

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S  
CROHNOVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

EVA PROCHÁZKOVÁ, Dis.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

Praha 2013



## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 25.5.2013

.....

podpis

## **ABSTRAKT**

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH, Praha 2013. s. 61.

Hlavním tématem bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou. Práce se skládala ze čtyř částí.

V první části byla popsána problematika onemocnění Crohnovou chorobou, kde se popisovala definice onemocnění, historie, příčiny vzniku onemocnění, dále pak příznaky, diagnostika, léčba a na konec komplikace s prognózou.

V druhé části byla popsána kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou.

Třetí část bakalářské práce se zabývala o specifika péče u pacientů s Crohnovou chorobou a v poslední čtvrté části byl popsán ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou.

Cílem bakalářské práce bylo získat co nejvíce informací o tomto onemocnění, shrnout moje poznatky, zpracovat OSP, demonstrovat nejčastější ošetrovatelské problémy a potřeby pacienta a poskytnout tyto informace zdravotnickému personálu a studentům zdravotnických škol.

**Klíčová slova**

Crohnova choroba. Kvalita života. Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou. Specifika ošetrovatelské péče.

## ANGLICKY

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Nursing process for a patient with Crohn's disease. College of Health, ops, degree qualifications: Bachelor's degree. Supervisor: Mgr. Dušan Sysel, PhD., MPH, Prague 2013th s 61.

The main aim of the thesis was nursing process in a patient with Crohn's disease. The work consisted of four parts.

In the first part of the problem described disease Crohn's disease, where it described the definitiv of disease, history, causes of diseases, as well as symptoms, diagnosis, treatment and complications at the end of the forecast.

The second part describes the quality of life of patients with Crohn's disease.

The third part of the thesis dealt with the specifics of care for patients with Crohn's disease and in the last fourth of the nursing process has been describes in patients with Crohn's disease.

The aim of this work was to obtain as much information about this disease, to summarize my findings, process complex nursing care, demonstrate the most common nursing problems and needs of the patient and provide this information to medical personnel and students in medical schools.

### Keywords

Crohn's disease. Quality of life. Nursing care of the patient with Crohn's disease. Specifics of nursing care.

# PŘEDMLUVA

Tématem mé bakalářské práce je „Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou“.

Crohnova choroba je v posledních několika letech jedno z nejčastějších onemocnění postihující celý zažívací trakt, nejčastěji však tenké a tlusté střevo. Nejrizikovější skupinou jsou mladí lidé, ale ne zřídka se tato onemocnění vyskytují i u osob staršího věku.

Příčina vzniku těchto chorob je nejasná. Velký podíl na Crohnovy choroby je dnešní uspěchaná, stresující až hektická doba, která jakémukoliv onemocnění jen nahrává. Pouhé nedorozumění v rodině, může zapříčinit stres a rozvoj jakéhokoliv onemocnění.

Výběr tématu práce byl ovlivněn čtyř roční praxí na jednotce intenzivní metabolické péče ve Fakultní nemocnici v Brně. Materiál jsem čerpala z knižních, časopisových, internetových a dalších dostupných zdrojů.

Práce je určena pro všeobecné sestry pracující na jednotce intenzivní metabolické péče ve Fakultní nemocnici Brno – Bohunice.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanovi Syslovi, PhD., MPH za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytl při vypracovávání bakalářské práce.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
1 Problematika onemocnění Crohnovou chorobou .....	12
1.1 Definice.....	12
1.2 Historie .....	12
1.3 Epidemiologie.....	13
1.4 Příčiny.....	13
1.5 Příznaky .....	13
1.6 Diagnostika .....	14
1.6.2 Laboratorní vyšetření.....	14
1.6.3 Zobrazovací metody .....	15
1.6.4 Endoskopické metody.....	15
1.7 Průběh onemocnění.....	16
1.8 Léčba.....	17
1.8.1 Medikamentózní léčba.....	17
1.8.2 Léčba umělou výživou.....	18
1.8.3 Psychoterapie .....	18
1.8.4 Chirurgická léčba.....	18
1.9 Komplikace .....	19
1.9.1 Lokální střevní komplikace .....	19
1.9.2 Vzdálené projevy .....	20
1.9.3 Metabolické komplikace.....	20
1.10 Prognóza .....	21
2 Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou.....	22
2.1 Hodnocení kvality života.....	22
2.1.1 Faktory ovlivňující kvalitu života.....	22
2.1.2 Faktory bez vztahu k Crohnově chorobě .....	23
3 Specifika péče u pacientů s Crohnovou chorobou .....	26
3.1 Základní ošetrovatelská péče .....	27
3.2 Specializovaná ošetrovatelská péče .....	27
3.3 Komplexní ošetrovatelská péče .....	28
4 Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou .....	31
5 Doporučení pro praxi.....	56

