinované, bez třesu. Verbalizuje křečovitou bolest břicha a tupou bolest hlavy. Břicho je palpačně bolestivé v levé polovině břicha. Přítomna subfebrilie – 37,8 °C. Stěžuje si na nechutenství a suchost v ústech. Je dehydratovaný (sušší a povleklá sliznice jazyka, suchá kůže, úbytek hmotnosti 4 kg za týden). Moč má tmavší barvu a kyselý zápach, je bez příměsí. Nastavena kontrola bilance tekutin po čtyřech hodinách. Stěžuje si na zvýšenou, nepravidelnou a bolestivou defekaci stolice až 10krát/den trvající již týden. Nyní je stolice vodnatá až průjmovitá s příměsí hlenu, bez známek krve. Plyny odchází, zrychlená peristaltika střev. Znamky nadměrné únavy a schvácenosti. Pacient udává jako důvod únavy zhoršení zdravotního stavu a spánkový deficit. Barthelův test bazálních denních činností u pacienta vykazuje lehký stupeň závislosti. Je soběstačný v hygienické péči. Podle Nortonové stupnice není ohrožen rizikem dekubitů. Má monitorované vitální funkce (krevní tlak, puls, tělesnou teplotu). Zaveden centrální venózní katétr do v. subclavia l.sin. bez komplikací, okolí není macerované. Pacient je ohrožen rizikem infekce v souvislosti se zavedeným CŽK. Podána parenterální výživa, tekutiny též plně hrazeny parenterální formou. V rámci příjmu proběhla edukace o přísném dodržování diety, o nutnosti klidového režimu a sledování vyprazdňování stolice. Z důvodu sledování bilance a klidového režimu má pacient močovou láhev u lůžka a pojízdný klozet. Pacient celou situaci akceptuje. Verbalizuje strach z dlouhodobé hospitalizace a z prognózy nemoci.

2.4 Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Uspořádání diagnóz podle priorit

Aktuální dg

- 1) Akutní bolest vzhledem ke střevnímu zánětu a zrychlení střevní peristaltiky projevující se verbalizací a psychickou alterací.
- 2) Porucha vyprazdňování stolice (průjem) vzhledem k zánětu střev projevující se častými vodnatými stolicemi a křečovitou bolestí břicha.
- 3) Snížení objemu tělesných tekutin vzhledem k aktivním ztrátám (průjemovitá stolice) projevující se suchostí sliznic a únavou.
- 4) Hypertermie vzhledem na základní onemocnění projevující se naměřenou tělesnou teplotou 37,8 °C.
- 5) Snížení výkonnosti vzhledem k celkové slabosti projevující se neschopností delší chůze.
- 6) Strach z vývoje onemocnění vzhledem na akutní stav projevující se nestabilitou emocí.
- 7) Porucha tkáňové integrity následkem častého vyprazdňování řídké stolice projevující se drážděním a zarudnutím v okolí řitního otvoru.
- 8) Narušená celistvost kůže vzhledem na zavedený invazivní vstup (centrální venózní katétr).
- 9) Sociální izolace z důvodu hospitalizace projevující se pocitem smutku.

Potenciální dg

- 1) Riziko vzniku infekce vzhledem na zavedený invazivní vstup.
- 2) Riziko úrazu vzhledem ke snížení svalové síly a únavy.
- 3) Riziko narušení spánkového rytmu následkem častého vyprazdňování stolice.

