# OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

Bakalářská práce

VERONIKA MÖSEOVÁ

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

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Burdová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

Veronika Möseová

…….

**ABSTRAKT**

MÖSEOVÁ, Veronika. Ošetřovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Šárka Burdová. Praha. 2010.

Bakalářská práce by měla být seznámením s ošetřovatelským procesem o pacienta s Crohnovou chorobou. Teoretická část představuje charakteristiku Crohnovy nemoci, její historii, diagnostiku, symptomy, léčbu, možné komplikace, prognózu a možné diagnózy, které by mohly vzniknout s možným onemocněním.

Kazuistika pacienta s Crohnovou chorobou, ošetřovatelská dokumentace dle koncepčního modelu M. Gordonové, diagnózní priority pacienta jejich vyhodnocení jsou zaměřením této práce.

Klíčová slova: Crohnova choroba. Ošetřovatelský proces. Všeobecná sestra. Ošetřovatelské diagnózy. Edukace.

**ABSTRACT**

MÖSEOVÁ, Veronika. Nursing care with a Crohn's disease. Medical University of Prague. Professional qualification level: Nusing bachelor. Consultant: Mgr. Šárka Burdová. Medical university of Prague, 2010.

The purpose of this bachelor’s thesis is to introduce nursing process of patients with Crohn's disease. The theoretical part introduces the characteristics of Crohn's disease, its history, diagnostics, symptoms, treatment, possible complications, prognosis and possible diagnosis that might arise with the possible disease.

The focus of this bachelor’s thesis is the case of a patient with Crohn's disease, nursing documentation according to conceptual model of M.Gordon, diagnosis priorities of a patient and their evaluation.

Key words: Crohn's disease. Nursing process. Nurse. Nursing diagnosis. Education.

Poděkování

Velmi ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Šárce Burdové za vedení a pomoc při zpracování a vyhodnocování této práce.

## PŘEDMLUVA

Témat ke zvolení bakalářské práce j mnoho, ale jeho volba už tak jednoduchá není. K rozhodnutí zvolit si téma ,,Ošetřovatelské péče o pacienta s Crohnovou chorobou‘‘ mě nakonec náhodně přivedlo to, že se tato nemoc objevila v okruhu mých známých. A posléze jsem se s ní setkala přímo v praxi na interním oddělení fakultní nemocnice v Praze.

Díky tomu jsem mohla v praktické části své bakalářské práce uvést poznatky, které jsem získala při osobním kontaktu s pacientem.

Téma zpracované v této části stojí za povšimnutí, neboť výskyt tohoto onemocnění je v posledních 20-30 letech častější a také těžko rozpoznatelný.

Každý lékař či sestra se na jakémkoliv oddělení s Crohnovou chorobou může setkat. V podstatě příčina tohoto onemocnění není stále zcela jasná, předpokládá se, že se jedná o autoimunitní onemocnění.

Práce je určena nejen studentům oboru všeobecná sestra, ale i sestrám, které toto povolání už vykonávají.

# Obsah

ÚVOD ..... 10
TEORETICKÁ ČÁST ..... 11
1 Idiopatické střevní záněty ..... 11
1.1 Příčina vzniku IBD nebo ISZ? ..... 11
1.2 Odlišení od jiných nemocí ..... 12
1.3 Epidemiologie ..... 13
2 Crohnova choroba ..... 15
2.1 Historie Crohnovy choroby ..... 16
2.2 Etiologie Crohnovy choroby ..... 17
2.3 Klasifikace Crohnovy choroby dle anatomické lokalizace: ..... 17
2.4 Klinický obraz ..... 18
2.5 Klinické příznaky ..... 18
3 Diagnostika onemocnění ..... 20
3.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření ..... 20
3.2 Laboratorní vyšetření ..... 20
3.3 Endoskopická vyšetření ..... 20
3.4 Kontrastní rentgenové a zobrazovací vyšetření ..... 21
3.5 Ultrasonografické vyšetření (UZ) ..... 22
4 Komplikace ..... 23
4.1 Lokální komplikace ..... 23
4.2 Mimostřevní projevy ..... 24
4.3 Metabolické komplikace ..... 24
5 Léčba Crohnovy choroby ..... 26
5.1 Léčba medikamentózní ..... 26
5.1.1 Aminosalicyláty ..... 26
5.1.2 Kortikosteroidy ..... 27
5.1.3 Imunosupresiva ..... 27
5.1.4 Biologická léčba ..... 27
5.1.5 Antibakteriální léčba ..... 27
5.1.6 Protiprůjmové léky ..... 28
5.2 Umělá výživa a dieta ..... 28
5.3 Chirurgická léčba ..... 28
5.4 Prognóza ..... 28
6 Nejčastější ošetřovatelské problémy u Crohnovy nemoci ..... 29
7 Ošetřovatelský proces dle M. Gordonové ..... 30
EMPIRICKÁ ČÁST ..... 31
8 Posouzení stavu pacienta ..... 31
8.1 Osobní údaje ..... 31
8.2 Osobní anamnéza ..... 31
8.3 Fyzikální vyšetření sestrou ..... 35
8.4 Průběh onemocnění ..... 35
8.5 Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordonové ..... 36
9 Ošetřovatelské diagnózy dle priority pacienta. ..... 38

9.1 Plán ošetřovatelské péče ..... 38
10 Edukace pacienta o dietě ..... 46
ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE ..... 47
ZÁVĚR ..... 48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY ..... 49

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

D – dech

TK - tlak krevní

TT - tělesná teplota

P - puls

tbl. – tablety

BMI - Body Mass Index - index tělesné hmotnosti

CT- počítačová tomografie

UZ- ultrazvuk

CN- Crohnova nemoc

GSC- Glasgow Coma Skale

TE- tonzilektomie

TRN- tuberkulóza respirační nemoci

RTG- rentgen

GIT- gastrointestinální  trakt

ERCP- endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie

MR- magnetická rezonance

ISZ- idiopatické střevní záněty

IBD- Inflammatory Bowel Diseases

CRP- C- reaktivní protein

AST- aspatátaminotransferáza

ALP- alkalická fosfatáza

ALT- alanintransferáza

GMT- gamaglutamintransferáza

TSH- thyerostimulační hormo

# ÚVOD

Crohnova choroba postihuje celou trávicí trubici od úst po konečník, ale umístění v ústech a jícnu je velmi vzácné. Pro Crohnovu chorobu je typické také to, že zánět postihuje střevo do hloubky, v celé šířce stěny. Pacienti trpí častými průjmy, úbytkem hmotnosti, poruchou trávení a vstřebávání živin. Konkrétní bakterii, která toto onemocnění způsobuje zatím vědci nenalezli, a tak se zaměřujeme na vedlejší faktory, které toto onemocnění způsobují.

Přispěním k výběru tématu o Crohnově chorobě bylo onemocnění maminky mé kamarádky a následné setkání s pacientem s touto chorobou při mé praxi na interním oddělení v Praze.

V teoretické části se zaměřuji na příznaky, diagnostiku, léčbu, komplikace a také prognózu tohoto onemocnění. V praktické části se zabývám mladým pacientem, který žije s tímto onemocněním. Dále pak následuje ošetřovatelský proces a edukace pacienta.

Cílem mé bakalářské práce je poukázat na výskyt tohoto onemocnění, který v posledních 20-30 letech je častější a také těžko rozpoznatelný. Včasná diagnóza je proto výhodou, neboť pacient s touto nemocí žije celý život.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 Idiopatické střevní záněty

Chronické záněty tenkého a tlustého střeva, Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu, shrnuli čeští lékaři po letech jazykového tápání do termínu idiopatické střevní záněty (dále ISZ). To první slovo pocházející z řečtiny označuje každou nemoc, která má neznámý původ. Zdá se však, že anticko-domácí kombinaci co nevidět nahradí angličtina. Zkratka, která se ve zdejších knihách učených a laických objevuje za idiopatickými střevními záněty – IBD – neznamená nic jiného než Inflammatory Bowel Diseases (ČERVENKOVÁ, 2009).

## 1.1 Příčina vzniku IBD nebo ISZ?

V současné době by ale většina odborníků vsadila nejspíš na to, že patálie způsobuje asi porucha komunikace mezi imunitním systémem a mikrobiálním obsahem střeva. V našich střevech žije ohromné množství bakterií: jejich celkový počet je desetkrát větší než součet všech buněk těla! Jen díky nim můžeme přijímat potravu a dobře ji trávit a také vyživovat trávicí orgány. Bez mikrobiálního obsahu střeva bychom vůbec nebyli schopni žít (ČERVENKOVÁ, 2009).