ZÁVĚR.....	58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	59
SEZNAM PŘÍLOH .....	61



## SEZNAM ZKRATEK

ARO.....	anesteziologicko-resuscitační oddělení
CVK.....	centrální žilní kanylá
FN Brno .....	Fakultní nemocnice Brno
FDN.....	Fakultní dětská nemocnice
IGEK .....	interní gastroenterologická klinika
JIMP .....	jednotka intenzivní metabolické péče
IKEM .....	Institut klinické a experimentální medicíny
JIP.....	jednotka intenzivní péče
O <sub>2</sub> .....	kyslík
LDK .....	levá dolní končetina
PDK.....	pravá dolní končetina
PMK .....	permanentní močový katétr
SOU.....	střední odborné učiliště
TK .....	tlak krve
TT.....	tělesná teplota

# ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme si vybrali téma ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou. Toto téma je zvolené na základě 4letých zkušeností na jednotce intenzivní metabolické péče gastroenterologické kliniky ve Fakultní nemocnici v Brně.

Crohnova choroba je v posledních několika letech jedno z nejčastějších onemocnění postihující celý zažívací trakt, nejčastěji tenké a tlusté střevo. Nejrizikovější skupinou jsou mladí lidé, ale ne zřídka se tato onemocnění vyskytují i u osob staršího věku. Příčina vzniku těchto chorob je nejasná. Velký podíl na vzniku nespecifických zánětů střev je dnešní uspěchaná, stresující až hektická doba, která jakémukoli onemocnění jen nahrává. Pouhé nedorozumění v rodině, může zapříčinit stres a rozvoj onemocnění. Velkým podílem na vzniku nespecifických zánětů střev má nepravidelná strava. Velké procento lidí „nemá“ ani čas se ráno nasnídat a mnozí často obědvají až dlouho po poledni. Nejde však pouze o nepravidelnou stravu, ale i o její složení. Nejhorší volbou pro stravování jsou fast-foody neboli rychloobčerstvení, kde přepalovaný tuk ve velkých a častých dávkách je pro lidský organismus velmi nebezpečný a tělo jej nedokáže správně zpracovávat. Strava je nevyvážená, obsahuje minimum minerálů, vitamínů, stopových prvků a vlákniny, která při nedostatku nabourává lidskou obranyschopnost a tělo je mnohonásobně více náchylné na vnější vlivy. Stres z práce a neustálé se „honění“ za penězi není pro organismus nijak prospěšné. V dnešní době lidé často myslí jen na peníze, ale zapomínají na to, co je pro tělo nejdůležitější zdravá strava a pohyb. Nedodržováním těchto základních zásad může vést k začátkům vzniku střevních onemocnění. Na vzniku se také podílí kouření, alkohol a návykové látky. Příčin vzniku je mnoho, avšak nikdy nelze zjistit přesný původ vzniku onemocnění. Mnoho odborníků se snaží najít jasnou příčinu, bohužel zatím neúspěšně.

Práce se skládá ze čtyř částí. V první části je popsána problematika onemocnění Crohnovou chorobou, kde je popsána definice onemocnění, historie, příčiny vzniku onemocnění, dále pak příznaky, diagnostika, léčba a na konec komplikace s prognózou. V druhé části je popsána kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou. Třetí část bakalářské práce se zajímá o specifika péče

u pacientů s Crohnovou chorobou a v poslední čtvrté části se popisuje ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou.

Cílem bakalářské práce je získat co nejvíce informací o tomto onemocnění, shrnout moje poznatky, vypracovat OSP, demonstrovat nejčastější ošetrovatelské problémy a potřeby pacienta. Vypracovaná práce bude sloužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry a studenty zdravotnických škol. Přispěje ke zkvalitnění poskytované péče.