2.5 Ošetrovatelský proces u pacienta s Collitis ulceroza

Sesterská diagnóza: Akutní bolest vzhledem ke střevnímu zánětu a zrychlení střevní peristaltiky projevující se verbalizací a psychickou alterací.
Cíl : Hladina bolesti se sníží do 1 hodiny. Priorita : střední
Výsledné kritéria : <ul style="list-style-type: none">✓ pacient využívá techniku zvládnutí úlevové polohy a zná strategie zmírnění bolesti do 30 minut;✓ pacient umí zhodnotit stupeň bolesti na hodnotící škále do 1 hodiny;✓ pacient verbalizuje snížení bolesti o 3 stupně na škále bolesti do 1 hodiny;✓ fyziologické funkce budou stabilní do 12 hodin;✓ pacient dodržuje klidový režim do 24 hodin.
Plán intervencí : <ul style="list-style-type: none">✓ Zhodnot' lokalizaci, intenzitu a charakter bolesti, její vyzařování a doprovodné symptomy – všeobecná sestra✓ Pouč pacienta o hodnocení bolesti pomocí škály bolesti – všeobecná sestra✓ Informuj pacienta o metodě snížení bolesti např. úlevová poloha, klidový režim, rytmické dýchání, poslouchání hudby – všeobecná sestra✓ Podej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj účinky– všeobecná sestra✓ Monitoruj vitální funkce a zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra✓ Při narůstající bolesti ihned informuj lékaře – všeobecná sestra✓ Zajisti nemocnému klidné prostředí a dostupnost signalizace – zdravotnický tým✓ Všímej si projevů mimoslovní komunikace a akceptuj bolest tak, jak ji vnímá pacient –zdravotnický tým✓ Podpoř pacienta k vyjádření svých obtíží – zdravotnický tým

Realizace :**10.00 hod**

- ✓ Nemocný uložen na monitorované lůžko do Fowlerovy polohy
- ✓ Pacient hodnotí intenzitu bolesti a zaznamenává její stupeň pomocí analogové škály (1 –10), pacient si stěžuje na bolest břicha a hlavy, hodnocení bolesti č. 7
- ✓ Splněna ordinace lékaře – podán Novalgin i.v. 1 ampule
- ✓ Změřeny fyziologické funkce – TT : 37,8 °C
- ✓ Pacient poučen o klidovém režimu

10.20 hod

- ✓ Sledován účinek analgetik, bolest snížena – na škále stupeň č. 5

11.00 hod

- ✓ Hodnocena bolest - bolest ustupuje, nedochází k nárůstu bolesti
- ✓ Pacient udává na stupnici bolest č. 4
- ✓ Měřeny fyziologické funkce, TT snížena - 36,7 °C

13.30 hod

- ✓ Provedeno další hodnocení bolesti, bolest přetrvává – zaznamenáno

17.00 hod

- ✓ Pacient se cítí lépe, mírná bolest přetrvává, na škále stupeň č. 4

Hodnocení po 8 hodinách:

Cíl byl splněný. Pacient verbalizuje snížení bolesti do 1 hodiny, na škále bolesti udává stupeň č. 4. Tělesná teplota má fyziologickou hodnotu. Pacient dodržuje klidový režim.

V naplánovaných intervencích je nutné dále pokračovat.

Sesterská diagnóza:	
Porucha vyprazdňování stolice (průjem) vzhledem k zánětu střev projevující se častými vodnatými stolicemi a křečovitou bolestí břicha.	
Cíl : Normalizovat vyprazdňování stolice.	
Priorita : střední	
Výsledné kritéria :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ vyprazdňování stolice bude fyziologické do 72 hod; ✓ pacient dodržuje klidový režim do 24 hodin; ✓ pacient nemá známky dehydratace do 24 hodin; ✓ pacient se podílí na hodnocení a sledování stolice po celou dobu hospitalizace; ✓ pacient má dostatek informací o léčebných postupech a dietním omezení do 12 hodin; ✓ fyziologické funkce budou stabilní do 12 hodin; ✓ laboratorní hodnoty budou v normě do 48 hodin.
Plán intervencí :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitoruj vyprazdňování stolice, její frekvenci, denní dobu, množství, konzistenci, barvu a příměsi – všeobecná sestra ✓ Monitoruj doprovodné příznaky (bolest) a reaguj na ně – všeobecná sestra ✓ Pouč o dodržování klidového režimu – všeobecná sestra ✓ Zajisti k lůžku pojízdný klozet a močovou láhev – zdravotnický tým ✓ Poskytni pacientovi dostatek informací o dietním a léčebném režimu a o nutnosti sledování vyprazdňování stolice – ošetřující lékař + všeobecná sestra ✓ Zajisti pro nemocného dostatek soukromí – zdravotnický tým ✓ Kontroluj a zaznamenávej fyziologické funkce á 1 hodinu – všeobecná sestra ✓ Proveď odběry hladin elektrolytů v krevním séru dle ordinace lékaře a sleduj výsledky – všeobecná sestra ✓ Saturuj potřebu hydratace parenterální formou dle ordinace lékaře a monitoruj účinky léků – všeobecná sestra