Není náhoda, že právě zde se vyskytuje největší imunitní orgán těla – lymfatická tkáň. Dohlíží na to, aby odtud bakterie nepronikly dál do organismu a aby se mezi nimi neskrývaly ty choroboplodné čili patogenní. Struktury, vzájemné vztahy a funkce tohoto nesmírně důmyslně organizovaného systému vědci teprve rozkrývají, leccos už však vědí jistě. Každá bakterie nese vlastní identifikační kód: říká se mu antigenní determinanta. Správně vytvořený a fungující systém dokáže každého mikroba identifikovat. Je-li správně naprogramován, pak při kontaktu s mikrobem nepatogenním vůbec nereaguje. Pokud se ovšem ve sliznici trávicího ústrojí objeví bakterie patogenní, vetřelce zničí. K rozpoznávání a ničení mikrobů využívá imunitní systém dvou složek.

Přirozená (nespecifická) imunita – její buňky a struktury jako první rozpoznávají mikroba. Umožňují to především geny, získané od rodičů. Poté ho zničí a informují

o tom druhou složku imunity. Informace se přenášejí prostřednictvím různých látek, které systém uvolňuje.

Specifický imunitní systém – je sice daleko mocnější než první, ale funguje s určitým zpožděním. Jeho hlavními reprezentanty jsou lymfocyty T a B (ČERVENKOVÁ, 2009).

,,Pro správnou funkci obou složek je nutné, aby komunikovaly s mikroby už od útlého dětství. Složitý imunitní systém střev se formuje a dozrává zhruba do dvou let věku. Existují ovšem jedinci, u kterých systém různých vnějších vlivů nedozraje, či takoví, kteří si nesou ve své genetické výbavě vlohu pro chybné rozpoznávání mikrobů. Na mikrobiální osídlení střev reagují naprosto nepřiměřeně. Jelikož některé druhy mikrobů nemají ve své paměti, považují za vetřelce i ty, které jsou člověku prospěšné, a napadají je. Bouřlivá a zároveň nezastavitelná imunitní reakce v těchto případech končí pro člověka nepřívětivě, a to poškozením vlastní tkáně, vznikem vředů a chronického zánětu střevní sliznice‘‘(ČERVENKOVÁ, 2009, s. 11).

Skutečnost, že neznáme přesnou příčinu onemocnění, však znamená, že neznáme ani lék, který by tyto choroby úspěšně léčil. Naše léčba není kauzální (léčící příčinu), ale symptomatická, to znamená, že léčíme pouze příznaky onemocnění, případně jeho následky či komplikace. V literatuře se uvádí působení dědičných vlivů, infekční agens (uvádí se infekce virem spalniček, pomalými viry, Mykobakteriem podobným tomu, které způsobuje tuberkulózu, vliv bakteriálních či virových toxinů). Ke geneticky podmíněným vlastnostem jedince patří např. zvýšená propustnost střevní sliznice, porucha imunitní reakce – tvorba velkých komplexů a protilátky a antigenu, alergická reakce, apod.)(KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

## 1.2 Odlišení od jiných nemocí

Ne každé krvácení z konečníku je způsobeno střevním zánětem nebo rakovinou, vždy je třeba brát v úvahu příčiny, které se vyskytují daleko častěji, jako např. hemoroidy. Stejně tak ne každý průjem je způsoben idiopatickým střevním zánětem, i zde je nutno uvažovat o daleko častější příčině – bazálním zánětu infekčním, který ustoupí sám nebo při obvyklé léčbě do několika dnů. Pokud však potíže přetrvávají, je potřebné podrobnější vyšetření specialistou – gastroenterologem (LUKÁŠ, ŠATROVÁ, 2004).

## 1.3 Epidemiologie

- **Incidence**

Incidence střevních zánětů ve světové populaci je mezi 3 – 20 novými případy / 100 000 obyvatel za rok. Ulcerózní kolitida má vrchol výskytu v severní Evropě, ve Spojených státech a Izraeli. V zemích s anglosaskou populací je roční incidence symptomatické ulcerózní kolitidy 5 – 8 / 100 000 obyvatel. Incidence v České Republice je 3 – 5 / 100 000. Crohnova nemoc má vysokou incidenci v severní Evropě a Spojených státech. V České Republice je incidence 1,7 – 2. V posledních 20 – 30 letech je zjišťován vzestup incidence Crohnovy choroby (LUKÁŠ, 2001).

- **Prevalence**

Prevalence asymptomatické ulcerózní kolitidy se odhaduje asi na 34 / 100 000 obyvatel. V severozápadní Evropě je prevalence mezi 35 - 70 a v České Republice je prevalence 40 – 45 (LUKÁŠ, 2001).

- **Geografické, pohlavní, rasové a genetické variace**

„Jsou nalézány geografické variace, ISZ se častěji vyskytují na severu než na jihu a častěji u obyvatelstva městského než venkovského. Vrchol začátku ISZg je nejčastěji v období dospívání a v mladém dospělém věku. Onemocnění mají bimodální věkovou distribuci, druhý vrchol je mezi 50 – 80 lety. V posledních letech je zjišťována u Crohnovy choroby trimodální distribuce (20 – 29 r., 50 – 59 r., 70 – 79 r.). Pohlavní diference je známá, ulcerózní kolitidou onemocní v severní Evropě, Velké Británii a Spojených státech o 30 % více žen než mužů, v ostatních oblastech je výskyt u obou pohlaví stejný. Vyskytují se rasové rozdíly – ISZ jsou častější u obyvatelstva bělošského než černošského. Je větší incidence u židovského obyvatelstva. Genetické faktory zřejmě při výskytu ISZ hrají roli. Onemocnění má familiární výskyt v 15 – 20 %“ (LUKÁŠ, 2001, s.16, 17).

- **Význam epidemiologických studií**

Aby bylo možné lépe pátrat po etiologii a patogenezi nemoci, jsou nutné rozsáhlé epidemiologické studie, přinášející informace o přirozeném vývoji nemoci, frekvenci komplikací, incidenci a prevalenci obou chorob v závislosti na věku, povolání, geografické lokalizaci a o výskytu karcinomu v průběhu ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby. Epidemiologické studie mohou objasnit úlohu dědičnosti a vliv faktorů zevního prostředí u těchto nemocí (LUKÁŠ, 1998).

# 2 Crohnova choroba

Crohnova choroba (CN) postihuje celou trávicí trubici od úst po konečník, ale umístění v ústech a jícnu je velmi vzácné a je popsáno u několika málo případů na celém světě. CN byla poprvé popsána v oblasti napojení tenkého střeva na tlusté (ileocékální oblast), resp. na konci tenkého střeva (terminální ileum), podle kterého byly první případy Oppenheimem, Crohnem a Ginzbergem popsány v roce 1932 jako ileitis terminalis – zánět konečné části tenkého střeva. Později se však zjistilo, že asi 20 % postihuje pouze tenké střevo, 20 % střevo tlusté a dalších 30 % tenké i tlusté střevo, ve 30 % je postižen samostatný konečník. Typické pro tuto chorobu je, že postihuje vždy pouze určitý úsek tenkého či tlustého střeva, úseky mezi jednotlivými segmenty mohou být zcela zdravé (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Pro Crohnovu chorobu je typické také to, že zánět postihuje střevo do hloubky, v celé šířce stěny, a proto má sklon k tvorbě píštělí a abscesů.

Vzhledem k tomu, že zánět prochází celou střevní stěnou a po léčbě má sklon k jizvení, dochází ke zúžení průsvitu střeva s možností vzniku neprůchodnosti střevní. Kličky střevní postižené zánětem mají tendenci se spojovat, čímž vznikají srůsty mezi jednotlivými střevními úseky a tím roste možnost dalšího zúžení střevního průsvitu či vzniku píštělí (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Předpokládá se, že na vyvolání zánětu se podílí autoimunitní reakce, zvláště autoprotilátky proti antigenům epitelových buněk tlustého střeva (FERENČÍK et. al., 2005).

Druh tkáňových lézí při CN prostupuje zánět transmurálně do všech vrstev střevní stěny a může ji prostoupit zcela celou. Průběh je chronický, dochází k různým komplikacím, jako jsou striktury s následnou částečnou nebo úplnou obstrukcí (KELLER, MEIER, BERTOLI, 1992).

## 2.1 Historie Crohnovy choroby

Koncem 19. století bylo publikováno především ve Velké Británii několik kazuistik nemocných s bolestmi břicha, průjmy, hubnutím a horečkami. Při pitvě byly nalezeny změny, které dnes považujeme za typické pro tuto chorobu. Podobný popis třinácti nemocných s transmurálním a granulomatózním zánětem tenkého střeva nalézáme již v roce 1913 u Dalziela z Glasgowa. Ten znal podobné změny intersticiální granulomatózní enteritidy u zvířat.

