

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2019**

**Kateřina Svobodová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Kateřina Svobodová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S CROHNOVOU CHOROBOU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Hana Macháčková

PLZEŇ 2019

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Svobodová Kateřina

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

Vedoucí práce: Mgr. Hana Macháčková

Počet stran – číslované: 66

Počet stran – nečíslované: 36

Počet příloh: 12

Počet titulů použité literatury: 43

Klíčová slova: Crohnova choroba, idiopatické střevní záněty, střevo, ošetrovatelský proces, VAC systém

### **Souhrn:**

Bakalářská práce na téma Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou se skládá ze dvou částí – teoretické a praktické. V teoretické části je stručně popsána anatomie zažívacího traktu, dále se práce zabývá charakteristikou, diagnostikou, komplikacemi a léčbou Crohnovy choroby. V další kapitole je probrána péče o pacienty s chirurgickým způsobem léčby.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na kvalitativní výzkumné šetření. V praktické části jsou podrobně rozebrány kazuistiky dvou mladých žen, které jsou zpracovány dle modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové.

## **Abstract**

Surname and name: Svobodová Kateřina

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing process of a patient with Crohn's disease

Consultant: Mgr. Hana Macháčková

Number of pages – numbered: 66

Number of pages – unnumbered: 36

Number of appendices: 12

Number of literature items used: 43

Keywords: Crohn's disease, idiopathic intestinal inflammation, intestine, nursing process, VAC system

### Summary:

The bachelor thesis on the nursing process by a patient with Crohn's disease consists of two parts - theoretical and practical. In the theoretical part there is briefly described the anatomy of digestive part, the thesis deals with the characteristics, diagnostics, complications and treatment of Crohn's disease. The next chapter deals with the treatment of patients with surgical treatment.

The practical part of the bachelor thesis is focused on qualitative research. In the practical part, the case studies of two young women, which are processed according to Marjory Gordon's model of functional health patterns, are analyzed in detail.

## **Předmluva**

Tato bakalářská práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou je napsána jako kvalifikační práce pro ukončení bakalářského studia na Západočeské univerzitě v Plzni v oboru Všeobecná sestra. Mým hlavním cílem bylo zpracovat ošetrovatelský plán u pacientů s Crohnovou chorobou, kteří podstoupili chirurgický způsob léčby. V závěru práce jsem vytvořila edukační materiál pro pacienty, kteří jsou propuštěni do domácího prostředí s VAC systémem.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Haně Macháčkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji svým dvěma respondentkám, které byly ochotné zúčastnit se mého výzkumu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, která mě podporovala nejen při psaní bakalářské práce, ale po celou dobu mého studia.

# OBSAH

SEZNAM ZKRATEK .....	11
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TRÁVICÍ SOUSTAVY.....	14
1.1 Jícen .....	14
1.2 Žaludek .....	14
1.3 Tenké střevo.....	15
1.4 Tlusté střevo.....	16
2 CROHNOVA CHOROBA .....	18
2.1 Historie Crohnovy choroby .....	18
2.2 Etiologie.....	19
2.3 Symptomy.....	20
2.4 Průběh a chování onemocnění .....	21
2.5 Diagnostika .....	21
2.5.1 Anamnéza .....	21
2.5.2 Fyzikální vyšetření .....	21
2.5.3 Laboratorní vyšetření.....	22
2.5.4 Zobrazovací metody .....	22
2.5.5 Endoskopická vyšetření.....	24
2.6 Komplikace.....	25
2.6.1 Lokální střevní komplikace .....	25
2.6.2 Vzdálené projevy.....	26
2.6.3 Metabolické komplikace.....	26
2.7 Léčba.....	27
2.7.1 Konzervativní léčba.....	27
2.7.2 Biologická léčba .....	28
2.7.3 Výživa.....	29
2.7.4 Chirurgická léčba.....	31
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CHIRURGICKÝM ZPŮSOBEM LÉČBY .....	33
3.1 Předoperační péče .....	33
3.2 Pooperační péče .....	34
PRAKTICKÁ ČÁST .....	37
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....	37
4.1 Formulace problému .....	37
4.2 Hlavní cíl výzkumu.....	37



4.2.1	Dílčí cíle .....	37
4.2.2	Výzkumné otázky .....	38
4.3	Charakteristika sledovaného oboru .....	38
4.4	Metodika práce .....	38
4.5	Organizace výzkumu .....	38
5	KAZUISTIKA Č. 1 .....	40
5.1	Katamnéza .....	40
5.2	Sběr informací o pacientovi .....	40
5.3	Fyzikální vyšetření .....	41
5.4	Základní screeningové vyšetření sestrou .....	42
5.5	Lékařské vyšetření .....	42
5.6	Lékařské diagnózy .....	43
5.7	Průběh hospitalizace .....	43
5.8	Ošetrovatelský proces dle Marjory Gordon .....	52
5.9	Plán ošetrovatelské péče .....	57
6	KAZUISTIKA Č. 2 .....	60
6.1	Katamnéza .....	60
6.2	Sběr informací o pacientovi .....	60
6.3	Fyzikální vyšetření .....	61
6.4	Základní screeningové vyšetření sestrou .....	62
6.5	Lékařské vyšetření .....	62
6.6	Lékařské diagnózy .....	63
6.7	Průběh hospitalizace .....	63
6.8	Ošetrovatelský proces dle Marjory Gordon .....	67
6.9	Ošetrovatelské diagnózy .....	71
	DISKUZE .....	74
	ZÁVĚR .....	78
	SEZNAM LITERATURY .....	79
	SEZNAM PŘÍLOH .....	83
	PŘÍLOHY .....	84
	Příloha 1 – Informovaný souhlas .....	84
	Příloha 2 – Žádost o poskytnutí informací .....	85
	Příloha 3 – Rešerše .....	87
	Příloha 4 – Body Mass Index .....	92
	Příloha 5 – Vizuální analogová škála .....	93
	Příloha 6 – Stupnice rizika pádu .....	94
	Příloha 7 - Barthelův test základních všedních činností .....	95

Příloha 8 – Glasgow Coma Scale .....	96
Příloha 9 – Stupnice dle Nortonové.....	97
Příloha 10 – Zhodnocení nutričního stavu.....	98
Příloha 11 – Maddonova škála .....	99
Příloha 12 – Edukační materiál .....	100

## SEZNAM ZKRATEK

ASA .....	American society of anesthesiologists; americká společnost anesteziologů
ASCA .....	protilátky proti pekařské kvasince <i>saccharomyces cerevisiae</i>
ARO .....	anesteziologicko resuscitační oddělení
ATB .....	antibiotika
BMI .....	body mass index; index tělesné hmotnosti
CRP.....	C-reaktivní protein
CT.....	počítačová tomografie
D <sub>1</sub> .....	bulbus duodeni
DK .....	dolní končetiny
EGDS.....	ezofagogastroduodenoskopie
EKG.....	elektrokardiograf
ERCP .....	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
FR .....	fyziologický roztok
g .....	gram
GIT .....	gastrointestinální trakt
hod. ....	hodina
IBD .....	Inflammatory Bowel Disease; idiopatické střevní záněty
i.v. ....	intravenózně; nitrožilní podání
JIP .....	jednotka intenzivní péče
L <sub>1</sub> - L <sub>3</sub> .....	bederní obratle

LHK ..... levá horní končetina

LMWH ..... nízkomolekulární heparin

MR ..... magnetická resonance

mg ..... miligram

ml ..... mililitr

mmHg ..... milimetr rtuťového sloupce

NH ..... nemocnice Hořovice

NPO ..... nic per os

NPWT ..... negative pressure wound therapy; negativní tlak hojení ran

O<sub>2</sub> ..... kyslík

pANCA ..... protilátky proti cytoplasmě neutrofilních bílých krvinek

pH ..... vodíkový exponent

PHK ..... pravá horní končetina

p.o. .... per os

p.p. .... podle potřeby

PŽK ..... periferní žilní katetr

s.c. .... subkutánní podání

tbl ..... tableta

RTG ..... rentgenové vyšetření

TEN ..... trombo-embolická nemoc

USG ..... ultrasonografické vyšetření

VAC ..... vacuum-assisted clousure – ventrikuloární vedení

VAS ..... vizuální analogová škála

## ÚVOD

Pro zpracování své bakalářské práce jsem si vybrala téma Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou. Mým hlavním cílem bylo zpracovat ošetrovatelský plán u pacientů s tímto onemocněním, kteří podstoupili chirurgický způsob léčby.

Crohnova choroba se řadí mezi idiopatické střevní záněty. Její incidence v posledních letech stoupá a věková hranice klesá. Již na začátku 18. století se objevovaly kazuistiky, ve kterých se s největší pravděpodobností jednalo o Crohnovu chorobu. Tento název se používá od roku 1932 podle práce Burilla Crohna a jeho spolupracovníků. (Zbořil a kol., 2018, s. 14)

Crohnova choroba je charakteristická tím, že se jedná o nevyléčitelné onemocnění, které se objevuje nejčastěji ve spojení tenkého a tlustého střeva. Pacienti trpí častými bolestmi břicha, průjmem, únavou a stresem. Onemocnění probíhá ve dvou fázích, kterými jsou relaps a remise. Relaps je aktivní fáze nemoci, která způsobuje u pacienta celkové zhoršení stavu a je často doprovázena komplikacemi. Remise je fáze klidová, kdy pacient netrpí zánětlivými příznaky a pociťuje výrazné zlepšení svého zdravotního stavu. I když je nemoc známá řadu let, stále nemá svůj jasný původ. V posledních desetiletích se poukazuje především na genetické predispozice, které s dalšími několika faktory umožňují vznik onemocnění.

Svoji bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě části. V teoretické části jsem se zaměřila na charakteristiku, příčiny, příznaky a léčbu tohoto onemocnění. V další kapitole jsem se věnovala ošetrovatelské péči o pacienty s Crohnovou chorobou. V praktické části jsem zpracovala kazuistiky dvou mladých žen podle modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon, která ve svém modelu vychází z holistické a humanistické filozofie a nevynechává žádnou oblast osobnosti pacienta.

Jako výstup do praxe jsem vytvořila edukační materiál pro pacienty, kteří jsou z nemocnice propuštěni do domácího prostředí s VAC systémem.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TRÁVICÍ SOUSTAVY

Dylevský (2009, s. 308) řadí mezi základní funkce trávicího systému trávení, výměnu látek a vstřebávání. Tyto funkce probíhají v různých úsecích trávicího ústrojí s různou rychlostí. Trávicí systém se dle autora skládá z trávicí trubice a připojených žláz. Trávicí systém začíná **dutinou ústní**, která obsahuje jazyk, zuby a slinné žlázy. Okolí dutiny ústní tvoří rty a tváře. Další částí trávicího ústrojí je hltan. **Hltan** je dlouhá trubice, kterou je potrava posouvána do jícnu. Dělí se na tři části: nosohltan, ústní část a hrtanová část. Svaly hltanu se podílejí na polykání a mluvení. Dolní konec hltanu navazuje na jícen. (Dylevský, 2009, s. 308-318)

### 1.1 Jícen

Jícen (oesophagus) je úzká trubice dlouhá 23 až 28 cm, která spojuje hltan se žaludkem. V průměru měří 1,5 centimetrů, při průchodu potravy se však její průměr může až zdvojnásobit. Jícen začíná na úrovni 6. krčního obratle, sestupuje směrem dolů před krční a hrudní páteří a dostává se přes bránici do dutiny břišní, kde končí vústěním do žaludku. Stěna sliznice jícnu má růžové zabarvení a je pokryta odolným mnohvrstevným dlaždicovým epitelem. V klidovém stavu zde převládají podélné řasy, které připomínají tvar hvězdice. Svalovina jícnu je v horní třetině tvořena příčně pruhovaným svalstvem, které ve střední třetině nahrazuje svalstvo hladké. V dolní třetině jícnu se vyskytuje již pouze hladké svalstvo. (Dylevský, 2009, s. 321-322)

### 1.2 Žaludek

Žaludek (ventriculus) je vakovitý úsek trávicí trubice, který navazuje na jícen a slouží jako zásobník potravy. Je umístěn v levé brániční klenbě v dutině břišní. Velikost žaludku je individuální. U prázdného žaludku se velikost osy pohybuje okolo 25 cm a jeho váha je asi 130 g. Množství obsahu, který žaludek pojme, variabilně kolísá, v průměru je to 1 litr. Na žaludku rozlišujeme tři hlavní části: fundus gastricus, corpus gastricum a pars pylorica. Čihák (2013, s. 82) uvádí, že fundus gastricus je nejširší úsek, který leží kraniálně proti bránici, je ukončený vyklenutím nazývaným žaludeční klenba, kde se zpravidla objevuje bublina vzduchu z přijaté potravy. Fundus dále pokračuje do největší části

žaludku – těla, corpus gastricum. Koncovým úsekem, který přechází v duodenum, je pars pylorica. Žaludek má přední a zadní stěnu, které do sebe přecházejí ostrými hranami. Sliznice žaludku má načervenalou barvu. Prázdný žaludek je tvořen z řas, které jsou velmi výrazné u malého zakřivení a tvoří cestu pro tekutiny a kašovitou potravu. Žaludek má žaludeční a hlenové žlázy, které obsahují šest druhů buněk. Svalovina žaludku se skládá ze tří vrstev, které tvoří fibrae obliquae, stratum cirkulare a m. sphincter pylori. (Čihák, 2013, s. 81-89; Dylevský, 2009, s. 322-324)

### 1.3 Tenké střevo

Tenké střevo (intestinum tenue) se napojuje na žaludek a je to nejdelší část trávicí trubice, která dosahuje délky 3 až 5 metrů. Probíhá zde štěpení a vstřebávání potřebných látek. Stěna je tvořena ze čtyř vrstev, které jsou typické pro trávicí trubici. Sliznice tenkého střeva má narůžovělou barvu a je pokryta jednovrstevným cylindrickým epitelem. Sliznice je pokryta střevními klky, které mají v duodenu tvar lístku, kdežto v dalších úsecích jsou spíše kuželovitého tvaru. Jejich velikost je 0,3 – 1 milimetr na 1mm<sup>2</sup>. Podle oblasti střeva na sliznici připadá 10 až 40 klků, které zvyšují resorpční povrch sliznice. Tenké střevo rozdělujeme na tři úseky. (Čihák, 2013, s. 97-98)

**Dvanáctník** (duodenum) je dlouhý 25 až 30 cm a připomíná podobu písmene C. V tomto tvaru, je rozdělen do čtyř částí, které tvoří pars superior, pars descendens, pars horizontalis a pars ascendens. Pars superior začíná od pyloru rozšířením, které se nazývá bulbus duodeni a někdy je označován také jako D1, jde na úrovni spodního okraje těla obratle L1, zespodu se dotýká jater. Pars descendens postupuje směrem dolů po pravé straně obratlů L2 a L3 před hilem pravé ledviny. Pars horizontalis přechází z pravé strany na levou před tělem obratle L3 a zde navazuje poslední část duodena, a to pars ascendens, které jde podél levého boku obratle L2 diagonálně doleva a vzhůru, kde duodenum končí v ohbí, které se nazývá flexura duodenojejunalis. V duodenu se vyskytují Brunnerovy žlázy, které vytvářejí hlen alkalické reakce s rozpětím pH 8,1 – 9,3, který ochraňuje sliznici před kyselými žaludečními šťávami a upravuje pH obsahu ve střevech pro správnou funkci trávicích enzymů pankreatu. (Čihák, 2013, s. 103-105; Fiala, 2015, s. 106)

**Lačník** (jejunum) je úsek tenkého střeva, který měří 2 metry a probíhá zde největší vstřebávání natrávené potravy. Sliznice je tvořena v četné příčné Kerckringovy řasy, které

zajišťují zvýšenou resorpční plochu. Z Kerkringových řas dále vybíhají drobné klky, které obsahují mízní uzlíky a drobné žlázy. (Fiala, 2015, s. 106)

**Kyčelník** (ileum) dosahuje délky až 3,5 metrů. Slizniční řasy jsou zde méně časté, oproti tomu je zde velké množství lymfatické tkáně, která tvoří Peyeroovy plaky. (Fiala, 2015, s. 106)

## 1.4 Tlusté střevo

Tlusté střevo (intestinum crassum) je koncová část trávicí trubice, která měří 1,3 – 1,7 metrů a má průměr 5 – 8 cm. Do tlustého střeva je přijímán tekutý až kašovitý obsah, ze kterého byly v tenkém střevě vstřebány živiny. V tlustém střevě probíhá postupné vstřebávání vody a ze zbylého obsahu je formována stolice, která je odloučena z těla ven análním otvorem. Na rozkladu střevního obsahu se také podílejí mikroorganismy, které jsou nedílnou částí střevního obsahu. Stěna tlustého střeva je tvořena stejně jako tenké střevo ze čtyř vrstev. Sliznice je žluté, bledé barvy, na které se nevyskytují klky. Epitel, který pokrývá sliznici je jednovrstevný cylindrický. Tlusté střevo rozdělujeme na tři části, a to: slepé střevo, tračník a konečník. (Čihák, 2013, s. 112)

**Slepé střevo** (caecum) je uloženo v pravé jámě kyčelní na začátku tlustého střeva a dosahuje velikosti 7 cm. Jeho průměr je 6 až 7 cm a je to nejširší část střeva. Do slepého střeva ústí kyčelník. V místě ústí vytváří sliznice příčnou řasu a vstup je uzavřen ileocékální, Bauhinskou chlopní. Součástí slepého střeva je červovitý výběžek, který leží v pravé jámě kyčelní a dosahuje velikosti 8 – 10 cm. Poloha apendixu je stálá pouze na svém začátku, konečná část apendixu může zaujímat jakékoliv místo v dutině břišní nebo v pravé jámě kyčelní. Stavba stěny apendixu se výrazně neodlišuje od stavby stěny tlustého střeva, navíc se zde vyskytují ve velkém množství endokrinní buňky. (Dylevský, 2009, s. 327; Fiala, 2015, s. 108)

První částí **tračníku** je tračník vzestupný (colon ascendens), který se napojuje na slepé střevo směrem nahoru a jde k dolní ploše pravého jaterního laloku. Jeho velikost dosahuje 15 – 20 cm. Přední i zadní plocha vzestupného tračníku je v přímém kontaktu s břišní stěnou a kličky tenkého střeva se dotýkají jeho vnitřní strany. Vzestupný tračník přechází v tračník příčný (colon transversum) pod pravým jaterním ohbím. Colon transversum měří 50 cm a rozepíná se mezi slezinným (levým) a jaterním (pravým) ohbím. Spodní část oblouku většinou dosahuje až do výše pupku. Na levé straně v slezinném ohbí



se na příčný tračník napojuje tračník sestupný (colon descendens), který měří 25 – 30 cm a má menší průměr než předchozí části. Jeho komunikace s okolím je totožná jako u vzestupného tračníku, jen ale v zrcadlovém obraze. Poslední částí tračníku je esovitý tračník (colon sigmoideum), jenž začíná na úrovni hřebene kosti kyčelní a dále pokračuje jako 30 – 40 cm dlouhá klička, která na úrovni prvního až druhého křížového obratle přechází v konečník. (Dylevský, 2009, s. 329)

Posledním úsekem střeva je 10 cm dlouhý **konečník** (rectum), který se napojuje na esovitý tračník. Jeho začáteční rozšíření přechází pod hrotem kostrče do užšího řitního kanálu. Konečník navenek vyústí uje řitním otvorem (anus). Místo, kde se hromadí stolice, se nazývá ampula. Ampula je rozšířená část konečníku, kde se její šířka pohybuje v rozmezí mezi 4 až 10 cm, podle náplně stolice. Spodní část rekta, řitní kanál (canalis analis) je vcelku velmi úzký, jeho šířka se zvětšuje pouze při defekaci stolice. (Dylevský, 2009, s. 329-330)

## 2 CROHNOVA CHOROBA

Crohnova choroba společně s ulcerózní kolitidou patří mezi chronické a imunně zprostředkované zánětlivé onemocnění střev, které se řadí mezi civilizační choroby. Většina těchto chorob se vyskytuje nejčastěji u mladých osob ve třetím a čtvrtém desetiletí věku. Výskyt idiopatických střevních zánětů (IBD) se ve vyspělých zemích západní Evropy během posledních dvaceti let výrazně zvýšil. Společná prevalence obou nemocí je ve vyspělých zemích odhadována na 270 až 380 pacientů na 100 000 obyvatel. V České republice je incidence u Crohnovy choroby 4 až 6 případů na 100 000 obyvatel, která stoupá především u dětí a adolescentů. (Gabalec, 2009, s. 16; Lukáš, 2011, s. 360)

Crohnova choroba je dle Červenkové (2009, s. 15) „*Chronické zánětlivé onemocnění trávicí trubice, které postihuje jakoukoliv její část. Nejčastěji se objevuje ve spojení tenkého střeva s tlustým. Ohraničený (segmentární) zánět zachvacuje celou tloušťku stěny trávicí trubice (transmurální) a způsobuje zde vředy (ulcerace), zúženiny (stenózy) a píštěle (fistulace).*“ Pro Crohnovu chorobu je typické, že postihuje určitý úsek tenkého nebo tlustého střeva a mezi těmito úseky je střevo úplně zdravé. Střevní kličky, které jsou postižené zánětem, se mohou spojovat a vznikají tak srůsty mezi střevními kličkami (Červenková, 2009, s. 15)

Kohout a Pavlíčková (2006, s. 7) uvádějí, že Crohnova choroba může postihnout nejen celý gastrointestinální trakt, ale i mimostřevní orgány. Nejčastěji se však objevuje v oblasti termiálního ilea a tračníku.

Dle Lukáše a Hocha (2018, s. 179) může Crohnova choroba postihnout jakýkoliv segment trávicího traktu od úst až po anus. Projevuje se jako asymetrický, fokální a transmurální zánět zažívacího traktu, který může být doprovázen tvorbou granulomů.