- ✓ Všímej si příznaků dehydratace (stav sliznic, kůže a kožní turgor) – všeobecná sestra
- ✓ Dopomoz pacientovi při osobní hygieně – zdravotnický tým
- ✓ Věnuj pozornost predilekčním místům a kůži kolem řitního otvoru – zdravotnický tým
- ✓ Všechny údaje zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra

Realizace :

10.00 hod

- ✓ Pacient uložen na monitorované lůžko a poučen o klidovém režimu, k lůžku dána močová láhev a pojízdný klozet
- ✓ Zavedena bilance tekutin á 4 hodiny
- ✓ Změřeny fyziologické funkce TT : 37,8 °C, proveden odběr krve
- ✓ Podán Novalgin i.v. 1 ampule pro subfebrilii a bolest břicha a hlavy
- ✓ Pacient poučen o dietní režimu a sledování stolice

12.00 hod

- ✓ Kontrola stolice a vitálních funkcí TT : 36,7 °C
- ✓ Podána infúzní terapie parenterální formou dle ordinace lékaře

15.00 hod

- ✓ Vše pacientovi opět vysvětleno, kontrola stolice – průjmovitá bez přítomnosti krve

18.00 hod

- ✓ Kontrola počtu stolic – celkem 3krát od začátku doby hospitalizace. Stolica je vodnatá, bez příměsí krve, patrné stopy hlenu. Proveden záznam.

Hodnocení po 8 hodinách :

Cíl splněn částečně. Pacient má stále nepravidelnou průjmovitou stolicí, celkem 3krát. Znamky dehydratace přetrvávají . Fyziologické funkce jsou stabilní. Pacient dodržuje klidový režim. V naplánovaných intervencích je nutné dále pokračovat.

Sesterská diagnóza:	
Snížení objemu tělesných tekutin vzhledem k aktivním ztrátám (průjmovitá stolice) projevující se suchostí sliznic a únavou.	
Cíl : Pacient má vyvážený příjem a výdej tekutin.	
Priorita : střední	
Výsledné kritéria :	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ pacient nemá známky dehydratace do 24 hodin; ✓ bilance tekutin bude vyrovnaná do 48 hodin; ✓ pacient dodržuje klidový režim a akceptuje jeho příčiny do 24 hodin; ✓ pacient má dostatek informací o léčebném postupu a dietním režimu do 12 hodin; ✓ fyziologické funkce budou stabilní do 12 hodin; ✓ laboratorní hodnoty budou v normě do 48 hodin.
Plán intervencí :	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sleduj bilanci tekutin á 4 hodiny a barvu moči – všeobecná sestra ✓ Poskytni pacientovi dostatek informací o léčebných postupech a nutnosti parenterální výživy – ošetřující lékař + všeobecná sestra ✓ Saturuj nedostatek tekutin parenterální formou dle ordinace lékaře – všeobecná sestra ✓ Při i.v. aplikaci léků sleduj rychlost a účinek – všeobecná sestra ✓ Monitoruj hodnoty laboratorních vyšetření a fyziologických funkcí – všeobecná sestra ✓ Monitoruj známky dehydratace - turgor kůže, suchost sliznic a únava pacienta – všeobecná sestra ✓ Zvlhčuj sliznici dutiny ústní (kostky ledu, výplach DÚ) – všeobecná sestra ✓ Měř hodnotu CVT dle ordinace lékaře – všeobecná sestra ✓ Sleduj množství, konzistenci a frekvenci vyprazdňování stolice – všeobecná sestra