V roce 1925 popsal Coffen z Portlandu podobný případ mladého muže s recidivujícími křečemi v břiše, kterými trpěl od roku 1915, v roce 1916 měl projevy střevní obstrukce a celkem třikrát se podrobil resekci tenkého střeva. V letech 1922 až 1937 léčili Pemberton a Brown 39 nemocných, kteří měli podobný klinický obraz. Jednalo se o mladé lidi nebo děti, kteří byli operováni pro apendicitidu se symptomy abdominálních křečí, s průjmy a úbytkem na váze. Při operaci byly nalezeny pseudotumorózní změny lokalizované na terminálním ileu, současně byly výrazně zvětšeny mezenteriální uzliny a častý byl nález granulomů. V roce 1933 popsali stejní autoři ganulomatózní zánětlivé změny na jejunu a tlustém střevě.

„I když je zřejmé, že řada lékařů se s novým, dosud nepoznaným typem granulomatózního zánětu střev setkala již dávno před rokem 1932, bylo úplně jinému lékaři dáno, aby nemoc oddělil od jiných chorobných jednotek. Byl jím Burrill B. Crohn“ (LUKÁŠ et al., 1998, s.27).

Počátkem 20. století ve slavné newyorské nemocnici bylo hned několik pracovníků, kteří se problematikou zánětlivých onemocnění zabývali. Byli to Moschowitz a Wilensky, kteří v roce 1923 popsali čtyři případy nemocných s nespecifickou granulomatózou tenkého střeva a v roce 1927 přidali ještě dalšího páteho pacienta.

Druhou skupinu tvořili Ginzburg s Oppenheimerem a slavným chirurgem Bergem. Tato pracovní skupina měla zkušenosti celkem s 12 nemocnými, které sledovala od roku 1920. Všechny tyto pacienty odoperoval Berg a u všech byl podobný nález, těsná exulcerovaná stenóza terminálního ilea, zánětlivé změny končily u všech pacientů na bauhinské chlopni.

Třetím, kdo měl ve stejné nemocnici zkušenosti s těmito pacienty, byl Crohn, který od roku 1930 léčil dva nemocné se střevním zánětem. Tehdejší šéf patologie Klemperer doporučil, aby skupina Ginzburga a Oppenheimera spojila svých 12 pacientů se dvěma,

které znal Crohn. Tak se stalo a byl vytvořen soubor celkem 14 pacientů s granulomatózním zánětem terminálního ilea.

V dalších letech se prokázalo, že jedná o onemocnění, které postihuje jakoukoliv část trávicí trubice a dokonce jsou popsány případy CN mimo lokalizaci trávicí trubice.

Z našich autorů to byli Herfort, Mařatka, Kudrman a Čapek, kteří v šedesátých letech publikovali své zkušenosti klinické, histologické a rentgenologické s CN na tlustém střevě.

Crohnova nemoc se dnes liší z popisu 30. let. S hmatným infiltrátem v pravé jámě kyčelní se dnes už nesetkáváme. Spíše se objevují pacienti s dlouhotrvajícími průjmy, úbytkem hmotnosti, často jsou přítomny mimostřevní projevy bez nápadněji vyjádřené břišní symptomatologie.

Počátkem 90. let došlo k většímu posunu v pohledu na CN. Ukázalo se, že se jedná o heterogenní onemocnění s odlišnou lokalizací, projevy a komplikacemi, a proto je žádoucí vytvořit její přesnější klasifikaci, opírající se nejen o průkaz nemoci jako takové, ale je nutné vzít v úvahu i lokalizaci, klinický průběh a komplikace choroby.

Jinak jsou výsledky terapie a sledování těchto nemocných neporovnatelné (LUKÁŠ, 1998).

## 2.2 Etiologie Crohnovy choroby

Konkrétní bakterie nebyla zatím nalezena, přesto je ale mikrobiální osídlení střeva podmínkou chronického zánětu, protože indukuje tvorbu zánětlivých mediátorů, podporující vznik kolagenních depozit ve stěně střeva. Pro vznik Crohnovy choroby mají především význam anaerobní bakterie a některé kmeny Escherichia coli, izolované z ilea nemocných, protože produkují cytotoxiny, které poškozují střevní buňky (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Z faktorů zevního prostředí se předpokládá vliv stravy, infekční agens, kouření, psychické faktory a i některé léky (LUKÁŠ, 2001).

## 2.3 Klasifikace Crohnovy choroby dle anatomické lokalizace:

- postižení tenkého střeva – ileitida se vyskytuje v 25 – 35 %,
- postižení tenkého i tlustého střeva – ileokolitida ve 45 %,

- zánět tračníku – kolitida ve 30 %,
- anorektální onemocnění se vyskytuje ve 30 – 40 % (LUKÁŠ A KOL., 2005).

## 2.4 Klinický obraz

- první ataka (náraz), první klinická manifestace choroby,
- relaps (opakovaná exacerbace choroby, klidová fáze),
- remise (klinicky asymptomatická fáze, ale s přetrvávající aktivitou, prokazatelnou laboratorně, histologicky, endoskopicky a rentgenologicky)
- recidiva (je exacerbace choroby v původně nepostižené lokalizaci).

Podle častosti exacerbací se u onemocnění rozlišuje průběh:

- intermitující – v posledních dvou letech maximálně jeden relaps,
- remitující – opakované relapsy během jednoho roku,
- vleklý – nepřetržitý aktivní průběh během remise,
- epizodický – relaps v intervalech delších než dva roky,
- regresivní – chronický intermitující průběh s postupným zlepšováním,
- progresivní – nepřetržitá aktivita nebo časné relapsy s komplikacemi a zvětšováním rozsahu ,
- stacionární – více než regresivní a méně než progresivní (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

## 2.5 Klinické příznaky

Nemoc se projevuje průjmy, bolestmi břicha (někdy značnými, připomínající až náhlou příhodu břišní), poruchou trávení až vstřebávání, příznaky mimostřevními – záněty oka, bolestmi a záněty kloubů (VOKURKA, HUGO, 2007).

Katabolické důsledky zánětu vedou ke gastrointestinální dysfunkci, která znemožňuje normální resorpci živných látek. Rozvíjí se malnutrice, projevující se hubnutím, později hypoalbuminémií a anémií (chudokrevností). Řada nemocných trpí chronickou podvýživou a četnými karencemi, u dětí je zpomalen růst (KELLER, MEIER, BERTOLI, 1992).

# 3 Diagnostika onemocnění

Diagnostiku Crohnovy choroby je velmi důležité rozpoznat včas. K tomu je nejdůležitější sběr anamnézy, pokud se toto onemocnění již objevilo v rodinné anamnéze. A další vyšetřovací techniky.

## 3.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Každé vyšetření by mělo začít důkladným rozborem obtíží pacienta a fyzikálním vyšetřením lékařem, pomocí pohledu, poslechu, pohmatu, poklep a vyšetření konečníku (vyšetření per rektum). Pro postižení idiopatickým střevním zánětem může být těžká podvýživa s otoky, infiltráty či bolestivý pohmat nebo poklep břicha, pozitivní nález v konečníku, píštěle v okolí konečníku (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

## 3.2 Laboratorní vyšetření

Při laboratorním vyšetření krve se u pacientů objevuje anémie, snížení hladiny železa v séru (sideropenie), zrychlená sedimentace červených krvinek, zvýšení hladiny bílých krvinek a krevních destiček, což je typické pro aktivní zánět. Při rozsáhlém postižení střeva dochází k malabsorpčnímu syndromu na podkladě vstřebávání živin potřebných pro tělo pacienta a následné podvýživě s otoky, nízkou hladinou krevní bílkoviny a dalších ukazatelů výživy (albumin, prealbumin …).

K vyloučení infekčního původu střevního zánětu je vhodné provést mikrobiologické a parazitologické vyšetření stolice (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

## 3.3 Endoskopická vyšetření

Standardní endoskopie umožňuje přímou vizualizaci sliznice a detekci i drobných aftózních lézí a povrchových ulcerací, včetně odběru histologie. Diagnostika závisí na možnosti (hloubce) zavedení endoskopu do tenkého střeva. Ileoskopie je nesdílnou součástí koloskopie u pacientů vyšetřovaných pro suspektní Crohnovu chorobu. Hloubka sondáže terminálního ilea je většinou omezená pouze na distálních 8 – 15 cm (ŠPIČÁK A KOL., 2008).