# 1 Problematika onemocnění Crohnovou chorobou

## 1.1 Definice

Jedná se chronické zánětlivé onemocnění trávicí trubice, postihující jakoukoli část. Nejčastěji je postižena oblast přechodu tenkého a tlustého střeva. Oblasti postižení se mohou kombinovat a vyvíjet, takže choroba může začínat v oblasti ileocekální, časem se může přidat jiná oblast a v původní lokalizaci zánět vyhasíná. Zánět postihuje celou střevní stěnu – sliznici, podslizniční vazivo, svalovinu a povrchový kryt trávicí trubice označovaný jako seróza. Tato skutečnost je důvodem, proč Crohnova choroba má sklon k tvorbě lokálních komplikací jako jsou píštěle, abscesy nebo stenózy.

Píštěl je komunikace ze střeva na kůži, do jiné části trávicí trubice nebo dokonce do sousedních orgánů (močového měchýře, pochvy). Absces je ohraničené hnisavé ložisko, které se může provalit obsahem do okolí. Stenóza je zúžení průsvitu trávicí trubice, které je důsledkem jizev vznikajících při hojení zánětu střevní stěny. Stenózy vytvářejí překážku průchodu obsahu střevního, který nad překážkou městná, prodělává nepříznivé pochody jako kvašení obsahu a v jejich důsledku se živiny hůř vstřebávají. Velmi úzké stenózy nakonec vedou ke střevní neprůchodnosti. Onemocnění postihuje trávicí trubici nesouvisle, zcela zdravé úseky sousedí s postiženými. (Červenková, 2009).

## 1.2 Historie

Historie Crohnovy choroby je těsně spjata legendárním americkým gastroenterologem B. B. Crohnem, jehož jméno také od roku 1932 nese. V tomto roce popsal Crohn spolu se svými spolupracovníky z newyorské nemocnice Mount Sinai Ginzbugem a Oppenheimerem celkem 14 nemocných s vředovitým zánětem terminálního ilea. V našich zemích je historicky nejvýznamnější postavou spojenou jak s Crohnovou chorobou tak i ulcerózní kolitidou prof. Mařatka, který v roce 1948 vydal monografii Colitis ulcerosa. Mařatkova práce a řada dalších jeho publikací na téma střevních zánětů patří k základním parametrům informací o chronických zánětech střev nejen v českém, ale i v celosvětovém měřítku (příručka pro pacienty, kolektiv autorů, 2010).

### 1.3 Epidemiologie

Epidemiologické studie poskytují zajímavé informace o výskytu nových případů Crohnovy choroby i o celkové frekvenci onemocnění v populaci. Nejvyšší výskyt je v současné době zjišťován v ekonomicky vyspělých zemích Evropy a v Severní Americe. Poslední údaje z epidemiologického šetření ukazují, že na 100 000 obyvatel je v průmyslových oblastech Evropy a Severní Ameriky každý rok nově diagnostikováno přibližně 5 – 10 nemocných s Crohnovou chorobou. Celkový počet nemocných dosahuje 200 – 250 případů na 100 000 obyvatel (příručka pro pacienty, kolektiv autorů, 2010).

### 1.4 Příčiny

Příčiny vzniku Crohnovy choroby jsou bohužel neznámé. V současné době většina odborníků hovoří o poruše komunikace mezi imunitním systémem a mikrobiálním obsahem střeva. V našich střevech žije ohromné množství bakterií. 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 bychom vůbec nebyli schopni žít.

Svoji roli hrají bezpochyby geny a vnější prostředí, které se v posledních desetkách let značně změnilo, například:

- stravovací návyky, příprava a skladování potravin,
- antimikrobiální léky,
- stres,
- přílišná čistota.

Je velmi pravděpodobné, že při vzniku idiopatických střevních zánětů se uplatňují nejméně 3 faktory, které se navzájem ovlivňují. Jediným v současnosti známým faktorem, která má vliv na Crohnovu chorobu je kouření. Kouření prokazatelně zhoršuje průběh a snižuje účinnost podávané léčby (Červenková, 2009).

### 1.5 Příznaky

Celosvětové zkušenosti ukazují, že mezi prvními příznaky Crohnovy choroby a stanovením diagnózy uplyne zhruba jeden rok. Hlavním problémem je šíře příznaků, mohou být totiž akutní, chronické, střevní i celkové.