- ✓ Zajisti k lůžku močovou láhev a pouč pacienta o klidovém režimu – zdravotnický tým
- ✓ Udržuj dostatečný hygienický standart – zdravotnický tým
- ✓ Zajisti klid a bezpečnost pacienta – zdravotnický tým
- ✓ Proved' záznam do dokumentace – všeobecná sestra

Realizace :

10.00 hod

- ✓ Pacient uložen na monitorované lůžko a poučen o klidovém režimu a bezpečnosti
- ✓ K lůžku dána močová láhev a zavedena kontrola bilance tekutin á 4 hodiny
- ✓ Změřeny fyziologické funkce TT : 37,8 °C, proveden záznam
- ✓ Proveden odběr krve
- ✓ Pacient informován o léčebném a dietní režimu

12.00 hod

- ✓ Kontrola vitálních funkcí a příznaků dehydratace
- ✓ Zaveden CŽK do vena subclavia, podepsán souhlas s výkonem; změřeno CVT a hodnota (-2) zaznamenána
- ✓ Infúzní roztoky podány parenterální formou
- ✓ Provedena kontrola stolice

14.00 hod

- ✓ Vyhodnocena bilance tekutin (300 ml i.v./400 ml moči)
- ✓ Kontrola příznaků dehydratace a změřeny fyziologické funkce TT : 36,7 °C

18.00 hod

- ✓ Vyhodnocena bilance tekutin (500 ml i.v./800 ml moči)
- ✓ Opětovné změření CVT, hodnota (-1), proveden záznam

Hodnocení po 8 hodinách:

Cíl splněn částečně. Bilance nevyrovnaná. Znamky dehydratace nadále přítomné - suchá sliznice a únava. Akceptuje a dodržuje klidový režim. Fyziologické funkce jsou v normě. V intervencích je nutné pokračovat.

Celkové zhodnocení ze dne 3.8.2011

Cíle byly splněny částečně. Stolice stále nepravidelná, průjmovitá s bolestivou defekací. Bilance nevyrovnaná. Na JIP zavedený centrální i.v. katétra bez místních i celkových známek infekce. Zahájena parenterální rehydratace s hodnocením CVT. Bolest břicha a hlavy byla snížena na škále bolesti o 3 stupně. Doporučena úlevová poloha, kterou pacient toleroval. Fyziologické funkce byly stabilizovány – TT 36,7 °C. Po ústupu bolesti a subfebrilie došlo i k úpravě psychického stavu pacienta. Únava a známky dehydratace nadále přetrvávají. Pacient dodržoval klidový režim, akceptoval dietní opatření a další postup léčby. Spolupracoval na vybraných intervencích. V období hospitalizace bude potřebná edukace pacienta a jeho rodiny. Vzhledem k diagnóze je třeba v naplánovaných intervencích pokračovat.

2.6 Doporučení pro praxi

- všimnout si známek projevů dehydratace a známek bolesti;
- vést přesnou bilanci tekutin;
- zajistit dostatek soukromí;
- dbát na psychickou stránku pacienta, eliminovat rušivé podněty v okolí, dle možnosti vhodný výběr pokoje;
- dát pacientovi dostatek prostoru pro vyjádření svých pocitů a obav;
- posilovat zájem pacienta o své vlastní zdraví;
- v případě umělého vývodu poučit pacienta (stomická sestra) o hygieně rány a frekvenci výměny ileostomického sáčku. Poučit, že přijatá potrava vychází ileostomií za 4 – 6 hodin, je zpočátku řídká, později má konzistenci normální stolice.
- před propuštěním poskytnout pacientovi rady o vhodné výživě a dodržování dietních návyků (dát edukační leták).