Také push – endoskopie umožňuje vyšetření pouze části tenkého střeva. Ve studii Pereze – Cuadrada bylo push – endoskopií vyšetřováno 8 pacientů s CN a negativním RTG – vyšetřením pasáže tenkým střevem.

Intraoperační enteroskopie se používá k diagnostice CN tenkého střeva zcela vyjímečně. Vzhledem k invazivině a riziku komplikací nelze předpokládat větší užití této metody v diagnostice CN tenkého střeva.

Kapslová endoskopie – vysoká diagnostická výtěžnost kapslové endoskopie u pacientů vyšetřovaných pro krvácení do gastrointestinálního traktu (GIT) vede k rozšíření indikací i na ostatní choroby postihující tenké střevo. Zkušenosti s kapslovou endoskopií u nás jsou zatím pouze malé (ŠPIČÁK A KOL., 2008).

Koloskopie – vyšetření celého tlustého střeva ohebným přístrojem, provádíme, abychom zjistili zda je postižen konečník, tlusté střevo, většinou lze proniknout i do konečné části střeva tenkého (terminální ileum), které CN postihuje. Koloskopie rozlišuje Crohnovu chorobu od ulcerózní kolitidy.

Gastroskopie – jedná se o vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku ohebným přístrojem. U této nemoci je vhodné vyšetřit i horní část trávicí trubice, vzhledem k tomu, že choroba může postihnout i žaludek či dvanáctník (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Endosonografické vyšetření rekta – tento ,,vnitřní ultrazvuk“ umožňuje posoudit anatomickou situaci kolem konečníku a v jeho stěně. Proto ho lékaři používají hlavně u klientů s postižením této oblasti.

Endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP) – kombinace rentgenologické a endoskopické metody dokáže zobrazit vývody žlučových cest a slinivky břišní. U nemocných s Crohnovou chorobou se užívá jen tehdy, je-li podezření na mimostřevní komplikace s postižením žlučovodů nebo slinivky břišní (ČERVENKOVÁ, 2009).

## 3.4 Kontrastní rentgenové a zobrazovací vyšetření

Enteroklýza – trvá kolem 60 až 90 minut a nález je díky dvojkontrastní náplni střeva plynem i bariem podrobnější, tedy preciznější. Rentgenolog zavede tenkou cévku ústy do žaludku a jím dál do dvanáctníku. Cévkou vpraví do těla speciální řídký roztok

baria a etylcelulózy a v krátkých časových intervalech snímkuje (ČERVENKOVÁ, 2009).

Počítačová tomografie (CT) - nahrazuje klasické rentgenové snímkování, výhodou kombinace s enteroklýzou je prostorový obraz dutiny břišní, který je dokonalejší než rentgenový snímek. Prohlédneme si do podrobností sliznici i celou střevní stěnu (ČERVENKOVÁ, 2009).

Magnetická rezonance (MR) – přínosem je pro nemocné, kterým zánět zasáhl konečník či řitní kanál a způsobil řitní komplikace, jako jsou abscesy a píštěle. Dokonale a prostorově zcela přesně ukáže, kudy píštěle probíhají a kde se v oblasti kolem řitního kanálu a pánevního dna nacházejí abscesy. K jejím přednostem patří kromě bezbolestnosti i fakt, že na rozdíl od rentgenového vyšetření lze tuto moderní zobrazovací metodu využít také u těhotných pacientek (ČERVENKOVÁ, 2009).

## 3.5 Ultrasonografické vyšetření (UZ)

Vyšetření břicha UZ, které využívá různé schopnosti tkání propouštět nebo odrážet zvukové vlny, je pro pacienty nejméně invazivní. Tímto vyšetřením můžeme odhalit původ hmatného zduření (infiltrátu) v břiše. Pokud je používán přístroj s dobrou rozlišovací schopností, je možné posoudit i tloušťku stěn jednotlivých úseků střeva a jejich prokrvení pomocí Dopplerovy sondy, a tak na některý z idiopatických střevních zánětů vyslovit podezření, k zobrazení je vhodná především oblast přechodu tenkého a tlustého střeva a event. esovité kličky. Ultrazvukové vyšetření je vhodné i při podezření na absces (dutina obsahující hnis) (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

# 4 Komplikace

V průběhu CN se mohou objevit rozličné komplikace. Jejich příčinou bývá těžký zánět ve střevě nebo imunitní reakce, případně narušené vstřebávání některých živin či žlučových cest.

## 4.1 Lokální komplikace

- Stenóza – zúžení průsvitu střeva se objevuje u 30 – 40 % lidí s CN. Významné zúžení lumen (průsvitu) střeva vyústí v poruchu střevní průchodnosti, která se projevuje křečovými bolestmi břicha, zvracení a nápadnými střevními zvuky. Velmi často je postiženo tenké střevo. Řešením je balónková dilatace (roztažení) střeva při endoskopickém vyšetření, strikturoplastika nebo resekce postiženého úseku (ČERVENKOVÁ, 2009).
- Perforace – tato relativně častá komplikace se rozvíjí většinou postupně v průběhu celého zánětu. Hluboký vředovitý defekt pronikne celou stěnou střeva. Kolem něj se vytvoří vazivové blány ohraničující šířící se zánět. Konečným výsledkem je vznik píštěle a abscesu, uloženého mimo střevní stěnu. K difuznímu zánětu pobřišnice většinou nedojde. Řešením je chirurgické resekce postižené části střeva.
- Perianální absces a píštěl – obě typické komplikace postihují tlusté střevo. Jejich nebezpečí spočívá v tom, že vedou ke vzniku flegmóny (neohraničenému hnisavému zánětu v oblasti hráze) a k poškození análních svěračů. Léčbou je kombinovaná terapie chirurgické a intenzivní medikamentózní léčby, ta zahrnuje podávání antibiotik, imunosupresiv a biologické léčby.
- Toxické megakolon – vyjímečná, ale závažná komplikace. Vede k rozepjetí tlustého střeva a následně ke střevní obstrukci. Ta může vyústit v perforaci střeva následný zánět pobřišnice. Řešením je chirurgické vyjmutí celého tlustého střeva.
- Septický průběh střevního zánětu – charakteristikou je pro něj horečka a celková zchvácenost. Díky účinné protizánětlivé terapii je dnes méně častý.

- Masivní krvácení – způsobuje ho narušení stěny větší cévy v důsledku vředovitého zánětu. Pacient musí být hned operován.
- Rakovina tlustého střeva – takoví pacienti by měli být zařazeni do dispenzárního programu, kterým jsou pravidelné kolposkopické kontroly a vícečetné biopsie (ČERVENKOVÁ, 2009).

## 4.2 Mimostřevní projevy

Na rozdíl od lokálních střevních komplikací je nemá na svědomí prudkost zánětu, ale výhradně imunitní reakce organismu. Příčinu neznáme, ale většinou postihuje pacienty se zánětem tlustého střeva.

- Kůže – u pacientů se objevuje nodózní erytém – bolestivé zduřeniny podkoží a kůže, umístěné obvykle na bércích.
- Oči – záněty spojivky a rohovky, popřípadě záněty duhovky či řasnatého tělíska, jsou komplikací nápadnou a bolestivou, ale nezanechávají trvalé následky.
- Klouby – enteropatická artritida (akutní zánět nitrokloubní blány) vede vzniku výpotku v kloubu. Celý kloub je bolestivý a zarudlý. Sakroillitida postihující křížokyčelní skloubení se na rozdíl od potíží velkých periferních kloubů objevuje nezávisle na aktivitě střevního zánětu.

## 4.3 Metabolické komplikace

Třetí typ komplikací vyplývá buď z porušeného vstřebávání živin, nebo z nežádoucího účinku užívaných léků, hlavně kortikoidů.

- Osteoporóza – za řídnutím kostní hmoty, způsobené zvýšeným odbouráváním anorganické složky, se skrývá dlouhodobá léčba kortikoidy. Méně často vzniká důsledkem vstřebávání vápníku a vitaminu D.
- Chudokrevnost – zvýšená ztráta krve a omezené vstřebávání železa vede k anémii, typickému průvodnímu znaku aktivity střevního zánětu. Pacientům, kteří se podrobili resekci terminálního ilea, způsobuje nedostatek vitaminu B12. Proto by se hladina měla průběžně kontrolovat a případně doplňovat injekční cestou.

- Žlučové kameny – vznikají u pacientů po resekci tenkého střeva porušením vstřebávání žlučových kyselin (pigmentová cholecystolithiasa).
- Ledvinové kameny - neminou mnoho nemocných s CN. Příčinou je opět metabolická porucha vyvolaná porušeným vstřebáváním žlučových kyselin.
- Nedostatek zinku a selenu – vede k němu porušené vstřebávání těchto stopových prvků. Signalizují ho kožní změny na pokožce obličeje (acrodermatitis enteropathica) (ČERVENKOVÁ, 2009).

