

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
U PACIENTA S MORBUS CROHN**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA HOŘÍNKOVÁ

Praha 2013

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
U PACIENTA S MORBUS CROHN**

Bakalářská práce

MARTINA HOŘÍNKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová

Praha 2013



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

Hořínková Martina
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 10. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s morbus Crohn

Comprehensive Nursing Care of Patients with Crohn's Disease

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jarmila Verešová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením PhDr. Jarmily Verešové a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze 31. 5. 2013

Abstrakt

HORÁNKOVÁ, Martina. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s morbus Crohn*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová. Praha. 2013. 60 s.

Tématem bakalářské práce je aplikace ošetrovatelského procesu u pacienta s morbus Crohn. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje onemocnění, jeho příznaky, klasifikaci, diagnostické metody, komplikace a možnosti léčby.

Praktickou část práce tvoří aplikace ošetrovatelského procesu u pacienta s morbus Crohn. Pacient byl přijat s dekompenzovaným onemocněním k došetření krvácení a anemického syndromu. Ošetrovatelský proces byl prováděn během hospitalizace na standardním interním oddělení.

Závěr bakalářské práce obsahuje rekapitulaci ošetrovatelského procesu a doporučení pro praxi.

Klíčové slova: Crohnova choroba, ošetrovatelský proces.

Abstract

HORŮNKOVÁ, Martina. *Comprehensive nursing care of patients with Crohn's disease*. College of Health, Level of qualifications: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jarmila Verešová. Prague. 2013. p. 60

The topic of the bachelor thesis is the application of the nursing process of a patient with Crohn's disease. The thesis is divided into two sections, theoretical and practical. First part describes characteristics of the disease, its symptoms, classification, diagnostic methods, complications and treatment options.

The practical part of the thesis focuses on the application of the nursing process of patient with Crohn's disease. The patient was diagnosed and hospitalized with decompensated disease for medical treatment of bleeding and anemic syndrome. The nursing process was carried out during the hospitalization at Internal Medicine Department.

Conclusion of the bachelor thesis contains recap of the nursing process.

Keywords: Crohn's disease, nursing process

Obsah

Úvod.....	13
1 Crohnova choroba	14
1.1 Příčina	14
1.2 Klasifikace	15
1.3 Příznaky	15
1.3.1 Výskyt příznaků u pacientů s Crohnovou chorobou.....	16
1.3.2 Bolesti v oblasti břišní dutiny	16
1.3.3 Průjmy	17
1.3.4 Krev ve stolici.....	17
1.3.5 Perianální projevy	17
1.3.6 Postižení žaludku	17
1.3.7 Teplota.....	17
1.3.8 Ztráta hmotnosti.....	18
1.3.9 Poruchy růstu	18
1.3.10 Postižení pohybového aparátu	18
1.3.11 Hematologické projevy	18
1.4 Výskyt.....	18
1.5 Formy nemoci	19
1.6 Komplikace	20
1.6.1 Neprůchodnost střeva.....	20
1.6.2 Píštěle (fistule)	20
1.6.3 Abscesy	21
1.6.4 Rakovina.....	21
1.6.5 Malnutrice.....	21
2 Diagnostika	22
2.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření	22
2.2 Laboratorní vyšetření.....	22
2.3 Zobrazovací metody	22
2.3.1 Endoskopické vyšetření.....	22
2.3.2 Rentgenové vyšetření	23
2.3.3 Ultrazvukové vyšetření	23
3 Terapie	24
3.1 Léky působící protizánětlivě	24
3.1.1 Aminosalicyláty	24

3.1.2	Antibiotika, chemoterapeutika.....	24
3.2	Léky ovlivňující imunitní systém.....	25
3.2.1	Imunosupresiva.....	25
3.2.2	Kortikosteroidy.....	25
3.3	Biologická léčba.....	26
3.4	Nutriční terapie a doplňková léčba.....	27
3.4.1	Bezezbytková dieta.....	27
3.4.2	Enterální výživa.....	28
3.4.3	Parenterální výživa.....	29
3.4.4	Probiotika.....	30
3.5	Chirurgická terapie.....	30
3.6	Prevence.....	30
3.7	Dopad Crohnovy choroby na kvalitu života.....	30
4	Ošetrovatelský proces u pacienta s morbus Crohn.....	33
4.1	Popis případu.....	33
4.2	Anamnéza odebraná 6. 2. 2013.....	34
4.3	Medicínský management.....	36
4.6	Posouzení současného stavu.....	40
4.7	Aktivity denního života.....	42
4.8	Situační analýza.....	43
4.9	Průběh hospitalizace.....	44
4.10	Stanovení ošetrovatelských diagnóz.....	45
4.10.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	45
4.10.2	Potencionální ošetrovatelské diagnózy.....	46
4.11	Plánování, realizace a vyhodnocení ošetrovatelských diagnóz.....	46
4.11.1	Průjem (00013).....	46
4.11.2	Chronická bolest (00133).....	48
4.11.3	Porušený obraz těla (00118).....	50
4.11.4	Porušená výměna plynů (00030).....	51
4.11.5	Porucha spánku (00095).....	53
4.12	Celkové hodnocení.....	54
5	Doporučení pro praxi.....	55
	Závěr.....	56
	Seznam použitých zdrojů.....	57
	Seznam příloh.....	60

Seznam obrázků a tabulek

Obrázek 1	Schematické znázornění lokalizací Crohnovy nemoci v trávicím traktu s procentem frekvence výskytu	19
Tabulka 1	Klasifikace Crohnovy choroby	15
Tabulka 2	Výsledky laboratorních vyšetření	36
Tabulka 3	Posouzení současného stavu	40
Tabulka 4	Aktivita denního života	42

Seznam použitých zkratk

cps.	kapsle, léková forma
CRP	C – reaktivní protein
GIT	gastrointestinální trakt, trávicí ústrojí
sol.	solution, roztok, léková forma
tbl.	tableta, léková forma

Seznam použitých odborných výrazů

- Absces** – dutina vyplněná hnisem
- Agens** – původce nemoci
- Anastomóza** – funkční spojení dvou dutých orgánů
- Anémie** – snížená hladina červených krvinek v krvi
- Artralgie** – bolesti kloubů
- Ataka** – prudký záchvat nemoci
- Autoimunitní** - odpověď organismu na své vlastní složky
- Biopsie** – odběr vzorku tkáně
- Bolus** – jednorázová dávka léku
- Diagnóza** – rozeznání a pojmenování nemoci
- Dilatace** – rozšíření dutého orgánu
- Embolie** – zaklínění vmetku v cévách
- Endoskopie** – zobrazovací metoda vnitřních dutých orgánů
- Enteroklýza** – rentgenové vyšetření tenkého střeva se zavedením sondy
- Fisury** – trhliny
- Gastrointestinální** – trávicí
- Haustra** – přirozená vyklenutí na tlustém střevě
- Hematochezie** – krvácení ze střeva
- Hypoalbuminémie** – nízká hladina albuminu v krvi
- Idiopatický** – bez známé příčiny
- Imunitní** – zabezpečující ochranu před cizorodými látkami
- Incidence** – výskyt nově vzniklých případů
- Indikace** – důvod vyžadující určitý léčebný postup
- Kontraindikace** – stav, který znemožňuje léčbu
- Malnutrice** – podvýživa
- Nazogastrická sonda** – hadička zavedena nosem do žaludku
- Nazojejunální** – hadička zavedena nosem do tenkého střeva
- Nervus vagus** – bloudivý nerv
- Obstrukce** – překážka
- Osteoporóza** – nemoc charakterizována úbytkem kostní hmoty
- Periferní neuropatie** – nezánetlivé onemocnění okrajových nervů

Peristaltika – vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů
Placebo – lék bez účinku na příčinu a příznaky nemoci
Recidiva – návrat vyléčené nemoci
Relaps – opětovné objevení příznaků nemoci v remisi
Remise – vymizení příznaků a projevů nemoci
Resekce – chirurgické odstranění části orgánu
Segment – týkající se části, úsek orgánu
Stenóza – abnormální zúžení
Subileus – částečná střevní neprůchodnost
Translokace – druh chromozomové mutace
Trombóza – srážení krve v cévách
Ulcerace – vznik vředu
Vena – žíla
Venózní – žilní
Vertigo – závrať

Úvod

Jedním z důvodů výběru diagnózy morbus Crohn ke zpracování bakalářské práce bylo seznámení se 70-ti letou ženou, která touto chorobou trpí již od svého mládí a během života se setkala snad se všemi nástrahami a komplikacemi, které tato nemoc přináší. Ať už se jednalo o opakované dlouhodobé pracovní neschopnosti nebo problém s otěhotněním. Největším nedostatkem, na který tato žena poukazovala, bylo tabu o problematice střevních chorob ve společnosti a nedostatek volně přístupných informací. Tyto problémy byly již částečně vyřešeny dostupností internetu a vznikem společností, které sdružují takto nemocné.

Záměrem práce bylo poukázat na závažnost tohoto onemocnění, důležitost v oblasti prevence, dodržování zdraví prospěšných zásad a včasnost návštěvy praktického lékaře i při sebemenším podezření na jakoukoliv změnu zdravotního stavu.

Cílem této bakalářské práce bylo v teoretické části poukázat na problematiku onemocnění morbus Crohn. V praktické části byl představen konkrétní pacient s tímto onemocněním a byla popsána komplexní ošetrovatelská péče na standardním oddělení.

1 Crohnova choroba

Crohnova choroba je idiopatické, chronické, zánětlivé onemocnění gastrointestinálního traktu. Z hlediska vývoje medicíny se jedná o poměrně nedlouho známé onemocnění. První zmínky o nemoci pocházejí ze začátku 18. století z Itálie. Nemoc byla nezávisle na sobě dvakrát popsána, a to v roce 1904 polským chirurgem Antonim Leśniowskim a v roce 1909 na Londýnském sympoziu, kde lékaři informovali o 317 pacientech s podobnými potížemi. Tyto pacienty léčili v průběhu let 1888 až 1907. Jako samostatně definované onemocnění se objevuje až v roce 1932 na americkém gastrointestinálním setkání odborníků, kde jej představil Burrill Bernard Crohn. Po němž je nemoc pojmenována. Teprve po druhé světové válce díky rozvoji imunologie ji vědci označili za autoimunitní (KOHOUT, 2006).

Morbus Crohn je poměrně vzácný typ zánětu trávicí trubice. Jedná se o chronický, nespecifický, až granulomatózní zánět, postihující celou tloušťku stěny střeva. Zánětlivé změny se vyskytují v segmentech a způsobují vředy, zúžení a píštěle. Tímto zánětem může být postižena kterákoliv část trávicí trubice (od jícnu po konečník), nejčastěji to však bývá konec tenkého střeva (terminální ileum). Nemoc se objevuje spíše u mladých lidí ve věku mezi 20 až 30 lety (25 – 30 % pacientů je diagnostikováno před 20. rokem života), a to častěji u mužů. V současnosti je této chorobě věnovaná čím dál tím větší pozornost vzhledem ke zvyšující se incidenci (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.1 Příčina

Crohnova choroba je idiopatické onemocnění celé trávicí trubice, jehož příčina není dosud známa. Odborná lékařská společnost se shoduje na podílu působení genetických faktorů (asi 5 %) a infekčních činitelů (viry spalniček, virové toxiny). Crohnova choroba je autoimunitní onemocnění, kdy imunitní systém reaguje neadekvátně na tkáň střevní stěny. Tímto způsobem vznikne lokalizovaný neinfekční zánět (KOHOUT, 2006).

1.2 Klasifikace

V literatuře se uvádí několik základních klasifikací Crohnovy choroby, např. De Dombalova z roku 1971, Parksova z roku 1976, Greenstainova z roku 1984, Ahmadova z roku 2002 (<http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>). V posledních letech se v klinické praxi užívají klasifikace vídeňská z roku 1998 a montrealská z roku 2006 (ZBOŘIL, 2012).