ZÁVĚR

Nemoc Colitis ulcerosa (UC) je zánět sliznice tlustého střeva a konečníku, který může probíhat pod obrazem lehké formy bez výrazných změn. Na druhé straně se mohou přidružit komplikace např. krvácení, časté vyprazdňování průjmovité stolice. UC je psychosomatické onemocnění, proto ošetřování pacientů s touto diagnózou musí probíhat komplexně, kdy je kladen důraz na bio-psycho-sociální potřeby. S delším trváním nemoci a množením se záchvatů dochází u nemocných k tělesné i psychické sešlosti. Pacienti při těžké formě onemocnění a náhle vzniklými komplikacemi mají delší průběh hospitalizace. Jejich terapie vyžaduje intenzivní monitoraci celkového stavu. „Idiopatické střevní záněty jsou zvláště ve fázi relapsu často sdruženy s malnutricí (okolo 70 - 80 %)“ (KOHOUT et al., 2004, s. 15). Pacienti proto vyžadují individuální dietní režim, je nutné jim podávat umělou – parenterální nebo enterální výživu. Sestra by se měla v ošetrovatelské péči zaměřit na prevenci infekce invazivních vstupů, monitoraci vitálních funkcí a příznaků počínající dehydratace.

Cílem bakalářské práce bylo vypracovat jednodenní plán ošetrovatelské péče u pacienta (48 let) s Colitis ulcerosa v rámci ošetrovatelského procesu. Tento cíl se podařilo splnit. Pacient ochotně spolupracoval. Byly stanoveny diagnózy, které vycházely z aktuálního stavu. Jednalo se o akutní bolest a poruchu vyprazdňování stolice, která souvisela se sníženým objemem tekutin. Druhým cílem bylo poukázat na změny a specifické potřeby, které mohou vzniknout v rámci této diagnózy. Změny, které s sebou přináší samotná nemoc, ovlivňují jak samotného člověka tak i jeho rodinu. Onemocnění ve stádiu vzplanutí vyřazuje z pracovní schopnosti. Často stojí za úsilím uzdravení změna v dietním, denním i pracovním režimu za podpory nejbližší rodiny. Je nutné dodržování tzv. režimových opatření. Vyloučit potraviny, které způsobují podráždění střev. Také včasné a efektivní řešení problémů, omezení stresových faktorů a psychická i duševní rovnováha se podílí na zlepšení prognózy nemoci.

Souvislost vyšší incidence UC s moderním způsobem života je více než zřejmá. Ať již jde o snížení příjmu vlákniny a obecně nerafinované stravy, o zvýšený příjem cukrů a rostlinných tuků (včetně ztužených), zvýšené množství přísad ve stravě, ale i častější léčbu antibiotiky a kratší dobu kojení. Informační leták, který předkládám jako součást mé bakalářské práce, může posloužit jak pacientovi tak i jeho rodině.

Doporučení pro pacienta:

- dodržovat zásady správné výživy a dietního omezení;
- užívat pravidelně léky;
- vést si přesný záznam o dietě; o intervalech mezi jídly, o příjmu energie; pravidelný záznam aktuální tělesné hmotnosti a BMI;
- vyloučit potraviny, které způsobují podráždění střev (např. luštěniny, ořechy, jádra, citrusové plody, syrová zelenina, tučná a kyselá jídla, mléko);
- všimnout si vyprazdňování stolice a doprovodných příznaků (bolest, krev);
- v případě komplikací nemoci ihned kontaktovat lékaře;
- zákaz alkoholu a kouření;
- pravidelná dispenzarizace v GIT ambulanci;
- pečovat o svou duševní i tělesnou stránku (prevence nachlazení, vyčerpanosti, únavy, redukce stresu);
- provádět pravidelnou, nenáročnou sportovní aktivitu;
- nepodléhat pocitu méněcennosti a negativnímu myšlení;
- udržovat kontakt s lidmi se stejným problémem a zajímat se o novinky v této oblasti.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

BENEŠOVÁ, Helena. 2010. *IBD – nespecifické střevní záněty*.

In: <http://www.bioklub.cz/zdravi/ibd-%E2%80%93-nespecificke-strevni-zanety/> [cit. 2010-11-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.bioklub.cz/zdravi/ibd-%E2%80%93-nespecificke-strevni-zanety/>>.

DYLEVSKÝ, Ivan. 2006. *Základy anatomie*. Praha : Triton, 2006. 271 s. ISBN 80-7254-886-7.

GABALEC, Libor. 2009. Ulcerózní kolitida - klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. In *Interní medicína pro praxi*. ISSN 1803-5256, 2009, roč. 11, č. 6, s. 276-281.