### 2.1 Historie Crohnovy choroby

Oficiální historie Crohnovy choroby je mladá. Termín Crohnova choroba se používá od roku 1932 podle práce Burilla Bernarda Crohna a jeho spolupracovníků. (Zbořil a kol., 2018, s. 14)

Již od počátku 18. století se objevovaly kazuistiky, ve kterých se s největší pravděpodobností jednalo o Crohnovu chorobu. V roce 1769 diagnostikoval G. G. Morgagni první segmentální poškození na tenkém a tlustém střevě. V roce 1859 byl

popsán od sira Samuela Wilkse případ 42 leté Isabely Banksové, která trpěla několik dlouhých měsíců průjmem a horečkou. Případ byl vyhodnocen jako transmurální ulcerózní zánět tračníku a terminálního ilea. Tento případ byl dlouho pokládán za první popis ulcerózní kolitidy. O století později byl případ Isabely Banksové přehodnocen na Crohnovu chorobu. (Lukáš a kol., 2018, s. 319)

V roce 1913 uveřejnil Thomas Kennedy Dalziel článek, v němž popisoval zkušenosti s vředovými záněty střeva, které získal během 12 let.

13. května roku 1932 vystoupil B. B. Crohn se svojí přednáškou na 83. výroční konferenci American Medical Association v New Orleans. Popsal zde 14 pacientů, kteří měli postiženo terminální ileum zánětem, 13 z nich bylo operováno. Ještě ve stejném roce vyšel v časopise JAMA článek na dané téma, jehož autorem byl právě B. B. Crohn se svými spolupracovníky. (Lukáš a kol., 2018, s. 319)

## **2.2 Etiologie**

Tato nevyléčitelná choroba nemá jasný původ onemocnění. V posledním desetiletí se uznávají čtyři okruhy faktorů, které mají možný vliv na onemocnění. Řadí se sem faktory imunologické, genetické, infekční a faktory vnějšího prostředí. Za imunitní faktory jsou považovány autoimunitní choroby, dysregulace slizniční imunity a porucha autoimunitní reaktivity. Genetický vliv je potvrzován vazbou na rasové a etnické faktory. Mezi rizikové faktory vnějšího prostředí, které mohou zvýšit pravděpodobnost onemocnění, patří kouření cigaret, zvýšený příjem cukrů a vliv životního prostředí. (Hoch a kol., 2011, s. 488; Valenta a kol., 2007, s. 132)

Gabalec (2009, s. 16-17) uvádí, že genetická vnímavost jedince hraje pro toto onemocnění významnou roli. Vyšší pravděpodobnost výskytu onemocnění je zejména u jednovaječných dvojčat.

Vránová (2013, s. 25-26) ve své publikaci potvrzuje, že genetické faktory mohou vést ke vzniku onemocnění, ale dodává, že ukazatelem vzniku onemocnění je změna reaktivity organismu na antigeny, které procházejí trávicím traktem. Mezi další rizikové faktory řadí psychickou zátěž a nedostatek čerstvých potravin a vlákniny.

## 2.3 Symptomy

Crohnova choroba má několik velice rozdílných projevů. Odlišují se podle místa a podle rozsahu postižení trávicí trubice (Červenková, 2009, s. 15)

Za typické příznaky Crohnovy choroby lze označit nadměrnou únavu, zvýšené teploty, zvýšený počet průjmovitých stolic často i v nočních hodinách, namáhavé a bolestivé vyprazdňování stolice, křeče v břiše, přítomnost krve a hlenu ve stolici a snížení hmotnosti. (Vránová, 2013, s. 27)

Pokud je onemocněním postiženo spojení tenkého a tlustého střeva, což je nejčastějším místem postižení trávicí trubice, řadí se mezi hlavní příznaky bolest břicha, hubnutí a průjmovitá stolice. Bolesti jsou křečovitého charakteru a dostávají se 30 až 60 minut po jídle. Trvajících bolest může naznačovat již probíhající komplikaci. Postižení tohoto úseku se vyskytuje až u 40 % pacientů. (Červenková, 2009, s. 15)

Červenková (2009, s. 15) dále dodává, že výrazné bolesti břicha, které se nejčastěji vyskytují v pravém podbřišku, připomínají zánětlivou náhlou příhodu břišní - apendicitidu. Nemocní jsou poměrně často ihned operováni, ale odstranění slepého střeva často vede ke vzniku píštělí, proto při zjištění typického nálezu postižení střeva Crohnovou chorobou by měl být proveden resekční výkon.

Pokud je onemocněním postiženo tenké střevo, řadí se mezi hlavní příznaky anémie, ubývání na váze a bolesti břicha. Mimostřevní projevy a průjmovitá stolice se nevyskytují, může se zde však vyskytovat opakovaná střevní neprůchodnost.

Pokud je onemocněním postiženo tlusté střevo, objevují se průjmovité stolice, bolesti břicha, občasné jsou hnisavé a krvavé projevy v oblasti konečníku a vyskytují se i mimostřevní projevy. (Červenková, 2009, s. 16)

Mezi nejčastější extraintestinální projevy se řadí otoky a bolesti kloubů, změny na kůži, slzení a pálení očí. (Keil, 2012, s. 22)

Při postižení konečníku a řitního kanálu se objevují opakující se abscesy, píštěle a vředy. (Červenková, 2009, s. 17)

## **2.4 Průběh a chování onemocnění**

Zatímco umístění nemoci se moc nemění, její chování ano. Po propuknutí onemocnění mívá většina pacientů na střevní sliznici zánětlivé změny, v následujících letech se přidávají takové změny, které přispívají k tvorbě píštělí nebo zúženin. (Červenková, 2009, s. 17)

Dle Vránové (2013, s. 25) se u pacientů s Crohnovou chorobou střídají fáze klidové a fáze akutní. Střídání těchto fází dle autorky nelze nikdy odhadnout, průběh jednotlivých fází může být vleklý, kolísavý a různě dlouhý.

Crohnova choroba přechází během sedmi let u většiny pacientů do méně příznivé podoby. Bez operace se neobejde až 80 % pacientů, 20 % pacientů podstupuje operační výkon opakovaně. I když je Crohnova choroba nevléčitelná, u většiny pacientů se dosáhne klidové fáze pomocí nastavené léčby, takže pacienti mohou žít stejně kvalitní život jako jejich zdraví vrstevníci. Mezi pacienty se ale objevuje 5 % lidí, kteří nemohou pracovat a mají významná omezení. (Červenková, 2009, s. 17)

## **2.5 Diagnostika**

U diagnostiky Crohnovy choroby jako u každého jiného onemocnění by se neměla podcenit anamnéza, fyzikální vyšetření a laboratorní vyšetření. Při podezření na Crohnovu chorobu se dále nemocný vyšetřuje pomocí endoskopického vyšetření a zobrazovacích metod. (Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 27-29)

### **2.5.1 Anamnéza**

Anamnéza patří mezi nezákladnější vyšetření pacienta a rozděluje se na několik částí. V anamnéze lékař zjišťuje informace ohledně nynějšího onemocnění, získává osobní, rodinnou, farmakologickou, pracovní, sociální a u žen gynekologickou anamnézu. (Holubová a kol., 2013, s. 65-66)

Ošetřovatelskou anamnézu získává od pacienta všeobecná sestra formou rozhovoru. Cílem je získat co nejvíce informací, které povedou ke stanovení ošetřovatelské diagnózy. (Nejedlá, 2015, s. 20)

### **2.5.2 Fyzikální vyšetření**

Při fyzikálním vyšetření lékař posuzuje celkový tělesný a duševní stav a vyšetřuje jednotlivé části těla. (Holubová a kol., 2013, s. 66)

Vyšetření formou pohmatu patří mezi nejdůležitější metodu. Lékař hodnotí povrch břišní stěny, velikost a bolestivost orgánů a všímá si případných otoků v dutině břišní. Při vyšetření se postupuje nejdále od místa, kde pacient udává bolest. V opačném případě se pacienta nemusí podařit vyšetřit, protože se bolest může rozšířit do okolí a nepovede se ji správně lokalizovat.

Důležitým diagnostickým vyšetřením je vyšetření per rectum, kdy lékař v oblasti konečníku sleduje okolí anu, napětí a bolestivost. Během vyšetření se hodnotí barva, konzistence a případné příměsi ve stolici. (Holubová a kol., 2013, s. 66; Nejedlá, 2015, s. 26, 31)

### **2.5.3 Laboratorní vyšetření**

Do laboratorního vyšetření se řadí vyšetření krve a stolice. U pacientů s Crohnovou chorobou se při vyšetření krve objevuje anémie, především Sideropenická, zvýšená sedimentace erytrocytů, leukocytóza a trombocytóza, což značí aktivní zánět v těle. (Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 27)

Při biochemickém vyšetření krve svědčí o zánětu nejvíce elevace CRP. Postižení rozsáhlejší plochy střeva vede k malabsorpčnímu syndromu a tím k dalším krevním ukazatelům výživy, kam se řadí albumin a prealbumin. (Keil a kol., 2012 s. 26; Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 27)

Do imunologického vyšetření krve se řadí vyšetření imunoglobulinu ASCA a pANCA. Tyto imunoglobuliny má asi 60 % pacientů, kteří onemocněli Crohnovou chorobou. Nejvíce se vyskytují u pacientů, kterým nemoc postihla tenké střevo v oblasti terminálního ilea.

Při vyšetření stolice je známkou zánětu vyšší hustota kalprotektinu. Jedná se o bílkovinu, která se odlučuje z leukocytů rozpadajících se ve střevě. (Červenková, 2009, s. 31-32)

### **2.5.4 Zobrazovací metody**

Mezi základní zobrazovací metody patří **ultrasonografické vyšetření (USG)**, které nezatěžuje pacienta, je rychlé, bezpečné a poměrně levné. Je vhodné k potvrzení nebo vyloučení sporných palpačních či rentgenových nálezů. V gastroenterologii je nejčastěji využívána abdominální sonografie. Vyšetření nemá téměř žádné kontraindikace a lze ho uskutečnit i u lůžka vyšetřovaného pacienta. Nejčastější indikací k ultrazvukovému

vyšetření patří bolesti břicha, hubnutí a diagnostika ascitu. Během vyšetření lékař odhaluje velikost zánětu a vylučuje ostatní komplikace, protože tyto skutečnosti jsou velice důležité pro následující terapii pacienta a sledování jeho zdravotního stavu. Vyšetření je vhodné pro pacienty, kteří jsou postiženi Crohnovou chorobou, protože zánět postihuje celou tloušťku střevní stěny a mnohdy vede k infiltrátu mimo střevní stěnu. (Červenková, 2009, s. 32; Holubová a kol., 2013, s. 69; Zeman a kol., 2011, s. 121)

**Rentgenové vyšetření (RTG)** bez použití kontrastní látky se při diagnostice Crohnovy choroby využívá zřídka. Více se používá RTG střeva s kontrastní látkou, které vede k zobrazení jednotlivých částí střeva a nazývá se enteroklýza. Při vyšetření je přes dutinu ústní, žaludek až do dvanáctníku zavedena tenká sonda, přes kterou se do těla aplikuje speciální roztok baria a metylcelulózy a následně se v krátkých časových intervalech zhotovují snímky dutiny břišní. Vyšetření může kromě zúžení střeva odhalit i píštěle, které jsou mezi jednotlivými částmi trávicí trubice. (Červenková, 2009, s. 33; Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 30)

**Počítačová tomografie (CT)** je bezbolestné vyšetření, které nahrazuje rentgenové snímkování a je standardem ve stanovování diagnózy Crohnovy choroby tenkého střeva. Velkým přínosem je kombinace s enteroklýzou. Lékař při vyšetření získává prostorový obraz břišní dutiny, který je kvalitnější než rentgenový snímek. Na snímku je vidět podrobně jak sliznice, tak i celá střevní stěna. (Červenková, 2009, s. 34)

CT břicha s podáním kontrastní látky patří v diagnostice nitrobřišních abscesů mezi nejlepší metody. (Keil a kol., 2012, s. 25)

**Magnetická rezonance (MR)** se nejčastěji používá u pacientů, kteří trpí zánětem v oblasti konečníku nebo řitního kanálu a mají hnisavé komplikace, mezi které se řadí abscesy nebo píštěle. Vyšetření přesně odhalí, kudy procházejí píštěle a kde se nacházejí abscesy v oblasti řitního kanálu a pánevního dna. Mezi velké plus patří, že vyšetření lze provést na rozdíl od RTG vyšetření i u těhotných pacientek. Mezi nevýhody řadí pacienti především to, že vyšetření probíhá v délce 20 až 30 minut v uzavřeném prostoru, kde pociťují úzkost. Kontraindikací u MR je cizorodý kovový materiál v těle. Pokud má pacient v jakékoliv části těla kovový materiál, vyšetření se nesmí podrobit. (Červenková, 2009, s. 34)

### 2.5.5 Endoskopická vyšetření

U pacientů s idiopatickými střevními záněty je nutné použít endoskopických vyšetření k zjištění správné diagnózy. (Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 27)

**Kolonoskopie** je endoskopické vyšetření konečníku, tlustého střeva a terminálního ilea pomocí endoskopického přístroje. Vyšetření probíhá v endoskopických vyšetřovnách, které jsou speciálně vybaveny flexibilními endoskopy. Před samotným vyšetřením je velice důležitá důkladná příprava pacienta. Cílem přípravy je důkladné vyprázdnění tlustého střeva, protože při nedostatečném vyprázdnění si lékař nemusí všimnout všech patologických procesů, které se ve střevě vyskytují, a výsledek vyšetření může být zkreslený. (Holubová a kol., 2013, s. 94-97)

Je nutné, aby pacient dva až tři dny před vyšetřením dodržoval bezsezbovkovou stravu, den před vyšetřením spíše už jen tekutou výživu ve formě bujonu. Odpoledne před vyšetřením pacient popíjí speciální přípravky na vyprázdnění střev – Fortrans nebo Picoprep, které jsou potřeba vypít ve 4 litrech vody. V následujících hodinách se pacient vyprazdňuje. V případě, že pacient roztok vypít nedokáže, lékař mu může naordinovat salinické klyzma, které se aplikuje do konečníku, vyprázdnění však nemusí být dostatečné. (Červenková, 2009, s. 35; Holubová a kol., 2013, s. 96-99)

**Gastroskopie** s biopsií je spolehlivé vyšetření u pacientů s Crohnovou chorobou, protože onemocnění může postihnout i jícen a gastroduodenum. (Keil a kol., 2012, s. 23)

**Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP)** je vyšetření, při kterém je používána endoskopická a rentgenologická metoda. Kombinací těchto dvou metod je možno zobrazit vývody žlučových cest a slinivky břišní. U pacientů s Crohnovou chorobou se používá v případě podezření na mimostřevní komplikaci, kdy jsou postiženy žlučovody nebo slinivka břišní. (Červenková, 2009, s. 36)

**Kapslová endoskopie** patří mezi zobrazovací vyšetření. Při vyšetření se používá speciální kapsle s fotoaparátem o velikosti 2x1 cm s hmotností 4g. Pacient při vyšetření spolkně kapsli nebo mu ji lékař endoskopicky zavede do žaludku. Po dvou hodinách lékař provede kontrolu, zdali kapsle již opustila žaludek. V případě, že se kapsle nachází ještě v žaludku, lékař provede ezofagogastroduodenoskopii (EGDS) a posune kapsli do tenkého střeva. V následujících hodinách kapsle zhotovuje dvě fotografie za sekundu po dobu osmi



hodin. Během vyšetření vznikne 50 až 60 tisíc snímků, které se následně vyhodnocují ve speciálním počítačovém programu. Po vyšetření pacient zůstává několik hodin v nemocnici. Kapsle po vyšetření odchází trávicí trubici samovolně v rozmezí 6 – 36 hodin. V případě, že kapsle uvízne v trávicí trubici, je následně odstraněna endoskopicky. Kontraindikací jsou stenózy v zažívacím traktu a objemné divertikly tračníku. Mezi výhody patří, že vyšetření je bezbolestné a provádí se ambulantně. Nevýhodou je nemožnost odebrat bioptický vzorek a vysoká cena, která se pohybuje mezi 12 000 – 15 000 Kč. (Holubová a kol., 2013, s. 110-111)

## 2.6 Komplikace

Červenková (2009, s. 25-28) rozděluje komplikace idiopatických střevních zánětů na lokální a metabolické komplikace a na vzdálené projevy.

### 2.6.1 Lokální střevní komplikace

Mezi lokální střevní komplikace se řadí stenóza, perforace, perianální absces s píštělí, septický průběh střevního zánětu a masivní krvácení.

**Stenóza** je zúžení střevního průsvitu střeva, které se objevuje až u 30 – 40 % nemocných s Crohnovou chorobou. Zúžení lumen střeva vede k poruše střevní průchodnosti tzv. ileus, který se projevuje zvracením a křečovitými bolestmi břicha.

**Perforace** se vyvíjí postupně a patří mezi časté komplikace. Po celé délce stěny střeva proniká hluboký vředovitý defekt, kolem kterého se tvoří vazivové blány, které ohraničují šířící se zánět. Nakonec vznikne píštěl a absces, které jsou uloženy mimo střevní stěnu. (Červenková, 2009, s. 25-26)

**Píštěle** jsou spojky, které se tvoří mezi jednotlivými kličkami střeva, mezi střevem a dutým orgánem nebo mezi střevem a povrchem těla. Velmi časté jsou píštěle, které se tvoří kolem konečníku a řitního otvoru. (Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 33)

**Absces** je ohraničená dutina, která je vyplněná hnisem a tvoří se nejčastěji v dutině břišní, v oblasti pánevní a retroperitoneální. (Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 33; Schneiderová, 2014, s. 116)

Septický průběh střevního zánětu se projevuje celkovou zchváceností a vysokými horečkami. Dnes je již méně častý díky protizánětlivé terapii. (Červenková, 2009, s. 26)

Masivní krvácení patří mezi vzácné komplikace. Vzniká poškozením větší cévy z následku vředovitého zánětu. (Červenková, 2009, s. 26)

### **2.6.2 Vzdálené projevy**

Na vzdálených projevech má největší podíl imunitní systém organismu. Jasná příčina není známa, je však jisté, že vzdálené projevy se nejčastěji objevují u pacientů se zánětem tlustého střeva.

Na kůži pacientů se vyskytují narůžovělé skvrny, které jsou bolestivé a nejčastěji se vyskytují na bérkách. Jejich původní zabarvení se mění podobně jako modřina. Mezi další projevy patří vředovitý defekt (pyoderma gangraenosum), který vzniká často na místě drobného poranění kůže a postupem času se zvětšuje a prohlubuje.

V oblasti oka se nejčastěji objevují záněty spojivky a rohovky. Mohou se objevit i více závažné záněty, a to v oblasti duhovky nebo řasnatého tělíska. Tyto komplikace jsou velice bolestivé, ale nezpůsobují trvalé následky. (Červenková, 2009, s. 27)

Mezi nejtypičtější mimostřevní komplikace se řadí enteropatická artritida. Jedná se o zánět kloubů, který přímo souvisí s onemocněním střeva. Nejčastěji jsou artritidou postiženy menší klouby končetin, ale postižena může být i páteř v celé její délce. (Střevní záněty, [online])

### **2.6.3 Metabolické komplikace**

Osteoporóza se objevuje při sníženém vstřebávání vitamínu D a vápníku. Zdravotní stav často zhoršuje přítomná intolerance laktózy. Mezi další příčiny patří dlouhodobá léčba kortikoidy. (Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 34)

Anémie se objevuje při zhoršeném vstřebávání železa, vitamínu B<sub>6</sub> a B<sub>12</sub>, kyseliny listové nebo při zvýšené krevní ztrátě. U pacientů s Crohnovou chorobou, kteří podstoupili resekci terminálního ilea, anémii způsobuje nedostatek vitamínu B<sub>12</sub>. U těchto pacientů se pravidelně kontrolují hladiny vitamínu B<sub>12</sub> a doplňují se ve formě injekcí. (Červenková, 2009, s. 28; Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 34)

Při zhoršeném vstřebávání živin, které je způsobeno slizničními zánětlivými změnami na tenkém střevě nebo častými resekcemi střeva, může dojít k malnutrici nebo nedostatku vitamínů. Při průjemovitých stolicích často dochází k nedostatku draslíku

a hořčíku. Veškeré minerály, vitamíny a živiny, které v těle chybějí, musí být lékařem zjištěny a následně doplněny. (Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 35)

## 2.7 Léčba

Léčba Crohnovy choroby se rozlišuje podle toho, v jaké fázi aktivity onemocnění právě je, zda léčíme akutní stav nemoci (relaps), nebo klidový stav (remisi). Léčbu dělíme na konzervativní a chirurgickou.

### 2.7.1 Konzervativní léčba

Do konzervativní léčby patří aplikace léků s protizánětlivým účinkem, dieta, podávání umělé výživy do žilního systému pacienta nebo do střeva. Zařadit se sem může i psychoterapie. (Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 35)

Cílem **medikamentózní léčby** je dosáhnout a udržet nemoc ve stavu remise, zlepšení kvality života a slizničního hojení. U většiny pacientů léčba začíná antibiotiky, dále se pokračuje v léčbě s kortikoidy, imunosupresivy a končí se biologickou léčbou. (Gabalec, 2009, s. 18).

U pacientů je doporučováno podávání **antibiotik a chemoterapeutik**, především u těch, kteří mají střevo postižené v kolonické a perianální oblasti. Lékem první volby je Metronidazol, jako druhá volba se doporučuje Ciprofloxacin. Léčba antibiotiky by měla být dlouhodobá. Mezi nežádoucí účinky u podávání Metronidazolu patří kovová pachuť v ústech a periferní polyneuropatie. Ciprofloxacin je tolerován lépe, ale může způsobit dyspeptické potíže, vyrážku a průjem.