Tabulka 1 Klasifikace Crohnovy choroby

	Vídeňská	Montrealská
Věk při stanovení diagnózy	A1 = věk < 40 let A2 = věk > 40 let	A1 = věk < 16 let A2 = věk 17 – 40 let A3 = věk > 40 let
Lokalizace	L1 = terminální ileum L2 = kolon L3 = ileokolon L4 = horní GIT	L1 = terminální ileum L2 = kolon L3 = ileokolon L4 = horní GIT
Charakteristika nemoci	B1 = zánětlivý typ B2 = stenózující typ B3 = perforující typ	B1 = zánětlivý typ B2 = stenózující typ B3 = perforující typ B4 = perianální postižení

Zdroj: ZBOŘIL, Vladimír a kol. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha, 2012, s. 23

1.3 Příznaky

Prvním příznakem nemoci bývá střevní neprůchodnost a při postižení velké části tenkého střeva také podvýživa. Náhle se objevující nemoc bývá zaměňována za zánět slepého střeva. Průběh nemoci je spíše kontinuální s progresivním, stacionárním nebo regresivním vývojem. Asi u 1/3 nemocných začíná choroba zcela nespecificky. Řada pacientů s Crohnovou nemocí má její příznaky již řadu let před stanovením diagnózy, počáteční symptomy této nemoci bývají méně zřetelné. Typickým věkem manifestace

Crohnovy nemoci je období dospívání a dospělosti, tedy přibližně mezi 18. a 35. rokem věku. Projevy nemoci jsou velmi rozdílné, záleží na lokalizaci zánětu: **tenké střevo** – bolest břicha, neprospívání, hubnutí, chudokrevnost, plynatost, říhání a škroukání, stenózy – až subileus; **ileocekální spojení** – bolest v pravém podbřišku, příznaky apendicitidy, průjem, hubnutí, zvýšená teplota; **tlusté střevo** – mírná enterorrhagie, průjem; **anorektální oblast** – fisury, stenózy, píštěle, krvácení. U dětí se vyskytuje opoždění růstu (u 50 %) a porucha sexuálního vyžívání. Jinými případnými příznaky jsou ulcerace v ústech, artritidy, iritidy, paličkovité prsty aj. (KOHOUT, 2006).

Fáze nemoci:

- první ataka – první manifestace choroby
- relaps – opakovaná exacerbace choroby
- remise – klinicky je nemocný bez příznaků, ale aktivita choroby přetrvává

1.3.1 Výskyt příznaků u pacientů s Crohnovou chorobou

průjem 70 – 90 %

břišní bolest 45 – 66 %

anální léze 50 – 80 %

krvácení z konečníku 45 %

váhový úbytek 65 – 75 %

teplota 30 – 40 %

píštěl 8 – 10 % (<http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>).

1.3.2 Bolesti v oblasti břišní dutiny

Běžným příznakem Crohnovy choroby jsou křečovitě bolesti v oblasti břišní dutiny, jelikož zánět způsobený touto nemocí může v zanícených lokalitách vyvolat stenózu (místní zúžení průsvitu střeva). V těchto místech se může později vyvinout fibróza což je vazivové ztlustění střevní stěny. Bolest se může projevit kdekoli v oblasti břišní. Protože je bolest spojena se stenózou, může se zmenšit až zcela ustoupit vyprázdněním střev. V případě, že se k bolesti přidává nevolnost a zvracení, může to signalizovat vznik neprůchodnosti střev, tzv. subileus (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.3.3 Průjmy

Charakter průjmů se v případě tohoto onemocnění odvíjí od toho, která část tenkého nebo tlustého střeva je zasažena. Postižení tenkého střeva nemusí být průjmem doprovázeno vůbec nebo může být i příčinou silných a řídkých průjmů. Oproti tomu rozvoj nemoci v tlustém střevě způsobuje početnější průjmy menšího množství. U závažnějších případů dochází k nucení na stolicí a potřebě vyprazdňování dvacetkrát i vícekrát za den. Perianální stupeň Crohnovy nemoci může být doprovázen inkontinencí stolice (LUKÁŠ, 2003).

1.3.4 Krev ve stolici

Méně častým ukazatelem tohoto onemocnění jsou příměsi krve ve stolici. Postižení tenkého střeva většinou nebývá doprovázeno nápadným krvácením. V případě výraznějšího postižení v oblasti tlustého střeva může být krvácení masivní (LUKÁŠ, 2003).

1.3.5 Perianální projevy

Svědění nebo bolest v oblasti konečníku může být indikátorem vzniku zánětů, srůstů, píštělí či abscesů (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.3.6 Postižení žaludku

Při postižení žaludku se objevuje bolest při polykání (odynofagie), bolest břicha a zvracení (KOHOUT, 2006).

1.3.7 Teplota

Většinou je nižší, do 38,5 °C. Pokud dojde ke komplikaci, jakou je např. absces, může být i vyšší (KOHOUT, 2006).

1.3.8 Ztráta hmotnosti

Příčinou ztráty hmotnosti bývá nejčastěji snížení příjmu potravy. V případě rozšíření nemoci v oblasti tenkého střeva, může být pacient postižen také poruchou vstřebávání živin, malabsorpcí (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.3.9 Poruchy růstu

Jelikož se nemoc může prokázat v období puberty, které je charakteristické rychlým růstem jedince, pozorujeme až u 30 % dětí s touto nemocí růstové poruchy a celkové neprospívání (LUKÁŠ, 2008).

1.3.10 Postižení pohybového aparátu

Artritida – obvykle postižení jednoho až dvou větších kloubů nebo většího počtu malých kloubů, Bechtěrevova nemoc je onemocnění artritidou ve spodní části páteře v oblasti kříže (tzv. sakroiliakálního spojení). Při dlouhodobém stavu relapsu může jako důsledek nedostatku vápníku a vitamínu D vzniknout osteoporóza, při celkově nedostatečné výživě se u nemocných objevují deformity na konečcích prstů a nehtů (KOHOUT, 2006).

1.3.11 Hematologické projevy

Trombóza a plicní embolie se rozvíjejí v důsledku vzniku krevních sraženin při větším sklonu ke srážení krve při atace zánětu (LUKÁŠ, 2003).

1.4 Výskyt

Výskyt Crohnovy nemoci stále stoupá. Crohnova choroba je častěji diagnostikována u mladých mužů ve věkovém rozmezí 18 – 35 let. *„Incidence a prevalence IBD ve střední a západní Evropě a také Severní Americe stále stoupá, odhaduje se, že postihuje 0,17–0,3 % veškeré populace v rozvinutých zemích. Trend prudkého nárůstu je patrný především u Crohnovy nemoci, a to hlavně u dětí a v populaci adolescentů. Lze předpokládat, že v České republice je asi 20 000–30 000*

pacientů s CN a UC. Incidence Crohnovy nemoci se pohybuje od 3 do 5/100 000 obyvatel, (...) Předpokládaná prevalence IBD v naší populaci je zhruba 140–150/100 000 obyvatel.“ (LUKÁŠ, 2008, s. 3)

1.5 Formy nemoci

Zánět je omezený na stěnu střeva nebo se vyskytuje v části trávicího traktu bez vzniku zúžení nebo píštělí.

Stenózující forma nemoci má za důsledek zesílení stěny a zúžení průsvitu střeva. Z toho vyplývá omezená průchodnost střeva či jeho úplná neprůchodnost.

Při **fistulující** formě nemoci proniká zánět celou tloušťkou stěny střeva, dochází k jeho slepení s okolními orgány a vzniku fistulí (píštělí). Tato patologická propojení mezi orgány se tvoří mezi střevními kličkami navzájem, mezi střevem a okolními orgány v dutině břišní nebo mohou vyústit na povrch těla (KOHOUT, 2006).

Důležitou specifikací Crohnovy nemoci je lokalizace v rámci trávicího ústrojí:



Zdroj: <http://www.crohnovanemoc.cz/idiopaticke-strevni-zanety/crohnova-nemoc.html>

Obrázek 1 Schematické znázornění lokalizací Crohnovy nemoci v trávicím traktu s procentem frekvence výskytu

Ileitida – Crohnova nemoc obvykle napadá ileum, většinou jeho konečnou část před vyústěním do tlustého střeva (terminální ileitida). Ve 30 % případů je postižena pouze tato oblast.

Kolitida – v případě postižení tlustého střeva je velice komplikované odlišit Crohnovu nemoc od ulcerózní kolitidy. Ve 20 % případů je Crohnovou chorobou postiženo pouze tlusté střevo.

Ileokolitická forma – je postiženo tenké i tlusté střevo, tato forma se objevuje až v 50 % případů.

Perianální forma – postižena je oblast konečníku a řitního otvoru, je spojena s tvorbou píštělí či abscesů (LUKÁŠ, 2003).

1.6 Komplikace

Komplikace Crohnovy choroby se dělí na střevní a mimo střevní. Mezi nejčastější komplikace patří:

1.6.1 Neprůchodnost střeva

Nastává při otoku střevní sliznice během akutního zánětu nebo po vazivovém zjizvení po hojení. Nadměrná produkce vaziva ve stěně střeva může vést k postupnému zužování průsvitu střeva až k následné neprůchodnosti (obstrukci, obstrukčnímu ileu).

1.6.2 Píštěle (fistule)

Patologická propojení mohou vznikat mezi jednotlivými střevními kličkami nebo mezi střevem a okolními orgány, např. močovým měchýřem nebo dokonce mohou ústít na povrch těla.

1.6.3 Abscesy

Dutiny vyplněné hnisem se tvoří mezi střevními kličkami v dutině břišní, v oblasti hýždí a v okolí konečníku. Absces se obvykle projeví zvýšenou teplotou a bolestí v oblasti břicha. Antibiotická terapie někdy nemusí stačit a je třeba chirurgického řešení.

1.6.4 Rakovina

Crohnova nemoc je rizikovým faktorem pro vznik nádorového onemocnění v postižené oblasti střeva. U pacientů se proto doporučuje pravidelné endoskopické vyšetření, jehož cílem je včasný záchyt nádorů.

1.6.5 Malnutrice

Pacienti s Crohnovou nemocí jsou ohroženi malnutricí. Nemocní snižují příjem potravy, protože se nenasytí a v poškozeném střevě proto dochází ke snížené schopnosti vstřebávání živin. Pacienti mohou potřebovat doplňkovou stravu, ve vážných případech může být nutná i nitrožilní výživa. Řada pacientů s vážným rozsahem Crohnovy nemoci musí složení své stravy a její doplňky konzultovat s odborníkem (ČERVENKOVÁ, 2009).

2 Diagnostika

K vyšetření pacienta, k potvrzení diagnózy a zjištění možných komplikací se používají různé diagnostické metody. Některé z nich, ty nejčastěji užívané jsou popsány v následující kapitole. Dále se používá také počítačová tomografie, magnetická rezonance a leukocytární scan.

Na základě výsledků vyšetření se určuje přesná diagnóza a nejvhodnější individuální léčba.

2.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Obsáhlá anamnéza a důkladné vyšetření lékařem jsou základním kamenem stanovení správné diagnózy. Lékař vyšetřuje nemocného pohledem, poslechem, pohmatem a poklepem, nemělo by chybět také vyšetření per rectum.

2.2 Laboratorní vyšetření

Při laboratorním vyšetření se v aktivním stadiu nemoci často ukazuje anémie (70 %), snížení hladiny železa v séru, zrychlená sedimentace (80 %), hypoalbuminémie (60 %), pozitivní okultní krvácení (35 %), zvýšená hladina krevních destiček a bílých krvinek, zvýšené CRP, známky malnutrice, ASCA (protilátky proti pivovarským kvasnicím), k vyloučení infekce je vhodné provést mikrobiologické a parazitologické vyšetření stolice (ZBOŘIL, 2007).

2.3 Zobrazovací metody

2.3.1 Endoskopické vyšetření

Endoskopické vyšetření trávicí trubice ohebným přístrojem s odběrem vzorku tkáně – biopsií, je jedním z nutných kroků k získání diagnózy u pacientů s podezřením na Crohnovu chorobu. Řadíme zde gastrokopii, kolonoskopii, sigmoideoskopii. Pokud

je nutné vyšetřit i větší část tenkého střeva než je možné u gastroscopie, přistupuje se k enteroskopii, kdy je možné zobrazit až 60 cm jejunu. Po vyčerpání těchto metod se přistupuje ke kapslové endoskopii, což je vyšetření trávicího traktu pomocí kapsle s mikrokamerou, která zaznamenává obraz do počítače, kde je poté prohlédnut lékařem.

2.3.2 Rentgenové vyšetření

Rentgenové vyšetření střeva s použitím kontrastní látky se používá k zobrazení úseků střeva. Při enteroklyze se kontrastní látka podává zavedenou sondou. Toto vyšetření má vysokou výpovědní hodnotu.

2.3.3 Ultrazukové vyšetření

Ultrazukové vyšetření břicha je nejméně invazivním vyšetřením, a pokud má použitý přístroj dobrou rozlišovací schopnost, mohou výsledky velmi pomoci s diagnostikou nemoci. Při ultrazukovém vyšetření je možné posoudit tloušťku střešní stěny, abscesy a infiltrace v okolí střeva (BARTUŠEK, 2004).

3 Terapie

Terapie Crohnovy choroby spočívá pouze v léčbě symptomů, následků a komplikací. Léčba je zaměřena na léčbu již probíhajícího zánětu a také na prevenci relapsu choroby, která je v klidovém stavu. Konzervativní léčba zahrnuje podávání léků s protizánětlivým, protibakteriálním a jiným účinkem, nutriční opatření a v neměsí míře také psychoterapii. Do konzervativní léčby jsou zahrnuty také endoskopické zákroky. V případě, že se pomocí konzervativní terapie nedaří onemocnění zvládnout, přistupuje se k chirurgickému zákroku (PINETON DE CHAMBRUN et al., 2009).