HÁTLOVÁ, Petra. 2011. *Autoimunitních střevních zánětů přibývá*. In: www.novinky.cz/zena/zdravi/238984-autoimunitnich-strevnich-zanetu-pribyva.html/ [cit. 2011-07-21]. Dostupné na WWW: <<http://www.novinky.cz/zena/zdravi/238984-autoimunitnich-strevnich-zanetu-pribyva.html/>>.

KOHOUT, P. et al. 2004. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha : Maxdorf, 2004. 174 s. ISBN 80-7345-023-2.

LATA, J. et al. 2010. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7262-692-2.

LUČANSKÁ, Jana.; KOMANOVÁ, Mária. 2008. Špecifika starostlivosti při ulcerózní kolitídě. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2008, č. 9, s. 42 – 43.

LUKÁŠ, Karel. 2004. *Dieta při ulcerózní kolitídě a Crohnově nemoci*. Praha : Triton, 2004. 87 s. ISBN 80-7254-473-X.

LUKÁŠ, Karel. 1997. *Idiopatické střevní záněty*. Praha : Triton, 1997. 171 s. ISBN 80-85875-31-4.

LUKÁŠ, Milan. 2009. Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů.. In *Praktické lékárenství*. ISSN 1801-2434, 2009, roč. 5, č. 4, s. 164-167.

MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Praha : Maurea, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.

STEHLÍK, Jiří. 2010. Doporučení pro vakcinaci nemocných s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou na imunosupresivní a biologické léčbě. In *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. ISSN 1213-323X, 2010, roč. 64, č. 1, s. 40-48.

SUCHÝ, David. 2009. Biologická léčba pacientů s revmatoidní artritidou I: principy a účinnost terapie. In *Medicína pro praxi*. ISSN 1803-5310, 2009, roč. 6, č. 6, s. 313-319.

SUMMERS, R. et al. 2005. Trichuris suis therapy for active ulcerative colitis: a randomized controlled trial. In *Gastroenterology*, ISSN 1582-5065, 2005, roč. 128, č. 4, s. 825–32.

SYSEL, D.; BELEJOVÁ, H.; MASÁR, O. 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno : Tribun EU, 2011. ISBN 978-80-7399-289-7.

TRACHTOVÁ, E. et al. 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno : NCONZO, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

VOMELA, J. et al. 1998. *Chirurgie pro sestry*. 1. vyd. Brno : NCONZO, 1998. 210 s. ISBN 80-7013-262-0.

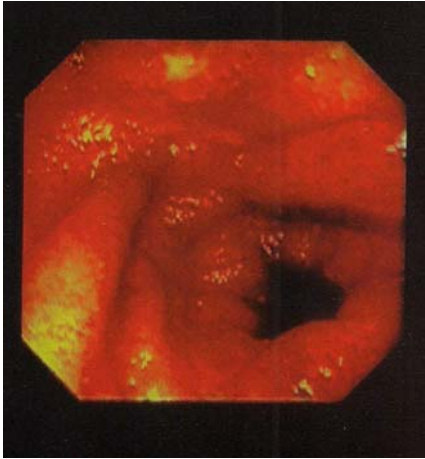
VOKURKA, M. et al. 2004. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozšíř. vyd. Praha : Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.

Seznam bibliografických odkazů zpracován dle normy ISO 690 : 2

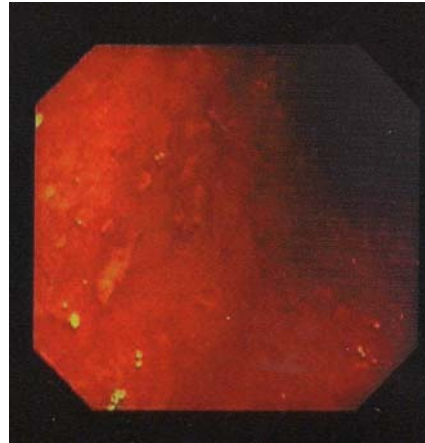
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Postižení střeva UC	I
Příloha B – Endoskopické hodnocení slizničních změn UC	II
Příloha C – Rešerš onemocnění	III
Příloha D – Žádost o umožnění sběru informací	IV
Příloha E – Edukační leták	V