# 5 Léčba Crohnovy choroby

Léčba se u této nemoci dělí na chirurgickou a konzervativní. Ta zahrnuje jak podávání léků a výživy, tak některé endoskopické zákroky.

## 5.1 Léčba medikamentózní

Cílem medikamentózní léčby je zklidnit aktivní zánět tak, aby ho vystřídala remise. V téhle fázi léčby lékař předepíše nejvyšší dávky léků. Až poté, co bude mít aspoň relativní klid od potíží, přijde na řadu léčba tzv. udržovací (ČERVENKOVÁ, 2009).

### 5.1.1 Aminosalicyláty

Sulfasalazin působí protibakteriálně i protizánětlivě, má ovšem nežádoucí vedlejší účinky, které jeho využití v klinické praxi omezují. Asi u třetiny pacientů vyvolává bolesti hlavy, pocity na zvracení a bolesti v nadbřišku, u jiných zase mění krevní obraz, zvyšuje hodnotu jaterních testů, vyvolává alergii na slunce (fotodermatitidu). Některé muže dokonce postihne přechodná sterilita. Tyto nepříjemnosti naštěstí po vysazení mizí. Dodnes však velmi pomáhá nemocným, u nichž se kromě střevního zánětu projevují také kloubní zánětlivé projevy (enteropatická artritida II. typu) (ČERVENKOVÁ, 2009).

K sulfasalazinu v 70. a začátkem 80. let minulého století přibyly příbuzné látky, zbavené nežádoucích účinků, protože obsahují už jen 5-aminosalicylovou kyselinu (mesalazin), velmi podobnou kyselině acetylsalicylové, tedy aspirinu.

Tomu, aby se vstřebala z tenkého střeva a tak ztratila na své účinnosti, zamezují třeba speciální pryskyřice, obsažené v lécích Salofalk a Asacol. Jsou totiž odolné proti kyselému pH v žaludku a rozpouštějí se v neutrálním či lehce alkalickém prostředí.

Další výhoda nových látek spočívá v tom, že ve srovnání se sulfasalazinem umožňují podávat mnohem vyšší dávky aktivní substance (mesalazinu) a ještě k tomu přímo do konečníku, a to formou čípků, klyzmat nebo pěny. Vedlejší účinky jsou minimální, vzácně se objevují alergie či zhoršení funkce ledvin, ty by se měly dvakrát ročně laboratorně zkontrolovat. Aminosalicyláty, se jako bezpečné podávají těhotným i kojícím ženám (ČERVENKOVÁ, 2009).

### 5.1.2 Kortikosteroidy

Kortikosteroidy jsou účinné v léčbě aktivního ISZ, ale nikoliv v udržení remise a v prevenci relapsu. Nežádoucí účinky jsou omezujícím faktorem podávání steroidů (LUKÁŠ, 2001).

### 5.1.3 Imunosupresiva

Jsou to látky snižující bouřlivou odpověď imunitních orgánů na antigenní stimulaci. Už dvacet let přinášejí prospěch 60 – 70 % pacientů, kteří byli do té doby závislí na léčbě kortikoidy. Léčba je však dlouhodobá (ČERVENKOVÁ, 2009).

Podobně jako odezva na terapii aminosalicyláty či jinou léčbu IBD ani odezva na imunosupresiva nemůže být a není stoprocentní. V případech selhání hovoříme o léčebné rezistenci. Vznik léčebné rezistence má, zejména při tak pokročilém stupni konzervativní léčby jako je terapie imunosupresivy, dalekosáhlý dopad na prognózu nemoci a další léčebnou strategii (ZBOŘIL A KOL., 2007).

### 5.1.4 Biologická léčba

Tato léčba je určená těm pacientům, kterým léčba imunosupresi a kortikosteroidy selhala či měla nízkou odezvu, takže jejich nemoc agresivně probíhá. Na rozdíl od farmakologické léčby, spočívá v podávání synteticky vyrobených léků, využívá léčba biologická výhradně přírodní produkty. K jejím nejznámějším reprezentantům patří například očkovací látky nebo přípravky, jež se vyrábějí z lidské krve (ČERVENKOVÁ, 2009).

### 5.1.5 Antibakteriální léčba

„Při neznalosti etiologie IBD je odůvodnění užívání antibiotik empirické. Mikrobiální flóra hraje ještě roli v udržování zánětu a tak se zdá být podávání antibiotik u těžšího průběhu racionální. Ideální je aplikace antibiotik podle kultivačního nálezu“ (LUKÁŠ, 2001, s.69).

### 5.1.6 Protiprůjmové léky

Tyto léky mohou být účinné v symptomatické terapii, redukují frekvenci vyprázdnění. Antidiaroika jsou kontraindikována pro možnost vzniku toxického megakolon (LUKÁŠ, 2001).

## 5.2 Umělá výživa a dieta

„Umělou výživou docílíme zklidnění střeva jeho vyřazením z funkce, léčbu je možno podávat do žíly (parenterální výživa), nebo ústy (enterální výživa). Umělou výživu lze podávat dlouhodobě v domácím ošetřování a je možné ji kombinovat s běžnou dietní stravou. Dieta je důležitou součástí léčebného režimu“ (LUKÁŠ, ŠATROVÁ, 2004, s. 20).

## 5.3 Chirurgická léčba

Tato léčba nastane až ve chvíli, kdy nastaly značné komplikace a lékaři nejsou schopni zánět zvládnout jinými prostředky. Zákrok musí být zároveň co nejšetrnější.

- Ileocekální resekce – se provádí při nejčastějších komplikacích, již je stenóza lumen tenkého nebo tlustého střeva.
- Strikturoplastika – je zásah při postižení tenkého střeva mnohočetnými krátkými stenózami. V některých případech lze provést i několik desítek strikturoplastik.
- Perianální píštěle – operatér se snaží spojit píštěle v jeden kanál a zajistit jejich trvalou drenáž (ČERVENKOVÁ, 2009).

## 5.4 Prognóza

Prognóza je závislá na oblasti a rozsahu postižené části střeva a jejich komplikací. Chirurgické řešení postihne až 50 % nemocných. Kvalita života je u těchto nemocných poněkud nižší, protože CN je obecně na terapii rezistentnější, mívá častější komplikace a chirurgický výkon nemusí vše řešit (LUKÁŠ, 2001).

# 6 Nejčastější ošetřovatelské problémy u Crohnovy nemoci

- poruchy vyprazdňování způsobené následkem postižení střeva,
- bolest břicha následkem zrychlené peristaltiky a zánětu,
- snížení objemu tělesných tekutin v důsledku nadměrných ztrát,
- poruchy výživy v důsledku zrychlené peristaltiky,
- kožní integrita porušená v okolí análního otvoru způsobené trvalým drážděním při opakovaném vyprazdňování stolice,
- bezmocnost nebo strach v důsledku životní nejistoty a prognózy onemocnění,
- role, porušené zvládání z důvodu onemocnění projevující se nemožností provádět před onemocněním běžné činnosti.
- společenská izolace z důvodu změny životního stylu a ztráty pohody projevující se pocity osamělosti a nekomunikativností.
- neznalost, potřeba poučení o nemoci v důsledku neposkytování informací (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

# 7 Ošetřovatelský proces dle M. Gordonové

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a také posuzování ošetřovatelské péče. Cílem je zhodnotit klientův zdravotní stav, skutečné či potenciální problémy péče o jeho zdraví, stanovit plány na zhodnocení potřeb a poskytnutí ošetřovatelských zásad na uspokojení těchto potřeb.

Ošetřovatelský proces je cyklický, což znamená, že jeho složky jdou v logickém pořadí za sebou. Posouzení, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení, to je 5 fází ošetřovatelského procesu (KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995).

Model M. Gordonové uplatňujeme při výukách kvalifikovaných sester a při poskytování ošetřovatelské péče v praxi. Dle tohoto modelu sestra hodnotí zdravotní stav zdravého i nemocného pacienta. Zdravotní stav pacienta je funkční nebo dysfunkční, pomocí tohoto modelu sestra získá komplexní informace k sestavení anamnézy, ošetřovatelských diagnóz a může pak efektivně naplánovat i realizovat péči.

Funkční typy zdraví klientů jsou odvozeny z interakce prostředí a člověka. Bio-psycho-sociální integrace je vyjádřením zdravotního stavu člověka.