3.1 Léky působící protizánětlivě

3.1.1 Aminosalicyláty

Aminosalicyláty jsou léky působící protizánětlivě, podávají se v akutním stádiu i preventivně. Jsou ve formě tablet, čípků a nálevu. Forma léku je použita podle místa výskytu zánětu, při postižení tlustého střeva se upřednostňují nálevy a čípky. Jsou vhodné při lehké a středně těžké formě Crohnovy nemoci (ČERVENKOVÁ, 2009). Aminosalicyláty inhibují cyklooxygenasu a lipooxygenasu, snižují aktivitu T i B lymfocytů při tvorbě protilátek, snižují odpověď neutrofilů a makrofágů a chrání střevní sliznici před působením kyslíkových radikálů. Nežádoucí účinky při dlouhodobé léčbě jsou bolesti hlavy, nevolnost, vypadávání vlasů a chudokrevnost (KOHOUT, 2006).

Preparáty užívané v ČR – tablety – Pentasa, Salofalk, Sulfasalazin, Asacol; čípky – Asacol, Salofalk, Pentasa; klyzma – Asacol, Salofalk (<http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>).

3.1.2 Antibiotika, chemoterapeutika

Při použití antibiotik a chemoterapeutik se využívá jejich pozitivní účinek. Léky snižují množství cizorodých látek ve střevě a tím i možnost vzplanutí zánětu, zároveň

mění složení střevní mikroflóry. Antibiotika se užívají po delší dobu než je běžné, obvykle 6 – 12 týdnů, při několikaměsíčním podávání hrozí nebezpečí periferní neuropatie (ČERVENKOVÁ, 2009).

Nejčastěji užívané preparáty – ATB – tablety Ofloxin, Taroflox, Ciplox, injekční roztoky – Ciphin, Ciprinol, Ciprofloxacin; chemoterapeutika – infuzní roztok – Metronidazol (<http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>).

3.2 Léky ovlivňující imunitní systém

3.2.1 Imunosupresiva

Imunosupresiva jsou léky potlačující reakci imunitního systému. Imunosupresivní vlastnosti má řada léků – například některá antibiotika či protizánětlivé léky. Imunosupresiva nejsou bez vedlejších účinků a rizik. Většina z nich působí neselektivně, imunitní systém není plně schopen odolávat infekcím. Existují také další vedlejší následky jako je hypertenze, dyslipidemie, hyperglykemie, žaludeční vředy či poškození jater nebo ledvin či porucha krve tvorby (KOHOUT, 2006).

Imunosupresiva se vzájemně ovlivňují s jinými léky, čímž ovlivňují jejich metabolismus a činnost, jsou podávány ve formě tablet, injekcí nebo čípků. Při léčbě Crohnovy choroby jsou nejčastěji užívány tyto léky: Azathioprin a 6–merkaptopurin se užívají k udržení klidového stavu nemoci. Cyklosporin A se podává v akutní fázi Crohnovy choroby. Metotrexát je pacientům podáván v těžkých stavech nemoci, kdy selhává jiná léčba, jako poslední možnost před nutností chirurgického řešení. Metotrexát je teratogen způsobující vrozené vývojové vady plodu (ZBOŘIL, 2007).

3.2.2 Kortikosteroidy

Kortikosteroidy jsou hormony kůry nadledvin, jako lék se užívají synteticky vyráběné kortikoidy – látky se stejnou strukturou, které tlumí zánětlivou aktivitu u dospělých. Podstatnou roli hrají při léčbě akutní fáze Crohnovy choroby. Léčba kortikosteroidy by neměla překročit dobu tří měsíců. I přes svůj výrazný účinek v léčbě,

mají při dlouhodobém podávání řadu nežádoucích účinků, např. osteoporózu, periferní neuropatii, akné, riziko vzniku nebo zhoršení diabetu mellitu, váhový přírůstek, zhoršení psychiatrických diagnóz nebo riziko šedého zákalu. Je nutné proto provádět denzitometrii kostí a oční vyšetření na kataraktu, jako preventivní opatření při léčbě kortikoidy (ČERVENKOVÁ, 2009).

Kortikosteroidy jsou podávány ve formě čípků, tablet, klyzmat a injekcí. Nejčastěji používanými preparáty jsou: tablety – Prednison a Medrol, čípky – Rectodelt, klyzma – Entocort, injekce – Dexamed a Solu-Medrol (<http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>).

3.3 Biologická léčba

Biologická léčba spočívá v cíleném zásahu do pochodů probíhajících v nemoci postiženém organismu. Provádí se pomocí látek biologické povahy, které jsou stejné nebo velmi podobné s látkami, které tělo přirozeně vyrábí. Tyto látky vstupují do zánětlivého procesu, kde působí cíleně pouze na určitý typ buněk a zlepšují či opravují schopnost sebeobrany organismu. Látky používané v biologické léčbě se nazývají modifikátory imunitní odpovědi. Pro účely cílené biologické léčby jsou tyto látky vyráběny laboratorně a tělu dodávány. Při Crohnově chorobě je podáván preparát, který blokuje jeden z faktorů, který se uvolňuje ve tkáni z aktivovaných bílých krvinek a makrofágů. Jeho nadbytek zhoršuje průběh Crohnovy nemoci. Tento preparát zastavuje uvolňování faktoru a tím i projevy zánětu (ZBOŘIL, 2012).

Přes svá nesporná pozitiva doprovází léčbu řada nežádoucích účinků. Nejčastější jsou alergické reakce, dále pacienti trpí bolestí hlavy, návaly či závratí. Mezi méně časté nežádoucí účinky se řadí virové nebo herpetické infekce. Těhotenství není překážkou biologické léčby (LUKÁŠ, 2012).

Kontraindikací biologické léčby jsou těžké alergické reakce, náhlé příhody břišní, městnavá srdeční slabost, tuberkulóza, septické stavy, autoimunitní onemocnění, infekce virem hepatitidy B a náhlé příhody břišní (ZBOŘIL, 2012).

Největší překážkou většímu rozšíření biologické léčby jsou vysoké ceny dostupných preparátů (ČERVENKOVÁ, 2009).

Preparáty pro biologickou léčbu užívané v ČR – účinná látka Infliximab ve formě prášku pro přípravu intravenózní infuze – Remicade, cena cca 15 tisíc Kč za 100mg balení léku dle informací na internetových stránkách České průmyslové zdravotní pojišťovny; účinná látka Adalimumab ve formě subkutánní injekce – Humira 40mg, cena jednoho balení cca 25 tisíc Kč dle informací na internetových stránkách České průmyslové zdravotní pojišťovny (<http://www.cpzp.cz>).

3.4 Nutriční terapie a doplňková léčba

Dietní opatření je nedílnou součástí základní léčby Crohnovy choroby. Podle stavu funkčnosti trávicího traktu je nemocnému podávána dieta s omezením nestravitelných zbytků, sipping, enterální výživa nebo parenterální výživa.

3.4.1 Bezezbytková dieta

Dieta s omezením nestravitelných zbytků je v době remise i relapsu důležitou součástí léčby. Dieta je plnohodnotná, lehce stravitelná, obsahuje větší objem bílkovin, příjem tuků je mírně snížený. Porce jsou menší a chuťově upravené do 5 – 6 jídel denně. Výběr potravin i technologický postup přípravy šetří střevo mechanicky a chemicky (SKŘIČKA, 2009). Pozornost je věnována snášenlivosti mléka, v některých případech i mléčným výrobkům a rafinovaným cukrům. Z jídelníčku jsou vyloučeny potraviny obsahující vlákninu, což představuje užší výběr zeleniny i ovoce a snížený obsah vitamínu C, který je třeba nahradit medikamentózně. Nevhodné potraviny pro nemocné s Crohnovou chorobou jsou kofein, alkohol, umělé tuky, tučné a uzené maso, tučné ryby, luštěniny, ořechy, citrusy, tučná a kyselá jídla, tepelně neupravená zelenina, čokoláda, sycené nápoje, kynuté pečivo a dráždivé koření. Jídla jsou připravována vařením, dušením, pečením bez tuku pod poklicí, aby se nevytvořila kůrka. Není doporučeno smažení, pečení na tuku a používání jíšky k zahuštění pokrmů (PÁNEK, 2002).

Každý nemocný ovšem reaguje specifickým způsobem a na základě svých zkušeností si sestavuje jídelníček. Pacient přijímá potraviny, které mu nepůsobí potíže. „*Dvojnásobně dobrá zpráva: jezte vše, na co máte chuť a po čem vám není mizerně. (...) Jezte zkrátka rozumně, zdravě a nezapomeňte na vlákninu.*“ (ČERVENKOVÁ, 2009, s. 51)

Povolené potraviny u bezezbytkové diety jsou bílé pečivo, v malém množství vejce, mléčné výrobky – nízkotučné sýry bez příchutě, nízkotučný tvaroh, libové maso – telecí, vepřové, hovězí, kuřecí, ryby sladkovodní i mořské, dušená šunka, libové dietní párky, bramborová kaše, brambory, těstoviny, rýže, banány, nastrohaná jablka, dušená zelenina, vařená mrkev, celer a petržel pouze jako vývar, nápoje – čaj, slabé ovocné šťávy, neperlivé minerální vody (VRÁNOVÁ, 2013).

3.4.2 Enterální výživa

Enterální výživa je způsob přijímání živin nemocných, u kterých je funkční trávicí systém, pomocí přípravků které nahrazují běžnou stravu a nezatěžují trávicí trakt. Produkty obsahují ve vyváženém poměru sacharidy, lipidy, aminokyseliny, stopové prvky a vitamíny (ČERVENKOVÁ, 2009).

Při krátkodobé potřebě výživové podpory užívají nemocní **sipping**, tzn. popíjejí nutričně definované přípravky v době mezi jídly, aby nemocný přijímal tuto výživu nad rámec normální stravy. Zásadou správného užívání sippingu je příjem po malých dávkách, protože takto se živiny lépe vstřebávají. K dispozici je široká nabídka typů a chuťových variant sippingu, např. Nutridrink (KOHOUT, 2006).

Při dlouhodobé potřebě náhrady stravy volíme nazogastrickou nebo nazojejunální sondu. Nazojejunální podávání stravy indikujeme při intoleranci gastrického podávání. Při zavedení sondy je vhodné podávání prokinetik a probiotik. Enterální výživa se může podávat kontinuálně nebo formou bolusů. Většinou je lépe tolerována kontinuální výživa sondou, bolusové podávání je však více fyziologické. Přípravky vhodné k podávání sondou vyrábí např. firma Nestlé pod názvem Novasource (KŘEMEN, 2009).

Enterální výživa má v porovnání s parenterální výživou méně komplikací, je jednodušší na přípravu a podávání a je méně finančně náročná. Zabraňuje vzniku atrofie sliznice, zlepšuje hojení ran, snižuje výskyt infekčních komplikací a bakteriální translokace. Enterální výživa je absolutně kontraindikovaná při náhlých příhodách břišních, ileózních stavech, těžkých průjmech a krvácení do trávicího traktu (ŽÁK, 2007).

3.4.3 Parenterální výživa

Parenterální výživou rozumíme podání výživy mimo trávicí trakt intravenózním vstupem do periferní nebo centrální žíly. Parenterální výživa je nemocnému podávána v případě, že organismus nedokáže zpracovat přijímanou stravu, nejčastěji v akutní fázi nemoci, nebo při komplikacích. Je volena jako poslední řešení, tedy až poté co nelze podávat jiné formy výživy (KOHOUT, 2006).

Podle potřeby živin rozlišujeme parenterální výživu na částečnou, kdy jsou nemocnému dodávány tekutiny, elektrolyty a energie a úplnou, kdy dodáváme tekutiny, elektrolyty, vitaminy, stopové prvky a zcela kryjeme energetickou potřebu lipidů, aminokyselin a sacharidů. Dále rozlišujeme parenterální výživu na krátkodobou – méně než 2 týdny a dlouhodobou, tzn. podání delší než 2 týdny. Dle způsobu aplikace rozeznáváme parenterální výživu periferní, kdy je zajištěn periferní venózní přístup a centrální parenterální výživu, kdy je zajištěn přístup do centrálního venózního řečiště kanylací velkých žil Seldingerovou metodou – vena jugularis interna, vena subclavia aj. Do centrálního řečiště můžeme podávat vysokoosmolární roztoky a koncentrované roztoky aminokyselin (KŘEMEN, 2009).

Maximální délka podání parenterální výživy není určena, ale po docílení zklidnění trávicího traktu, je co nejdříve pacient převáděn na enterální výživu nebo na kombinaci enterální výživy a postupného zatěžování trávicího traktu stravou.

Mezi preparáty parenterální výživy se řadí systém vaků all in one. Tyto vaky jsou vyráběny farmaceutickými firmami a obsahují živiny pro pokrytí energetické potřeby celého dne, např. řada Nutriflex (ŽÁK, 2007).