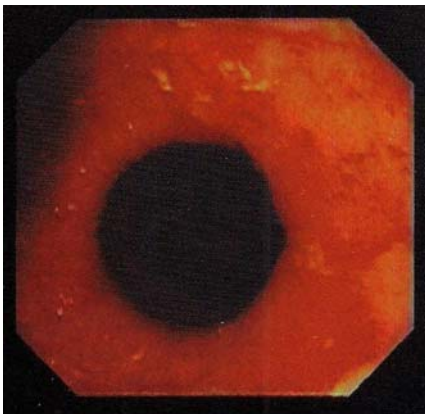
Příloha A – Postižení střeva UC



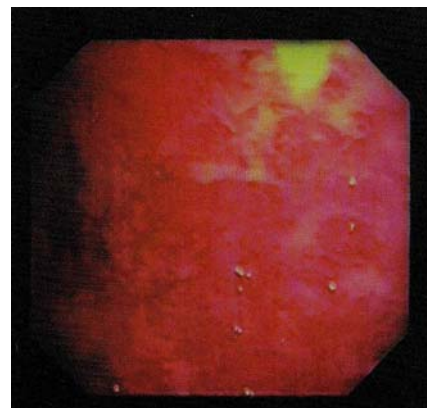
Obrázek 6 křehká, krvácející sliznice s hlenohnisavými povlaky a vředem,
zdroj: LUKÁŠ, 1997, s. 178



Obrázek 7 hyperemická sliznice s četnými vředy,
zdroj: LUKÁŠ, 1997, s. 178

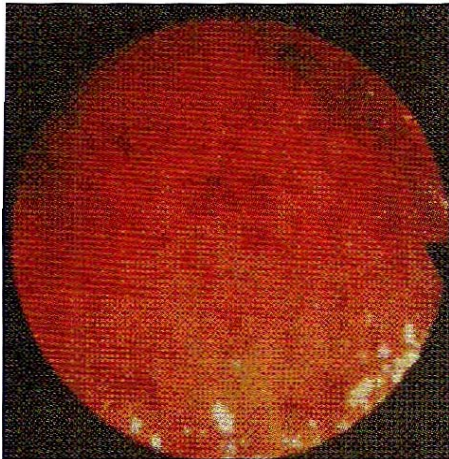


Obrázek 8 „tubularizace“, hyperémie, vředy,
zdroj: LUKÁŠ, 1997, s. 178

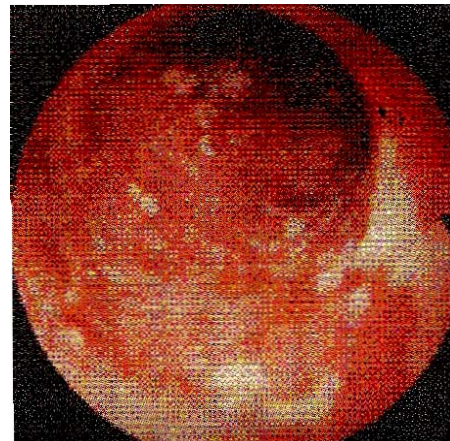


Obrázek 9 hyperémie, hlenové povlaky, vředy,
zdroj: LUKÁŠ, 1997, s. 178

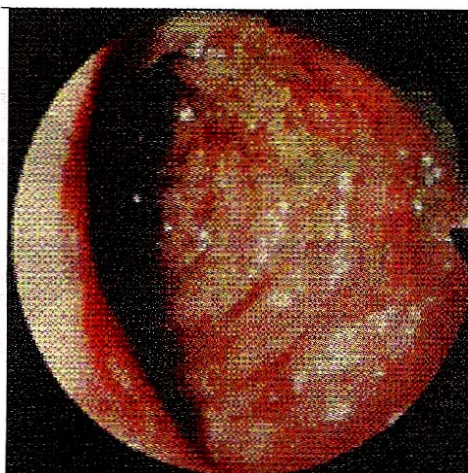
**Příloha B – Endoskopické hodnocení slizničních změn UC
podle Mařatkovy klasifikace**