Mezi základní léky v léčbě Crohnovy choroby se řadí v dnešní době i **aminosalyciláty**. Podstatou léčby je 5 - aminosalicilová kyselina (mesalazin), která je v několika lékových formách. Mezi zástupce těchto léků patří Asacol, Salofalk a Pentáza. Po chirurgickém operačním výkonu má účinná látka mesazalin vliv na udržení nemoci v remisi. Během léčby by se jednou za 3 až 6 měsíců měl zkontrolovat krevní obraz a hodnoty kreatininu, močoviny a jaterních testů. Mezi nežádoucí účinky těchto léků patří bolest hlavy, dyspeptické potíže a průjmovitá stolice. (Gabalec, 2009, s. 18-19)

Systémově působící **kortikosteroidy** se ve fázi léčby podávají perorální nebo parenterální formou v dávce 0,5 – 1 mg/kg. Efektivita léčby je vysoká, ale dlouhodobé užívání kortikosteroidů není příznivé a u většiny pacientů dochází ke vzniku závislosti

nebo ke ztrátě léčebné odpovědi. Cílem této léčby je dosáhnout co nejrychleji remise a během tří měsíců léčbu s kortikoidy vysadit. U pacientů, kteří mají postižený konečník, se využívají kortikosteroidy ve formě mastí nebo čípků. (Lukáš, 2011, s. 361)

**Imunosupresiva** jsou léky, které zastavují činnost imunitního systému. Léčba azathioprinem a 6 – merkaptopurinem musí být dlouhodobá, účinek těchto léků nastupuje mezi 3. a 6. měsícem užívání. Z tohoto důvodu nejsou vhodná pro zklidnění akutního zánětu, ale používají se k udržení klidové fáze nemoci nebo v případě, že lékaři chtějí pacientovi snížit nebo úplně vysadit léčbu kortikoidy. Během léčby se můžou objevit nežádoucí účinky, mezi které se řadí intolerance léku, alergická reakce a porušení krvetvorby. Z tohoto důvodu by se pacientovi měl po dobu celé léčby kontrolovat krevní obraz a sledovat počet lymfocytů a leukocytů. Léčba azathioprinem nemá vliv na těhotenství ani kojení, proto lékaři léčbu neukončují u těhotných a kojících žen, pokud je účinná. (Červenková, 2009, s. 45)

### 2.7.2 Biologická léčba

Cílem biologické léčby je zásah do biologických procesů, které probíhají v poškozeném organismu. Léčba probíhá za pomoci vysoce účinných látek biologické povahy, které jsou stejné jako látky vyskytující se v samotném organismu. (Zbořil a kol., 2016, s. 11)

Biologická léčba je vhodná pro pacienty, u kterých předešlá léčba s kortikosteroidy a imunosupresivy byla neúspěšná nebo měla nízkou odezvu a onemocnění dále probíhalo v agresivní formě. (Červenková, 2009, s. 46)

Hlavní indikací k aplikaci biologické léčby je střední až vysoká aktivita nemoci nebo selhání předešlé léčby, která probíhala pomocí kortikosteroidů nebo imunosupresiv. Dalším důvodem pro podání léčby může být, že nelze u pacienta vysadit léčbu kortikosteroidy. (Komárek, 2011, s. 19)

V současnosti se na území České republiky nachází 34 pracovišť, kde je možnost aplikovat biologickou léčbu dospělým pacientům s Crohnovou chorobou a 11 pracovišť pro dětské pacienty. (Pracovní skupina pro IBD, 2018, [online])

**Infliximab** je monoklonální látka, která obsahuje ze 75 % lidskou a z 25 % myší bílkovinu a proti Crohnově chorobě se používá od roku 1999. Od roku 2007 je tato látka

povolena i u dětských pacientů. Léčba Infliximabem působí pozitivně až u 80 % dospělých a více než 90 % dětských pacientů. Látka se podává ambulantně ve formě intravenózních infuzí po dobu dvou hodin. Léčba probíhá ve dvou fázích. Do první fáze se řadí tři infuze, za dva týdny následuje další infuze a třetí dávka se podává za další čtyři týdny. Druhá fáze je léčba udržovací, kdy je lék podáván po osmi týdnech. Pokud se zdravotní stav v průběhu tří měsíců nezlepší, měl by lékař zvážit vhodnost biologické léčby. Mezi další účinné látky patří **Adalimumab**. Tato protilátka je kompletně lidská. Aplikuje se formou podkožních injekcí jednou za dva týdny. (Červenková, 2009, s. 47; Zbořil a kol., 2016, s. 90)

Mezi komplikace a nežádoucí účinky biologické léčby patří především alergické reakce, které se vyskytnou během aplikace infuze nebo až 10 dnů po podání. Mezi další nežádoucí účinky patří bolest hlavy a návaly horka. U některých pacientů se vyskytnou kožní komplikace a virové infekce. Nejzávažnějším rizikem je vyvolání skryté tuberkulózní infekce. Před zahájením léčby je proto nutné každého pacienta vyšetřit po plicní stránce základními testy, které se v průběhu léčby opakují. (Červenková, 2009, s. 48)

### 2.7.3 Výživa

Dalším cílem konzervativní léčby je také zdokonalení nutriční. (Gabalec, 2009, s. 18).

Nutriční péče o pacienty s Crohnovou chorobou závisí především na formě a aktivitě onemocnění. V případě, že je onemocnění ve stavu remise a výživa je u pacienta v dobrém stavu, pacienti dodržují **dietu**, při které se omezují pouze potraviny, které pacient netoleruje. V této fázi lze konzumovat i hrubou vlákninu. (Křížová a kol., 2014, s. 90)

V akutní fázi onemocnění se pacientovi doplňují energetické zásoby, do kterých se řadí kalorie, minerály a vitamíny. Nejvhodnější jsou masové bujóny a zeleninové vývary, které jsou bohaté na minerály. V akutní fázi není pacientům doporučováno peckovité ovoce, které ve střevě nadměrně kvasí. Vhodné jsou banány a nastrohaná jablka, která jsou zbavena slupky. Zelenina je doporučována zejména v prvních dnech ve formě zeleninových vývarů. Později může být konzumována vařená, dušená nebo v syrovém stavu ve formě salátů. Zakázaná je nadýmavá zelenina a luštěniny. Z masa je nejvíce doporučováno maso hovězí. Po zklidnění akutní fáze se pomalu přechází na stravu normální. U pacientů s Crohnovou chorobou je potřeba také dbát na dostatečný pitný režim. Nejvhodnější jsou minerální vody bez bublinek nebo ovocný a černý čaj. Podstatná

je i teplota podávaných tekutin, studené tekutiny dráždí střevo a příliš teplé nápoje podporují zánět ve střevě. (Čermáková, 2009, s. 37)

Kubátová a kolektiv (2014, s. 12) uvádějí, že při akutní atace je vhodné dodržet příjem tekutin mezi dvěma až třemi litry a je důležité přihlídnout ke ztrátám vody průjmy, které onemocnění provázejí. V této fázi doporučují rýži, těstoviny, kompotované ovoce bez slupek, ředěné ovocné džusy, piškoty, mořské ryby, telecí, drůbeží a králičí maso. Uvádějí, že u pacientů je prvním krokem vhodná strava s omezením nerozpustné vlákniny.

V případě pacientů s malnutricí nebo u pacientů s rizikem vzniku malnutrice se podává těmto pacientům strava formou **enterální výživy**. Je to aplikace farmaceuticky upravených výživných roztoků do trávicí soustavy, proto se volí pouze u pacientů, kteří mají funkční zažívací trakt. Mimo dodávky živin do těla má enterální výživa další účinky, mezi které se řadí udržení střevní bariéry a výživa střevních buněk. Výživové roztoky se do gastrointestinálního traktu (GIT) dostávají formou popíjení (sipping), sondou do žaludku nebo do tenkého střeva. (Oliverius a kol., 2017, s. 180; Šachlová, 2011, s. 403)

**Sipping** je popíjení přípravků enterální výživy, které mají širokou škálu příchutí a jsou snadno dostupné. Většina přípravků má sladkou příchut', na trhu se objevují i přípravky ve formě džusu nebo jogurtového nápoje. Tyto přípravky obsahují vitamíny, stopové prvky a sacharidy, které jsou ve většině přípravků zastoupeny ve formě maltodextrinu. V případě, že je pacient diabetik, lze podat speciální přípravek, který obsahuje místo maltodextrinu fruktózu a škrob. (Šachlová, 2011, s. 403)

**Sondová enterální výživa** se využívá v případě, kdy je perorální příjem u pacienta nedostatečný. Cílem této metody je zlepšení nebo alespoň udržení aktuálního nutričního stavu pacienta. Pro krátkodobé podávání enterální výživy se využívá nejčastěji sonda nazogastrická. V případě, že je potřeba enterální výživu podávat dlouhodobě nebo v domácím prostředí, používá se sonda nazojejunální, která je zavedena co nejhlouběji do duodena. (Oliverius a kol., 2017, s. 185; Šachlová, 2011, s. 404).

U pacientů, kteří nemohou dosáhnout dostatečného příjmu bílkovin, energie, vody či minerálů perorálně nebo enterální výživou, je volena **výživa parenterální**. Tato výživa je aplikace nutričních roztoků mimo zažívací trakt (Oliverius a kolektiv, 2017, s. 137)

Parenterální výživa se u pacientů používá při přípravě k operačnímu výkonu, při závažné formě malnutrice nebo při relapsu nemoci za hospitalizace. Mezi další indikace se řadí syndrom krátkého střeva, ileózní stavy, stavy po rozsáhlých operačních výkonech na zažívacím traktu, nespecifické střevní záněty nebo kritické stavy, které jsou doprovázeny dysfunkcí (GIT). (Křížová a kol., 2014, s. 53; Oliverius a kol., 2017, s. 138)

Výživa je podávána do těla formou periferního nebo centrálního cévního řečiště. V případě, že se jedná o lehčí poruchu výživy s kratší hospitalizací, se parenterální výživa podává do periferního řečiště. U pacientů závislých na příjmu parenterální výživy se volí aplikace do centrálního žilního řečiště. V současnosti jsou k parenterální výživě využívány vaky all in one, které obsahují cukry, tuky, stopové prvky, minerály a vitamíny. Tyto vaky jsou vyráběny firemně nebo mohou být připraveny v lékárně pro konkrétního pacienta. (Vrzalová, 2011, s. 338)

#### **2.7.4 Chirurgická léčba**

Většina pacientů s Crohnovou chorobou potřebuje během života operační řešení, u 80 % pacientů však dochází časem k rekurenci. (Červenková, 2009, s. 53)

Zbořil a kolektiv (2018, s. 484) udávají, že chirurgická léčba nevyřeší Crohnovu chorobu, ale pouze její komplikace. Výsledkem není úplné vyléčení, ale lze dosáhnout zlepšení kvality života pacienta.

Základním chirurgickým výkonem je **resekce** postiženého střeva, která se rozlišuje podle lokalizace operačního výkonu. Jedná se o segmentární resekci, ileocékální resekci, subtotální kolektomii s ileoretální anastomózou a proktokolektomii. Ileocékální resekce je prováděna u nejčastější komplikace, kterou je stenóza lumen tenkého nebo tlustého střeva. (Červenková, 2009, s. 53; Lukáš a kol., 2018, s. 376)

**Strikturoplastika** je operační výkon, při kterém nedochází k odstranění části střeva. Během výkonu dochází k rozšíření zúženého místa podélným protětím a příčným sešitím. Indikací jsou mnohočetné stenózy tenkého střeva a stenózy anastomóz. Strikturoplastika se neprovádí na tlustém střevě z důvodu rizika vzniku karcinomu. (Lukáš a kol., 2018, s. 377; Vodička a kol., 2014, s. 161)

V akutních případech, nebo pokud nelze v danou chvíli provést anastomózu, je nutné založit stomii. **Břišní stomie** je uměle vytvořené vyústění tenkého nebo tlustého střeva na povrch těla. Stomie můžeme rozdělit dle času založení na dočasné a trvalé. Dočasná stomie je po zhojení zbylé části střeva zrušena a na střevě je provedena chirurgická anastomóza, kdy se napojuje proximální konec střeva s koncem distálním. Při radikálních resekcích operacích jsou zakládány stomie trvalé, kde anastomóza již není možná. (Marková, 2006, s. 18, Schneiderová, 2014, s. 117)

**Ileostomie** je vyústění terminální části tenkého střeva a je povětšinou lokalizována na pravé straně břišní stěny. (Zachová a kol., 2010, s. 35-36)

**Kolostomie** je vyústění tlustého střeva na povrch břišní stěny, z hlediska lokalizace se dále rozlišuje na coecostomii, transverzostomii a sigmoideostomii. (Marková, 2006, s. 20-21)

Perianální forma Crohnovy choroby je v případě píštělí řešena **drenáží**, kdy se vlastní píštělí protáhne drobný drén. Pokud pacientovi drenáž vyhovuje a zmírňuje bolestivé příznaky, je možné ji ponechat měsíce i léta. Zavedením drénu se zlepšuje kvalita života pacienta. (Šerclová, a kol., 2015, s. 12)



### 3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CHIRURGICKÝM ZPŮSOBEM LÉČBY

Operační výkony se dle časové naléhavosti dělí na urgentní a plánované. Urgentní operace je provedena v případě, kdy je nemocný ohrožen na životě a je zahájena v co nejkratším možném čase. Jedná se o stavy těžkých komplikací a akutního krvácení. Při plánované operaci je pacient na operaci dostatečně s předstihem připraven. (Ferko, 2015, s. 135)

#### 3.1 Předoperační péče

Cílem předoperační péče je vytvořit co nejoptimálnější podmínky ke zvládnutí operačního výkonu a zabránit tak vzniku pooperačních komplikací. Předoperační péče se rozděluje na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Během **dlouhodobé** předoperační přípravy lékař zjišťuje od pacienta informace ohledně anamnézy a vyšetřuje ho formou fyzikálního vyšetření. Pacient také musí před operací projít interním vyšetřením, kde jsou mu změřeny fyziologické funkce, je mu odebrána krev a moč na screeningové vyšetření, je provedeno elektrokardiografické vyšetření (EKG) a RTG srdce a plic. Platnost jednotlivých vyšetření je dána dle aktuálního celkového stavu pacienta a zařazení do kategorie ASA. Při fyziologických výsledcích vyšetření je platnost až jeden měsíc. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 26-27)

U pacientů s Crohnovou nemocí je navíc dle Šerclové a kolektivu (2015, s. 4) v předoperační přípravě nutné zjistit rizikové faktory komplikovaného pooperačního hojení, nutriční stav pacienta a endoskopicky nebo pomocí CT či MR, vyšetřit rozsah intraluminálního a extraluminálního postižení.

U malnutričních pacientů je nutná předoperační enterální příprava, v některých případech parenterální výživa nebo výživa kombinovaná. (Šerclová a kol., 2015, s. 7)

**Krátkodobá** předoperační péče probíhá 24 hodin před operačním výkonem a navazuje na dlouhodobou přípravu. Během krátkodobé přípravy by lékař se všeobecnou sestrou měli zkontrolovat předoperační vyšetření a v případě potřeby chybějící doplnit. V průběhu přípravy je provedeno anesteziologické konzilium, které rozhodne o zvolené anestezii a lékař předepíše pacientovi premedikaci. Všeobecná sestra v rámci krátkodobé péče seznámí pacienta s chodem oddělení, zkontroluje, zda jsou podepsané všechny

potřebné dokumenty, zjistí od pacienta, zda bude chtít podávat informace svým blízkým a v jaké rozsahu, poučí klienta o celkové hygieně, připraví operační pole, edukuje pacienta o lačnění, zahájí střevní přípravu a podá léky dle ordinace lékaře. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 34-35; Marková, 2006, s. 27)

V současné době dle Šerclové a kolektivu (2015, s. 12) v předoperační přípravě pacient lační co nejkratší dobu, jsou mu podávány sacharidové koktejly a je vynechána střevní příprava pacienta.

Důležitou součástí přípravy je vyznačení budoucího místa možné stomie. Tento výkon provádí chirurg, nebo stomická sestra. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 34-35; Marková, 2006, s. 27)

**Bezprostřední** příprava se odehrává 2 hodiny před plánovanou operací a zaměřuje se na kontrolu dokumentace a pacienta. Všeobecná sestra zkontroluje, zda je pacient lačný. Změří fyziologické funkce, zkontroluje, zda pacient nemá šperky nebo nalakované nehty a zda má vyndanou umělou zubní náhradu. Před operačním výkonem zavede invazivní vstupy dle ordinace lékaře a podá předepsané léky a infuze. V případě, že je pacient diabetik, je potřeba, aby se výkon provedl mezi prvními, během lačnění musí mít infuzní terapii. Nejčastěji je aplikována 10 % glukóza s dávkou inzulínu dle aktuální glykémie. Premedikace se podává 30 - 60 minut před samotným výkonem dle ordinace anesteziologa. Po samotné aplikaci už pacient nemůže vstávat z lůžka a měl by být pod odborným dohledem zdravotnického personálu. Podání premedikace je zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci pacienta. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 36-37)

### **3.2 Pooperační péče**

Pooperační péče závisí na stavu pacienta, rozsahu operačního výkonu a na přidružených onemocněních. Bezprostřední pooperační období je období doznívání a ukončení anestezie, obnovení vědomí a návratu obranných reflexů. V případě, že se jedná o rozsáhlé nebo komplikované operační výkony, je pacient přímo z operačního sálu převezen na jednotku intenzivní péče (JIP) nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO), kde mu jsou kontinuálně monitorovány fyziologické funkce. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 47-57; Schneiderová, 2014, s. 72-73)

Pokud se pacient po operačním výkonu vrací na standardní oddělení, je nejprve sledován do úplné stabilizace na pooperačním pokoji. Po stabilizaci na pooperačním pokoji

je pacient následně předán na standartní lůžkové oddělení, kde je uložen do čistého lůžka se signalizačním zařízením pro možnost přivolání zdravotnického personálu a v pravidelných intervalech je mu měřen krevní tlak, puls, saturace krve O<sub>2</sub> a kontroluje se stav vědomí. Dále je pacientovi sledována operační rána, která je z operačního sálu kryta obvazem, proto je nutné ji pravidelně kontrolovat. V případě, že krytí prosakuje, je nutné přidat další vrstvu obvazu, pokud rána dále krvácí a obvazu prosakuje, je nutné to nahlásit ošetřujícímu lékaři. U operačních výkonů, při kterých je zaveden drén, se sleduje jeho funkčnost, charakter a množství odvedeného odpadu. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 47-57; Schneiderová, 2014, s. 72-73; Pokřivčák a kol., 2014, s. 46 - 48)

V případě komplikací se pacient vrací z operačního sálu s VAC systémem (vacuum assisted closure). VAC systém je terapie kontrolovaným podtlakem NPWT (negative pressure wound therapy). Metoda využívá působení kontinuálního podtlaku, která dosahuje až velikosti 125 mmHg, infekční materiál je odváděn prostřednictvím pěny a systému hadic mimo ránu do nádoby, podtlakem se aktivně zmenšuje raná plocha. Metoda účinně snižuje bakteriální zátěž, výrazně zkracuje trvání čisticí fáze hojení. Tento systém je možné využít i na rány v abdominální oblasti. (Čech, 2012, s. 7; Teich a Caniano, 2008, s. 180)

V břišní chirurgii se tato metoda terapie podtlakem používá u ran, kde došlo ke komplikacím jako infekce rány, dehiscence, infekce protetických materiálů, peritonitida, dehiscence anastomóz nebo fistul. Nedochozí k další kontaminaci patogenů z okolí. Podtlak dokonale uzavře okraje rány a nedochází ke stagnaci exsudátu. Nárůst granulační tkáně je mnohem rychlejší, dochází k lepšímu prokrvení na spodině rány a převazy, které jsou podle potřeby prováděny jednou za 2 – 5 dní, nejsou tolik náročné na ošetřovatelskou péči. Použití podtlaku snižuje mortalitu, morbiditu a celkové náklady během hospitalizace. (Šimek a kol., 2013, s. 87–105)

Všeobecná sestra musí kontrolovat především funkčnost celého systému pomocí displeje. Pokud systém netěsní, musí všeobecná sestra zhodnotit celou situaci, okamžitě ránu přelepit, popřípadě informovat lékaře. Pro adekvátní účinnost je doporučováno, aby nebyl přístroj vypnut déle jak dvě hodiny. Dále všeobecná sestra kontroluje množství a barvu odváděného sekretu, tvrdost pěny nebo jiného kontaktního materiálu vloženého do rány signalizující fungující podtlak, celkový stav pacienta a bolest. (Traufmanová, 2009, s. 14–16)

Pro nekomplikovaný pooperační průběh je velice důležité tlumení bolesti. Kompetencí všeobecné sestry je podávání analgetik dle ordinace ošetřujícího lékaře a sledování účinku podaných léků. Druh analgetika se volí podle stavu pacienta a podle provedeného operačního výkonu. Analgetika lze podávat bolusově nebo kontinuálně. V pooperačním období je nutná péče o invazivní vstupy, kdy se hodnotí okolí místa jejich vpichu, jejich funkčnost a provádí se pravidelné převazy za aseptických podmínek. V prvních hodinách po operaci je nutné, aby se pacient vyprázdnil. V případě, že nedojde ke spontánnímu vymočení do 6 - 8 hodin po operaci, je nutné pacienta jednorázově vycévkovat. Pokud se močení neobnoví ani poté, je pacientovi následně zaveden permanentní močový katetr. Obnova peristaltiky se liší podle typu operačního výkonu. Pokud byl operační výkon prováděn na trávicí trubici, obnova může trvat i několik dnů kdy se nejprve projeví odchodem plynů a následně odchodem stolice. Pokud nedojde k odchodu plynů do 5. pooperačního dne, je nutné myslet na komplikace, a to především na paralytický ileus. V pooperační péči je i důležitá péče o výživu, pacient po operačním výkonu dodržuje dietu nic per os (NPO) do té doby, než úplně odezní účinky anestezie. Pokud je operační výkon prováděn na střevech, záleží na rozsahu operačního výkonu, obecně lze pacienta zatížit stravou až po návratu střevní peristaltiky. Množství perorálního příjmu záleží na stavu funkcí zažívacího traktu, po zahájení perorálního příjmu se přechází přes čajovou a tekutou dietu až po dietu č. 5 (bezezbytková). V neposlední řadě je důležitá i včasná mobilizace, která předchází pooperačním komplikacím. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 47-57, s. 174; Schneiderová, 2014, s. 72-73; Pokřivčák a kol., 2014, s. 46-48)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 4.1 Formulace problému

Crohnova choroba se společně s ulcerózní kolitidou řadí mezi nespecifické střevní záněty. Incidence Crohnovy choroby se v České republice odhaduje na 1,7 až 2 onemocnění na 100 000 obyvatel s postupnou tendencí k vzestupu. Prevalence tohoto onemocnění se udává v rozmezí 18 – 22 nemocných na 100 000 obyvatel. Onemocnění postihuje především mladší věkovou skupinu mezi 25 – 30 lety. (Zeman, 2014, s. 239)

Onemocnění se může projevit v jakékoliv části zažívacího traktu od úst až po konečník. Patologicko-anatomicky vede onemocnění k akutním i chronickým změnám, které mohou být doprovázeny komplikacemi, mezi které patří píštěle, abscesy a stenózy. (Hoch, 2011, s. 122; Zeman, 2014, s. 239)

Knižní publikace uvádějí, že výskyt Crohnovy choroby v posledních desetiletích narůstá a věková hranice klesá. U pacientů dochází často k relapsům, či ke komplikacím spojeným s onemocněním a tím je ovlivněna nejen kvalita života jedince, ale i celé jeho rodiny.