**Akutní příznaky** jsou vzácné. Nemoc většinou začíná akutním zánětem slepého střeva a teprve chirurg zjistí, že zánět postihuje větší úseky lačníku

a tračnicku. Prvním akutním příznakem se může stát píštěl či hnisavý absces v oblasti konečníku.

Častěji se vyskytuje **chronický průběh** nemoci, který je doprovázen jak střevními tak mimostřevními příznaky.

Mezi střevní příznaky nejčastěji patří: průjmy, přítomnost krve či hlenu ve stolici, bolestivé nutkání na stolicí, křeče, dále se může vyskytovat zvracení, zhoršené vyprazdňování plynů či nafouknuté břicho.

Mezi mimostřevní příznaky patří: horečky, zimnice, slabost, malátnost, nechutenství a hubnutí. Dále se mimostřevní příznaky dělí na postižení kloubů, kůže a očí.

**Postižení kloubů** se projevuje obtížnými bolestmi až kloubním zánětem.

**Postižení kůže**, typickým projevem je nodózní erytém = na kůži nejčastěji bérců a předloktí vznikají bolestivé, zarudlé zatvrdliny, které mají stěhovavý charakter. Atypickým projevem je pyoderma gangrenosum = hluboké vředy na kůži, vznikají během několika dnů. Jejich hojení zanechává kosmeticky nepříjemné jizvy.

**Postižení očí** se projevuje zánětem rohovky a duhovky, může vést k vážnému postižení zraku (Zbořil, 2013).

## 1.6 Diagnostika

Jelikož se jedná o celoživotní onemocnění, je důležité na začátek stanovit diagnózu. Vyloučit jiné zánětlivé onemocnění střev a také rozpoznat Crohnovu chorobu od ulcerózní kolitidy. Dále je nutná dispenzarizace, tím se zjišťuje průběh nemoci, rozsah postižení, reakce na léčbu i vznik komplikací.

### 1.6.1 Diagnostiku začínáme nejprve **anamnézou a fyzikálním vyšetřením**.

Při první návštěvě doktora je velice důležité správně odebrat anamnézu, jedná se o pečlivé vyzpovídání v oblastech osobních, rodinných, pracovních, farmakologických a nynější stav pacienta. Velice důležité je také kompletní fyzikální vyšetření, pohledem, poslechem, pohmatem včetně per rektum (vyšetření konečníku prstem).

### 1.6.2 Laboratorní vyšetření

Základem vyšetření je provedení krevních testů, které však nejsou specifické jen pro idiopatické záněty střev. Laboratorní testy myjí za úkol provést diagnostiku jiného střevního onemocnění, vyloučit přítomnost infekce, která by mohla zánět napodobit či komplikovat. Dále je nutné zjistit přítomnost či významnost výživových komplikací jako je chudokrevnost, nedostatek železa, bílkovin aj. Důležité je také imunologické vyšetření, které rozliší Crohnovu

chorobu od ulcerózní kolitidy. Vyšetření stolice se provádí k odlišení funkčních poruch zažívacího ústrojí od zánětlivého poškození střeva

### 1.6.3 Zobrazovací metody

Crohnova choroba může postihnout celou trávicí trubici, proto je nutné neomezit se pouze na vyšetření některé izolované části, ale zmapovat celé zažívací ústrojí. Některé lokality mohou být postiženy, aniž by se projevil příznak. Pokud by se vyšetření některé oblasti zpočátku pomínulo a později zjistilo, nelze si být jist, zda se nemoc zhoršila, rozšířila, či zda bylo místo postiženo od počátku. To pak přináší zbytečné léčebné rozpaky a otázky.

**Sonografie břicha** – základní zobrazovací metoda, která pomůže vyloučit komplikace typu zánětlivého infiltrátu, přítomnost kamenu ve žlučníku či ledvinách. Dokáže zhodnotit změny na stěně trávicí trubice a jeho okolí.

**Enteroklýza** - rentgenové vyšetření střeva pomocí kontrastní látky. Postupně se zobrazují jednotlivé úseky tenkého a tlustého střeva, které identifikují místa poškození. Hodnotí se síla stěny střeva, eventuálně zúžení střeva.

**Počítačová tomografie – CT enterografie** – používá se pro získání nálezu na tenkém a tlustém střevě po podání kontrastní látky za současného snímání digitálních obrázků. Může odhalit změny i na měkkých tkáních, okolních orgánů v dutině břišní a nalézt nitrobřišní komplikace, zejména abscesy a píštěle.