3.4.4 Probiotika

Probiotika jsou přípravky obsahující živou mikrobiální flóru, jsou preventivně podávány pacientům s Crohnovou chorobou. Přípravky jsou vyráběny s jedním či více kmeny bakterií. Probiotika jsou vyráběny ve formě kapslí, tablet, sirupů. Z hlediska obsahu mikrobiální flóry zde můžeme zařadit také jogurty a jogurtové nápoje (KOHOUT, 2006).

3.5 Chirurgická terapie

Nejčastější indikací chirurgického zákroku u pacientů s Crohnovou chorobou je selhání farmakologické léčby a komplikace nemoci, např. akutní či chronická obstrukce, krvácení, perforační peritonitida, píštěle, abscesy.

Nejčastějšími chirurgickými výkony u pacientů s Crohnovou chorobou jsou resekce s anastomózami nebo stomiemi, strikturoplastiky, balónkové dilatace stenóz, drenáže abscesů, fistulotomie, anastomózy end-to-end, stomie u akutních stavů nebo při nemožnosti rekonstruovat oblast rekta. Resekce by měly být co nejmenšího rozsahu z důvodu možnosti opakovaných zákroků při recidivách nemoci (ČERVENKOVÁ, 2009).

3.6 Prevence

Prevence vzniku Crohnovy choroby není známá, protože důvod autoagresivity imunitního systému zatím nebyl objeven. Avšak lidé, v jejichž rodině se již Crohnova nemoc vyskytuje, by měli být sledováni na gastroenterologických pracovištích, aby se případné propuknutí nemoci zachytilo včas. Riziko propuknutí nemoci je u nich mnohonásobně vyšší.

3.7 Dopad Crohnovy choroby na kvalitu života

Průzkumy prováděné u pacientů s Crohnovou chorobou poskytují užitečné údaje pro porovnání s údaji z klinických studií a epidemiologických studií. Počty nemocných s Crohnovou chorobou vykazujících přidružená onemocnění jsou vyšší než v obecné

populaci, revmatoidní artritida se vyskytuje 15krát častěji, ankylozující spondylitida – Bechtěrevova choroba 20 až 40krát častěji a psoriáza více než 10krát. I když tyto diagnózy nebyly lékařsky potvrzeny, zjištění přidává váhu k hypotéze, že onemocnění morbus Crohn představuje společný zánětlivý mechanismus ovlivňující různé tělesné systémy a orgány.

Léčebné režimy naznačují, že vysoký podíl nemocných s Crohnovou chorobou dostává protizánětlivé léky včetně aminosalicylátů (48 %), ale před časem zveřejnila Evropská organizace pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu (ECCO) konsensus o řízení léčby Crohnovy choroby a ten naznačuje, že aminosalicyláty mají velmi omezenou léčebnou roli a že by měly být považovány za klinicky stejně účinné jako placebo.

Je však povzbudivé, že většina nemocných (50 %), kteří dostávali biologickou léčbu uvádí, že došlo ke zlepšení kvality života v měsících užívání. Tyto údaje mohou rovněž podporovat využívání více agresivní léčby v raném stadiu nemoci. Více než tři čtvrtiny (76 %) respondentů uvedlo, že jsou spokojeni s výsledky získanými z jejich současné léčby, a to i přes to, že příznaky ovlivnily trávení jejich volného času. To naznačuje, že mnoho nemocných očekává, že přizpůsobí svůj životní styl léčbě.

Více než polovina respondentů s Crohnovou chorobou (57,5 %) podstoupilo chirurgickou léčbu. Ačkoli většina z těchto respondentů (87 %) uvedla, že jejich kvalita života se po operaci zlepšila, 69,3 % nemocných uvádí recidivu příznaků a 25,8 % nemocných dokonce vznik závažných komplikací. K těmto komplikacím patří bolesti břicha, pánevní sepse, krvácení nebo střevní obstrukce.

Nedávné pokroky v léčebných postupech naznačují, že použití chirurgie jako prostředku ke zmírnění symptomů by mělo být až poté, co byly vyčerpány všechny možnosti konzervativní léčby. Více než 86 % respondentů by raději vyzkoušelo novou formu farmakoterapie spíše než by podstoupili operaci a tím se vyhnuli souvisejícím rizikům a komplikacím.

Nedostatek informací o kvalitě života nemocných s Crohnovou chorobou může odrážet obecnou akceptaci nemocných i lékařů, že nespecifické střevní záněty

nevyhnutelně negativně ovlivňují jejich život. Další předpokladem je, že jsou si lékaři vědomi vlivu symptomů na kvalitu života nemocného.

Cíle léčby by měly zahrnovat kontrolu zánětu, hojení sliznice a dlouhodobou remisi. Lékaři by měli také poskytovat informace, pokud jde o dopad symptomů Crohnovy choroby na život nemocných a diskutovat s nimi o novější možnosti léčby. Při všech jednáních s nemocnými by se lékaři měli snažit zlepšit kvalitu jejich života využitím všech nástrojů, které mají k dispozici.

Výsledky z Evropské federace Asociace Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy – EFCCA (GHOSH et al., 2007).

4 Ošetřovatelský proces u pacienta s morbus Crohn

4.1 Popis případu

Opakovaně hospitalizovaný pacient je dne 6. 2. 2013 v 7:15 na doporučení lékaře gastroenterologické ambulance přijat na interní oddělení Městské nemocnice Ostrava pro dekompenzaci m. Crohn, hematochezii a vertigo k doléčení stavu.

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: J. M.

Stav: svobodný

Datum narození: 0. 0. 1988

Zaměstnání: v oblasti lidských práv

RČ: 880000/0000

Státní příslušnost: ČR

Věk: 25

Národnost: česká

Pohlaví: muž

Nemocnice: Městská nemocnice

Číslo pojišťovny: 213

Datum přijetí: 6. 2. 2013

Adresa bydliště: Slezská Ostrava

Typ přijetí: akutní

Nejbližší příbuzný: matka

Oddělení: interna G

Adresa příbuzných: Ostrava – Radvanice

Ošetřující lékař: MUDr. I. T.

Základní lékařská diagnóza

Mikrocytární anémie s projevy anemického syndromu při dekompenzaci morbus Crohn.

Přidružené lékařské diagnózy

Ulceró-hemoragická kolitis a terminální ileitis.

Hematochezie.

Stav po operaci PHK pro úraz.

Alergie na pyl, prach.

Důvod přijetí udávaný pacientem

V posledních třech dnech pacient pozoruje krev ve stolici, je více unaven, objevují se závratě.

Vitální funkce při přijetí 6. 2. 2013, 10:15

TK: 120/70 – normotenze	Výška: 170 cm
P: 80/min – normokardie	Hmotnost: 68 kg
D: 16/min – eupnoe	BMI: 23,53 – ideální váha
TT: 36,7 °C – afebrilní	Pohyblivost: neomezená
Stav vědomí: GCS – 15	Krevní skupina: A Rh pozitivní

Nynější onemocnění

25letý pacient přijat na interní oddělení pro mikrocytární anémii s projevy anemického syndromu při dekompenzaci Morbus Crohn. Opakovaná hospitalizace, naposledy 10/2012. Pacient je sledován v gastroenterologické ambulanci, léčen pro artralgie jako extraintestinálního projevu Crohnovy choroby. Nyní přijat k došetření hematochezie.

Informační zdroje

Zdravotnická dokumentace, chorobopis, pacient.

4.2 Anamnéza odebraná 6. 2. 2013

Rodinná anamnéza

Bezvýznamná, rodiče zdraví, s ničím se neléčí,

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: běžné dětské nemoci.

Hospitalizace a operace: opakovaně na interním oddělení, naposledy 10/2012.

Úrazy: stav po operaci PHK pro úraz 2000.

Transfúze: ano, počet si nepamatuje.

Očkování: očkování dle očkovacího kalendáře.

Alergologická anamnéza

Pacient udává alergii na pyly a prach.

Abúzy

Alkohol: nepije.

Kouření: 1 krabička denně.

Káva: 2 šálky denně.

Jiné závislosti na návykových látkách neuvádí.

Farmakologická anamnéza

Salofalk 500 mg tbl. 2 – 2 – 2

Loseprazol 20 mg tbl. 0 – 0 – 1

Sociální anamnéza

Stav: svobodný.

Bytové podmínky: žije v nájemním bytě 3+1 s družkou.

Vztahy v rodině: vztahy v rodině jsou dobré, rodiče mají dobrý vztah i s jeho družkou.

Vztahy mimo rodinu: udržuje kontakty s bývalými spolužáky, s kolegy z práce chodí za zábavou.

Záliby: počítačové hry, hudba.

Volnočasové aktivity: sport, turistika, cestování.

Urologická anamnéza

Překonané urologické onemocnění: neudává.

Samovyšetřování varlat: neprovádí.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: vyšší odborné.

Pracovní zařazení: sociální pracovník v oblasti lidských práv.

Vztahy na pracovišti: dobré.

Ekonomické podmínky: dobré.

Spirituální anamnéza

Pacient je římskokatolického vyznání, ale nepraktikuje.

4.3 Medicínský management

Zajištění invazivních vstupů – periferní venózní katetr.

Ordinovaná vyšetření

Laboratorní vyšetření krve – biochemické, koagulace, krevní obraz, sedimentace.

Bakteriologické vyšetření – moč.

Mikrobiologické vyšetření – krev, stolice.

Kontrolní rentgen plic, kolonoskopie, fibrogastroskopie, sonografie břicha.

Tabulka 2 Výsledky laboratorních vyšetření

	6. 2. 13	7. 2. 13	8. 2. 13	11. 2. 13	Fyz. hodnota
Krevní obraz					
leukocyty	13,6	12,7		12,2	$3,5 - 9 \times 10^9/l$
lymfocyty	0,27				25 – 33 %
monocyty	0,12				3 – 8 %
eozinofily	0,02				0 – 5 %
bazofily	0,00				0 – 1 %
hemoglobin	86	94		104	120 – 162 g/l
hematokrit	0,279	0,299		0,327	0,37 – 0,47
erytrocyty	4,22	4,56		4,69	$3,8 - 5 \times 10^{12}/l$
sedimentace		86/90			2 – 5 mm/hod.
Koagulace					
Quick	75				70 – 120 %
INR	1,21				0,8 – 1,2
APTT	31				25 – 35 s

	6. 2. 13	7. 2. 13	8. 2. 13	11. 2. 13	Fyz. hodnota
Biochemie					
Na v séru	138	135	138	140	133 – 150 mmol/l
K v séru	4,2	4,3	4,6	4,5	3,8 – 5,5 mmol/l
Cl v séru	103	99	102	104	98 – 108 mmol/l
Fe v séru		4,4			12 – 27 µmol/l
urea	3,1	3,3	3,6	3,3	2,0 – 7,5 mmol/l
kreatinin	74	83	76	70	44–110 µmol/l
albumin		37			32 – 45 g/l
celk. bílkovina		65			65 – 80 g/l
bilirubin		5			0 – 7 µmol/l
ALT		0,26			0 – 0,8 µkat/l
AST		0,20			0 – 0,65
ALP		1,1			0 – 2,7
GGT		0,1			0,17 – 1,19 µkat/l
cholesterol		2,4			0 – 5,2 mmol/l
TAG		1,8			0 – 1,8 mmol/l
ferritin		8,4			38 – 457 ug/l
TRF		2,7			2,0 – 3,6 g/l
CRP	63		69	71	2 – 8 mg/l
Moč					
pH		7,0			5,0 – 7,0
bílkovina		0			0,0 – 0,30 g/l
glukóza		0			0,0 – 0,0 mmol/l
ketolátky		0			0,0 – 0,0 mmol/l
bilirubin		0			0,0 – 0,0 mmol/l
krev		0			0,0 – 10,0 µl
leukocyty		0			0,0 – 15,0 µl
nitrity		negat.			
hlen		četný			
drť		četná			

	6. 2. 13	7. 2. 13	8. 2. 13	11. 2. 13	Fyz. hodnota
Mikrobiologie – stolice					
toxin Cl. difficile			negat.		
Antigen toxinu Cl. difficile			negat.		
Kultivace stolice			negat.		
Mikrobiologie – krev					
Vitamín B12				415	223 – 1132 ug/l
Kys. listová				5,93	4,5 – 15

Výsledky provedených vyšetření

Kolonoskopie 7. 2. 2013

Provedena totální kolonoskopie a terminální ileoskopie. Zjištěna zánětlivá polypóza kolon, tlusté střevo od 30 cm až po cékum poseto stovkami polypů. V ampuli klidná sliznice. Terminální ileum s polypoidní sliznicí a ulceracemi a erozemi do 20 cm. Odebrány vzorky z tenkého i tlustého střeva, odeslány k histologickému vyšetření.

Bioptické vyšetření odebraných vzorků

Histologický obraz odpovídá výrazně aktivnímu zánětu, kde vzhledem k přítomnosti epiteloidních granulomů a dalším charakteristikám potvrzuje diagnózu morbus Crohn.