Léčba nemocného s Crohnovou chorobou je náročná a vyžaduje komplexní ošetrovatelskou péči jak při konzervativním postupu, tak i během chirurgické léčby. Ve výzkumu si pokládám otázku: „Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy u těchto pacientů“? V praktické části se zaměřuji na nejčastější problémy těchto pacientů.

### 4.2 Hlavní cíl výzkumu

Hlavním cílem práce je zpracovat ošetrovatelský plán u pacienta s Crohnovou chorobou.

#### 4.2.1 Dílčí cíle

1. Zpracovat dvě kazuistiky.
2. Zjistit nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s Crohnovou chorobou.
3. Sestavit individuální edukační materiál.

#### **4.2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy?
2. V jaké oblasti je nutné pacienta edukovat?

#### **4.3 Charakteristika sledovaného oboru**

Výběr obou případů byl záměrný. Pro výzkumné šetření jsem si vybrala dvě pacientky, které byly hospitalizovány na chirurgickém oddělení v nemocnici NH Hospital a.s. a splňovaly základní kritérium, kterým bylo onemocnění Crohnova choroba a chirurgická léčba onemocnění. Pohlaví, věk ani délka onemocnění pro mě nebyli pro výběr pacienta podstatné. Pacientkám jsem dala podepsat před výzkumným šetřením informovaný souhlas, že s výzkumem souhlasí a že mohou kdykoliv od výzkumu odstoupit (viz příloha č. 1).

#### **4.4 Metodika práce**

Praktickou část bakalářské práce popisují dle případové studie, která probíhá jako detailní šetření. V této bakalářské práci jsou zpracovány dvě kazuistiky. V obou případech jsou informace a získaná data zpracovány dle modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon. U vybraných pacientek se zaměřuji na katamnézu a anamnézu. Pro sběr informací do bakalářské práce jsem využila polostrukturovaný rozhovor, který probíhal v soukromí na přípravně pacientů a se svolením pacientek byl zaznamenáván na diktafon a následně byl přepsán. Každý rozhovor trval přibližně 45 minut. Pacientkám byla nabídnuta možnost odmítnout odpovědět na otázku, kterou by považovaly jako moc osobní, nebo nepříjemnou. Jako další metody k získávání informací jsem použila vlastní pozorování při ošetrovatelské péči, informace od zdravotnického personálu a analýzu zdravotnické dokumentace.

#### **4.5 Organizace výzkumu**

Výzkum probíhal od července 2018, kdy jsem absolvovala svoji individuální letní praxi až do ledna 2019 v nemocnici NH Hospital a.s. na chirurgickém oddělení, kde byly obě pacientky hospitalizovány. V úvodní fázi výzkumu byl získán od hlavní sestry Blanky Červenkové souhlas o umožnění výzkumného šetření a obě pacientky dostaly informovaný souhlas, že s výzkumným šetřením souhlasí.

V závěru výzkumu jsem vytvořila edukační materiál pro mé pacientky a ostatní pacienty NH Hospital a.s, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení a následně byli propuštěni do domácího prostředí s neinvazivní metodou VAC systém. V brožuře uvádím manipulaci s VAC systémem a upozorňuji na nejčastější problémy, které si může každý pacient vyřešit sám z domova.

## **5 KAZUISTIKA Č. 1**

### **5.1 Katamnéza**

9. 7. 2018 byla v dopoledních hodinách přivezena rodinou na centrální chirurgický příjem 44 letá žena s Crohnovou chorobou, která udávala bolest a tlak v oblasti stomie. Žena zde byla hospitalizována před měsícem na chirurgickém oddělení pro vytvoření descendostomie.

### **5.2 Sběr informací o pacientovi**

#### **Osobní anamnéza:**

Pacientka v dětství prodělala běžná dětská onemocnění a infekční mononukleózu. V 5 letech podstoupila operaci tříselné kýly vlevo a v roce 2006 byla na konizaci děložního čípku. Neměla žádné těžké úrazy. Od roku 2015 pacientka podstoupila několik drenáží konečníků souvisejících s Crohnovou chorobou.

#### **Rodinná anamnéza:**

Matka se léčí s arteriální hypertenzí, je po operaci ramene a má totální endoprotézu obou kyčelních kloubů. S otcem se pacientka nestýká. Dále má pacientka jednu sestru, která se s ničím neléčí, a dceru, která je také zdravá.

#### **Sociální anamnéza:**

Bydlí s manželem a dospělou dcerou v bytě.

#### **Pracovní anamnéza:**

Pracuje jako vrchní sestra na stomatologické klinice v Praze.

#### **Gynekologická anamnéza:**

Pacientka chodí pravidelně na gynekologické prohlídky jednou za rok, poslední proběhla v červnu 2018. 1x spontánní porod, potraty 0. Kojila půl roku. Menarche od 13 let, pravidelná. Hormonální antikoncepci již 7 let neužívá.

#### **Onkologická anamnéza:**

Babička se léčí s karcinomem prsu.



**Abúzus:**

Od 20 let kouří 5 cigaret za den, alkohol pije příležitostně, pouze víno, tvrdý alkohol vůbec. Ostatní návykové látky neužívá.

**Alergologická anamnéza:**

Pacientka neudává žádné alergie.

**Farmakologická anamnéza:**

Acidum folicum 10 mg tbl. p.o.	0 – 1 – 0
Controloc 20 mg tbl. p.o.	1 – 0 – 1
Imuran 50 mg tbl. p.o.	1 – 0 – 1
Kalnormin tbl. p.o.	1 – 0 – 1
Prednison 5 mg tbl. p.o.	1 – 0 – 1
Salofalk 3 000 mg tbl. p.o.	1 – 0 – 1

**5.3 Fyzikální vyšetření**

**Krevní tlak:** 110/60 mmHg

**Puls:** 72' za minutu

**Dech:** 16' za minutu

**Tělesná teplota:** 36,6 °C

**Výška:** 166 cm

**Váha:** 75 kg

**Kompenzační pomůcky:** brýle na dálku a kontaktní čočky

**Použité škály při přijetí:**

Body Mass Index – 27,22 (nadváha) – viz příloha číslo 4

Vizuální analogová škála – bolest č. 3 (mírná) – viz příloha číslo 5

Hodnocení rizika pádu - stupeň č. 2 (není riziko pádu) – viz příloha číslo 6

Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů (nezávislá) – viz příloha číslo 7

Glasgow Coma Scale – 15 bodů (normální stav) – viz příloha číslo 8

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové – 34 bodů (není riziko vzniku dekubitů) – viz příloha číslo 9

Zhodnocení určení nutričního stavu pacienta – 3 body (kontrola nutričním terapeutem) – viz příloha číslo 10

#### **5.4 Základní screeningové vyšetření sestrou**

Celkový vzhled a úprava zevnějšku: pacientka je upravená a čistá. Vlasy, kůže a nehty jsou čisté. Kůže je dostatečně hydratovaná.

Dutina ústní, nos: má vlastní chrup, jazyk a sliznice jsou vlhké, bez povlaku. Bez známek zánětu a otoku.

Stav vědomí: pacientka je při plném vědomí, je orientovaná místem, časem i osobou, spolupracuje.

Zrak: brýle, nebo kontaktní čočky na dálku.

Sluch: zhoršená doslýchavost, naslouchátko nepoužívá.

Držení těla a stisk ruky: držení těla je fyziologické, bez žádných potíží. Stisk ruky je pevný.

#### **5.5 Lékařské vyšetření**

**Subjektivně**: Pacientka přichází akutně pro bolest a tlak v oblasti descendostomie.

**Objektivně**:

Celkový stav: chodící pacientka je při vědomí, je orientovaná místem, časem i osobou, spolupracuje. Klidově eupnoe, bez známek anémie a cyanózy. Hydratace je v normě. Udává bolest břicha.

Hlava: pokleповě nebolestivá, nos a uši bez výpotku. Bulby volně pohyblivé, fotoreakce +. Spojivky růžové, skléry bílé. Jazyk je vlhký, nepovleklý, plazí středem, hrdlo je klidné.

Krk: šíje volně pohyblivá, štítná žláza nehmatná. Uzliny nejsou zvětšeny, náplň krčních žil je v normě, karotidy tepou symetricky, bilaterálně bez šelestů.

Hrudník: symetrický, dýchání je sklípkové, oboustranně čisté. Poklep jasný, akce srdeční je pravidelná, ozvy 2 ohraničené.

Břicho: v úrovni nivea hrudníku je měkké, prohmatné, palpačně bolestivé. Játra a slezina nezvětšeny. U stomie je patrná dehiscence.

Končetiny: dolní končetiny jsou bez otoků, bez známek zánětu či TEN. Pulsace v periférii je hmatná.

## **5.6 Lékařské diagnózy**

T81.3 – Dehiscence descendentostomie

K50.9 – Crohnova nemoc

K50.1 – Separace descendentostomie

## **5.7 Průběh hospitalizace**

### **9. 7. 2018 příjem pacientky 1. den hospitalizace**

Dne 9. 7. 2018 byla pacientka přijata akutně k hospitalizaci na chirurgické oddělení s diagnózou dehiscence descendentostomie k akutnímu operačnímu řešení. Pacientka s hospitalizací a s navrhovaným operačním výkonem souhlasila. Při příchodu na lůžkové oddělení byla seznámena s chodem oddělení, s personálem, s vybavením pokoje a společných prostor, s ovládáním elektronického lůžka a se signalizačním zařízením. Pacientce bylo nabídnuto uložení cenností do trezoru. Pacientce byla založena ošetrovatelská dokumentace, která obsahovala ošetrovatelskou anamnézu, plán ošetrovatelské péče, použité přístroje a založený podepsaný informovaný souhlas s hospitalizací. Součástí příjmu bylo i přiložení identifikačního náramku na pravou horní končetinu pacientky. Vzhledem k tomu, že operační výkon byl akutní, byla zahájena

předoperační příprava. Součástí předoperační přípravy bylo interní předoperační vyšetření, anesteziologické konsilium včetně nastavení premedikace, infuzní terapie a prevence TEN.

PŽK G20 na LHK byl již zaveden všeobecnou sestrou na chirurgickém centrálním příjmu, kde byly pacientce provedeny odběry krve na vyšetření biochemické, hematologické a hemokoagulační. Infuzní léčba a ATB byly podávány tímto funkčním žilním vstupem, u kterého se pravidelně kontrolovalo místo vpichu a jeho funkčnost.

Bezprostředně před odjezdem na operační sál byla provedena identifikace pacientky, pacientce byla podána premedikace dle ordinace lékaře, nasazeny bandáže na DK, proběhla příprava operačního pole, kontrola lačnění, sundání šperků a kontrola dutiny ústní. Společně s dokumentací byla pacientka odvezena na operační sál, kde byla předána anesteziologické sestře.

**Po operačním výkonu** byla pacientka ve večerních hodinách přivezena zpět na standartní oddělení. Pacientce byl do podkoží zaveden Redonův drén, stomie byla znovu vyšita. Dle ordinace lékaře byl sledován krevní tlak, puls, saturace a vědomí v první hodině po operačním výkonu á 15 minut, další dvě hodiny á 1 hodina do stabilizace pacientky. Součástí pooperační péče bylo sledování krvácení, močení a hodnocení bolesti. Bolest byla hodnocena dle škály VAS (viz příloha č. 5), pacientce byla podávána analgetika dle ordinace lékaře včetně záznamu do dokumentace.

**Dieta:** nic per os

**Hodnotící škály:** Barthelův test základních všedních činností – 80 bodů (lehká závislost), stupnice rizika pádu – 3 body (je riziko pádu)

**Medikace:** chronické léky dnes neužívat, Isolyte 1000 ml i.v. frekvencí 100 ml / hod, Hydrocortison 100 mg do 100 ml FR 30 minut před výkonem, Novalgin 1g do 100 ml FR po 6 hodinách (18:00 hod., 24:00 hod., 6:00 hod.), Metronidazol 500 mg po 6 hodinách (6:00 hod., 12:00 hod., 18:00 hod. a 24:00 hod.), Clexane 0,4 ml s.c. v 20:00 hod.

## **2. Hospitalizační den**

Pacientka se po operačním výkonu cítila ještě slabá a unavená, proto ranní hygienickou péči prováděla všeobecná sestra pacientce vsedě za její aktivní spoluúčasti.

Pacientka si sama provedla hygienu dutiny ústní. Za asistence všeobecných sester následovala vertikalizace pacientky s nácvikem vstávání a přemístění na židli, která byla připravená u lůžka. Po převlečení lůžka byla pacientka uložena za pomoci pomocného personálu zpět do lůžka.

Po ranní hygieně zkontrolovala stomická sestra obsah stomického sáčku, jeho těsnost a kůži v okolí stomie, která nevykazovala žádné známky porušení kůže. Vlevo od vývodu měla pacientka zavedený Redonův drén, který odváděl krev a sekret. Po celý den se pacientce měřilo a zaznamenávalo odvedené množství ze stomie, které se zapisovalo do dokumentace. Všeobecná sestra zároveň zkontrolovala i funkčnost PŽK – 2. den funkční, bez známek zánětu a bolesti. Pacientka udávala bolest č. 3 dle VAS, proto byla podána analgetika dle ordinace lékaře.

Po snídani proběhla u lůžka pacientky lékařská vizita, kdy proběhl za asistence stomické sestry převaz operační rány. Operační rána byla prosáklá větším množstvím serózní sekrece, následně byla odezinfikována roztokem Betadine a byla překryta sterilním krytím, na stomii byl přilepen nový stomický sáček. Stomická sestra zároveň pacientku edukovala o ošetřování stomie.

Pacientka celé dopoledne polehávala v lůžku, protože se ještě necítila po operačním výkonu nejlépe. Po obědě za pacientkou přišla fyzioterapeutka, která pacientku naučila správně se posazovat a prošla se s ní po chodbě. Následně byly pacientce z DK sejmuty bandáže a nohy byly promazány masážním gelem.

Pacientce byl v pravidelných intervalech po 6 hodinách sledován a zaznamenáván krevní tlak a puls. Byla podávána infuzní a ATB terapie dle ordinace lékaře, příjem a výdej tekutin byl měřen po 12 hodinách včetně odpadu z Redonova drénu.

Při podávání večerní medikaci se pacientka zmínila všeobecné sestře, že má problém s usnutím, proto všeobecná sestra vyvětrala pokoj a podala pacientce hypnotika dle ordinace lékaře. Při pravidelných nočních kontrolách poté už pacientka spala klidně.

**Dieta:** č. 5 (bezezbytková)

**Medikace:** chronické léky, Isolyte 1000 ml i.v. frekvencí 100 ml/ hod kontinuálně, Controloc 40 mg i.v. do 100 ml FR po 12 hod. (6:00 hod, 18:00 hod), Degan 20 mg i.v. do 20 ml FR po 6 hod. (6:00 hod., 12:00 hod., 18:00 hod., 24:00 hod.), Novalgin 1 mg do 100

ml FR při VAS >1, Mabron 100 mg do 100 ml FR při VAS >3, Metronidazol 500 mg po 6 hod. (6:00 hod., 12:00 hod., 18:00 hod., 24:00hod.), Clexane 0,4ml s.c. ve 20:00 hod, Diazepam 5 mg na noc p.p.

### **3. Hospitalizační den**

Pacientka se probudila kolem 7:00 hodiny a cítila se oproti předešlým dnům fyzicky dobře. Všeobecná sestra provedla u pacientky kontrolní laboratorní odběry krve dle ordinace lékaře. Sama si provedla ranní hygienu ve sprše, kde si umyla vlasy. K snídani snědla rohlík s bílým jogurtem a vypila šálek čaje.

Při ranní vizitě byl u pacientky proveden lékařem převaz operační rány, kde byla patrná mírná dehiscence stomie, proto ošetřující lékař navrhl pacientce revizi operační rány na operačním sále, pacientka s výkonem souhlasila.

Během dopoledne se u pacientky provedlo anesteziologické konsilium, kdy dal anesteziolog pacientce podepsat informovaný souhlas s anestezií, vysvětlil jí případně komplikace a naordinoval premedikaci.

U pacientky převládala smutná nálada a strach z budoucnosti. Po anesteziologickém konsiliu si pacientka stěžovala na bolest v oblasti PŽK, dle Maddonovy škály stupeň č. 1 (viz příloha č. 11) – pouze bolest bez reakce v okolí, který byl následně odstraněn a za aseptických podmínek byl zaveden nový PŽK na PHK.

V 14:00 hodin měla být pacientka na sále. Bezprostředně před odjezdem na sál proběhla stejná příprava jako první den hospitalizace. Na sále byla pacientka předána anesteziologické sestře.

Záznam z operačního výkonu: Descendentostomie opakovaně odloučena od kůže, stomie je cirkulárně separována – drží pouze tři úzké slizniční můstky, které jsou ponechány. Mezi střevem a podkožím je prostor vyplněný detritem, granulacemi a hnisem, který pokračuje laterálně do vpichu po Redonově drénu. Provedeny opakované výplachy, kontrola krvácení, Redonův drén odstraněn. Zmenšení defektu kolem stomie několika stehy, cirkulárně provedena houba kolem stomie, celkem tři kusy. Kolem stomie pasta + půlměsíc. Na stomii nalepen nový stomický sáček. Aplikace VAC systému.

**Po operačním výkonu** byla pacientka převezena na anesteziologický pokoj, kde byla sledována do stabilizace stavu. Následně byla převezena zpět na standardní oddělení, kde se pacientce dle ordinace lékaře měřil a zaznamenával tlak, puls, saturace a vědomí do akutní karty v prvních dvou hodinách po půl hodině a následně 2x po hodině. Současně se kontrolovalo krvácení, močení, bolest a VAC systém, s kterým pacientka ze sálu přijela.

**Dieta:** ráno dieta č. 5, poté nic per os

**Hodnotící škály:** Barthelův test základních všedních činností – 95 bodů (lehká závislost)

**Medikace:** chronické léky, Isolyte 1000 ml i.v. frekvencí 100 ml/ hod kontinuálně, Hydrocortison 100 mg do 100 ml FR 30 minut před výkonem, Controloc 40 mg i.v. do 100 ml FR po 12 hod. (6:00 hod, 18:00 hod), Degan 20 mg i.v. do 20 ml FR po 6 hod. (6:00 hod., 12:00 hod., 18:00 hod., 24:00 hod.), Novalgín 1 mg do 100 ml FR při VAS >1, Mabron 100 mg do 100 ml FR při VAS >3, Metronidazol 500 mg po 6 hod. (6:00 hod., 12:00 hod., 18:00 hod., 24:00hod.), Clexane 0,4ml s.c. v 20:00 hod.

#### **4. Hospitalizační den**

Pacientka se následující den po druhé operaci cítila fyzicky i psychicky dobře. Ráno si sama provedla hygienickou péči v koupelně, kdy jí mezitím všeobecná sestra převlékla lůžko, které bylo znečištěné od dezinfekce. Následně pacientka snědla k snídani jeden rohlík a vypila šálek čaje.

Po snídani proběhla u pacientky lékařská vizita, kdy všeobecná sestra společně s lékařem zkontrolovali operační ránu, která byla klidná, a nebyly u ní patrné žádné známky infekce. Na stomii byl ponechán stomický sáček z předešlého dne, který byl nalepen po operačním výkonu na operačním sále.

Během dopoledne všeobecná sestra zkontrolovala funkčnost PŽK, který byl dle Maddonovy škály č. 0 – bez bolesti a reakce v okolí. Podala infuzní a ATB terapii dle ordinace lékaře. Během dne se do dokumentace u pacientky zaznamenávaly fyziologické funkce po 6 hodinách, množství a charakter odvedené stolice do stomického sáčku, příjem a výdej tekutin po 12 hodinách a funkčnost a množství odvedeného sekretu do VAC systému.

Po obědě u pacientky proběhlo nutriční konsilium, z důvodu snížení hmotnosti v předešlých měsících o 15 kilogramů. Nutriční sestra si s pacientkou popovídala a sestavila jí jídelníček na následující dny.

V odpoledních hodinách přijeli za pacientkou manžel s dcerou na návštěvu, vzali jí ven na procházku a byli s ní až do večera, takže byla pacientka moc ráda a měla dobrou náladu.

Ve večerních hodinách pacientka zvonila signalizačním zařízením na sesternu a prosila něco proti bolesti. Všeobecná sestra následně podala analgetika a ostatní ordinované léky dle ordinace lékaře. Po půl hodině všeobecná sestra zkontrolovala pacientku, která neměla už žádné bolesti a při nočních kontrolách klidně spala.

**Dieta:** č. 5

**Hodnotící škály:** Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů (není závislost)

**Medikace:** chronické léky, Isolyte 1000 ml i.v. frekvencí 100 ml/ hod, Controloc 40 mg i.v. do 100 ml FR po 12 hod. (6:00 hod, 18:00 hod), Degan 20 mg i.v. do 20 ml FR po 6 hod. (6:00 hod., 12:00 hod., 18:00 hod., 24:00 hod.), Novalgin 1 mg do 100 ml FR při VAS >1, Mabron 100 mg do 100 ml FR při VAS >3, Metronidazol 500 mg po 6 hod. (6:00 hod., 12:00 hod., 18:00 hod., 24:00hod.), Clexane 0,4ml s.c. v 20:00 hod.