Základní strukturu modelu M. Gordonové tvoří celkem dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční či dysfunkční součást zdravotního stavu člověka:

- vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
- výživa a metabolismus
- vylučování
- aktivita a cvičení
- spánek a odpočinek
- vnímání a poznávání
- sebepojetí a sebeúcta
- plnění rolí, mezilidské vztahy
- sexualita a reprodukční schopnost
- stres, zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance
- víra, přesvědčení a životní hodnoty
- jiné (TRACHTOVÁ A KOL., 1999).

EMPIRICKÁ ČÁST

# 8 Posouzení stavu pacienta

Muž M.P. – 21 let, žije ve městě v rodinném domě společně s rodiči. Je svobodný. Studuje Vysokou školu dopravní. Dne 17. 11. 2010 na doporučení praktického lékaře je pacient odeslán k plánovanému příjmu do fakultní nemocnice interního oddělení. Pacient je vyšetřován pro lymfedém varlat (scrota), který pozoruje 1 rok. Dále udává intermitentní průjmy s příměsí hlenu, které následují po jídle nutkáním na stolici. Bolesti břicha neudává. Ataky průjmů má cca 3krát za 6 měsíců. Žádnou dietu nedrží, nehubne, chuť k jídlu má. S použitím informací pacient souhlasí.

## 8.1 Osobní údaje

| | |
|---|---|
| Jméno a příjmení: M.P. | Pohlaví: Muž |
| **Datum narození:** 16. 2. 1990 | **Věk:** 21 let |
| **Vzdělání:** SŠ | **Zaměstnání:** student |
| **Stav:** svobodný | **Státní příslušnost:** česká |
| **Datum přijetí:** 17. 11. 2010 | **Typ přijetí:** plánované |
| **Oddělení:** interní oddělení | **Ošetřující lékař:** MUDr. P.H. |

## 8.2 Osobní anamnéza

- **Důvod přijetí udávaný pacientem:**

Pacient je hospitalizován pro intermitentní průjmy, lymfedém scrota, zhoršení stavu s následným dovyšetřením. Pro podezření na Crohnovu chorobu.

- **Medicínská diagnóza hlavní:**

Morbus Crohn – Crohnova choroba

- **Medicínské diagnózy vedlejší:**

Astma bronchiale

st.p. autonehodě s traumatem pravé duhovky a sítnice 6/09

st.p. TE (tonzilektomii)

- **Fyziologické funkce :**

TK: 120/70 mmHg, P: 72/min, pravidelný, D: 16/ min, pravidelný, TT: 35,8 °C, výška: 200 cm, hmotnost: 93 kg, BMI: 23 norma, stav vědomí: orientován, GSC 15.

- **Fyzikální vyšetření**

Pacient spolupracuje, celková hybnost bez omezení, kůže bez cyanosy a ikteru, hydratace v normě.

hlava a krk: zneokrouhlení pravé zornice, jinak přiměřené věku

hrudník: dýchání čisté, sklípkovité, srdeční frekvence pravidelná

břicho: palpačně nebolestivé, měkké, prohmatné, bez rezistence a peritoneálního dráždění

končetiny: bez otoků a známek tromboembolické nemoci

- **Výsledky vyšetření**

Během hospitalizace byla pacientovi odebrána krev na biochemické vyšetření, krevní obraz a sedimentaci. Bylo provedeno EKG, křivka fyziologická. Odběr moči na moč + sediment a vyšetření moče chemicky. Kultivační vyšetření stolice. Dále pak byla provedena totální koloskopie, abdominální ultrasonografie a vyšetření tenkého střeva elektrolýzou.

**Biochemické vyšetření krve**

Kreatinin 73; urea 4,8; kyselina močová 345; bílkovina 78; albumin 49,6; AST 0,37; ALT 0,22; bilirubin celkový 10; ALP 1,80; cholesterol **3,30**; GMT 0,28; Na 138; K 4,3; Cl 100; Fe 15; CRP 4; TSH 0,49; glukóza 4,8.

**Krevní obraz**

Leukocyty 5,2; erytrocyty 4,83; hemoglobin 145; trombocyty 153; hematokrit 0,432; eozinofilní segmenty 0,040; monocyty 0,080; lymfocyty **0,10.**

**Moč chemicky + sediment**

pH moče 6,5; bílkovina moči 0; glukóza v moči 0; ketolátky v moči 1; bilirubin v moči 1; krev v moči 0;
chemické vyšetření moče U- leukocyty- negativní.

**Kultivační vyšetření stolice**

Výsledek není k dispozici.

**Abdominální ultrasonografie**

Závěr: Mírné zvětšení sleziny – může být i jen relativní vzhledem k výšce pacienta, jinak sono epigastria a ledvin bez patologického nálezu.

**Totální koloskopie**

Závěr: Zánětlivé změny terminálního ilea (postiženo cca 10 cm od ústí Bauhinské chlopně), jinak normální nález při totální koloskopii.

**Vyšetření tenkého střeva elektrolýzou**

Závěr: nález v oblasti terminálního ilea odpovídá změnám při Crohnově chorobě.

- **Rodinná anamnéza:**

Otec: zdravý

Matka: karcinom mammy řešeno ablací

Sestra: zdráva

- **Osobní anamnéza:**

Překonal běžné dětské onemocnění. S astma bronchiale je dispenzarizován na oddělení TRN, v roce 2009 autonehoda s traumatem pravé duhovky a sítnice, st. p. TE. Transfúze neměl.

- **Léková anamnéza (dříve sine):**

| | | |
|---|---|---|
| Pentasa 500mg | – 1 – 1 - 1 | intestinální protizánětlivá léčiva |
| Probioflora | – 1 – 1 - 1 | probiotikum |
| Medrol 16mg | – ½ - 0 - 0 | hormon ze skupiny glukokortikoidů |

- **Alergologická anamnéza:**

neguje

- **Abúzy:**

Kouření – 10 cigaret /den, alkohol nepije.

- **Sociální anamnéza:**

Pacient je svobodný, bydlí v domě spolu s rodiči a mladší sestrou. Vztahy v rodině jsou dobré. Studuje vysokou školu dopravní.

- **Informační zdroje:**

Rozhovor s pacientem, rozhovor s ošetřujícím personálem, ošetřovatelská dokumentace, chorobopis

## 8.3 Fyzikální vyšetření sestrou

- **Celkový stav -** pacient je astenického typu, chodí sám, chůze je jistá
  výška: 200 cm, hmotnost: 93 kg, BMI: 23 norma
- **Pohledem –** pacient působí čistě a upraveně
  sliznice jsou vlhké, růžové, jazyk plazí ve střední čáře, mírně povleklý
  zuby čisté, bez foetor ex ore
  slyší dobře
  vizus dobrý
  kůže bez otoků a kožních lézí
- **čich** - kůže je bez zápachu
- **pohmat** - v rozsahu pohybu kloubů nevidím žádnou patologii
- **vědomí** - pacient je orientován v místě i čase, GSC 15 bodů

## 8.4 Průběh onemocnění

Pacient M.P. pozoruje asi 1 rok edém scrota. V prosinci roku 2009 navštívil urologickou ambulanci, kde byl proveden UZ varlat, který byl bez patologie. Etiologie edému nezjištěna. Proto pacient odeslán na CT varlat. Na CT se pacient nedostavil.
K edému varlat se přidaly průjmy. Pacient navštívil svého praktického lékaře, kde byly provedeny odběry a klient byl odeslán praktickým lékařem k totální koloskopii.
Na té byly zobrazeny zánětlivé změny terminálního ilea. Tedy s podezřením na Crohnovu nemoc.

Dne 17. 11. 2010 pacient M.P. nastupuje na interní oddělení fakultní nemocnice v Praze k plánované hospitalizaci k dovyšetření s podezřením na Crohnovu nemoc.

## 8.5 Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordonové

**Vnímání zdraví**

Pacient před onemocněním dříve závodně plaval a hrál basketball, nyní se tomu nevěnuje kvůli edému scrota, který ho v tom velmi omezoval. Se svým současným zdravotním stavem je seznámen. Před rokem prodělal autonehodu s traumatem pravé duhovky a sítnice bez trvalých následků. Lékařská doporučení a medikaci akceptuje.

**Výživa a metabolismus**

Žádné dietní omezení pacient doma nedodržoval. Během hospitalizace je poučován o bezezbytkové dietě. Váhu si udržuje, nehubne. Chuť k jídlu má, denně vypije 2 - 2,5 litrů tekutin. Kožní turgor a stav vlasů je dobrý.

**Ošetřovatelský problém: Snaha zlepšit výživu**

**Vylučování moče, stolice, potu**

Močení bez problémů. Udává intermitentní průjmy, bez příměsí krve, spíše vodovitého charakteru s příměsí hlenu. V mezidobí hnědá formovaná stolice. Ataky průjmů udává 3krát za měsíc.