Sonografie břicha 8. 2. 2013

Játra nezvětšena, střední echogenity, homogenní struktury, bez ložiskových změn. Biliární systém ani vena portae nejsou dilatovány, ductus choledochus není dilatován, jaterní žíly normální šířky. Žlučník má normální stěnu, bez kamenů. Pankreas je normální echogenity i struktury bez ložiskových změn, Wirsung není dilatován. Slezina je homogenní, nezvětšena. Obě ledviny jsou normální velikosti, hladkého povrchu, normální šířky parenchymu, bez ložiskových změn, dutý systém není dilatován, lithiáza nenalezena. Močový měchýř je málo naplněn, prostata nezvětšena. Volná tekutina, ložiskové změny ani známky poruchy pasáže GIT nenalezeny. Závěr: sonografie s normálním nálezem.

Fibrogastroskopie 11. 2. 2013

Žaludek je bez ložiskových změn, kardie a jícnu jsou intaktní, bulbus v normě.
Závěr: Horní GIT bez aktuálních ložiskových změn.

Konzervativní léčba

Dieta – č. 5, bez nestravitelných zbytků.

Pohybový režim – klidový režim na lůžku.

RHB – není ordinována.

Farmakologická léčba

Per os:

Salofalk 500 mg tbl.	2 – 2 – 2
Prednison 20 mg tbl.	1½ – 1 – 0
Helicid 20 mg cps.	1 – 0 – 1
Entizol 250 mg tbl.	1 – 1 – 1
Nutridrink 200 ml sol.	1 – 1 – 1
Novalgin 500 mg tbl.	1 – 1 – 1
Diazepam 5 mg tbl.	dle potřeby večer

I. m.:

Novalgin 5 ml sol. při bolesti, VAS nad 7, max. 3x denně

Transfúze:

Podat 2x plnou krev – 7. 2.; 8. 2.

4.6 Posouzení současného stavu

Tabulka 3 Posouzení současného stavu

6. 2. 2013	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„Občas mě bolí hlava, asi z únavy a ze stresu v práci. Někdy mám závratě. Hlavně v zimě trpím na koutky.“	Lebka: normocefalická, bez deformit, bez bolesti Oči: zornice izokorické, skléry anikterické Uši a nos: bez výtoků a deformit Rty: prokrvené, suché Dutina ústní: koutky bez poklesu, jazyk bez povlaku, chrup zdravý Krk: štítná žláza, lymfatické uzliny nehmatné
Hrudník a dýchací systém	„Jsem kuřák, takže při velké námaze se občas zadýchám. Občas se ráno budím s kašlem.“	Hrudník: bez deformit, souměrný Dýchání: bez dušnosti, 16 dechů/min., kuřák – 20 cigaret denně
Kardiovaskulární systém	„Nemám žádné problémy a s ničím takovým se neléčím.“	Srdeční akce: pravidelná, TK – 120/70 – normotenze, P – 80/min. – normokardie, pravidelný Otoky: bez otoků
Břicho a trávicí systém	„Někdy mívám bolesti břicha, hlavně po ostrém jídle. Trpím průjmy, v posledním týdnu byly s krví, proto jsem šel k doktorovi.“	Břicho: měkké, bez bolesti, peristaltika slyšitelná Defekace: poslední stolice dnes 2x, jinak nepravidelná, průjmovitá, nyní s příměsí čerstvé krve, plyny odchází

6. 2. 2013	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Močový a pohlavní systém	„Nemám žádný problém.“	Ledviny: pokleповě bez bolesti Moč: mírně zkalená Genitál: bez výtoku, bez patologie
Kosterně-svalový systém	„Často mě bolí záda a kolena.“	Páteř: ve fyziologickém postavení, bez deformit Končetiny: bez deformit Klouby: pohyb bez omezení
Nervově-smyslový systém	„Nemám žádný problém.“	GCS: 15 Zrak: dobrý, korekci nepotřebuje Čich, chuť: zachovány Hmat: Sluch: dobrý Řeč: srozumitelná
Endokrinní systém	„Nemám žádný problém.“	Pacient není sledován v odborné ambulanci.
Imunologický systém	„Jsem alergický na pyly a prach, takže v sezóně, mívám rýmu a slzí mi oči. Jinak nemocný nebývám.“	Pacient sledován od dětství v alergologické ambulanci, nyní bez projevů alergie. TT: 36,6 °C
Kůže a její adnexa	„Mám spíše sušší kůži, jinak nic.“	Kůže: bledá, suchá, čistá, bez defektů, na paži tetován 15 x 10 cm Vlasy: čisté, upravené Nehty: čisté, upravené

4.7 Aktivity denního života

Tabulka 4 Aktivity denního života

7. 2. 2013	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování	<p>Doma: „Vím, že bych měl dodržovat dietu, doma se snažím, ale v práci to moc nejde, často jezdím do zahraničí.“</p> <p>V nemocnici: „Jídlo mi chutná, ale potřeboval bych menší porce a častěji.“</p>	<p>Pacient váží 68 kg, BMI – 23,53 – normální váha. Včera dieta 0/S, dnes postupná zátěž stravou – toleruje.</p>
Příjem tekutin	<p>Doma: „Denně vypiju asi 2 litry, nejvíc piju minerálky, coca colu a džusy. Dávám si denně 2 – 3 kávy. Občas i energetický nápoj“</p> <p>V nemocnici: „Čaj mi nechutná, přítelkyně mi donese minerálky.“</p>	<p>Měřena bilance tekutin za 24 hod., pacient poučen o pitném režimu. Pacient je bez známek dehydratace.</p>
Vylučování moče a stolice	<p>Doma: „S močením potíže nemám, jenom ten průjem je problém.“</p> <p>V nemocnici: „Čeká mě příprava na kolonoskopii – mám z toho trochu strach.“</p>	<p>Měřena bilance tekutin za 24 hod., moč mírně zakalená. Pálení, řezání neudává. Chodí sám na WC. Pacient po kolonoskopii poučen o nutnosti hlásit příměsí krve ve stolici. Má průjmovité stolice.</p>
Spánek a bdění	<p>Doma: „Doma spím dobře, v poslední době trochu hůř usínám.“</p> <p>V nemocnici: „Nemůžu tady usnout, ruší mě okolí.“</p>	<p>Pacient má potíže s usnutím, přes den nespí. Jsou podávány léky na spaní dle ordinace lékaře. Před spaním je pokoj vyvětrán.</p>

7. 2. 2013	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Aktivita a odpočinek	<p>Doma: „Rád cestuju, chodím na hory, ale na to nemám moc času, někdy hraju počítačové hry. S přítelkyní chodíme na koncerty.“</p> <p>V nemocnici: „Cítím se unavený.“</p>	<p>Při hospitalizaci se cítí unavený, přes den odpočívá. Poslouchá hudbu nebo pracuje na počítači. Navštěvuje její matka a přítelkyně.</p>
Hygiena	<p>Doma: „Sprchuju se dvakrát denně.“</p> <p>V nemocnici: „Zvládám to sám.“</p>	<p>Pacient je soběstačný, hygienu provádí sám, chodí do koupelny.</p>
Samostatnost	<p>Doma: „Jsem zcela samostatný.“</p> <p>V nemocnici: „Jsem zcela samostatný.“</p>	<p>Pacient je soběstačný, mobilní, pomoc v úkonech sebepečce nevyžaduje.</p>

4.8 Situační analýza

Dne 6. 2. 2013 v 7:15 přijat na standardní interní oddělení pacient J. M. k došetření hematochezie, mikrocytární anémie s projevy anemického syndromu a kompenzaci morbus Crohn.

Pacient je orientovaný všemi směry, mobilní, soběstačný, spolupracuje, cítí se slabý, unavený, trpí závratěmi, verbalizuje své obavy z hospitalizace a delší pracovní neschopnosti. Udává chronické bolesti kloubů, především kolenních, a občasné ostré bolesti v břiše, nejčastěji jako důsledek nedodržení diety. V poslední době sleduje malé množství čerstvé krve ve stolici. Byl na kontrole u lékaře a ten jej odeslal k hospitalizaci.

4.9 Průběh hospitalizace

1. den – pacient byl uložen na lůžko, byl poučen o denním režimu oddělení, pohybovém režimu, prevenci pádu, manipulaci s lůžkem a signalizací, dodržování léčebného režimu a o úschově cenností, byl proveden záznam do listu edukací. Pacient byl vyšetřen ošetřujícím lékařem, byl informován o plánovaných vyšetřeních a podepsal informovaný souhlas. Byla odebrána ošetřovatelská anamnéza. Odebrána krev na laboratorní vyšetření. Pacient byl poučen o přípravě na vyšetření – kolonoskopie, proveden záznam do listu edukací. Večer podán roztok k vyprázdnění střeva. Pacient je bez krvácivých projevů. Bilance tekutin pozitivní. Splněny ordinace ošetřujícího lékaře a služby.

2. den – na základě ordinace ošetřujícího lékaře by pacientovi zaveden periferní žilní katetr. Pacient absolvoval kolonoskopické vyšetření, ošetřující lékař jej informoval o průběhu a výsledku vyšetření. Měřeny vitální funkce co 1 hodinu. Bez známek krvácení. Odebrána krev na kontrolní vyšetření. Dle výsledků odběrů lékař ordinoval podání transfúze. Podána 1x plná krev, pacient bez negativní reakce. Pacient poučen nutriční terapeutkou o bezezbytkové dietě a režimu u Crohnovy choroby, proveden záznam do edukačního listu. Pacient poučen o přípravě na vyšetření sonografie břicha, proveden záznam do listu edukací, podepsal informovaný souhlas. Bilance tekutin pozitivní. Splněny ordinace ošetřujícího lékaře a služby.

3. den – provedeno vyšetření sonografie břicha, ošetřující lékař pacienta informoval o výsledku vyšetření. Podána 1x plná krev, pacient bez negativní reakce. Pacient netoleruje režim oddělení, odchází bez oznámení ošetřujícímu personálu, sám si vytáhl periferní žilní katetr, informován ošetřující lékař. Pacient opakovaně poučen o léčebném režimu, proveden záznam do edukačního listu. Bilance tekutin pozitivní. Splněny ordinace ošetřujícího lékaře a služby.

4. den – pacient bez krvácivých projevů, spolupracuje, návštěva – družka, matka. Bilance tekutin pozitivní. Splněny ordinace ošetřujícího lékaře a služby.

5. den – pacient bez krvácivých projevů, spolupracuje, návštěva – družka, matka. Pacient poučen o přípravě k vyšetření fibrogastroskopie, proveden záznam

do listu edukací, pacient podepsal informovaný souhlas. Pacient opětovně poučen nutriční terapeutkou o bezezbytkové dietě a režimu u Crohnovy choroby, proveden záznam do edukačního listu. Bilance tekutin pozitivní. Splněny ordinace ošetřujícího lékaře a služby.

6. den – proveden odběr krve na hematologické a biochemické vyšetření. Pacient absolvoval fibrogastroskopické vyšetření, o výsledku byl informován ošetřujícím lékařem. V 15 hodin pacient vyžaduje konzultaci s ošetřujícím lékařem a trvá na propuštění, informován ošetřující lékař, který pacienta poučil o nutnosti hospitalizace a došetření stavu. Pacient přesto trvá na odchodu domů, proto propuštěn na negativní reverz. Pacientovi byly předány propouštěcí zprávy, léky na 3 dny a poučen o předání péče do gastroenterologické poradny.

4.10 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

4.10.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Průjem (00013) v souvislosti se základním onemocněním projevující se naléhavým pocitem na stolicí a častým vyprazdňováním průjmovité stolice.
2. Chronická bolest (00133) jako extraintestinální projev základního onemocnění morbus Crohn projevující se negativními emocemi.
3. Porušený obraz těla (00118) v souvislosti se základním onemocněním projevující se nedodržováním léčebného režimu.
4. Porušená výměna plynů (00030) v souvislosti s kouřením projevující se námahovou dušností.
5. Porucha spánku (00095) z důvodu hospitalizace projevující se zvýšenou únavou a podrážděností během dne.
6. Nedodržování zdraví prospěšných zásad, neefektivní zvládnání zátěže (00069) v souvislosti se základním onemocněním projevující se opakovaným relapsem zánětu.

7. Strach (00148) z možnosti chirurgického zákroku projevující se verbalizací obav pacienta.

8. Sociální nejistota, neefektivní plnění role (00055) z důvodu náhlé změny zdravotního stavu a hospitalizace projevující se nervozitou, rozrušeností, verbalizací obav.

4.10.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. Riziko infekce (00004) z důvodu zavedení invazivního vstupu.

2. Riziko pádu (00155) z důvodu celkové slabosti.

3. Riziko snížení objemu tělesných tekutin (00028) z důvodu průjmu a krvácení.

4.11 Plánování, realizace a vyhodnocení ošetrovatelských diagnóz

4.11.1 Průjem (00013) v souvislosti se základním onemocněním projevující se naléhavým pocitem na stolici a častým vyprazdňováním průjmovité stolice.