## **5. a 6. Hospitalizační den**

Pacientka soběstačná, ráno si provedla hygienickou péči v koupelně. Všeobecná sestra provedla kontrolní laboratorní odběry krve dle ordinace lékaře.

Po snídani přišel za pacientkou ošetřující lékař, který zkontroloval operační ránu a naplánoval její převaz na 7. hospitalizační den na operačním sále, pacientka s navrhovaným postupem souhlasila.

Po vizitě ošetřujícím lékařem přišla za pacientkou stomická sestra, která odlepila stomický sáček a nechala pacientku osprchovat. Poté za kontroly stomické sestry pacientka provedla ošetření stomie a nalepila si nový stomický sáček.



Pacientka se v průběhu těchto dvou dnů cítila dobře, ale už by byla ráda, aby se stomie zahojila a mohla jít domu.

Šestý hospitalizační den byl z preventivních důvodů zaveden nový PŽK na LHK. V odpoledních hodinách proběhlo u pacientky anesteziologické konzilium, kdy anesteziolog nastavil premedikaci a dal pacientce podepsat informované souhlasy.

Během plnění večerních ordinací podala všeobecná sestra hypnotika dle ordinace lékaře, aby se pacientka na operační výkon lépe vyspala. V průběhu celého dne pacientka neudávala žádnou bolest.

**Dieta:** č. 5 (od půlnoci NPO)

**Medikace:** chronické léky, Controloc 40 mg i.v. do 100 ml FR po 12 hod. (6:00 hod, 18:00 hod), Degan 20 mg i.v. do 20 ml FR po 6 hod. (6:00 hod., 12:00 hod., 18:00 hod., 24:00 hod.), Novalgin 1 mg do 100 ml FR při VAS >1, Mabron 100 mg do 100 ml FR při VAS >3, Metronidazol 500 mg po 6 hod. (6:00 hod., 12:00 hod., 18:00 hod., 24:00hod.), Clexane 0,4ml s.c. v 20:00 hod, Diazepam 5mg na noc.

## **7. Hospitalizační den**

Pacientka si ráno provedla hygienickou péči v koupelně. Byla edukovaná, že půjde během dopoledne na operační výkon, takže musí lačnit. Všeobecná sestra podala pacientce do PŽK infuzní terapii dle ordinace lékaře.

Před odjezdem na operační sál byly pacientce na DK přiloženy kompresní punčochy jako prevence TEN, byla podána premedikace dle ordinace lékaře, bylo zkontrolováno operační pole a lačnění pacientky. Následně byla pacientka předána s dokumentací anesteziologické sestře.

Po operačním výkonu byla pacientka převezena na anesteziologický pokoj, kde byla hodinu sledována anesteziologickými sestrami do stabilizace stavu. Poté byla předána všeobecná sestře ze standartního oddělení a byla převezena zpět na svůj pokoj.

Dle ordinace lékaře všeobecná sestra zaznamenávala do dokumentace tlak, puls, saturaci a vědomí v prvních dvou hodinách po půl hodině a následně 2x po hodině. Dále kontrolovala bolest, odpad ze stomie, krvácení z operační rány, močení a funkčnost VAC systému.

Po dvou hodinách po převezení na standartní oddělení si pacientka stěžovala na bolest, kdy všeobecná sestra podala analgetika dle ordinace lékaře a vše zapsala do dokumentace. Pacientce se po půl hodině ulevilo a bolest ustoupila, měla ale potřebu na močení, proto všeobecná sestra podala pacientce podložní mísu, aby se mohla vyprázdnit.

Ve večerních hodinách se už pacientka po operačním výkonu cítila dobře. K večeři dostala čaj s kaší a s pomocí všeobecné sestry se pacientka postavila a došla si na záchod.

Při večerní vizitě lékař zkontroloval pacientku a operační ránu a vše zapsal do dokumentace.

Na noc dostala pacientka dle ordinace lékaře hypnotika na spaní a analgetika proti bolesti. Během noci se pacientka několikrát vzbudila, ale následně hned zase usnula.

**Dieta:** NPO, po operačním výkonu dieta č. 5

**Hodnotící škály:** Barthelův test základních všedních činností – 95 bodů (lehká závislost)

**Medikace:** chronické léky dnes nepodávat, Isolyte 1000 ml i.v. frekvencí 100 ml/hod kontinuálně, Hydrocortison 100 mg do 100 ml FR 30 minut před výkonem, Controloc 40 mg i.v. do 100 ml FR po 12 hod. (6:00 hod, 18:00 hod), Degan 20 mg i.v. do 20 ml FR po 6 hod. (6:00 hod., 12:00 hod., 18:00 hod., 24:00 hod.), Novalgin 1 mg do 100 ml FR při VAS >1, Mabron 100 mg do 100 ml FR při VAS >3, Metronidazol 500 mg po 6 hod. (6:00 hod., 12:00 hod., 18:00 hod., 24:00hod.), Clexane 0,4ml s.c. v 20:00 hod, Diazepam 5 mg na noc.

## **8. a 9. Hospitalizační den**

Pacientka se následující den po operačním výkonu cítila dobře. Ráno sama vstala z lůžka, sundala si kompresní punčochy, provedla si ranní hygienu a nasnídala se.

Během dopoledních hodin proběhla u pacientky velká vizita, kdy se zkontrolovala operační rána, která byla v pořádku. Pacientka se zmínila, že už by ráda šla domu, tak jí lékaři slíbili, že se domluví a něco společně vymyslí.

Po obědě přišel za pacientkou ošetřující lékař, který ji přišel sdělit informace, na kterých se domluvili při velké vizitě. Pacientka byla od lékaře informovaná, že by s VAC

systémem mohla domu, ale musela by 3x týdně dojíždět do nemocnice na pravidelné převazy VAC systému, aby se stomie co nejdříve zahojila. Navrhl jí, že by v dopoledních hodinách 10. Hospitalizační den provedli na operačním sále převaz VAC systému a večer by mohla být propuštěná, kdyby si pro ni někdo z rodiny přijel. Pacientka byla nadšená a s navrhovaným plánem souhlasila.

Devátý hospitalizační den bylo provedeno pacientce anesteziologické konzilium a všeobecná sestra zavedla nový PŽK. Pacientka byla edukovaná, že od půlnoci nesmí NPO, protože půjde během dopoledne na operační sál.

V průběhu obou dnů byly do dokumentace pacientce zaznamenávány fyziologické funkce po 12 hodinách, hodnocení bolesti dle VAS, odpady do stomie a množství odvedeného sekretu do VAC systému.

**Dieta:** č. 5 (od půlnoci NPO)

**Medikace:** chronické léky, Isolyte 1000 ml i.v. frekvencí 100 ml/ hod, Novalgin 1 mg do 100 ml FR při VAS >1, Mabron 100 mg do 100 ml FR při VAS >3, Metronidazol 500 mg po 6 hod. (6:00 hod., 12:00 hod., 18:00 hod., 24:00hod.), Clexane 0,4ml v 20:00 hod, Diazepam 5 mg na noc.

## **10. Hospitalizační den**

Pacientka ráno vstala a sbalila si věci. Všeobecná sestra provedla kontrolní laboratorní odběry krve dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra pacientce přinesla kompresní punčochy, které si pacientka sama nandala. Před odjezdem na operační sál byl proveden bezpečnostní proces jako v předešlých dnech. Pacientka byla předána anesteziologické sestře spolu s dokumentací.

Po operačním výkonu byla pacientka znovu odvezena jako v předešlých dnech na anesteziologický pokoj, kde byla sledována do stabilizace stavu, poté byla předána na standartní oddělení na svůj pokoj. Po operačním výkonu byly pacientce zaznamenávány v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře fyziologické funkce, hodnocení bolesti dle VAS, kontrola krvácení operační rány a funkčnost VAC systému.

Pacientka se po operačním výkonu cítila dobře, během první hodiny na standartním oddělení se již vymočila.

V odpoledních hodinách přišel za pacientkou ošetřující lékař, který zkontroloval jak pacientku, tak operační ránu. Domluvil se s ní, že jí napíše propouštěcí zprávy a po 18:00 hodině si pro ni může rodina přijet.

Všeobecná sestra pacientce vyndala PŽK a předala propouštěcí zprávy, kde ji edukovala o klidovém režimu, nastavené medikaci a sdělila ji další termín na naplánovaný převaz VAC systému.

### **20. 7. – 3. 8. 2018**

Pacientka pravidelně dojížděla 3x v týdnu na převazy VAC systému. Byla edukovaná, že od půlnoci před operačním výkonem bude lačnit a že se do osmé hodiny ranní dostaví na příjmovou chirurgickou ambulanci. Před každým převazem na operačním sále bylo pacientce provedeno anesteziologické vyšetření, proběhla kontrola lačnění, sundání šperků a kontrola operačního pole, byl zaveden PŽK na LHK a byla podána premedikace dle ordinace lékaře.

Po operačním výkonu byly pacientce sledovány fyziologické funkce dle ordinace lékaře, kontrola močení, krvácení, bolesti a operační rány. Pokud vše proběhlo bez komplikací a pacientka se po operačním výkonu cítila dobře, byla ve večerních hodinách propuštěna s doprovodem domu.

**3. 8. 2018** byl u pacientky naplánován poslední převaz, při kterém se odstranil VAC systém. Stomie byla již zahojena a nevyžadovala další chirurgickou léčbu.

## **5.8 Ošetřovatelský proces dle Marjory Gordon**

V bakalářské práci jsem použila ke zhodnocení potřeb a ošetřovatelských problémů model funkčního typu zdraví dle Marjory Gordon. Tento model je tvořen z dvanácti funkčních vzorců zdraví, každá oblast je zhodnocena jak subjektivně, tak i objektivně. Informace o pacientkách jsem získávala pomocí polostrukturovaného rozhovoru, průběžným pozorováním pacientek během ošetřovatelské péče, analýzou dokumentace a také od ostatního personálu pracujícího na chirurgickém oddělení NH Hospital a.s.

### **1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Jaká byla a je úroveň vašeho zdraví? Prodělala jste v posledním roce nějaká nachlazení? Měla jste z důvodu pobytu v nemocnici v zaměstnání absence? Kouříte, pijete

alkohol? Kdy a jak se projevilo poprvé vaše onemocnění? Jaký byl Váš život před onemocněním?

Subjektivně: „Úroveň mého zdraví byla do roku 2014 velice uspokojivá, poté mi byla diagnostikována Crohnova choroba a od té doby se můj zdravotní stav rapidně zhoršil. V posledním roce jsem měla 1x virózu, která se mě bohužel drží až do teď, ale mám pouze rýmu bez teplot, takže to není tak hrozné. Absence v zaměstnání z důvodu pobytu v nemocnici jsem dříve neměla, až od března letošního roku, kdy jsem byla na operačním výkonu abscesu u konečníku a od června jsem stále na pracovní neschopnosti po operaci kolostomie. Kouřím 5 cigaret denně, ale snažím se to postupně omezovat, alkohol piji příležitostně, ale pouze víno. Onemocnění se mi začalo pomalu projevovat v roce 2014, jak jsem již říkala. Můj život před onemocněním byl plnohodnotný.“

Objektivně: Pacientka si plně uvědomuje závažnost svého onemocnění, které přijala zodpovědně. Působí optimisticky a má zájem o svůj zdravotní stav.

## **2. Výživa a metabolismus**

Kolik vážíte a měříte? Pozorujete v posledních 3 měsících úbytek váhy? Máte chuť k jídlu? Držíte dietu? Sníte celou porci? Kolik vypijete denně tekutin? Máte na kůži nějaké defekty, nebo poranění?

Subjektivně: „Vážím 75 kilogramů a měřím 166 centimetrů. Úbytek váhy jsem zpozorovala na jaře letošního roku, kdy se moje onemocnění zprudka rozbouřilo, a zhubla jsem 15 kilogramů, nyní mám váhu stálou. Momentálně chuť k jídlu mám, doma se snažím stravovat zdravě. Dávám si střední porce a denně vypiju 2 litry tekutin. Tady v nemocnici takový příjem tekutin nemám, snažím se, abych vypila alespoň 1 litr tekutin, zbytek dostávám v infuzích. Na břicho mám vyvedenou stomii a VAC systém, poranění na kůži nemám žádné, jen se mi občas udělá na hrudníku vyrážka.“

Objektivně: Pacientka má mírně zvýšené BMI, i když se snaží stravovat zdravě. Doma vypije dostatečné množství tekutin. Od června má nově vyvedenou stomii.

## **3. Vylučování**

Máte pravidelnou stolici? Máte nějaké potíže při vyprazdňování stolice? Nemáte nějaké problémy při močení? Potíte se nadměrně?

Subjektivně: „*Stolici pravidelnou nemám, od června roku 2018 mám založenou stomii. Problémy při močení nemám, jen chodím na toaletu častěji, než dříve. Nadměrné pocení nepozoruji, potím se jen při zvýšené námaze.*“

Objektivně: Pacientka má od června nově vyvedenou stomii. Problémy při vyprazdňování moče nepozoruje.

#### **4. Aktivita, cvičení**

Máte dostatek síly a energie, nebo se cítíte unavená? Jak trávíte svůj volný čas?

Subjektivně: „*Před operací i teď po ní jsem velmi často unavená, odpočívám celý den v posteli a několikrát za den se trochu prospím. Teď, když jsem hospitalizovaná po operačních výkonech a mám VAC systém, tak nemohu sportovat. Dříve jsem ráda plavala a lyžovala, ráda čtu, chodím na procházky, běžně se starám o domácnost a rodinu, vařím, koukám na filmy a scházím se s přáteli.*“

Objektivně: Pacientka je po operačních výkonech často unavená. Před pobytem v nemocnici ráda sportovala.

#### **5. Spánek, odpočinek**

Jak se vám spí? Cítíte se odpočatě po spánku? Máte potíže s usínáním? Budíte se v noci? Jakým způsobem relaxujete?

Subjektivně: „*Doma se mi spí dobře, protože jsem přes den aktivní, ale tady v nemocnici celý den odpočívám a večer se mi špatně usíná, v noci se několikrát vzbudím, ale asi je to změnou prostředí. Doma se po spánku cítím většinou odpočatě, hlavně, když si ráno můžu přispat. Nejradyji relaxuji při četbě, nebo při procházce v přírodě.*“

Objektivně: Pacientka má během hospitalizace problém se spánkem. V domácím prostředí se jí spí dobře a cítí se po spánku odpočatě.

#### **6. Vnímání, poznávání**

Používáte nějaké kompenzační pomůcky, jako jsou brýle, naslouchátko, zubní protéza? Chodíte pravidelně na lékařské prohlídky?

Subjektivně: „*Jsem krátkozraká, nosím kontaktní čočky a brýle. Mám problémy se sluchem, které jsou potvrzené na audio vyšetření, ale naslouchátko nepoužívám. Na lékařské prohlídky se snažím chodit pravidelně. Na kontrolu k očnímu lékaři chodím jednou za dva roky.*“

Objektivně: Pacientka používá brýle a kontaktní čočky na dálku. Preventivní lékařské prohlídky absolvuje pravidelně.

## **7. Sebepojetí, sebeúcta**

Jak se cítíte? Jak zvládáte své onemocnění? Změnil se váš život z důvodu onemocnění? Máte strach, úzkost?

Subjektivně: „*Necítím se úplně nejlépe. Svě onemocnění zvládám, jen mě rozhodila velice dlouhá doba hojení stomie a bolest s ní spojená. Ano, život se mi změnil hodně, byla jsem zvyklá žít velice aktivně, byla jsem hodně v práci. V poslední době před operací mi toto znemožňovaly bolesti břicha a časté průjmy, které byly i 30x za den. Pevně ale věřím, že se i se stomií budu moci vrátit zpět do práce a ke svým zájmům.*“

Objektivně: Pacientka má z onemocnění strach, trápí jí dlouhá doba hojení stomie. Na druhou stranu je ale optimistická a věří, že se brzy vrátí do práce a ke svým zájmům.

## **8. Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Bydlíte sama, nebo s rodinou? Bydlíte v bytě, nebo v rodinném domě? Jaké je vaše zaměstnání? Omezuje Vás vaše onemocnění při práci? Pokud ano, v čem? Máte děti? Jak rodina prožívá vaše onemocnění a hospitalizace?

Subjektivně: „*Bydlím manželem a dcerou v bytě. Pracuji jako vrchní sestra na stomatologické klinice. Onemocnění mě začalo omezovat až v poslední době před operací, trápila mě hlavně únava, bolesti břicha a časté průjmy. Mám jednu dospělou dceru. Rodina mě velice podporuje a pomáhá mi, v době mé hospitalizace se starají o domácnost.*“

Objektivně: Pacientka bydlí s manželem a dcerou, kteří jí při onemocnění hodně podporují. Pracuje jako vrchní sestra na stomatologické klinice, momentálně je na pracovní neschopnosti.

## **9. Sexualita, reprodukční činnosti**

Užíváte antikoncepci? Máte pravidelnou menstruaci? Chodíte na pravidelné gynekologické kontroly? Kolik jste měla porodů? Kolikrát jste byla gravidní?

Subjektivně: „*Antikoncepci neužívám již 7 let. Na preventivní prohlídku na gynekologii chodím pravidelně 1x ročně. Menstruaci jsem měla vždy pravidelně, ale teď poslední dva měsíce jsem menstruaci nedostala, jsem objednaná na gynekologii, aby se to co nejdříve vyřešilo. Gravidní jsem byla pouze jednou, porod jsem měla jeden a to v roce 1998.*“

Objektivně: Pacientka neužívá antikoncepci již několik let. Preventivní gynekologické prohlídky absolvuje pravidelně jednou za rok. S menstruací má momentálně problém, ale je objednaná ke gynekologovi, aby se to co nejdříve vyřešilo.

## **10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance**

Vyskytla se u Vás v posledních 2 letech nějaká větší změna ve vašem životě? Kdo vám nejvíce pomáhá při řešení životních problémů? Prožíváte nějaké napětí? Kouříte? Pijete alkohol?

Subjektivně: „*Ano, v posledních dvou letech můj život velice ovlivnila moje nemoc, která s sebou přinesla bolesti, průjmy, hospitalizace v nemocnici a následnou pracovní neschopnost. Nemohu chodit do práce a snažím se sžít se stomií. Nejvíce mi pomáhá manžel, milující rodina a mnoho skvělých přátel, kteří mě podporují a pomáhají mi. V poslední době mě přepadá, většinou k večeru úzkostný pocit, napětí a strach, aby byla stomie v pořádku a dobře se dohnojila. Piji příležitostně víno a kouřím, ale snažím se to eliminovat.*“

Objektivně: Pacientce onemocnění zásadně změnilo osobní život. Nyní se pacientka snaží sžít se stomií. Ve večerních hodinách mívá úzkostný pocit a strach. Pije příležitostně víno a kouří.

## **11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Jaké máte plány do budoucna?

Subjektivně: „*Moje plány do budoucna jsou úplně běžné a obyčejné. Ráda bych se vrátila do práce, která mě moc baví, prožívala s manželem a rodinou radostné dny a ráda bych jela někam na dovolenou k moři, nebo na hory.*“



Objektivně: Pacientka by se ráda vrátila do práce a užívala si života jako před operačními výkony

## 12. Jiné

Pacientka neměla žádné další problémy, které by chtěla sdělit.

## 5.9 Plán ošetrovatelské péče

### Aktuální ošetrovatelské diagnózy

#### 1) 00132 akutní bolest související s operačním výkonem projevující se:

Subjektivně: verbalizací pacientky.

Objektivně: bolestivým výrazem v obličeji, sdělením a označením bolesti.

**Očekávaný výsledek:** pacientka bude udávat snížení bolesti po podání analgetik do 30 minut.

**Ošetrovatelské intervence:** podávej analgetika dle ordinace lékaře, komunikuj s pacientkou o bolesti, zajisti funkční signalizační zařízení, sleduj účinky podaných léků a vše zapisuj do dokumentace.

**Hodnocení:** pacientka udávala v prvních dnech po operačním výkonu bolest č. 3 dle VAS. Po aplikaci analgetik vždy došlo ke zmírnění bolesti do 30 minut.

#### 2) 00108 deficit sebedpěče při koupání související s bezprostředním obdobím po operačním výkonu projevující se:

Subjektivně: verbalizací pacientky.

Objektivně: neschopnost dojít do koupelny.

**Očekávaný výsledek:** pacientka bude v čistotě.

**Ošetrovatelské intervence:** zajisti pomůcky k hygieně, dbej na dostatečné soukromí, zajisti dopomoc při hygienické péči, komunikuj a naslouchej.

**Hodnocení:** u pacientky byla v prvním pooperačním dnu provedena hygienická péče za pomoci sestry, v dalších dnech zvládla hygienickou péči pacientka sama.

**3) 000198 narušený vzorec spánku související s hospitalizací projevující se:**

Subjektivně: sdělením nemožnosti usnout.

Objektivně: pacientka při kontrole nespí, snížená funkční schopnost pacientky.

**Očekávaný výsledek:** pacientka bude mít alespoň 7 hodin aktivní spánek, bude se cítit odpočatá.

**Ošetrovatelské intervence:** zajisti upravené a čisté lůžko, zajisti čerstvý vzduch na pokoji, podej hypnotika dle ordinace lékaře.

**Hodnocení:** po podání hypnotik měla pacientka 7 hodin aktivní spánek a ráno se cítila odpočatá.

**4) 00148 strach z důvodu průběhu onemocnění projevující se:**

Subjektivně: sdělením strachu.

Objektivně: ustrašený výraz.

**Očekávaný výsledek:** pacientka se snaží eliminovat zdroj strachu.

**Ošetrovatelské intervence:** podej dostatek informací v rámci své kompetence, naslouchej pacientce a povzbuzuj ji, dej prostor pro možné dotazy.

**Hodnocení:** cíl splnění, pacientka se snaží eliminovat zdroj strachu.

**Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

**1) 00004 riziko vzniku infekce související se zavedením periferního žilního katetru**

**Očekávaný výsledek:** zabránit vzniku infekce po dobu zavedení PŽK.

**Ošetrovatelské intervence:** sleduj místo vpichu, dodržuj aseptické zásady při kontrole a převazu PŽK, používej ochranné pomůcky, PŽK hodnot' dle stupnice Maddona a vše zaznamenávej do dokumentace, pravidelně vyměňuj PŽK po 72 hodinách od zavedení, nebo dříve dle potřeby.