**Ošetřovatelský problém: Průjem**

**Aktivita, cvičení**

Nyní se sportu věnuje pasivně. Dříve závodně plaval a hrál basketball. Běžné domácí aktivity a sebeobsluhu zvládá sám. Kompenzační pomůcky nepotřebuje.

**Spánek, odpočinek**

Doma i v nemocnici má pacient problémy s probouzením se během noci. Budí se asi 5krát za noc. Během dne si někdy musí jít lehnout, protože se cítí vyčerpaně a unaveně. Léky na spaní žádné neužívá.

**Ošetřovatelský problém - porušený spánek**

**Vnímání**

Stav vědomí dobrý. Pacient je plně orientován, dle GSC (Glasgow Coma Skale) hodnotím na 15 bodů. Smyslové funkce jsou dobré. Řeč plynulá. Paměť neporušená a řeč plynulá. Na bolest si nestěžuje.

**Sebepojetí**

Pacient je optimistický. Se svým vzhledem má problémy kvůli zmiňovanému edému scrota, kvůli kterému ukončil svoji sportovní aktivitu.

**Ošetřovatelský problém: Narušený obraz těla**

**Role, mezilidské vztahy**

Bydlí v rodinném domě spolu s rodiči a jeho mladší sestrou. Vztahy v rodině jsou dobré. Je studentem Vysoké školy dopravní, kde má taky mnoho přátel.

**Sexualita, reprodukční schopnosti**

Nyní je klientův sexuální život pasivní, vzhledem k edému scrota.

**Stresové zátěžové situace**

Pacient se necítí být něčím stresovaný. Se svým onemocněním je smířený, ale zároveň cítí beznaděj.

**Ošetřovatelský problém: Beznaděj**

**Víra, životní hodnoty**

Pacient nemá vyznání v žádné víře.

# 9 Ošetřovatelské diagnózy dle priority pacienta.

**Aktuální ošetřovatelské diagnózy**

- Průjem 00013
- Snaha zlepšit výživu 00163
- Narušený obraz těla 00118
- Nedostatek spánku 00096
- Beznaděj 00124

**Potenciální ošetřovatelská diagnóza**

- Bolest akutní

## 9.1 Plán ošetřovatelské péče

**Aktuální ošetřovatelské diagnózy**

- 00013 **Průjem** v souvislosti se zánětem střeva, špatnou dietou, projevující se častými stolicemi.

**Dlouhodobý cíl**:

Pacient má méně častou stolici (5krát za den) do 2 týdnů.

**Krátkodobý cíl**:

Pacient chápe příčinu průjmu a důležitost dodržování diety do 24 hod.

**Výsledná kritéria**:

Pacient souhlasí s nutnou změnou stravovacích návyků v rámci jeho onemocnění (do 2 dnů).

Pacient je informován o důvodech častých průjmů (do 24 hodin).

**Priorita**:

střední

**Plán intervencí**:

Pouč pacienta o potřebě dodržování diety.

Informuj pacienta o důvodech vzniku průjmů.

Sleduj a zaznamenávej bilanci a požádej pacienta, aby se zapojil a sledoval, co vypije a sní - hodnoť 1 krát denně (sestra ve službě).

Posuď frekvenci, konzistenci, barvu, zápach, množství a příměsi ve stolici (sestra ve službě).

Zajisti pacientovi dietní sestru, která ho poučí o dietě a tekutinách (primární setra).

Podávej léky proti průjmům dle ordinace lékaře (sestra ve službě). i primární

Zdůrazni význam péče o anální krajinu po každé stolici a případný vznik opruzenin (primárná sestra).

**Realizace**: 23. 11. - 27. 11. 2011

Poučila jsem pacienta o hygienické péči po defekaci-mytí rukou, ošetření konečníku a namazání krémem Menalindem a lůžko pacienta udržovala čisté.

Zdůraznila jsem potřebu dodržování diety u tohoto onemocnění.

Sledovala jsem bilanci tekutin a jídla a informovala lékaře.

Podávala jsem léky dle ordinace lékaře.

**Hodnocení:**

Cíl byl splněn částečně. Pacient chápe změnu diety a její dodržování.

Pacient má stále stejný počet stolic- 5krát denně.

- 00163 **Snaha zlepšit výživu** v souvislosti nevstřebávání se živin, projevující se zrychlením pasáže.

**Dlouhodobý cíl**:

Pacient si osvojil změnu životního stylu a chování, včetně způsobu přijmu potravy (do 1 týdne).

**Krátkodobý cíl**:

Pacient byl poučen nutričním terapeutem o dietě.

**Výsledná kritéria:**

Pacient se přizpůsobil některým změněným potřebám v rámci životního stylu.

Pacient je informován o vzniku příčin a léčebných prostředcích.

Pacient se snaží dodržovat dostatečný příjem tekutin.

Pacient projevuje znalosti ohledně výběru vhodných tekutin a stravy.

**Priorita:**

střední

**Plán intervencí:**

Informuj pacienta o vyvolávající příčině stavu a o léčebných opatřeních (primární sestra).

Zajisti konzultaci s nutričním terapeutem (primární setra).

Prodiskutuj nevhodné jídelní zvyklosti (konzultace s nutričním terapeutem).

Zaznamenej výšku, váhu, tělesnou stavbu a věk pacienta (primární sestra).

Zdůrazni nutnost dostatečného příjmu tekutin (sestra ve službě).

Sleduj farmakologickou léčbu a její vedlejší účinky (sestra ve službě).

Informuj o vhodných tekutinách a stravě (primární sestra).

**Realizace**: 23. – 27. 11. 2011

23. 11. 2011 Změna jídelníčku. Konzultace s pacientem o pokrmech bezezbytkové diety.

Zajistila jsem rozhovor s nutričním terapeutem.

Kontrolovala jsem bilanci jídla a pití.

Monitorovala jsem hmotnost pacienta.

Informovala jsem pacienta o vhodných tekutinách a stravě.

**Hodnocení**:

Cíl byl splněn. Pacient si osvojil změnu životní stylu a příjmu potravy.

- 00118 **Narušený obraz těla** v souvislosti s edémem scrota, projevující se zvětšením scrota.

**Dlouhodobý cíl**:

Pacient akceptuje sám sebe v dané situaci.

**Krátkodobý cíl**:

Pacient s pomocí lékaře a sestry najde vhodný způsob k překonání problému.

**Výsledná kritéria**:

Pacient akceptuje sám sebe v dané situaci.

Pacient se nebojí mluvit o svých pocitech spojené s edémem scrota.

**Priorita:**

Střední

**Plán intervencí**:

Posuď pacientův psychický a fyzický stav (primární sestra).

Pohovoř s pacientem o všem, co ho tíží (primární sestra).

Vybízej pacienta, aby popsal sám sebe včetně svých pozitivních i negativních myšlenek (primární sestra).

Všímej si chování, které ukazuje na silné znepokojení tělem a jeho procesy (sestra ve službě).

Povzbuzuj členy rodiny, aby s pacientem jednali normálně (primární sestra).

Doporuč pacientovi rozhovor s psychologem (primární sestra).

**Realizace**: 23. – 27. 11. 2011

Sledovala jsem pacientův psychický stav.

Vybízela jsem pacienta k rozhovorům, aby popisoval svoje pocity.

Všímala jsem si jeho neverbálních projevů.

Pohovořila jsem s členy rodiny, aby jednali s pacientem normálně.

**Hodnocení**:

Cíl byl splněn částečně. Pacient se svěřoval se svými pocity. A cítil se trochu lépe.

- 00096 **Nedostatek spánku**, související s psychickým přetížením, projevující se častým probouzením během noci a jeho verbalizací.

**Dlouhodobý cíl**:

Pacient má fyziologický spánek do 2 týdnů.

**Krátkodobý cíl**:

Pacientův spánek se zlepšil do 2 dnů.

**Výsledná kritéria**:

Pacient se během noci neprobouzí.

Pacient se po probuzení cítí odpočatý.

Pacient spí alespoň 8 hodin.

**Priorita**:

Střední

**Plán intervencí**:

Zjisti příčinu poruchy spánku (primární sestra).

Podávej léky dle ordinace lékaře (sestra ve službě).

Sleduj účinky léků (sestra ve službě).

Vyzkoušej různé způsoby, jak zlepšit spaní (primární sestra).

Informuj lékaře o zdravotním stavu (primární sestra).

Zajisti pohodu pacienta (sestra ve službě).

Zajisti aktivitu a zaměstnání pacienta během dne (sestra ve službě).

Pozoruj fyzické známky únavy (sestra ve službě).