**Obrázek 10 Hemoragické stadium
stadium A I,**
zdroj: LATA et al., 2010, s. 94



**Obrázek 11 Hnisavé stadium
stadium A II,**
zdroj: LATA et al., 2010, s. 94



**Obrázek 12 Ulcerativní stadium
stadium A III,**
zdroj: LATA et al., 2010, s. 95



**Obrázek 13 Ulcerativní -
polypózní UC, stadium A IV,**
zdroj: LATA et al., 2010, s. 94

Příloha C – Rešerš onemocnění

Knihovna NCO NZO Brno

Vinařská 6

Brno

603 00

info@knihovna.nconzo.cz

Ošetrovatelský proces u pacienta s Colitis ulcerosa

Počet záznamů: 37

Časové rozmezí : 2003 - 2011

Datum : 6.12.2011

Jazykové vymezení : slovenský jazyk, český jazyk

Zpracovala : Olga Svobodová

Druh literatury : knihy, články, publikace

Zdroje

- Databáze Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
- Jednotná informační brána
- Časopis Sestra

Klíčová slova : Colitis ulcerosa, Střevní zánět, Intenzivní péče

Příloha D – Žádost o umožnění sběru informací

NEMOCNICE BŘECLAV
PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE
U NEMOCNICE 3066/1, 690 74 BŘECLAV
TEL.: +420 519 315 111
E-MAIL: NEMBV@NEMBV.CZ

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S BAKALÁŘSKOU PRACÍ

Vypíňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: Janoušková (Mikulášková) Štěpánka, DiS.
Datum narození: 21.2.1985
Tel.: 724 729 467
E-mail: mikulaskovas@scznm.cz
Adresa (pro zaslání vyjádření): Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5
Škola/Fakulta: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Obor studia: Všobecná sestra
Téma závěrečné práce: Ošetrovatelský proces u pacienta
s Collitis ulcerosa
Způsob provedení sběru dat: Nahlížení do zdravotnické dokumentace
Termín sběru dat: září 2011
Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: Metabolická JIP

Poučení:

Žadatel bere na vědomí, že může nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze na základě předchozího písemného souhlasu uděleného pacientem. Žadatel se též zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.

Datum: 29.9.2011 Podpis: Janoušková

Vypíňuje nemocnice Břeclav:

Vyjádření schválení odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:

Č.j.:
 ANO
 NE

29.9.2011
Datum:

NEMOCNICE BŘECLAV
příspěvková organizace
tříletní smlouva
U nemocnice 1, 690 74 Břeclav
692 020 890 fax
Podpis a razítko

Příloha E – Edukační leták

ČESKÁ REPUBLIKA

ODDACÍ LIST

v knize manželství matričního úřadu Obecního úřadu Čejkovice

 okres Hodonín
 ve svazku 2 roč. 2011 strana/list 268 poř. č. 34

Místo uzavření manželství	Čejkovice, kostel sv. Kunhuty	
Den, měsíc, rok uzavření manželství	26.11.2011	
	muž	žena
Jméno(a) a příjmení, popř. rodná příjmení	Libor Janoušek	Štěpánka Mikulášková
Den, měsíc, rok a místo narození, okres/stát	20.05.1974 Valtice Břeclav	21.02.1985 Kyjov Hodonín
Rodné číslo	74 05 204059	85 52 214660
Osobní stav	svobodný	svobodná
Jméno(a) a příjmení, popř. rodná příjmení rodičů	Ladislav Janoušek --- Ivanka Janoušková Kozumpílková	Vladimír Mikulášek --- Věra Mikulášková Bleňová
Dohoda o příjmení: muž: žena: dětí:	Janoušek Janoušková Janoušek - Janoušková	
Poznámka	---	

v Čejkovicích
 dne 28.11.2011 Marie Gavendová *Marie Gavendová M.*

 jméno, příjmení a podpis matičkaře