**Hodnocení:** u pacientky se v jeden den objevila v místě vpichu PŽK dle Maddonovy škály č. 1 bolest. PŽK byl prepíchnut. Po další dobu hospitalizace byly PŽK bez známek infekce a bolesti.

**2) 00155 riziko pádu související s obdobím po operačním výkonu**

**Očekávaný výsledek:** u pacientky nedojde k pádu.

**Ošetřovatelské intervence:** zajisti bezpečné prostředí v okolí pacientky, zajisti dohled nad pacientkou, informuj pacientku o vhodné obuvi, zajisti funkční signalizační zařízení.

**Hodnocení:** u pacientky nedošlo k pádu.

**3) 00004 riziko vzniku infekce související s operační ránou**

**Očekávaný výsledek:** u pacientky nevznikne infekce v oblasti operační rány.

**Ošetřovatelské intervence:** dodržuj aseptické podmínky při převazu operační rány, denně kontroluj stav operační rány, asistuj lékaři při převazu.

**Hodnocení:** u pacientky nedošlo k rozvoji infekce operační rány.

## **6 KAZUISTIKA Č. 2**

### **6.1 Katamnéza**

34 letá žena s Crohnovou chorobou přišla na centrální chirurgický příjem 26. 6. 2018 v dopoledních hodinách s bolestivým otokem v jizvě po laparotomii. Onemocnění se u pacientky objevilo v roce 2005, od té doby proběhlo několik chirurgických zákroků.

### **6.2 Sběr informací o pacientovi**

#### **Osobní anamnéza:**

Pacientka trpěla v dětství na angínu, kterou měla i několik měsíců v kuse. Neprodělala žádné velké úrazy. V dětství neměla žádné operace, až od roku 2010, kdy se všechny operace týkaly onemocnění Crohnova choroba.

#### **Rodinná anamnéza:**

S otcem se pacientka nestýká, matka má od roku 2012 rakovinu prsu.

#### **Sociální anamnéza:**

Žije v rodinném domě s přítelem a s rodiči.

#### **Pracovní anamnéza:**

Pacientka má invalidní důchod 3. stupně. Příležitostně chodí vypomáhat do kina.

#### **Gynekologická anamnéza:**

Pacientka chodí na pravidelné gynekologické prohlídky, poslední proběhla v lednu v roce 2018. Antikoncepci užívá 12 let. Porod ani potrat neměla žádný.

#### **Onkologická anamnéza:**

V rodině pacientky se s onkologickým onemocněním léčí matka na rakovinu prsu.

#### **Abúzus:**

Kouří od 20 let 10 cigaret denně. Alkohol neužívá žádný.

#### **Alergologická anamnéza:**

Pacientka je alergická na Humiru a Remicade.

### **Farmakologická anamnéza:**

Apo-panto 40mg tbl. p.o.	1 – 0 – 1
Elicea 10mg tbl. p.o.	1 – 0 – 0
Medrol 16mg tbl. p.o.	1 – 0 – 0
Imuran 50mg tbl. p.o.	1 – 0 – 0
Kalnormin tbl. p.o.	1 – 0 – 1
Lindinette tbl. p.o.	0 – 0 – 1

### **6.3 Fyzikální vyšetření**

**Krevní tlak:** 115/80 mmHg

**Puls:** 83' za minutu

**Dech:** 18' za minutu

**Tělesná teplota:** 37,5 °C

**Výška:** 164 cm

**Váha:** 57 kg

**Kompenzační pomůcky:** brýle na dálku

#### **Použité škály při přijetí:**

Body Mass Index – 21,19 (norma) – viz příloha číslo 4

Vizuální analogová škála – bolest č. 3 (mírná) – viz příloha číslo 5

Hodnocení rizika pádu - stupeň č. 2 (není riziko pádu) – viz příloha číslo 6

Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů (nezávislá) – viz příloha číslo 7

Glasgow Coma Scale – 15 bodů (normální stav) – viz příloha číslo 8

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové – 34 bodů (není riziko vzniku dekubitů) – viz příloha číslo 9

Zhodnocení určení nutričního stavu pacienta – 0 bodů (nejsou potřeba žádné intervence) – viz příloha číslo 10

#### **6.4 Základní screeningové vyšetření sestrou**

Celkový vzhled a úprava zevnějšku: upravená, čistá. Vlasy, nehty i kůže jsou čisté. Kůže je dostatečně hydratovaná.

Dutina ústní, nos: jazyk a sliznice jsou vlhké bez povlaku. Chrup vlastní. Dutina ústní je bez známek zánětu.

Stav vědomí: orientovaná místem, časem i osobou.

Zrak: brýle na dálku.

Sluch: bez potíží.

Držení těla a stisk ruky: držení těla je fyziologické. Stisk ruky je pevný.

#### **6.5 Lékařské vyšetření**

**Subjektivně**: Pacientka přichází pro otok jizvy po laparotomii.

**Objektivně**:

Celkový stav: soběstačná a spolupracující pacientka je při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou. Klidově eupnoe, bez známek anémie. Hydratace je v normě.

Hlava: pokleповě nebolestivá. Uši a nos jsou bez výpotku. Bulby volně pohyblivé, spojivky jsou růžové, skléry bílé. Jazyk je vlhký, hrdlo klidné.

Krk: štítná žláza je nehmatná. Uzliny nezvětšeny, náplň krčních žil je v normě. Šíje je volně pohyblivá.

Hrudník: symetrický, dýchání je sklípkové, oboustranně čisté. Akce srdeční je pravidelná.

Břicho: v nivea hrudníku, měkké, palpačně nebolestivé. V místě jizvy je měkká zarudlá rezistence, při zatlačení vytéká hnis. Ileostomie odvádí, okolí je klidné.

Končetiny: dolní končetiny bez otoků, známek zánětu, nebo ten. Pulsace v periférii je hmatná.

## **6.6 Lékařské diagnózy**

K50.0 – Crohnova nemoc tenkého střeva, absces parietalis abdominis

K63.2 – Píštěl střevní

L02.2 – Absces stěny břišní

## **6.7 Průběh hospitalizace**

### **26. 6. 2018 příjem pacientky a 1. den hospitalizace**

Pacientka přišla v dopoledních hodinách na akutní chirurgický příjem s bolestivým otokem v jizvě po laparotomii. Pacientce bylo provedeno USG vyšetření, kde byl zjištěn absces v oblasti jizvy, z tohoto důvodu byla pacientka indikována k akutní incizi na operačním sále. Po příchodu na oddělení byla pacientka seznámena s chodem oddělení, s personálem, se signalizačním zařízením a s ovládáním elektrického lůžka. S pacientkou byla sepsána dokumentace a byly podepsány všechny potřebné dokumenty. Všeobecná sestra podala pacientce ordinované léky a infuze dle ordinace lékaře do PŽK, který byl zaveden již na centrálním příjmu, natočila EKG a následně zavolala lékaře na interní a anesteziologické konsilium.

Před odjezdem na operační sál si pacientka nandala bandáže na DK jako prevenci TEN. Všeobecná sestra u pacientky zkontrolovala operační pole, lačnění, odložení šperků a funkčnost PŽK. Následně byla pacientka spolu s dokumentací předána anesteziologické sestře na překladišti operačních sálů.

Po operačním výkonu byla pacientka sledovaná na anesteziologickém pokoji do stabilizace vitálních funkcí, následně byla předána všeobecné sestře ze standardního oddělení zpátky na svůj pokoj. U pacientky se v pravidelných intervalech po půl hodině sledovaly fyziologické funkce dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra dále kontrolovala bolest dle VAS, močení, krvácení, odpad ze stomie a VAC systém, s kterým pacientka přijela z operačního sálu.

Večer pacientka udávala bolest č. 4 dle VAS, proto všeobecná sestra následně podala analgetika dle ordinace lékaře. Po půl hodině pacientka udávala zlepšení bolesti, v noci klidně spala.

**Dieta:** NPO, večer čaj

**Hodnotící škály:** Barthelův test základních všedních činností – 95 bodů (lehká závislost)

**Medikace:** chronické léky dnes neužívat, Plasmalyte + 5% G 1 000 ml + 30 ml 7,5% KCL 50 ml/hod, Novalgin 1g do 100 ml FR při VAS >2, Mabron 100 mg do 100 ml FR při VAS >3, Neodolpasse 250 ml á 12 hodin při VAS >4, Ciprofloxacin 400 mg po 12 hod. (12:00 hod., 24:00 hod.), Metronidazol 500 mg po 8 hod. (14:00 hod., 22:00 hod., 6:00 hod.), Clexane 0,4 ml s.c. ve 22:00.

## **2. – 3. Den hospitalizace**

Pacientka se po operačním výkonu cítila dobře. Ráno si sama provedla hygienickou péči v koupelně. Po snídani u pacientky proběhla vizita, při které se zkontrolovala operační rána, stomie a naplánoval se další převaz VAC systému na operačním sále na 4. Hospitalizační den.

Během dne byla pacientce podávána dieta č. 5 dle ordinace lékaře. Po osmi hodinách byl pacientce měřen a zaznamenáván do dokumentace tlak a puls, pravidelně byla hodnocena bolest dle VAS, podávána infuzní a ATB terapie. Po celý den byla sledována funkčnost VAC systému, množství odvedeného sekretu a nastavení rychlosti odsávání. U pacientky proběhla edukace o VAC systému. Všeobecná sestra zavedla nový PŽK na PHK z preventivních důvodů.

Anesteziologické konsilium proběhlo znovu 3. Hospitalizační den, protože na následující den byl naplánován převaz VAC systému na operačním sále. Pacientka večer dostala premedikace dle ordinace lékaře a byla poučená o lačnění.

**Dieta:** č. 5

**Hodnotící škály:** Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů (není závislost)



**Medikace:** chronické léky, Isolyte 1 000 ml i.v. frekvencí 80 ml/ hod., Controloc 40 mg i.v. po 12 hod. (18:00 hod., 6:00 hod.), Novalgin 1g do 100 ml FR při VAS >2, Mabron 100 mg do 100 ml FR při VAS >3, Neodolpasse 250 ml á 12 hodin při VAS >4, Ciprofloxacin 400 mg po 12 hod. (12:00 hod., 24:00 hod.), Metronidazol 500 mg po 8 hod. (14:00 hod., 22:00 hod., 6:00 hod.), Clexane 0,4 ml s.c. ve 22:00, Diazepam 5 mg p.o. na noc.

#### **4. Hospitalizační den**

Na tento den byl naplánován převaz VAC systému na operačním sále. Před operačním výkonem bylo provedeno anesteziologické konsilium, byla nastavena premedikace, infuzní terapie a prevence TEN. Všeobecná sestra odebrala dle ordinace lékaře kontrolní laboratorní odběry krve. Pacientka byla opět informována o předoperační přípravě. Po operačním výkonu následovala stejná ošetrovatelská péče jako po prvním operačním výkonu.

**Dieta:** NPO, odpoledne dieta č. 5

**Hodnotící škály:** Barthelův test základních všedních činností – 95 bodů (lehká závislost)

**Medikace:** chronické léky nepodávat, Isolyte 1 000 ml i.v. frekvencí 100 ml/ hod., Controloc 40 mg i.v. po 12 hod. (18:00 hod., 6:00 hod.), Novalgin 1g do 100 ml FR při VAS >2, Mabron 100 mg do 100 ml FR při VAS >3, Neodolpasse 250 ml á 12 hodin při VAS >4, Ciprofloxacin 400 mg po 12 hod. (12:00 hod., 24:00 hod.), Metronidazol 500 mg po 8 hod. (14:00 hod., 22:00 hod., 6:00 hod.), Clexane 0,4 ml s.c. ve 22:00.

#### **5. – 7. Hospitalizační den**

Pacientka se cítila jak po fyzické, tak po psychické stránce dobře. U pacientky se v pravidelných intervalech po 8 hodinách měřil krevní tlak a puls, hodnotila se bolest dle VAS, sledovala se funkčnost VAC systému. 6. Hospitalizační den zavedla sestra nový PŽK do LHK. 7. Hospitalizační den v odpoledních hodinách bylo u pacientky provedeno anesteziologické konsilium z důvodu převazu VAC systému na operačním sále následující den.

**Dieta:** č. 5

**Hodnotící škály:** Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů (není závislost)

**Medikace:** chronické léky, Novalgin 1g do 100 ml FR při VAS >2, Ciprofloxacin 400 mg po 12 hod. (12:00 hod., 24:00 hod.), Metronidazol 500 mg po 8 hod. (14:00 hod., 22:00 hod., 6:00 hod.), Clexane 0,4 ml s.c. ve 22:00.

### **8. Hospitalizační den**

Na 8. Hospitalizační den byl naplánovaný převaz VAC systému. Veškerá předoperační i pooperační péče probíhala jako v předešlých dnech.

### **9. – 11. Hospitalizační den**

Pacientka se po operačním výkonu cítila dobře. Svému ošetřujícímu lékaři se během vizita svěřila, že už by ráda šla domů, proto pacientce lékař navrhl, že by se 12. Hospitalizační den provedl převaz VAC systému na operačním sále a ve večerních hodinách by mohla být s doprovodem propuštěna domů. Pacientka s návrhem souhlasila. 11. Hospitalizační den se provedlo anesteziologické konsilium včetně nastavení premedikace.

### **13. Hospitalizační den**

Pacientka měla být v 10:00 na operačním sále. Před odjezdem na operační sál proběhla u pacientky kontrola lačnění, odložení šperků, podání premedikace a nasazení bandáží na DK. Všeobecná sestra provedla kontrolní laboratorní odběry krve dle ordinace lékaře.

Po operačním výkonu byla pacientka přivezena zpět na standartní lůžkové oddělení, kde všeobecná sestra pravidelně měřila a zaznamenávala fyziologické funkce, močení, krvácení, bolest dle VAS a funkčnost VAC systému.

V odpoledních hodinách přišel pacientku zkontrolovat její ošetřující lékař, který se s ní domluvil na propuštění a informoval jí, že bude muset 3x týdně dojíždět do nemocnice na převazy VAC systému. Všeobecná sestra předala pacientce propouštěcí zprávy a vydala ji PŽK.

### **3. 7. – 13. 7. 2018**

Pacientka v těchto dnech dojížděla pravidelně 3x týdně na převaz VAC systému, byla o všem edukovaná jako předchozí pacientka. 13. 7. 2018 byl VAC systém odstraněn, protože se rána již hojila.

## 6.8 Ošetřovatelský proces dle Marjory Gordon

### 1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Jaká byla a je úroveň vašeho zdraví? Prodělala jste v posledním roce nějaká nachlazení? Měla jste z důvodu pobytu v nemocnici v zaměstnání absence? Kouříte, pijete alkohol? Kdy a jak se projevilo poprvé vaše onemocnění? Jaký byl Váš život před onemocněním?

Subjektivně: „Úroveň mého zdraví se pohybuje neustále nahoru a dolů, je to jako na houpačce. Veškerá léčba pro mě selhala, poslední šanci je Stelara. Nachlazení se mi vyhýbá. Od doby, kdy mi propukla Crohnova choroba, jsem byla nachlazená pouze jednou. V zaměstnání jsem měla před osmi lety měsíční absenci, od té doby jsem v invalidním důchodu. Kouřím od mládí 10 cigaret denně, alkohol nepiji žádný. Mé onemocnění se projevilo v létě v roce 2005, kdy jsem měla přes měsíc průjem a nic mi na něj nepomáhalo, potom začal kolotoč vyšetření. Můj život před onemocněním byl živý, plný energie.“

Objektivně: Pacientka má ze svého onemocnění strach, protože veškerá léčba u ní selhala. Alkohol nepije žádný, pouze kouří.

### 2. Výživa a metabolismus

Kolik vážíte a měříte? Pozorujete v posledních 3 měsících úbytek váhy? Máte chuť k jídlu? Držíte dietu? Sníte celou porci? Kolik vypijete denně tekutin? Máte na kůži nějaké defekty, nebo poranění?

Subjektivně: „Měřím 164 cm a vážím 54 kg. Za poslední tři měsíce úbytek váhy nepozoruji, naopak. Během posledních dvou let jsem přibrala 14 kg a jsem za to moc ráda. Chuť k jídlu mám jak kdy. Někdy jsem jen na nutridrinkách, jindy na normálním jídle. Vyhýbám se vláknině, slupkám a to o čem vím, že mi nedělá dobře, je toho ale bohužel dost. Jím malé porce 5x denně, když je mi zrovna dobře. Denně vypiju 1,5 litru tekutin, snažím se to vypít i v nemocnici pokud to jde. Momentálně mám na břiše stomii, VAC systém, červený flek, který mě občas svědí a loupe se mi kůže na dlani z kortikoidů.“

Objektivně: BMI pacientky je v normě. Snaží se jíst zdravě 5x za den. V době hospitalizace má na břiše VAC systém, červený flek a loupe se jí kůže na dlani.

### **3. Vylučování**

Máte pravidelnou stolici? Máte nějaké potíže při vyprazdňování stolice? Nemáte nějaké problémy při močení? Potíte se nadměrně?

Subjektivně: „*Stolici pravidelnou nemám. 1,5 roku jsem měla kolostomii a nyní mám ileostomii. Potíže s močením nemám žádné a nadměrně se nepotím.*“

Objektivně: Pacientka nemá pravidelnou stolici z důvodu ileostomie. S vyprazdňováním moče nemá žádné problémy.

### **4. Aktivita, cvičení**

Máte dostatek síly a energie, nebo se cítíte unavená? Jak trávíte svůj volný čas?

Subjektivně: „*Jak kdy. Teď při hospitalizaci se po operačních výkonech cítím unavená. Když jsem doma, tak si většinou musím odpoledne na jednu až dvě hodiny lehnout a odpočinout si. Pokud to nejde a musím fungovat třeba dva dny, tak mám pak večer teploty a následující dny proležím. Ve svém volném čase ráda vařím a pečů, není to fyzicky náročné, takže to mám doma dovolené, ale stejně mě to někdy dokáže unavit. Občas ještě chodím vypomáhat do kina.*“

Objektivně: Pacientka se momentálně během hospitalizace cítí unavená z častých operačních výkonů. Ve volném čase ráda vaří a pečů.

### **5. Spánek, odpočinek**

Jak se vám spí? Cítíte se odpočatě po spánku? Máte potíže s usínáním? Budíte se v noci? Jakým způsobem relaxujete?

Subjektivně: „*Od té doby co mám stomii, nevím, co to je spát celou noc v kuse. Minimálně jednou musím vstát, a když mám svůj den, tak vstávám i šestkrát za noc. S usínáním problém nemám, v noci vstávám jenom kvůli stomii. Relaxuji podle počasí, v létě na zahradě, v zimě v posteli nebo v kuchyni u vaření a pečení.*“

Objektivně: Pacientka nemá problém s usínáním, ale trápí jí časté noční buzení z důvodu stomie.

## **6. Vnímání, poznávání**

Používáte nějaké kompenzační pomůcky, jako jsou brýle, naslouchátko, zubní protéza? Chodíte pravidelně na lékařské prohlídky?

Subjektivně: „Z kompenzačních pomůcek používám pouze brýle na dálku. Na pravidelné lékařské prohlídky chodím poctivě.“

Objektivně: Pacientka používá brýle a na pravidelné lékařské prohlídky chodí pravidelně.

## **7. Sebepojetí, sebeúcta**

Jak se cítíte? Jak zvládáte své onemocnění? Změnil se váš život z důvodu onemocnění? Máte strach, úzkost?

Subjektivně: „Za 13 let jsem se s onemocněním nesmířila a se stomií bojuju. Miluju jídlo a nemůžu ho. Vadí mi, že se musím přizpůsobovat nemoci a každý den je podle toho, jak mi zrovna je. Ale na druhou stranu si říkám, že jiní jsou na tom hůř než já a dokud mi ještě mají co brát, tak je to dobrý. Ano, život se mi změnil hodně, je to jako dítě, vše se točí podle toho, jak rádí. Musím víc odpočívat, ale když je mi dobře, tak to moc nejde a pak se to projeví a donutí mě to. Dříve jsem strach a úzkost neměla, ale teď už je to horší, protože už nemám moc možností.“

Objektivně: U pacientky se projevuje strach a úzkost. Bojí se, že nemá už moc možností v léčbě.

## **8. Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Bydlíte sama, nebo s rodinou? Bydlíte v bytě, nebo v rodinném domě? Jaké je vaše zaměstnání? Omezuje Vás vaše onemocnění při práci? Pokud ano, v čem? Máte děti? Jak rodina prožívá vaše onemocnění a hospitalizace?

Subjektivně: „Bydlím s rodinou v rodinném domě. Zaměstnání nemám žádné, kvůli onemocnění mám invalidní důchod 3. stupně, pokud je potřeba, tak chodím občas vypomáhat do kina. Děti žádné nemám. Přítel se mnou prožívá všechny operace a vždycky

*je optimista a podrží mě. Většinu operací zvládám s úsměvem a rodinu uklidňuju, že je vše v pořádku, aby se moc nestresovali. “*

Objektivně: Pacientka bydlí v rodinném domě s rodinou. Kvůli onemocnění je v invalidním důchodu. Největší oporou je pro ni její přítel, který ji během operací podporuje.

## **9. Sexualita, reprodukční činnosti**

Užíváte antikoncepci? Máte pravidelnou menstruaci? Chodíte na pravidelné gynekologické kontroly? Kolik jste měla porodů? Kolikrát jste byla gravidní?

Subjektivně: *„Antikoncepci užívám od svých 22 let. Menstruaci mám pravidelnou a na gynekologickou prohlídku chodím 1x za rok. Gravidní jsem nebyla ani jednou, tudíž jsem neměla ani žádný porod.*

Objektivně: Pacientka užívá několik let hormonální antikoncepci. Na gynekologické prohlídky chodí jednou za rok, menstruaci má pravidelnou.

## **10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance**

Vyskytla se u Vás v posledních 2 letech nějaká větší změna ve vašem životě? Kdo vám nejvíce pomáhá při řešení životních problémů? Prožíváte nějaké napětí? Kouříte? Pijete alkohol?