Priorita: vysoká

Cíl: pacient má fyziologické vyprazdňování střeva

Výsledná kritéria:

- pacient má formovanou stolici, max. 4 x denně
- pacient je poučen o nutnosti dodržování pitného režimu do 2 hodin
- pacient dodržuje pitný režim
- pacient je bez známek dehydratace
- pacient zná příčinu průjmu do 12 hodin
- pacient je poučen o nutnosti dodržování bezsezbytkové diety do 24 hodin
- pacient dodržuje bezsezbytkovou dietu

Intervence:

- pouč pacienta o nutnosti dodržování pitného režimu, do 2 hodin (všeobecná sestra)
- pouč pacienta o příčinách průjmu, do 12 hodin (všeobecná sestra)
- pouč pacienta o bezezbytkové dietě, do 24 hodin (nutriční terapeut)
- sleduj kožní turgor a známky dehydratace, denně (všeobecná sestra)
- zkontroluj stravovací návyky pacienta a hydrataci, denně (všeobecná sestra)
- veď bilanci tekutin, denně (všeobecná sestra)
- pečuj o soukromí, vyjádři psychickou podporu (ošetřující personál)

Realizace:

1. den – pacient byl poučen sestrou o pitném režimu, byly mu navrženy alternativy nápojů, byl poučen o nutnosti zapisování počtu stolic a jejich charakteru, o nutnosti hlásit ošetřujícímu personálu příměsí ve stolici, především krev. U pacienta probíhá příprava na vyšetření kolonoskopie – 18:00 podán vyprazdňovací roztok, pacient poučen o následném charakteru stolice, vedena bilance tekutin – pozitivní.

2. den – 5:00 pacientovi podán vyprazdňovací roztok před vyšetřením kolonoskopie, pacient se vyprazdňuje. Pacient byl poučen nutriční terapeutkou o bezezbytkové dietě a dietním režimu u Crohnovy choroby, proveden záznam do edukačního listu. 17:15 pacient udává 1x stolicí kašovitého charakteru bez příměsí krve. Dietu toleruje. Pitný režim dostatečný. Bilance tekutin pozitivní.

3. den – pacient udává 1x formovanou stolicí, bez příměsí krve. Dietu toleruje, pitný režim dostatečný, bilance tekutin pozitivní.

4. den – pacient udává 2x formovanou stolicí, bez příměsí krve. Dietu toleruje, pitný režim dostatečný, bilance tekutin pozitivní.

5. den – pacient udává 2x formovanou stolicí, bez příměsí krve. Dietu toleruje, pitný režim dostatečný, bilance tekutin pozitivní. Opětovně poučen nutriční terapeutkou o bezezbytkové dietě, proveden záznam do listu edukací.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, pacient toleruje dietu, dodržuje pitný režim, stolice je bez příměsí, formovaná. V intervencích je potřeba pokračovat i po propuštění, aby nedocházelo k opakovaným průjmům.

4.11.2 Chronická bolest (00133) jako extraintestinální projev základního onemocnění morbus Crohn projevující se negativními emocemi, verbalizací, VAS 5 – 6.

Priorita: střední

Cíl: zmírnit bolest

Výsledná kritéria:

- pacient verbalizuje zmírnění bolesti do 30 minut.
- pacient umí identifikovat míru bolesti na vizuální analogové škále.
- pacient chápe příčiny vzniku bolesti do 6 hodin.
- pacient se naučí metodám jak zmírnit bolest do 24 hodin.
- pacient bude dodržovat předepsaný farmakologický režim denně.
- pacient zná a využívá relaxační techniky do konce hospitalizace

Intervence:

- pouč pacienta o možnostech podání analgetik, do 30 minut (všeobecná sestra)
- sleduj efekt účinku analgetik, po 30 minutách od podání léku (všeobecná sestra)
- zaznamenávej do dokumentace (všeobecná sestra)
- promluv s pacientem o bolesti a následně posuď jeho bolest, včetně lokalizace, intenzity, provokujících faktorů, míry snesitelnosti, ovlivňujících faktorů, do 30 minut (všeobecná sestra)
- informuj a nauč pacienta relaxační techniky, do 24 hodin (fyzioterapeut)
- doporuč, vykonávej a nauč pacienta fyzioterapii a terapeutické cvičení, do 12 hodin (fyzioterapeut)

- respektuj veškeré projevy bolesti pacienta, poskytuj podporu a pozitivně posiluj pacienta ve zvládnání bolesti, denně (všeobecná sestra)

Realizace:

1. den – s pacientem jsem hovořila o bolesti, byl seznámen s VAS, poučen o nutnosti informovat ošetřující personál o bolesti. Spolu s pacientem jsem zhodnotila lokalizaci, intenzitu a charakter bolesti. V 10:15 pacient udává bolest na VAS 7, medikaci odmítl. Proveden zápis do dokumentace. V 12:15 podány analgetika dle ordinace lékaře, v 12:45 udává pacient bolesti dle VAS 3. V 19:00 podány analgetika dle ordinace, v 19:30 pacient udává bolesti dle VAS 2 – 3. V noci pacient spal.

2. den – v 7:30 podány analgetika dle ordinace lékaře, v 8:00 pacient udává bolesti dle VAS 2. Zajištěna péče fyzioterapeuta, který s pacientem prováděl nácvik relaxačních technik a cvičení. V 12:00 podány analgetika dle ordinace, 13:00 pacient udává bolesti na VAS 3. V 13:30 pacient udává bolesti kolenních kloubů – VAS 7, 13:35 dle ordinace lékaře podán Novalgin 5 ml i. m., pacient poučen o klidovém režimu na lůžku, 14:05 pacient oznamuje zmírnění bolesti VAS 2, proveden záznam do dokumentace, pacientovi přineseny 2 polštáře k podložení dolních končetin, vyvětrán pokoj, 14:20 pacient verbalizuje zlepšení stavu, další medikaci nevyžaduje. V 18:50 podána večerní medikace, 19:20 pacient udává bolesti dle VAS 2. V noci pacient spal.

3. den – 8:00 pacient udává bolest kolenních kloubů na VAS 2, ranní analgetika odmítá. Informován lékař ve službě, proveden zápis do dokumentace. V 12:10 podána polední medikace, pacient užívá i analgetika, 12:40 pacient udává bolesti dle VAS 2. 18:45 podána analgetika dle ordinace, 19:15 pacient neudává žádné bolesti. V noci spal.

4. den – pacient neudává žádné bolesti, medikaci odmítá, informován lékař ve službě, proveden zápis do dokumentace.

5. den – 7:50 pacient udává bolesti kolen na VAS 4, podána ranní medikace dle ordinace, 8:20 pacient udává zlepšení VAS 2. V 11:55 podána polední medikace

dle ordinace, 12:25 pacient udává bolesti na VAS 1. V 18:50 pacientovi podána medikace dle ordinace, 19:20 udává bolesti dle VAS 2, v noci spal.

6. den – v 6:15 pacient signalizací přivolává sestru, udává bolesti kolenních kloubů na VAS 8, 6:20 dle ordinace lékaře aplikován Novalgin 5 ml i. m., 6:40 pacient udává zlepšení, bolesti dle VAS 3, další medikaci nevyžaduje, proveden záznam do dokumentace, informován ošetřující lékař, dle jeho rozhodnutí z ranní medikace vyloučen Novalgin 500 mg tbl. 11:50 podána polední medikace dle ordinace lékaře, 12:20 pacient udává bolesti na VAS 1.

Hodnocení:

Cíl byl částečně splněn, 4. den hospitalizace pacient neudává žádné bolesti, ale bolest úplně neodezněla. V intervencích je potřeba nadále pokračovat. Další léčba bolesti po propuštění předána do péče obvodního lékaře.

4.11.3 Porušený obraz těla (00118) v souvislosti se základním onemocněním projevující se nedodržením léčebného režimu.

Priorita: střední

Cíl: krátkodobý – pacient dodržuje zásady léčebného režimu
dlouhodobý – pacient uznává odpovědnost za sebe sama

Výsledná kritéria:

- pacient zná specifika onemocnění morbus Crohn, do 24 hodin
- pacient zná zásady léčebného režimu u morbus Crohn, do konce hospitalizace
- pacient dodržuje zásady léčebného režimu u morbus Crohn, do konce hospitalizace
- pacient nevnímá negativně sám sebe a své onemocnění

Intervence:

- vyslechni pacientovy obavy a otázky, denně (všeobecná sestra)
- nebagatelizuj pacientovy obavy, denně (všeobecná sestra)
- akceptuj pacientovy pocity, denně (všeobecná sestra)
- dovol pacientovi reagovat popřením, dej mu čas, aby se vyrovnal se situací, denně (všeobecná sestra)
- zapoj ho do rozhodování a řešení problémů, denně (všeobecná sestra)
- pomoz pacientovi zařadit terapeutický režim do běžných každodenních činností, do konce hospitalizace (všeobecná sestra)
- zajisti konzultaci s odborníky – psycholog, gastroenterolog, dle potřeby (všeobecná sestra)
- doporuč a pomoz pacientovi plánovat změny domácího a pracovního prostředí k uspokojení jeho potřeb, dle potřeby (všeobecná sestra)

Realizace:

Během hospitalizace u pacienta proběhla řada edukací – o léčebném režimu, dietě a pitném režimu. Pacient byl informován o škodlivosti kouření. Edukace zaznamenány do listu edukací. Během hospitalizace byl navštěvován matkou a družkou. Pacient často verbalizuje své obavy z budoucnosti, neví jak se smířit s onemocněním, obtížně zvládá pokyny k dietě. 6. den hospitalizace žádá propuštění a podepisuje negativní revers.

Hodnocení:

Cíl se nepodařilo splnit, pacient i přes opakované edukace a pohovory s lékařem nedodrží léčebný režim, svévolně opouští oddělení, kouří.

4.11.4 Porušená výměna plynů (00030) v souvislosti s kouřením projevující se námahovou dušností.

Priorita: nízká

Cíl: pacient při námaze nepocit'uje dušnost

Výsledná kritéria:

- pacient zná rizika kouření, do 24 hodin
- pacient netrpí dušností, po celou dobu hospitalizace
- pacient je bez známek cyanózy, po celou dobu hospitalizace
- pacient má pozitivní bilanci tekutin, po celou dobu hospitalizace

Intervence:

- pouč pacienta o škodlivosti kouření, do 24 hodin (všeobecná sestra)
- posud' dýchání – frekvenci, hloubku dechu, denně (všeobecná sestra)
- zhodnot' barvu kůže, cyanózu akrálních částí, denně (všeobecná sestra)
- hodnot' reakci pacienta na zátěž, při dušnosti (všeobecná sestra)
- ved' bilanci tekutin, denně (všeobecná sestra)
- měř okysličení pomocí pulzního oxymetru, při dušnosti (všeobecná sestra)
- podporuj přiměřenou aktivitu, denně (všeobecná sestra)
- poskytuj psychickou oporu, denně (všeobecná sestra)

Realizace:

1. den – pacient je bez známek dušnosti a cyanózy, vedena bilance tekutin – pozitivní.

2. den – pacient poučen o škodlivosti kouření, proveden záznam do listu edukací. Pacient je bez známek dušnosti a cyanózy, bilance tekutin je pozitivní.

3. den – pacient je bez známek dušnosti a cyanózy, bilance tekutin je pozitivní. Pacient odchází z oddělení kouřit ven, poučen o klidovém režimu a režimu oddělení, proveden záznam do edukačního listu.

4. den – pacient bez známek dušnosti a cyanózy, bilance tekutin je pozitivní.

5. den – pacient bez známek dušnosti a cyanózy, bilance tekutin je pozitivní.

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně, u pacienta se po dobu hospitalizace neprojevila dušnost a cyanóza, bilance tekutin byla pozitivní. Pacient byl poučen o rizicích spojených s kouřením přesto odmítá přestat kouřit.

4.11.5 Porucha spánku (00095) z důvodu hospitalizace projevující se zvýšenou únavou a podrážděností během dne.

Priorita: nízká

Cíl: pacient spí celou noc, cítí se odpočatý

Výsledná kritéria:

- pacient usne po uložení ke spánku do 30 min.
- pacient spí nepřerušeně po dobu min. 6 hodin
- pacient verbalizuje zlepšení spánku do 3 dnů

Intervence:

- zaznamenávej délku spánku, denně (všeobecná sestra)
- zajímej se o pacientovy pocity a stížnosti na spánek, denně (všeobecná sestra)
- připrav vhodné prostředí ke spánku, denně (všeobecná sestra)
- podávej léky podle ordinace hodinu před plánovaným usnutím, denně (všeobecná sestra)
- sleduj účinek léků, denně (všeobecná sestra)

Realizace:

1. den – 20:00 úprava lůžka a pokoje, vyvětrání, 21:10 pacient volá sestru, nemůže usnout, podány hypnotika dle ordinace lékaře, proveden záznam do dokumentace, při kontrole ve 22:30 pacient spal, ráno se pacient cítil odpočatý.