Zajisti klidné prostředí.

**Realizace**: 23. 11. – 27. 11. 2011

Doporučila jsem pacientovi procházky po oddělení i spolu s návštěvou.

Provedla jsem s pacientem rozhovor o zvyklostech před spaním.

Informovala jsem lékaře o jeho zdravotním stavu.

Vyvětrala jsem před spaním pokoj.

Podala jsem pacientovi meduňkový čaj.

**Hodnocení**:

Cíl byl splněn částečně. Pacient se po probuzení cítí trochu lépe.

- 00124 **Beznaděj**, v souvislosti životní nejistoty a prognózy onemocnění, projevující se slovní verbalizací.

**Dlouhodobý cíl**: Pacient nejeví známky strachu či bezmocnosti do 1 měsíce.

**Krátkodobý cíl**: Pacient rozpozná svoje subjektivní pocity a vyjádří je verbálně. do 2 dnů.

**Výsledná kritéria:**

Pacient si najde a osvojí si způsoby, jak čelit pocitům beznaděje.

Pacient získá kontrolu nad péčí o vlastní osobu a běžnými každodenními činnosti.

**Priorita:**

Střední

**Plán intervencí**:

Dodej pacientovi prostor k vyjádření pocitů a dojmů (sestra ve službě).

Pomož pacientovi osvojit si problémy zvládnutí problémů (primární sestra).

Doporuč pacientovi klienty se stejnou chorobou, ať s nimi diskutuje (primární sestra).

Dodávej pacientovi naději a povzbuzuj k témuž i rodinné příslušníky (primární sestra).

Zajisti lékaře, aby pacientovi podával informace o průběhu léčby a vyšetření (primární sestra).

Doporuč pacientovi setkání s psychologem (primární sestra).

**Realizace**: 23. 11. – 27. 11. 2011

Dodávala jsem pacientovi prostor k vyjádření pocitů.

Doporučila jsem pacientovi diskuzní fórum na internetu o pacientech s touto nemocí. Povzbuzovala jsem pacienta i rodinné příslušníky.

Zajistila jsem lékaře o dostatku informací pro pacienta, i co se týče prognózy.

**Hodnocení**:

Cíl byl splněn částečně. Pacient je informován lékařem.

**Potenciální diagnóza**

- **Bolest akutní**, v souvislosti se zánětem střev a zrychlením peristaltiky, projevující se slovní verbalizací.

**Cíl:** Pacient má snesitelnější a mírnější bolest.

**Výsledná kritéria:**

Pacientova bolest je snesitelnější a mírnější.

Pacientova bude bez bolesti.

Pacient dokáže bolest lokalizovat.

**Priorita:**

střední

**Plán intervencí:**

Podávej analgetika dle ordinace lékaře (sestra ve službě).

Ukaž pacientovi stupnici bolesti od 0-10, ať ukáže intenzitu bolesti (sestra ve službě).

Sleduj charakter, lokalizaci a intenzitu bolesti (sestra ve službě).

Sleduj účinky na podaná analgetika (sestra ve službě).

**Hodnocení:**

Cíl je dlouhodobý.

# 10 Edukace pacienta o dietě

Dne 24. 11. 2011 jsem provedla edukaci u pacienta M.P. o dietě a poradila mu, kterým jídlům se vyvarovat. Pacient by měl jíst menší porce, ale v častějších intervalech. Měl by vynechat potraviny, které nesnáší. Při malabsorpci (omezeném vstřebávání z gastrointestinálního traktu) je někdy nutné využít substituce triglyceridy nebo polysacharidy. Upozornila jsem, že v případě průjmů je důležitý dostatečný příjem tekutin. Doporučila jsem, aby jeho strava byla bohatá na dostatek živin a energie.

Vytvořila jsem mu seznam s doporučenými potravinami a nevhodnými potravinami.

**Doporučené potraviny:**

- jogurty s výživnými kulturami
- vařená zelenina: špenát, lilek, chřest, řepa, oloupané brambory, dýně, mrkev, dále zeleninové šťávy bez dužiny a salát
- ovocné šťávy bez dužiny, banány, melouny, ananas
- bílá rýže, rafinované výrobky z bílé mouky a cukru
- vejce a maso
- margarín, máslo, oleje

**Nevhodné potraviny:**

- popkorn, křen, nakládané okurky,
- ořechy, kokos
- červené maso
- celozrnné obilniny
- čerstvé ovoce kromě doporučených, konzervovaný ananas, ovocné šťávy s dužinou, švestky, sušené ovoce
- zeleninové šťávy s dužinou
- fazole
- syrová zelenina kromě doporučené (FREJ, 2006)

# ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelskou péči u mladého pacienta bych zhodnotila jako částečně úspěšnou. U pacienta se potvrdila Crohnova choroba, která se zatím bude léčit medikamentózně. Chirurgický výkon zatím v plánu není. Pacienta nejvíce trápí průjmy, které k tomuto onemocnění patří a lymfedém scrota. Pacient je se svým onemocněním smířený a je dostatečně edukován  o svém zdravotním stavu lékařem.

# ZÁVĚR

Díky této práci jsem lépe poznala Crohnovu chorobu, kterou jsem znala jen z teorie. První setkání s touto nemocí bylo, jak jsem již v úvodu uvedla, v okruhu mých známých. A nadále jsem se s ní potkávala při praxi v nemocnicích, což přispělo k volbě tématu mé bakalářské práce.

Utvrzením pro mě bylo, že i když se snažíme všemi dostupnými prostředky předejít výskytu jakékoli nemoci, tak po každé to ovlivnit nemůžeme. Hrají zde roli například genetické dispozice, stres či jiné neovlivnitelné faktory.

Včasná diagnostika je výhodou, neboť pravou příčinu nemoci se dosud nepodařilo zjistit. Východiskem je dohled lékařů, vhodné terapie a psychická podpora rodinných příslušníků s jejíchž pomocí se dají přizpůsobit další životní kroky a kvalita života.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY


1. ČERVENKOVÁ, R.; LUKÁŠ, M. 2009. *Crohnova nemoc a Ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha : Galén., 2009. s. 111. ISBN 978-80-7262-600-7.

2. DONGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotnísestry*.Praha:Grada Publishing, 2001. s. 568. ISBN 80-7169-294-8.

3. FERENČÍK, M.; ROVENSKÝ, J.; SHOENFELD, Y.; MAŤHA, V. 2005. *Imunitní systém – informace pro každého.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. s. 236. ISBN 80-247-1196-6.

4. FREJ, D. 2006. *Dietní sestra Diety ve zdraví a nemoci*. 1.vyd. Praha : Triton., 2006. s. 309. ISBN 80-7254-537-X.

5. KELLER, U.; MEIER, R.; BERTOLI, S. 1992. *Klinická výživa*. 1. vyd. Z něm. orig. přel. Zdeňka Slabochová. Praha : Scientia medica, spol. s. r. o., 1993. s. 236. ISBN 80–85526–08–5.

6. KOHOUT, P.; PAVLÍČKOVÁ, J. 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida.* 1. vyd. Praha : Forsapi, s. r. o., 2006. s. 80. ISBN 80-903820-0-8.

7. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetřovatelství I.,* 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

8. LUKÁŠ, Karel. 2001. *Idiopatické střevní záněty*. 1. vyd. Praha : Triton, s.r.o., 2001. s. 77. ISBN 80-7254-173-0.

9. LUKÁŠ, K. *a kol.* 2005. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing. a.s., 2005. s. 288. ISBN 80-247-1283-0.

10. LUKÁŠ, M. *a kol.* 1998. *Idiopatické střevní záněty Nejistoty, současné znalosti a klinický přístup.* 1. vyd. Praha : Galén., 1998. s. 363. ISBN 80-85824-79-5.

11. LUKÁŠ, K.; ŠATROVÁ, J. 2004. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci.* 1. vyd. Praha : Triton, s.r.o., 2004. s.87. ISBN 80-7254-473-X.

12. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetřovatelství I.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s. 280. ISBN 80-247-1148-6.

13. ŠPIČÁK, J. *a kol.* 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. s. 421. ISBN 978-80-247-1783-8.

14. TRACHTOVÁ, E. *a kol*. 1999. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: IDPVZ, 1999. s.186. ISBN 80-7013-285- X.

15. VOKURKA, M.; HUGO, J. *a kol.* 2007. *Praktický slovník medicíny*. 8. vyd. Praha : Maxdorf, s.r.o., 2007. s. 518. ISBN 978-80-7345-123-3.

16. ZBOŘIL, V. *a kol.* 2007. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. s. 126. ISBN 978-80-247-1563-6.