Subjektivně: *„Ano, před 2 roky mi umřel v 10 letech bratranec na nádor na mozku, byl pro mě motivací, jak zvládat nemoc. Při žádném vyšetření, operaci ani lumbální punkci nebrečel. Bojoval s tím skoro 5 let. Díky příteli jsem zvládla se moc v tom neutápět a nestresovat se, aby se to neprojevílo i u mě. Při řešení životních problémů mi nejvíce pomáhá přítel. Napětí ve svém životě prožívám, ale naučila jsem se spoustu věcí vypouštět a nestresovat se, i když to někdy nejde. Kouřím od mládí 10 cigaret denně, alkohol nepiji žádný.*

Objektivně: U pacientky se v posledních letech udála velká změna v životě a to úmrtí desetiletého bratrance, který byl pro ni motivací. Při řešení problémů jí nejvíce pomáhá přítel, který se snaží být stále optimistický. Ve svém životě se naučila spoustu věcí vypouštět a nestresovat se.

## 11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Jaké máte plány do budoucna?

Subjektivně: „Žít, nemůžu tady nechat rodinu a přítele, někdo je musí pozlobit.“

Objektivně: Pacientka má několik cílů, kterých chce ve svém životě ještě dosáhnout.

## 12. Jiné

Pacientka neměla žádné další problémy, které by chtěla sdělit.

## 6.9 Ošetrovatelské diagnózy

### Aktuální ošetrovatelské diagnózy

#### 1) 00132 akutní bolest související s operačním výkonem projevující se:

Subjektivně: verbalizací pacientky s lokalizací na operační ránu.

Objektivně: výrazem ve tváři, vyhledáváním úlevové polohy.

**Očekávaný výsledek:** pacientka bude udávat po podání analgetik zmírnění bolesti do 30 minut na stupeň VAS < 2.

**Ošetrovatelské intervence:** sleduj a hodnot' bolest dle VAS, podávej analgetika dle ordinace lékaře, zajisti funkční signalizační zařízení, sleduj účinky podaných léků a vše zapisuj do dokumentace.

**Hodnocení:** pacientka udávala 30 minut po podání analgetik dle VAS stupeň č. 1.

#### 2) 00214 zhoršený tělesný komfort z důvodu zavedeného VAC systému projevující se:

Subjektivně: verbalizací pacientky.

Objektivně: výrazem ve tváři.

**Očekávaný výsledek:** pacientka bude udávat zlepšení tělesného komfortu.

**Ošetřovatelské intervence:** komunikuj a naslouchej pacientce, poskytni brožury o VAC systému, poskytni pacientce popruh přes rameno k VAC systému, informuj ohledně nabíjení přístroje přes noc.

**Hodnocení:** pacientce se zlepšil tělesný komfort.

**3) 00093 únava související s vyčerpáním v pooperačním stavu projevující se:**

Subjektivně: sdělením únavy.

Objektivně: snížený výkon, zívání.

**Očekávaný výsledek:** pacientka se bude cítit odpočatá se zvýšenou energií.

**Ošetřovatelské intervence:** zajímej se o celkový stav pacientky, komunikuj s pacientkou o únavě, zajisti kvalitní spánek bez rušivých elementů, zajisti odpočinek během dne.

**Hodnocení:** pacientka se necítila unaveně, její psychický i fyzický stav se zlepšil.

**4) 00046 porušená kožní integrita související s defektem na břicho projevující se:**

Subjektivně: sdělením svědivosti kůže.

Objektivně: defekt kožního povrchu.

**Očekávaný výsledek:** pacientka nepocítuje svědivost.

**Ošetřovatelské intervence:** zajisti kožní vyšetření, kontroluj kůži pacientky, ošetřuj defekt dle ordinace lékaře, podávej léky dle ordinace lékaře.

**Hodnocení:** pacientka neudává svědivost.

**Potencionální ošetřovatelské diagnózy**

**1) 00004 riziko vzniku infekce související se zavedeným PŽK**

**Očekávaný výsledek:** u pacientky nevznikne infekce po dobu zavedení PŽK.



**Ošetrovatelské intervence:** pravidelně sleduj invazivní vstup dle Maddonyy škály, dodržuj aseptický přístup při zavádění a při převazu PŽK, přepichuj PŽK nejdéle po 72 hodinách, nebo dle potřeby, všímej si projevů infekce.

**Hodnocení:** u pacientky nedošlo ke vzniku infekce v oblasti PŽK po celou dobu hospitalizace.

## **2) 000155 riziko pádu z důvodu operačního výkonu**

**Očekávaný výsledek:** u pacientky nedojde k pádu.

**Ošetrovatelské intervence:** zajisti funkční signalizační zařízení k lůžku, zajisti madla u lůžka, informuj pacientku o všech bezpečnostních opatření, zajisti dohled nad pacientem, informuj pacientku, že sama nesmí vstávat z lůžka, zajisti vhodnou obuv.

**Hodnocení:** u pacientky nedošlo k pádu.

## DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala tématu Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou. Hlavním cílem mého výzkumu bylo vypracovat ošetrovatelský plán u pacienta s Crohnovou chorobou. V teoretické části jsem se zaměřila na charakteristiku, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění. V praktické části jsem zpracovala dvě kazuistiky mladých žen podle modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon.

Informace pro svoji bakalářskou práci jsem získávala ze zdravotnické dokumentace, od zdravotnického personálu a pozorováním pacientek během ošetrovatelské péče, které jsem doplnila rozhovory.

Pro zpracování praktické části jsem si vybrala dvě pacientky s Crohnovou chorobou, u kterých byla řešena léčba chirurgickou cestou. První pacientkou byla čtyřicetiletá žena, u které bylo onemocnění diagnostikováno v roce 2015. Druhou pacientkou byla o deset let mladší žena, u které se onemocnění projevilo v roce 2005. Obě pacientky byly hospitalizovány na standardním chirurgickém oddělení v nemocnici v Hořovicích pro komplikace při léčbě.

První pacientka byla přijata na oddělení pro dehiscence descendentostomie, kterou měla vytvořenou měsíc. Při příjmu udávala bolest a tlak v oblasti stomie. Během hospitalizace se u pacientky objevily komplikace. Po operačním výkonu, kdy se upravila a znovu vyšila stomie, došlo třetí hospitalizační den znovu k mírné dehiscenci stomie, proto byla pacientka seznámena s dalším léčebným postupem a pacientce byl do okolí stomie založen na operačním sále VAC systém. U pacientky následně docházelo každý třetí den k pravidelným převazům VAC systému na operačním sále. Desátý hospitalizační den byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování a na převazy VAC systému dojížděla do nemocnice. U této pacientky jsem si stanovila čtyři aktuální a tři potencionální ošetrovatelské diagnózy.

Druhá pacientka byla přijata na oddělení pro bolestivý otok v jizvě po laparotomii. U pacientky bylo provedeno USG vyšetření, kde byl zjištěn absces v oblasti jizvy, proto byla pacientka informována a indikována k akutní incizi na operačním sále. Z operačního sálu přijela pacientka s VAC systémem, který měla v operační ráně. V průběhu hospitalizace se u pacientky neobjevily žádné komplikace. Pravidelně se u pacientky

prováděly převazy VAC systému jako u předchozí pacientky. Tato pacientka byla dvanáctý den hospitalizace také propuštěna do domácího ošetřování a dojížděla do nemocnice na převazy stejně jako předchozí pacientka. U této pacientky jsem si stanovila čtyři aktuální a dvě potencionální ošetřovatelské diagnózy.

K provedení kvalitativního výzkumu ve své bakalářské práci jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

### **1. Jaké jsou nejčastější ošetřovatelské problémy?**

U obou pacientek dominovala v aktuálních ošetřovatelských diagnózách akutní bolest, která byla způsobena stavem po operačním výkonu. Obě pacientky ji tolerovaly dobře, její velikost se pohybovala mezi prvním a čtvrtým stupněm dle VAS. Myslím si, že dobrá tolerance bolesti byla zapříčiněna předchozími zkušenostmi s bolestmi břicha, které souvisejí s Crohnovou chorobou. Červenková (2009, s. 15) uvádí, že bolest břicha patří mezi hlavní příznaky, tyto bolesti jsou křečovitého charakteru a dostavují se 30 až 60 minut po jídle.

Další problémovou oblastí byl spánek. První pacientka měla problém s usínáním, v noci se poté několikrát vzbudila. Tento problém přiřazovala k hospitalizaci a ke změně prostředí. Před operačním výkonem měla pacientka možnost si vzít léky na celkové uklidnění dle ordinace lékaře. U druhé pacientky byl problém se spánkem v souvislosti se stomií. Respondentka uváděla: „*od té doby co mám stomii, nevím, co to je spát celou noc v kuse. Minimálně jednou za noc musím vstát, a když mám svůj den, tak vstávám i šestkrát za noc.*“ Autorka Maršátová (2015, s. 80 - 81) ve své bakalářské práci uvádí, že její vybraní respondenti mají spánek z důvodu stomie narušený pouze minimálně. Popisuje, že první respondent má problém s usínáním stejně jako moje první pacientka. Její druhá respondentka udává, že je pouze nutné vypustit nahromaděný plyn ze stomického sáčku.

Důležitou oblastí, na kterou by se všeobecná sestra měla zaměřit už při příjmu pacienta, je stav hydratace a výživy. Obě pacientky měly při příjmu i během celé hospitalizace hydrataci v normě. U první pacientky při zhodnocení nutričního stavu vyšel test se třemi body, protože se u pacientky na jaře roku 2018 onemocnění zprudka rozbouřilo a za poslední čtyři měsíce se její tělesná hmotnost snížila o 15 kilogramů. Od té doby má váhu stálou. Během hospitalizace proběhlo u pacientky nutriční konsilium, aby si

vybrala stravu na následující dny podle svých chutí. U druhé pacientky problém s nutričním stavem nebyl, naopak během posledních dvou let přibrala 14 kilogramů.

V neposlední řadě se nesmí zapomínat na strach a úzkost. U pacientů s tímto onemocněním se tyto dvě ošetrovatelské diagnózy objevují velice často. Má první pacientka uváděla, že pocit strachu pociťuje nejvíce v posledních dvou letech, kdy jí nemoc změnila život. Udávala, že pocit strachu a úzkosti pociťuje nejvíce večer před spaním, kdy přemýšlí nad svým životem a bojí se, zdali bude stomie v pořádku. Pacientce nejvíce od strachu pomáhala rodina, která ji během hospitalizace pravidelně navštěvovala a poté ji doprovázela na převazy VAC systému. Druhá pacientka uváděla, že napětí ve svém životě prožívá, ale že se za dobu, kdy má onemocnění naučila spoustu věcí z hlavy vypouštět a zbytečně se nestresovat.

## **2. V jaké oblasti je důležité pacienta edukovat?**

Během svého výzkumného šetření jsem zjistila, že pacienti s Crohnovou chorobou mají největší problémy s ošetřováním stomie a s VAC systémem, proto je potřeba je v těchto oblastech dostatečně edukovat.

Má první pacientka měla založenou descendentostomii pouhý měsíc, proto bylo nutné, aby ji stomická sestra během ošetřování stomie pomáhala a edukovala ji o správných postupech. U druhé pacientky nebyla edukace od stomické sestry potřeba, protože pacientka měla již v minulosti 1,5 roku kolostomii a nyní má vyvedenou ileostomii, takže veškeré ošetřování kolem stomie zvládala sama. Marková (2006, s. 57) ve své knize uvádí, že úloha stomické sestry je nezastupitelná, protože její práce objektivně zlepšuje kvalitu života stomiků. I Benešová (2013, s. 61) ve své bakalářské práci uvádí důležitost stomických sester.

Druhou oblastí, kde je potřeba pacienty edukovat je léčba pomocí VAC systému. Pacienti musí být dostatečně informováni ohledně principu léčby. Je nutné je edukovat o tom, že v místě operační rány budou mít po celou dobu léčby nalepenou fólii, na kterou si musí dávat pozor a nesmí jí odlepit, aby byla tato metoda plně funkční. Že během léčby bude veškerý sekret z rány odváděn hadicemi do sběrného kanystru, který je potřeba vyměnit, pokud se naplní.

Myslím si, že tato metoda hojení ran přispívá pacientům ke zlepšení kvality života, protože veškerý sekret z rány je odváděn do sběrného kanystru a pacienti mají po celou dobu ránu v čistotě. Mé pacientky reagovaly na způsob této léčby velice pozitivně. I když se jejich průběh Crohnovy choroby zkomplikoval a objevily se komplikace, při kterých musely být hospitalizovány, byla jim nabídnuta možnost jít s VAC systémem po několika dnech hospitalizace do domácího ošetřování, a na pravidelné převazy do nemocnice pouze dojíždět. Tuto možnost hodnotily pacientky kladně, protože mohly být s rodinou a zároveň se proces hojení operační rány urychlil a mohly se tak vrátit dříve do svého běžného života. Štěpánová (2017, s. 69) ve své diplomové práci uvádí, že 37 % respondentů z celkového počtu 46 respondentů uvedlo, že délka terapie s VAC systémem netrvala déle jak měsíc, proto se tato metoda považuje za přínosnou, protože pacient není tak dlouho hospitalizován a nestrádá tolik v bio-psycho-sociální oblasti.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem zpracovala téma na Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou. Během svých odborných praxí jsem se několikrát setkala s těmito pacienty, proto toto téma pro mě bylo jasnou volbou. Výzkumné šetření jsem uskutečňovala během letní individuální praxe ve druhém ročníku na standartním chirurgickém oddělení v nemocnici v Hořovicích. Cílem mé bakalářské práce bylo zpracovat ošetrovatelský plán u pacientů s Crohnovou chorobou.

V teoretické části jsou stručně popsány základní informace o anatomii, charakteristice onemocnění, jejich příčinách, příznacích, průběhu a léčbě. Dále navazuji na ošetrovatelskou péči o pacienty s chirurgickým způsobem léčby, která je v práci všeobecné sestry na chirurgickém oddělení důležitá. Ošetrovatelská péče se zaměřuje na uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacientů pomocí ošetrovatelského procesu.

Praktická část byla vytvořena za pomoci kvalitativního výzkumu formou kazuistik. Mým hlavním cílem bylo zpracovat ošetrovatelský plán u pacientů s tímto onemocněním. Vytvořila jsem kazuistiky dvou mladých žen podle koncepčního modelu Marjory Gordon, díky nimž jsem zjišťovala specifika ošetrovatelské péče a nejčastější ošetrovatelské diagnózy.

Oběma mým pacientkám byl během léčby v nemocnici nasazen do operační rány VAC systém, u kterého, pokud to zdravotní stav dovolí, mohou být propuštěny do domácího prostředí. To však s sebou přináší zvýšené nároky na edukační schopnosti jak od lékařů, tak i od všeobecných sester, ale především na samotného pacienta.

V závěru práce jsem vytvořila přehledný a jednoduchý edukační materiál, který pacientům poskytne návod, jak s VAC systémem v domácím prostředí zacházet.

## SEZNAM LITERATURY

BENEŠOVÁ, Jaroslava. *Edukace nemocného se stomií*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2013, Bakalářská práce. 67s. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/9932/1/BP%20Benesova%20FINAL.pdf>

ČECH, Radovan. Optimální volba débridementu ran. *Medical Tribune*. [online]. 2012, roč. 8, č. 4, s. 7. [cit. 28.12.2018]. Dostupné z: <http://www.hojeniran.cz/tematicke-specialy/medical-tribune/L%C3%A9C%C4%8Dba%20ran%20MT%202012-04.pdf>

ČERMÁKOVÁ, Jitka. Zásady stravování u pacientů s Crohnovou chorobou. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 9, s. 37. ISSN: 1210-0404. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/zasady-stravovani-u-pacientu-s-crohnovou-chorobou-444800>.

ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009. 111s. ISBN: 978-80-7262-600-7.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 3. uprav. a před. vydání. Praha: Grada, 2013. 512s. ISBN: 978-80-247-4788-0.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 544s. ISBN: 978-80-247-3240-4.

FERKO, Alexander, Zdeněk, ŠUBRT a Tomáš, DĚDEK. *Chirurgie v kostce*. 2. doplň. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. 512s. ISBN: 978-80-247-1005-1.

FIALA, Pavel, Jiří, VALENTA a Lada, EBERLOVÁ. *Stručná anatomie člověka*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2015. 244s. ISBN: 978-80-246-2693-2.

GABALEC, Libor. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 2009, 11(1) [cit. 20.7.2018]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>.

HERDMAN, T, Heather a Shigemi, KAMITSURU. Ošetrovatelské diagnózy. *Definice a klasifikace 2015-2017*. 10 vyd. Praha: Grada, 2015. 439s. ISBN: 978-80-247-5412-3.

HOCH, Jiří, Jan, LEFFLER a kolektiv. *Speciální chirurgie*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 589s. ISBN: 978-80-7345-253-7

HOLUBOVÁ, Adéla, Helena, NOVOTNÁ, Jana, MAREČKOVÁ a kolektiv. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 272s. ISBN: 978-80-204-2806-6.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta, ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. 256s. ISBN: 978-80-247-4412-4.

KEIL, Radan a kolektiv. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2012. 86s. ISBN: 978-80-246-1970-5.

KOHOUT, Pavel, a Jaroslava, PAVLÍČKOVÁ. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1.vyd. Praha: Forsapi, 2006. 77s. ISBN: 80-903820-0-2.

KOMÁREK, Viktor. *Medikamentózní léčba IBD, Všechno co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat*. 1.vyd. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickým střevními záněty, 2011. 59s. ISBN: 978-80-905120-0-9.

KUBÁTOVÁ, Lucie, Markéta, NEJEDLÁ a Iva, OTRADOVCOVÁ. *Mysleme na výživu chirurgických chirurgických pacientů včas*. Florence. 2014, roč. 10, č. 6, s. 12-14. ISSN: 1801-464.

KŘÍŽOVÁ, Jarmila, Jaromír, KŘEMEN, Eva, KOTRLÍKOVÁ, Štěpán, SVAČINA a kolektiv. *Enterální a parenterální výživa*. 2.vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. 141s. ISBN: 978-80-204-3326-8.

LUKÁŠ, Milan. Možnosti medikamentózní léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. *Medicina pro praxi*. [online]. 2011, 8(9) [cit.17.8.2018]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/09/04.pdf>.

LUKÁŠ, Karel a Jiří, HOCH. *Nemoci střev*. 1.vyd. Praha: Grada, 2018. 712s. ISBN: 978-80-271-0353-9.

MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2006. 68s. ISBN: 80-7013-434-8.



MARŠÁTOVÁ, Markéta. *Ošetrovatelská péče u pacienta se stomií*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2015, Bakalářská práce. 86s. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/20529/1/BP.pdf>.

NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. 232s. ISBN: 978-80-247-4449-0.

OLIVERIUS, Martin, Pavel, KOHOUT a kolektiv. *Selhání střeva a transplantace tenkého střeva*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2017. 382s. ISBN: 978-80-204-4088-4.

POKŘIVČÁK, Tomáš a kolektiv. *Chirurgie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2014. 282s. ISBN: 978-80-7387-702-6.

PRACOVNÍ SKUPINA PRO IBD. *Centra biologické léčby*. [online]. 2018 [cit. 11.10.2018]. Dostupné z: <http://www.ibd-skupina.cz/cz/biologicka-lecba-centra>.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2014. 368s. ISBN: 978-80-247-4414-8.

STŘEVNÍ ZÁNĚTY. *Střevní záněty* [online]. 2018 [cit. 2018-10-11]. Dostupné z: <https://www.strevni-zanety.cz/novinky/nejcastejsi-komplikaci-strevnich-zanetu-je-postizeni-kloubu-a-kosti-725>

ŠACHLOVÁ, Milana. Jakou volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou? *Interní medicína pro praxi*. 2011, roč. 13, č. 10, s. 403-405. ISSN: 1212-7299. Dostupné také z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/10/10.pdf>

ŠIMEK, Martin, Robert, BÉM a kolektiv. *Podtlaková léčba ran*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2013. 240s. ISBN: 978-80-7345-352-7.

ŠERCLOVÁ, Zuzana a kolektiv. *Doporučené postupy chirurgické léčby pacientů s nespecifickými střevními záněty 1. část: předoperační příprava*. [online]. 2015, 69(1) [cit. 30. 12. 2018] Dostupné z: <http://docplayer.cz/451873-Doporucene-postupy-chirurgicke-lecby-pacientu-s-nespecifickymi-strevnimi-zanety-1-cast-predoperacni-priprava.html>.

ŠTĚPÁNOVÁ, Hana. *Specifické potřeby pacientů při léčbě ran negativním podtlakem*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2017, Diplomová práce. 109s. Dostupné z:

[https://theses.cz/id/vm26c8/DIPLOMOV\\_PRCE\\_KONE\\_N\\_\\_ST\\_11.5.2017\\_01\\_PDF.pdf](https://theses.cz/id/vm26c8/DIPLOMOV_PRCE_KONE_N__ST_11.5.2017_01_PDF.pdf).

TEICH, Steven a Donna, A, CANIANO. *Reoperative pediatric surgery*. Humana Press. 2008. 554s. ISBN: 978-1-58829-761-7.

TRAUFGMANOVÁ, Barbora. Používání vakuového systému při hojení ran. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, roč. 5, č. 1, s. 14-16. ISSN 1801-1349.

VALENTA, Jiří et al. *Základy chirurgie*. 2. doplň. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 276s. ISBN: 978-80-7262-403-4.

VODIČKA, Josef a kolektiv. *Speciální chirurgie*. 2 doplň. vyd. Praha: Karolinum, 2014. 317s. ISBN: 978-80-246-2512-6.

VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1.vyd. Praha: Inag, 2013. 184s. ISBN: 978-80-7263-788-1.

VRZALOVÁ, Drahomíra, Michal, KONEČNÝ a Jiří EHRMANN. Enterální a parenterální výživa u pacientů s nespecifickými střevními záněty. *Medicina pro praxi*. [online]. 2011, 8 (7a8) [cit. 16. 10. 2018]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/07/08.pdf>

ZACHOVÁ, Veronika a kolektiv. *Stomie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 232s. ISBN: 978-80-247-3256-5.