Hodnocení po 24 hodinách:

Cíl částečně splněn, diagnóza ponechána, v intervencích se bude nadále pokračovat.

4.12 Celkové hodnocení

25letý pacient byl přijat na standardní interní oddělení Městské nemocnice Ostrava pro mikrocytární anémii s projevy anemického syndromu při dekompenzaci morbus Crohn. Při přijetí byla od pacienta odebrána anamnéza, byl zhodnocen jeho stav a stanoveny aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy.

Během hospitalizace byly u pacienta prováděny úkony dle ošetřovatelských standardů. Byla podávána medikace dle ordinace ošetřujícího lékaře. Byla zavedena periferní žilní kanyla. Byla podána 2x plná krev bez negativní reakce. Hlavním problémem u pacienta byly průjmovité stolice, doma pacient udává příměs čerstvé krve, v nemocnici nebyly krvácivé projevy pozorovány. Problém průjmu byl během pobytu zvládnut dietou, bez nutnosti podávání antidiarrhoik. Chronické bolesti kloubů u pacienta přetrvávají, fyzioterapeut s ním prováděl nácvik běžných úkonů s šetřením kloubů a páteře. Během hospitalizace nebyla u pacienta pozorována námahová dušnost. Večer pacient vyžaduje léky na spaní, spí nepřerušovaně 7 hodin a ráno se cítí odpočatě.

U pacienta nadále přetrvává strach z chirurgického zákroku, ale i přesto nedodrží léčebný režim. Sociální nejistota a obava z možnosti ztráty zaměstnání donutila pacienta po vlastní úvaze k ukončení léčby.

Po 6 dnech hospitalizace byl pacient na vlastní žádost propuštěn, podepsal negativní reverz.

5 Doporučení pro praxi

Na základě zpracovaného ošetrovatelského procesu u pacienta s morbus Crohn jsme chtěli upozornit na možnou bagatelizaci ošetrovatelských diagnóz vzhledem k nízkému věku nemocného. Absence velkého množství lékařských diagnóz může vést ošetrovatelský personál k závěru, že mladý člověk se nepotýká s tolika ošetrovatelskými problémy jako polymorbidní senior. Dospěli jsme k těmto doporučením:

Doporučení pro veřejnost:

- zvýšit povědomí o nemoci – přednášky, semináře, letáky v ordinacích

Doporučení pro ošetrovatelský personál:

- aplikovat ošetrovatelský proces k uspokojení všech potřeb pacienta
- doplňovat odborné znalosti dle nových poznatků
- zvyšovat úroveň péče, dodržovat standardy
- respektovat individualitu nemocného, motivovat a aktivně zapojovat pacienta, nevzbuzovat falešné naděje
- nebagatelizovat pacientem udávané problémy a verbalizované pocity
- poskytovat dostatek informací způsobem, kterému pacient porozumí
- zajistit dostatek soukromí, pohodlí a klidu během hospitalizace
- komunikovat s rodinou pacienta a poskytovat informace
- v případě potřeby doporučit a zajistit péči psychologa

Doporučení pro pacienta:

- nepodléhat změně svého fyzického stavu
- otevřeně hovořit s rodinou o svých pocitech
- dodržovat léčebný plán a termíny pravidelných prohlídek
- navázat kontakt s nemocnými se stejnou diagnózou
- aktivně vyhledávat informace, zajímat se o nové poznatky v léčbě
- nebát se zeptat na vše, co ho zajímá

Závěr

Onemocnění morbus Crohn se řadí mezi chronické nemoci s akutními stavy, které velmi komplikují občanský i profesní život nemocného. V případě častých komplikací, nutnosti chirurgického řešení a dlouhodobých hospitalizací s následnou rekonvalescencí zatěžuje život nemocného častá pracovní neschopnost, což může snižovat jeho sociální status. Nemocný s morbus Crohn vyžaduje přísný dietní režim, přesné dodržování farmakologické léčby a včasné řešení objevujících se komplikací.

Základem péče o pacienta by mělo být uspokojení všech jeho individuálních potřeb. Ke zjištění těchto potřeb slouží ošetřovatelská anamnéza, terapeutický rozhovor a pravidelné posouzení stavu pacienta.

Záměrem práce bylo informovat o závažnosti této nemoci, dopadu na život nemocného a také poukázat na důležitost prevence. Problematika ošetřovatelské péče je u každého nemocného velmi individuální.

Ošetřovatelský proces popisuje šestidenní hospitalizaci mladého muže, který byl přijat s diagnózou morbus Crohn k došetření aktuálního stavu. Bylo stanoveno 8 aktuálních ošetřovatelských diagnóz a 3 potencionální. Vypracovali jsme pět aktuálních diagnóz, stanovili cíle, výsledná kritéria a sesterské intervence. Byl zrealizován a vyhodnocen ošetřovatelský plán. Přestože byla potřeba v hospitalizaci a intervencích dále pokračovat, pacient se rozhodl na základě vlastního uvážení hospitalizaci ukončit a podepsal negativní revers. Rozhovorem s pacientem bylo zjištěno, že má obavy ze ztráty zaměstnání, neschopnosti se o sebe postarat a z možnosti finanční závislosti na rodičích.

Touto prací bychom chtěli poukázat na možné bagatelizování těchto obav ze strany lékařského a ošetřovatelského personálu a na nutnost individuálního přístupu k hospitalizaci a možnosti plánovat vyšetření a zákroky ambulantní cestou.

Seznam použitých zdrojů

Tištěné monografické publikace

1. BARTUŠEK, Daniel, 2004. *Diagnostické zobrazovací metody: pro bakalářské studium fyzioterapie a léčebné rehabilitace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 80-210-3537-4.
2. ČERVENKOVÁ, Renata, 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7.
3. KLENER, Pavel, 2006. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén; Karolinum. ISBN 80-7262-430-X.
4. KOHOUT P., PAVLÍČKOVÁ J., 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 80 s. ISBN 80-903820-0-2.
5. KŘEMEN, Jaromír, 2009. *Enterální a parenterální výživa*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-802-0420-701.
6. LUKÁŠ, Karel, 2003. *Funkční poruchy trávicího traktu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0296-7.
7. PÁNEK, Jan, 2002. *Základy výživy*. 1. vyd. Praha: Svoboda Servis. ISBN 80-863-2023-5.
8. SKŘIČKA, Tomáš, Pavel KOHOUT a Marieta BALÍKOVÁ, 2009. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. 2. vyd. Praha: Forsapi. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-8087250-01-3.
9. SYSEL, Dušan, Hana BELEJOVÁ a Oto MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-7399-289-7.

10. TRACHTOVÁ, Eva a kol., 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. dotisk. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
11. VRÁNOVÁ, Dagmar, 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1. vyd. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-788-1.
12. ZBOŘIL, Vladimír a Lucie PROKOPOVÁ, 2012. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, Aeskulap. ISBN 978-80-204-2656-7.
13. ZBOŘIL, Vladimír et al., 2007. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4715-636.
14. ŽÁK, Aleš, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4717-876.

Tištěné seriálové publikace

1. DÍTĚ, Petr, 2001. Nejčastější zánětlivá střevní onemocnění. *Interní medicína pro praxi*. č. 10, s. 451 – 454. ISSN 1803-5256.
2. DONOVAL, R., LUKÁŠ, M., 2007. Novinky v terapii idiopatických střevních zánětů. *Lékařské listy*, **56**, č. 3, s. 23 – 25.
3. LUKÁŠ, M., 2008. Perspektivy biologické léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. *Lékařské listy*, č. 2, s. 3 – 5.

Internetové zdroje

1. *Crohnovanemoc.cz*. [online]. [cit. 2013-01-09]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/idiopaticke-strevni-zanety/crohnova-nemoc.html>

2. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, vše o léčích. *Česká průmyslová zdravotnická pojišťovna* [online]. Ostrava, 2009 - [cit. 2013-05-22]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz>
3. *Databáze léků*. Věstník SÚKL [online]. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv, 1993 - [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>
4. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2009 - [cit. 2013-02-18]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/01/03pdf>
5. GHOSH, Subrata, MITCHELL, Rod. Impact of inflammatory bowel disease on quality of life: Results of the European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (EFCCA) patient survey. *Journal of Crohn's and Colitis* [online]. 2007, vol. 1, issue 1, s. 10 – 20 [cit. 2013-04-20]. DOI: 10.1016/j.crohns.2007.06.005. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1873994607000025>
6. LUKÁŠ, Milan, 2012. Biologická léčba Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. *Mladá fronta Zdravotnické noviny: Příloha: Lékařské listy* [online]. V Brně: Spolek čs. lékařů, č. 9 [cit. 2013-01-30]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/biologicka-lecba-crohnovy-nemoci-a-ulcerozni-kolitidy-467260>
7. PINETON DE CHAMBRUN, Guillaume, PEYRIN-BIROULET, Laurent, LÉMANN, Marc a COLOMBEL, Jean-Frédéric. Clinical implications of mucosal healing for the management of IBD. *Nature Reviews Gastroenterology* [online]. 2009 - 12 – 1, vol. 7, issue 1, s. 15 – 29 [cit. 2013-02-22]. DOI: 10.1038/nrgastro.2009.203. Dostupné z: <http://www.nature.com/doifinder/10.1038/nrgastro.2009.203>

Seznam příloh

Příloha A – obrázky střeva postiženého Crohnovou chorobou

Příloha B – ošetřovatelská anamnéza

Příloha C – záznam edukací a poučení

Příloha D – hodnocení bolesti

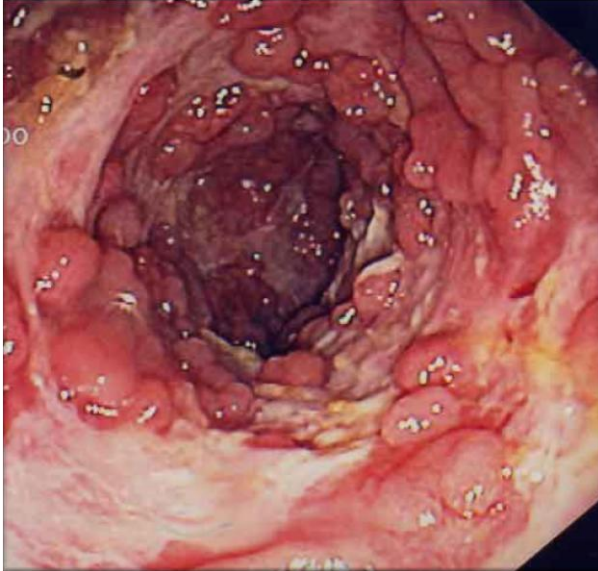
Příloha E – přehodnocení stavu a rizik

Příloha F – protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

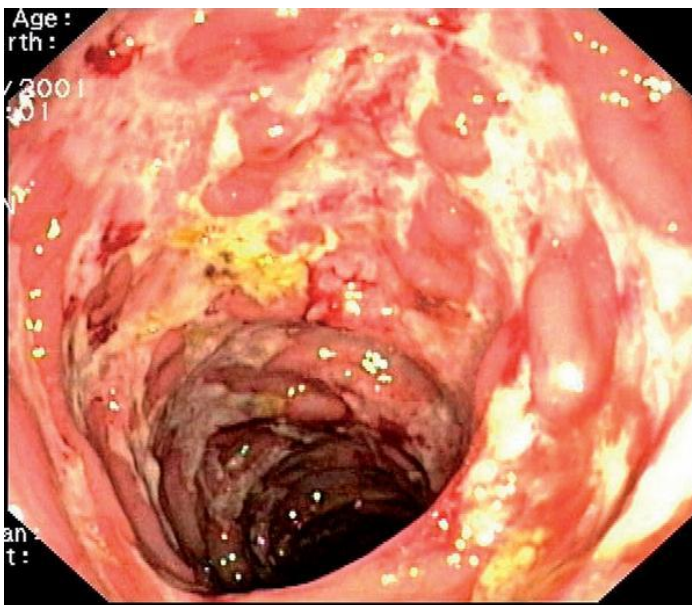
Příloha G – rešerše

Příloha A

Endoskopický obraz morbus Crohn s charakteristickými podélnými a hlubokými vředy.



Zdroj: <http://www.gastro-info.co.nz>



Zdroj: <http://img.mf.cz/829/478/.jpg>

Postižení terminálního ilea u Crohnovy choroby.