ZBOŘIL, Vladimír a kolektiv. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2016. 208s. ISBN: 978-80-204-4035-8.

ZBOŘIL, Vladimír a kolektiv. *Idiopatické střevní záněty*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2018. 575s. ISBN: 978-80-204-4720-3.

ZEMAN, Miroslav, Zdeněk, KRŠKA a kolektiv. *Chirurgická propedeutika*. 3. doplň. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2011. 512s. ISBN: 978-80-247-3770-6.

ZEMAN, Miroslav, Zdeněk, KRŠKA et al. *Speciální chirurgie*. 3. doplň. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2014. 511s. ISBN: 978-80-7492-128-5.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Příloha 2 – Žádost o poskytnutí informací

Příloha 3 – Rešerše

Příloha 4 – Body Mass Index

Příloha 5 – Vizuální analogová škála

Příloha 6 – Stupnice rizika pádu

Příloha 7 - Barthelův test základních všedních činností

Příloha 8 – Glasgow Coma Scale

Příloha 9 – Stupnice dle Nortonové

Příloha 10 – Zhodnocení nutričního stavu

Příloha 11 – Maddonova škála

Příloha 12 – Edukační materiál

# PŘÍLOHY

## Příloha 1 – Informovaný souhlas

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

#### NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou.

#### STUDENT

Jméno: Kateřina Svobodová  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: ksvobodova@centrum.cz

#### VEDOUCÍ BP:

Jméno: Mgr. Hana Macháčková  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: machackova.h@centrum.cz

#### CÍL STUDIE

Cílem studie je vypracování ošetrovatelského a edukačního plánu u pacientů s Crohnovou chorobou.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

#### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....  
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

## Příloha 2 – Žádost o poskytnutí informací

### **Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce**

**Jméno a příjmení studentky:** Kateřina Svobodová

**Úplný název vysoké školy:** Západočeská univerzita v Plzni

**Fakulta / katedra:** Fakulta zdravotnických studií – katedra ošetrovatelství a porodní asistence

**Studijní ročník / obor:** všeobecná sestra – 2. ročník

**Název bakalářské práce:** Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

**Vedoucí práce:** Mgr. Hana Macháčková

**Kontakt na vedoucího práce (e-mail):** machackova.h@centrum.cz

---

**Cíl bakalářské práce:** Sledováním vybraných pacientů v průběhu léčby zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s Crohnovou chorobou. Porovnat stanovené ošetrovatelské diagnózy a realizované intervence, zaměřit se na hlavní oblasti edukace.

**Termín přípravy v NH Hospital, a.s. pro empirickou část práce:** únor 2018 – leden 2019

**Kontaktní pracoviště NH Hospital, a.s. pro empirickou část:** Chirurgické oddělení

---

#### **Metoda empirické části práce**

#### **Vypracováním kazuistiky – text žádosti:**

Žádám o možnost poskytnutí informací o:

- a) Léčebných metodách
- b) Ošetrovatelských postupech
- c) Zobrazovacích metodách
- d) Laboratorních metodách / výsledcích

V rámci přípravy podkladů pro vypracování mé bakalářské práce.

Zavazuji se, že zachovám mlčenlivost o všech skutečnostech, o nichž se dozvím v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací. Všechny zjištěné informace použiji pouze za účelem vypracování bakalářské práce.

V Hořovicích dne: 29. 1. 2018

Podpis



Vyplňuje NH Hospital, a.s.

Vyjádření odpovědného zaměstnance:

Souhlas s uvedeným: ANO / NE

V Hořovicích dne: 29. 1. 2018



Podpis a razítko

Blanka ČERVENKOVÁ  
HLAVNÍ SESTRA



## Příloha 3 – Rešerše



**Studijní a vědecká knihovna  
Plzeňského kraje**

Bibliografická rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301 00 Plzeň  
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. Zn. Pr 760

ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

---

Číslo rešerše: 34/2018  
Počet záznamů: 30

# Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

Vypracoval/a: Linda Hajžmanová  
duben 2018

## KNIHY, SBORNÍKY

(řazeno abecedně sestupně)

1. ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.  
**Sig. SVK PK: 391A58913; MDT 616.3 – volný výběr**
2. *Jak zvládat život s IBD: rady, jak prožít normální život i s IBD (ulcerózní kolitidou nebo Crohnovou nemocí)*. 1. vyd. [Praha]: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty - Pacienti IBD, 2012. 31 s. ISBN 978-80-905120-1-6.  
**Dostupné v SVK PK prostřednictvím služeb MS z VK Olomouc – zde sig. 1-255.875**
3. JANÁČKOVÁ, Laura. *IBD: krotenie Crohna a hľadanie duše*. Prvé vydanie. V Brne: Grifart, 2016. 115 s. ISBN 978-80-906185-4-1.  
**Dostupné v SVK PK prostřednictvím služeb MS z VK Olomouc – zde sig. 1-316.337**
4. KOHOUT, Pavel a PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Forsapi, ©2006. 80 s. Rady lékaře, průvodce dietou; sv. 1. ISBN 80-903820-0-2.  
**Sig. SVK PK: 391A65560**
5. KOHOUT, Pavel a kol. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha: Maxdorf, ©2004. 174 s. ISBN 80-7345-023-2.  
**Sig. SVK PK: 31B8408**
6. KOHOUTOVÁ, Darina a kol. *Střevní mikrobiota u idiopatických střevních zánětů a kolorektálních neoplázií*. 1. vyd. Praha: Nucleus HK, 2013. 126 s. Edice vědeckých monografií. ISBN 978-80-87009-97-0.  
**Sig. SVK PK: 31B58733; MDT 616.3 – volný výběr**
7. VAŠÁKOVÁ, Martina et al. *Plicní postižení u systémových nemocí pojiva, vaskulitid a idiopatických zánětů v gastroenterologii*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2016. 207 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4044-0. (zejm. [Kap.] 7.2, s. 181-187)  
**Sig. SVK PK: 31B76277; MDT 616.2 – volný výběr**
8. VATEHOVÁ, Drahomíra a VATEHA, Rastislav. *Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s vybranými chronickými chorobami*. 1. vydanie. Martin: Osveta, [2013], ©2013. 200 s. Vysokoškolská učebnica. ISBN 978-80-8063-383-7.  
**Dostupné v SVK PK prostřednictvím služeb MS z VK Olomouc – zde sig. 1-328.979**



9. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat.* 1. vyd. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty, 2011. 59 s. ISBN 978-80-905120-0-9.  
**Dostupné v SVK PK prostřednictvím služeb MS z VK Olomouc – zde sig. 1-244.948**
10. ZBOŘIL, Vladimír a kol. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů.* 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. 167 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2656-7.  
**Sig. SVK PK: 31B51344; MDT 616.3 – volný výběr**
- ZBOŘIL, Vladimír a kol. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů.* 2. vydání. Praha: Mladá fronta - Medical Services, 2016. 207 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4035-8.  
**Sig. SVK PK: 31B72318; MDT 616.3 – volný výběr**

#### ČLÁNKY, STATI

(řazeno abecedně sestupně)

11. BUC, Milan. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida – současný pohled na genetickou determinaci, imunopatogenézu a biologickou léčbu. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie.* 2017, roč. 66, č. 4, s. 189-197. ISSN 1210-7913.  
**Dostupné v čítárně bez předchozího objednání, pouze na vyžádání**
12. ČERMÁKOVÁ, Jitka. Zásady stravování u pacientů s Crohnovou chorobou. *Sestra.* 2009, roč. 19, č. 9, s. 37. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/zasady-stravovani-u-pacientu-s-crohnovou-chorobou-444800>  
**nebo sig. SVK PK: 36A1361/2009**
13. DRASTICH, Pavel. Mimostřevní komplikace idiopatických střevních zánětů. *Lékařské listy.* 2010, č. 11, s. 7-9. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/mimostrevni-komplikace-idiopatickych-strevnich-zanetu-452136>  
**Sig. SVK PK: 36A3814/2010**
14. ĎURICOVÁ, Dana, Martina PFEIFEROVÁ, Martin BORTLÍK, Barbora PIPEK, Ivana MIKOVINY KAJZRLÍKOVÁ, Karel DUŠEK a Milan LUKÁŠ. Kvalita života pacientů s idiopatickými střevními záněty v České republice – multicentrická studie. *Gastroenterologie a hepatologie.* 2018, roč. 72, č. 1, s. 11-19. ISSN 1213-323X.  
**Dostupné také v čítárně časopisů bez předchozího objednání, pouze na vyžádání**
15. EVANS, Michael M. Severe Crohn's Disease: A Case Study Describing Standards of Care. *MEDSURG Nursing.* 2015, vol. 24, no. 6, s. 1-3. ISSN 1092-0811.  
**Dostupné v SVK PK plnotextově z db EBSCO nebo prostřednictvím**

vzdáleného přístupu z: <http://ez-proxy.svkpl.cz>

16. GURKOVÁ, Elena a LILGOVÁ, Marcela. Determinanty kvality života u pacientov s nešpecifickým zápalom čriev. *Kontakt*. 2009, roč. 11, č. 2, s. 433-443. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330121316966835.pdf>  
**Sig. SVK PK: 36A2820/2009**
17. HUDÁKOVÁ, Zuzana a NOVYSEDLÁKOVÁ, Mária. Edukácia pacienta pri Crohnovej chorobe. In: *Jihlavské zdravotnické dny 2011*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2011, s. 245-256. ISBN 978-80-87035-37-5. Dostupné z: [https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske\\_zdravotnicke\\_dny\\_2011-sbornik.pdf](https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf)
18. KUBÁTOVÁ, Lucie, NEJEDLÁ, Markéta a OTRADOVCOVÁ, Iva. Mysleme na výživu chirurgických pacientů včas. *Florence*. 2014, roč. 10, č. 6, s. 12-14. ISSN 1801-464X.  
**Sig. SVK PK: 36A3153/2014**
19. KUŽELA, Ladislav, OLTMAN, Marián, ŠUTKA, Jarolím, ZACHAROVÁ, Barbora, PAULEN, Peter, REPÁKOVÁ, Beáta, SYČ-MILÝ, Vladimír a RAJSKÁ, Miroslava. Výsledky prospektívneho sledovania slizničných zmien v tenkom čreve kapsulovou enteroskopiou u pacientov s Crohnovou chorobou liečených biologickou liečbou. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. 2010, roč. 64, č. 2, s. 22-30. ISSN 1213-323X.  
**Sig. SVK PK: 35A424/2010**
20. LUKÁŠ, Milan. Etiologie a patogeneze idiopatických střevních zánětů. *Vnitřní lékařství*. 2014, roč. 60, č. 7-8, s. 640-644. ISSN 0042-773X.  
**Sig. SVK PK: 35A226/2014-2**
21. OCHTINSKÁ, Hana. Ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou na interním oddělení. *Florence*. 2014, roč. 10, č. 9, s. 23-25. ISSN 1801-464X.  
**Sig. SVK PK: 36A3153/2014**
22. OTRADOVCOVÁ, Iva. Individuální přístup stomické sestry. *Florence*. 2013, roč. 9, č. 6, s. 14-16. ISSN 1801-464X.  
**Sig. SVK PK: 36A3153/2013**
23. PETRLENIČOVÁ, Darina, KRAČUNOVÁ, Katarína a VALKOVIČ, Peter. Neurologické komplikácie prehliadnutej hypovitaminózy B12 pri Crohnovej chorobe. *Neurologie pro praxi*. 2014, roč. 15, č. 1, s. 36-38. ISSN 1213-1814.  
**Sig. SVK PK: 36A2444/2014**
24. RENDL, Lukáš a TÓTHOVÁ, Valérie. Možnosti zlepšení kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou z pohledu sestry. *Kontakt*. 2013, roč. 15, č. 2, s. 128-134. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130619083242622589.pdf>  
**Sig. SVK PK: 36A2820/2013**

25. SVITKOVSKÁ, Veronika a KOBER, Lukáš. Kvalita života s Crohnovou nemocí. *Sestra*. 2014, roč. 24, č. 5, s. 38-40. ISSN 1210-0404.  
**Sig. SVK PK: 36A1361/2014**
26. ŠACHLOVÁ, Milana. Jakou volit stravu u pacientů s Crohnovou chorobou?. *Interní medicína pro praxi*. 2011, roč. 13, č. 10, s. 403-405. ISSN 1212-7299.  
Dostupné také z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2011/10/10.pdf>  
**Sig. SVK PK: 36A2336/2011**
27. ŠPERL, Jan, ŠPIČÁK, Julius a LUKÁŠ, Milan. Hepatologický dodatek ke článku: Doporučení pro vakcinaci a profylaxi infekčních chorob u nemocných s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou léčených imunosupresivy a biologickou léčbou (Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie 2010, roč. 64, č. 1, s. 40-48. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. 2010, roč. 64, č. 2, s. 37-38. ISSN 1213-323X. Dostupné také z: [http://www.csgh.info/dwnld/csgh\\_2010\\_2\\_37\\_38.pdf](http://www.csgh.info/dwnld/csgh_2010_2_37_38.pdf)  
**Sig. SVK PK: 35A424/2010**
28. ŠTROFOVÁ, Helena, SVOZÍLKOVÁ, Petra, HOSOVÁ, Alena a FIALOVÁ, Vladimíra. Idiopatické střevní záněty a záněty oka. *Interní medicína pro praxi*. 2014, roč. 16, č. 2, s. 70-72. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2014/02/06.pdf>  
**nebo dostupné také v čítárně časopisů bez předchozího objednání, pouze na vyžádání**
29. VESELÁ, Vendula a POKORNÁ, Jitka. Kazuistika nemocného s Morbus Crohn. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 6, s. 32. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/clanek/kazuistika-nemocneho-s-morbus-crohn-429765>  
**Sig. SVK PK: 36A1361/2009**
30. ZELINKOVÁ, Zuzana, HLAVATÝ, Tibor, ŠTURDÍK, Igor, KRAJČOVIČOVÁ, A., KOLLER, Tomáš, TÓTH, J. a HUORKA, Martin. Potenciálně škodlivá expozícia radiačnému žiareniu u pacientov s nešpecifickými zápalovými ochoreniami liečenými biologickou liečbou. *Gastroenterologie a hepatologie*. 2014, roč. 68, č. 1, s. 19-23. ISSN 1804-7874. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-gastro-clanek/potencialne-skodлива-expozicia-radiacnemu-ziareniu-u-pacientov-s-nespecifickymi-zapalovymi-ochoreniami-liecenymi-b-47985>  
**Sig. SVK PK: 36A4017/2014**

## Příloha 4 – Body Mass Index

BMI	Kategorie podle WHO	Zdravotní rizika
<18,5	Podváha	Poruch příjmu potravy (anorexie)
18,5 – 24,9	Normální váha	Minimální
25 – 29,9	Nadváha	Lehce zvýšená, zvýšená
30 – 34,5	Obezita stupně I	Středně vysoká
35 – 39,9	Obezita stupně II	Vysoká
>40	Obezita stupně III	Velmi vysoká

Zdroj: <https://www.plzen.cz/jedlici-dejte-si-pozor-na-fibrilaci-sini/>

## Příloha 5 – Vizuální analogová škála

### Vizuální analogová škála

VYBERTE ČÍSLO OD 0 DO 10, KTERÉ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



nebo

VYBERTE OBLIČEJ, KTERÝ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



Zdroj: <https://www.homolka.cz/pro-pacienty/11610-informace-o-hospitalizaci/11611-nemusite-snaset-bolest/>

## Příloha 6 – Stupnice rizika pádu

### Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
<b>Pohyb</b>	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
<b>Vyprazdňování</b>	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
<b>Medikace</b>	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny: - diuretik - antikonvulziv - antiparkinsonik - antihypertenziv - psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
<b>Smyslové poruchy</b>	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
<b>Mentální stav</b>	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
<b>Věk</b>	18-75	0
	75 a výše	1
<b>Celkové skóre:</b>		

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5824.pdf>

## Příloha 7 - Barthelův test základních všedních činností

### Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

<b>činnost</b>	<b>provedení činnosti</b>	<b>bodové skóre</b>
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

#### HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

## Příloha 8 – Glasgow Coma Scale

### Glasgow Coma Scale (GCS)

- slouží ke kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dospělých

<b>Otevření očí</b>	Počet bodů
spontánní	4
na výzvu	3
na bolestivý podnět	2
žádné	1
<b>Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost</b>	
orientován	5
dezorientován	4
zmatená a neodpovídající slovní reakce	3
nesrozumitelné zvuky	2
bez reakce	1
<b>Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět</b>	
vyhoví správně výzvě	6
cílená reakce na bolest	5
necílená reakce na bolest	4
flekční reakce na bolest	3
extenční reakce na bolest	2
bez reakce	1

Bolestivý podnět způsobíme tlakem kloubů prstů na sternum ve střední čáře v úrovni spojnice prsních bradavek, tlakem na nehty palců ruky nebo nohy, stiskem trapézového svalu v oblasti supraklavikulárních nervových pletení.

Maximum bodů: 15 = normální stav  
13 = vyžaduje hospitalizaci  
8 = mez kritického stavu mozku  
Minimum bodů: 3 = areflektorické kóma

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5804.pdf>



## Příloha 9 – Stupnice dle Nortonové

### Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence		
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

**NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ**

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>

## Příloha 10 – Zhodnocení nutričního stavu

### Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení nutričního stavu (skóre) pacienta

- slouží ke zhodnocení nutričního stavu pacienta

<b>„Screeningový“ nástroj</b>	<b>odpověď</b>	<b>skóre</b>	<b>Aktuální skóre pacienta</b>
<b>Otázka A:</b> Ztratil pacient v poslední době váhu, aniž by se o to aktivně pokoušel?*	ano – jděte k otázce B ne – jděte k otázce C neví – jděte k otázce C	0 0 2	
<b>Otázka B:</b> Kolik kilogramů váhy pacient ztratil?	0,5-5 5-10 10-15 více než 15 není si jist	1 2 3 4 2	
<b>Otázka C:</b> Jí pacient v současné době méně, protože ztratil chuť k jídlu?	ne ano	1 2	
	<b>CELKOVÉ SKÓRE</b>		

**V případě, že nutriční skóre pacienta je vyšší než 3, volejte \_\_\_\_\_**

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5825.pdf>

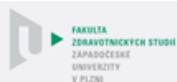
## Příloha 11 – Maddonova škála

<b>Měřicí škála</b>	
<b>Klasifikace tíže tromboflebitis podle Maddona</b>	
<b>stupeň</b>	<b>reakce</b>
<b>0</b>	<b>pouze bolest ani reakce v okolí</b>
<b>I.</b>	<b>pouze bolest v místě vpichu bez zarudnutí nebo otoku</b>
<b>II.</b>	<b>bolest a zarudnutí</b>
<b>III.</b>	<b>bolest, zarudnutí, otok a/nebo bolestivý pruh v průběhu žíly</b>
<b>IV.</b>	<b>hnis, otok zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly</b>

Zdroj: [https://projekty.osu.cz/Jesenius/dokumenty/ZajisteniV/ZajisteniV\\_S.pdf](https://projekty.osu.cz/Jesenius/dokumenty/ZajisteniV/ZajisteniV_S.pdf)

## Příloha 12 – Edukační materiál

Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou



### Edukační materiál pro pacienty s VAC systémem

Vážení pacienti, jste propuštěni do domácího prostředí s VAC systémem. Vaším nejdůležitějším úkolem teď bude naučit se na nějakou dobu společně sžít.

Tento edukační materiál Vám připomene již řečené informace během hospitalace a naučí Vás správného zacházení s VAC systémem.

#### Jaké vybavení s sebou dostanete domu?

- Vívano přístroj
- náhražní sběrnou nádobu
- nabíječku
- popruh přes rameno

Zdroj: vlastní

Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

#### Důležité informace během používání.

Ujistěte se:

- že je baterie zcela nabitá
- že hadice leží volně bez jejich napnutí
- že je VAC systém ve vaší blízkosti a na bezpečném místě, ze kterého nemůže spadnout a rozbít se

#### Co se děje?

**Hlášení automatického vypnutí** – baterie je vybitá, ihned připojte VAC systém do elektrické sítě.

**Ucpaná hadice** – zkontrolujte, zdali není na některém místě hadice zalomená nebo zda není plná sběrná nádoba.

**Netěsnost** – zkontrolujte, zda se někde folie neodlepí, zdali jsou hadice na sebe napojeny nebo zda je sběrná nádoba na sekret pevně připojena k podtlakové jednotce.

**Baterie vybitá** – zbývající doba provozu je menší než 1 hodina, připojte přístroj ke zdroji napájení.

## Ošetřovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

**Technická závada** – VAC systém nefunguje správně, je potřeba ho vyměnit.

**Sběrná nádobu na sekret je plná** – Vyměňte sběrnou nádobu na sekret.

### Důležité informace.

- V případě, kdy přístroj signalizuje plnou sběrnou nádobu, je potřeba ji vyměnit.
- Připravte si novou sběrnou nádobu, na horní části přístroji zmáčkněte modré tlačítko, kterým sběrnou nádobu odvaknete. Poté nandejte novou sběrnou nádobu.
- Pokud přístroj hlásí technickou závadu, netěsnost, nebo ucpané hadice ihned kontaktujte sestru chirurgického oddělení na telefonním čísle 311 553 010

### Informace před převazem.

- Před následujícím převazem od půlnoci nic nejzte, nepijte a nekuřte

Zdroj: vlastní

## Ošetřovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

- V den operačního výkonu se ráno dostavte do 8:00 hodin na příjmovou chirurgickou ambulanci s interním předoperačním vyšetřením
- Při příjmu Vám bude provedeno anesteziologické vyšetření a anesteziolog Vám nastaví premedikaci před operačním výkonem
- Na oddělení Vás sestry uloží na lůžko a zavedou Vám periferní žilní katetr, do kterého dostanete infuzi místo tekutin
- V případě, že nenastanou žádné komplikace, budete moci být večer po operačním výkonu propuštěni v doprovodu dospělé osoby

Vypracovala: Kateřina Svobodová

Zdroje: Paul Hartmann *Vivano Tec Pro*.  
Dostupné z: [www.vivanosysteminfo](http://www.vivanosysteminfo)