Zdroj: <http://www.wikiskripta.eu/images/a/a9/Crohn1.jpg>

Crohnova choroba dvanáctníku



Zdroj: http://www.strevni-nemoci.cz/bin/crohn_duodena.jpg

<p>Jméno:</p> <p>Příjmení:</p> <p>R.č.:</p>	<p>Oddělení:</p>	<p>91 Městská nemocnice Ostrava, p.o. Nemocniční 20, 728 80 Ostrava T +420 596 191 111 F +420 596 618 781 www.mno1.cz</p>	<p>05 anamnéza Nemocniční 20, 728 80 Ostrava INTERNA Gastroenterologie – léčebné oddělení G T +420 596 192 551 ofn.146</p>	<p>list č.</p>
<p>Příjem čas přijetí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>opakované přijetí <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Alergie <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> neudává <input type="checkbox"/> alergen</p> <p>Vědomí <input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> ztlžený <input type="checkbox"/> nelze navázat</p> <p>Orientace/spolupráce <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> dezorientovaný <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input type="checkbox"/> místem <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> osobou</p> <p>Dýchání potíže s dýcháním <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> UPV <input type="checkbox"/> TCHS <input type="checkbox"/> ETK <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> kuřák</p> <p>Kašel <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> s expirací</p> <p>Spánek narušený <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>	<p>Bolest při příjmu <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nelze hodnotit</p> <p>Soběstačnost/pohyblivost <input type="checkbox"/> soběstačný/á <input type="checkbox"/> nesoběstačný při <input type="checkbox"/> chůzi <input type="checkbox"/> hygieně <input type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> jídle</p> <p>Významný handicap <input type="checkbox"/> problém se zrakem <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> HK <input type="checkbox"/> problém se sluchem <input type="checkbox"/> problém s řečí <input type="checkbox"/> cizinec <input type="checkbox"/> amputace <input type="checkbox"/> Jiné:</p> <p>Pomůcky <input type="checkbox"/> brýle, čočky <input type="checkbox"/> má u sebe <input type="checkbox"/> používá <input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> má u sebe <input type="checkbox"/> používá</p> <p>zubní protéza <input type="checkbox"/> má u sebe <input type="checkbox"/> používá <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> má u sebe <input type="checkbox"/> používá <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> má u sebe <input type="checkbox"/> používá <input type="checkbox"/> berle, hůl <input type="checkbox"/> má u sebe <input type="checkbox"/> používá Jiné:</p>	<p>Výživa/hydratace <input type="checkbox"/> příjem per os <input type="checkbox"/> parenterální <input type="checkbox"/> enterální <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PŽK <input type="checkbox"/> CŽK <input type="checkbox"/> diabetik</p> <p>Vyprazdňování problém s močením <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> stomie Jiné:</p> <p>problém se stolicí <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pravičelná <input type="checkbox"/> nepravičelná <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie poslední stolice dne:</p> <p>Kůžka <input type="checkbox"/> změny na kůži <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> svědění s vyrážkou <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> ekzém <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> běrcový vřed <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> jiné rány</p> <p>stupěň: 1. zčervenání 2. tvorba puchýřů 3. hluboké poškození kůže a tkáně 4. dekubitus na kost, nektróza</p>	<p>Schopnost edukace <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Sociální podmínky bydlí doma sám <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne je v péči: <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> domov důchodců <input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> domov důchodců <input type="checkbox"/> pečovatelské služby</p> <p>Kdo se bude starat o pacienta po propuštění: <input type="checkbox"/> rodina <input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> domov důchodců <input type="checkbox"/> pečovatelská služba</p> <p>předpokládá se kontakt se sociálním pracovníkem: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Jiná sdělení</p> <p>anamnézu získal/a od: šetření provedl/a: datum a čas sepsání anamnézy:</p>	

Hodnocení bolesti

Městská nemocnice Ostrava, p.o.
 Nemocniční 20, 728 80 Ostrava
 T +420 596 191 111
 F +420 596 618 781
 www.nmof.cz

Jméno: _____



Příjmení: _____



R.č.: _____

Oddělení: _____

list č.: _____

VAS - vizuální analogová škála		stupeň	
0	bez bolesti	5 - 6	vyčerpávající bolest
1 - 2	mírná bolest	7 - 8	s námahou tolerovaná bolest
3 - 4	obtěžující bolest	9 - 10	krutá, nesnesitelná bolest

Datum:	7	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
Hod/min																									
Stupeň:																									
10																									
9																									
8																									
7																									
6																									
5																									
4																									
3																									
2																									
1																									
0																									
Analgetizace (x)																									
Lokalizace bolesti	<input type="checkbox"/> akutní  <input type="checkbox"/> chronická 																								

Datum:	7	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
Hod/min																									
Stupeň:																									
10																									
9																									
8																									
7																									
6																									
5																									
4																									
3																									
2																									
1																									
0																									
Analgetizace (x)																									
Lokalizace bolesti	<input type="checkbox"/> akutní  <input type="checkbox"/> chronická 																								

Příloha E

Jméno: _____ Příjmení: _____ R.č.: _____ Oddělení: _____ list č.: _____

Městská nemocnice Ostrava, p.o.
 Nemocniční 20, 728 80 Ostrava
 +420 596 191 111
 F +420 596 616 781

Přehodnocení stavu a rizik

Test základních všedních činností dle Barthelové (ABU)		Hodnocení vzniku rizika dekulitů dle Nortonové				Hodnocení rizika pádu			
Datum:		Datum:		Datum:		Datum:		Datum:	
Přijímání potravy a tekutin	10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	úplná	4	4	4	4	4	4	4
Oblékání	5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	částečně omezená	3	3	3	3	3	3	3
Koupání	5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	velmi omezená	2	2	2	2	2	2	2
Osobní hygiena	5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	žádná	1	1	1	1	1	1	1
Kontinence stolice	10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	< 10	4	4	4	4	4	4	4
Kontinence moči	10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	< 30	3	3	3	3	3	3	3
Použití WC	10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	> 60	2	2	2	2	2	2	2
Přesun na lůžko - židli	15 15 15 15 15 15 15 15 15 15	normální	4	4	4	4	4	4	4
Chůze po rovině	10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	alergie	3	3	3	3	3	3	3
Chůze po schodech	5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	vlhka	2	2	2	2	2	2	2
Celkem		suchá	4	4	4	4	4	4	4
		žádná	4	4	4	4	4	4	4
		DM, I TT	3	3	3	3	3	3	3
		anémie, kachexie, tromboza, obezita	2	2	2	2	2	2	2
		karcinom	1	1	1	1	1	1	1
		dobry	4	4	4	4	4	4	4
		zhoršený	3	3	3	3	3	3	3
		špatný	2	2	2	2	2	2	2
		velmi špatný	1	1	1	1	1	1	1
		bdělý	4	4	4	4	4	4	4
		apatický	3	3	3	3	3	3	3
		zmatený	2	2	2	2	2	2	2
		bezvědomí	1	1	1	1	1	1	1
		chodí	4	4	4	4	4	4	4
		s doprovodem	3	3	3	3	3	3	3
		sedáčka	2	2	2	2	2	2	2
		leží	1	1	1	1	1	1	1
		úplná	4	4	4	4	4	4	4
		částečně omezená	3	3	3	3	3	3	3
		velmi omezená	2	2	2	2	2	2	2
		žádná	1	1	1	1	1	1	1
		není	4	4	4	4	4	4	4
		občas převážně moč	3	3	3	3	3	3	3
		stolice i moč	2	2	2	2	2	2	2
		Celkem	1	1	1	1	1	1	1

HODNOCENÍ:
 0 - 40 výsoce závislý
 45 - 60 závislost středního stupně
 65 - 95 lehká závislost
 100 - nezávislý

HODNOCENÍ:
 4 - 6 střední riziko
 0 - bez rizika
 1 - 3, riziko
 7 - riziko pádu

Určení nutričního stavu pacienta

Datum: _____
Otázka A: ztratil ANO - jděte na otázku B
 pacient v poslední době NE - jděte na otázku C
Otázka B: více než 15 kg
 pacient ubyl na váze NEVÍ - jděte na otázku C
 více než 15 kg
Otázka C: Ji pacient v současné době méně? NE
 ANO
Celkem

V případě, že skóre je vyšší než 3, volejte NT a informujte lékaře!

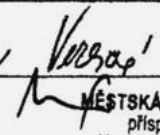
platnost od 1.5.2012 NOP - verze : 1 - 1a

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Martina Hoffnková	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VSV
Téma práce	Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s morbus Crohn	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Městská nemocnice Ostrava, interní oddělení	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Jarmila Verešová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	souhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	podpis  souhlasím podpis	

MĚSTSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA
příspěvková organizace
Nemocniční 20, 728 80 Ostrava
Náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči:
Mgr. Margita Malíšková

V Ostravě 18. 1. 2013



Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

Číslo rešerše:	III-6962
Název rešerše:	Crohnova nemoc
Jazykové omezení:	čeština, slovenština, angličtina, němčina
Časové omezení:	2000-2013
Klíčová slova:	Crohnova nemoc, Crohnova choroba, chronický zánět trávicí trubice, chronický střevní zánět, crohn disease, ošetřovatelství, ošetřovatelský proces
Zpracovala:	Mgr. Pavlína Szöke

MONOGRAFIE

BARTUŠEK, Daniel. Diagnostické zobrazovací metody pro bakalářské studium fyzioterapie a léčebné rehabilitace. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3537-4.

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

DRAGOMIRECKÁ E., BARTOŇOVÁ J., WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, Psychiatrické centrum, 1. Vyd. 92 s. Praha 2006, ISBN 80-85121-82-4

KLENER, Pavel et al. Vnitřní lékařství. 3. přepr. a dopl. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2006. 1158 s. ISBN 80-7262-430-X.

KLENER P. et al. Gastroenterologie, hepatologie, vnitřní lékařství, svazek IV 1. vyd. nakl. Galén a nakl. Karolinum 2002. ISBN 80-7262-139-4 (galén) 262 s. ISBN 80-246-0389-6 (karolinum)

KOHOUT P., PAVLÍČKOVÁ J. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, 1.vyd. Praha: Forsapi 2006, 80 s. ISBN 80-903820-0-2

KŘEMEN, Jaromír, Eva KOTRLÍKOVÁ a Štěpán SVAČINA. Enterální a parenterální výživa. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009. ISBN 978-802-0420-701.

LUKÁŠ, Karel et al. Funkční poruchy trávicího traktu. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0296-7.

LUKÁŠ, Karel et al. Gastroenterologie a hematologie: učebnice. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4717-876.

PÁNEK, Jan et al. Základy výživy. 1. vyd. Praha: Svoboda Servis, 2002. ISBN 80-863-2023-5.

SKŘIČKA, Tomáš, Pavel KOHOUT a Marieta BALÍKOVÁ. Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev. 2. vyd. Praha: Forsapi. Rady lékaře, průvodce dietou, 2009. ISBN 978-8087250-01-3.

VEPŘOVSKÁ M., Kvalita života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba 1. vyd. 2010 v Olomouci 95 s

VRÁNOVÁ, Dagmar. Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření. 1. vyd. Olomouc: ANAG, 2013. ISBN 978-80-7263-788-1.

ZBOŘIL, Vladimír et al. Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2656-7.

ZBOŘIL, Vladimír et al. Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4715-636.

ČLÁNKY

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ čas. Časopis lékařů českých. Roč. 148/ 2009, č. 5 s. 189-240 ISSN 0008-7335

DÍTĚ, Petr. Nejčastější zánětlivá střevní onemocnění. Interní medicína pro praxi. 2001, roč. 3, č. 10, s. 451-454. ISSN 1803-5256.

DONOVAL, Robert a Milan LUKÁŠ. Novinky v terapii idiopatických střevních zánětů. Lékařské listy. 2007, roč. 56, č. 3, s. 23-25.

LUKÁŠ, Milan. Perspektivy biologické léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. Lékařské listy. 2008, roč. 57, č. 2, s. 3-5.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

GABALEC, L., Crohnova nemoc-klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. Čas. Interní medicína pro praxi [online]. 2009, 11, 1/2009. Dostupný z <http://www.solen.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf>

GABALEC, L., Kvalita života u Crohnovy nemoci. Folia Gastroenterol Hepatol [online]. 2007, 5, 2/2007. Dostupné z <http://www.profolia.org/files/1/2007/2/gabalec.pdf>.

LUKÁŠ, M., Co je to Crohnova choroba a ulcerózní Choroba. [online]. Dostupné z: <crohn.ic.cz>.

LUKÁŠ M., KOMÁREK, V. Střevní záněty. Dostupné z <http://www.strevnizanety.cz/psychika-a-ibd> [online].

MOLNÁR, J., MUDr. Josafat Molnár – Gastroenterologie - Crohnova choroba [online]. 2011. Dostupné z: <molnar.medikus.cz/onemocech>.

<http://www.zdn.cz/clanek/sestra-priloha/nemoc-a-kvalita-zivota-273383>

<http://www.crohnovanemoc.cz/zakladni-lecebne-metody/psychologicka-a-socialniterapie.html>

<http://www.lecba-rakoviny.cz/novinky/mala-kapsle-zob>