**Magnetická rezonance** – má stejné využití jako CT, výhodou je že nezatěžuje rentgenovým zářením. Může nevyužít také u pacientů, u kterých potřebujeme vyšetření opakovat častěji. Volí se také v případech podezření na píštěle v oblasti konečníku.

**Kapslová enteroskopie** – moderní metoda v diagnostice poškození tenkého střeva. Spočívá ve spolknutí kapsle s kamerou, která pořizuje záznamy z tenkého střeva. Po skončení vyšetření jsou záznamy počítačově vyhodnoceny. Výhodou je zobrazení minimálních změn, které se nedokážou odhalit ani na CT. Nevýhodou je nemožnost odebrat vzorek tkáně na histologické vyšetření.

### 1.6.4 Endoskopické metody

**Kolonoskopie** – nejpřesnější metoda, která umožňuje prohlédnout vnitřek tlustého a krátký úsek tenkého střeva. Endoskopický přístroj je zaveden konečníkem a pokračuje dále do střeva. Kolonoskopie umožňuje nejlepší stanovení diagnózy a rozsah nemoci. Při kolposkopii se velice často odebírá vzorek sliznice na mikroskopické vyšetření.

**Ezofagogastroduodenoskopie** – endoskopické vyšetření horní části trávicí trubice. Přístroj je zaveden ústy a pokračuje až do dvanácterníku.

**Enteroskopie** – pomocí dlouhého endoskopického přístroje vyšetřujeme celé tenké střevo a současně můžeme pomocí kleští odebrat tkáň na histologické vyšetření. Také je možné provést různé terapeutické zákroky jako stavění krvácení, dilatace úseku tenkého střeva pomocí balónku.

**Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie** – vyšetření žlučových cest, které se provádí při podezření na postižení žlučovodů zánětem (Lukáš, 2011).

## 1.7 Průběh onemocnění

Crohnova choroba probíhá v několika fázích, které mohou být ovlivněny mnoha faktory. Projev onemocnění závisí na rozsahu postižení, věku pacienta, délce trvání a tíži příznaků. Potíže, které pacient zažívá, souvisejí s rozsahem a aktivitou zánětu.

- u některých nemocných se může ataka vyskytnout pouze jednou, izolovaně,
- u menší části nemocných je onemocnění vleklé, s těžkými příznaky a s potížemi i v klidové fázi,
- u většiny pacientů je ale průběh onemocnění přerušovaný, střídavý (chronický intermitentní).

**První ataka** – onemocnění může začít nenápadným průjmem, který později získá příměs krve. V průběhu několika týdnů se příznaky zhoršují. U více než poloviny pacientů bývá první ataka lehká, proto může někdy zůstat nerozpoznána. Nejčastěji přichází u nemocných mezi 20 a 40 lety, u mladších a starších nemocných bývají příznaky těžší. U některých pacientů je průběh natolik těžký, že je nutné odstranit část nebo většinu tlustého střeva již v průběhu první ataky.

**Remise** – návrat k původnímu fungování pacienta před vypuknutím nemoci. Jedná se o dosažení bezpříznakového období. Nemoc je stále přítomna, ale bez zjevných symptomů.

**Relaps** = „**znovuzplanutí**“ období, během kterého zánět znovu vzplane. Toto období se u každého pacienta liší. Délka vzplanutí je ovlivněna mnoha faktory, velkou roli hraje léčba. Relapsy se mohou dělit na:

- remitující – relapsy se vyskytují častěji než jednou ročně,
- intermitující – mezi jednotlivými vzplanutími uplyne doba delší než jeden rok,
- pokud ataka trvá déle, jak rok jedná se o chronický průběh nemoci.

**Recidiva** – opakované vzplanutí nemoci, postižení části trávicí trubice, která doposud postižena nebyla.

**Rekurence** – stav kdy po chirurgickém odstranění postiženého úseku trávicí trubice se zánět objeví znovu (Holubová, 2013).



## **1.8 Léčba**

Léčba Crohnovy choroby se liší podle aktivity onemocnění, odpověď na léčbu, zda léčíme akutní či klidové stadium nemoci.

### **1.8.1 Medikamentózní léčba**

Při medikamentózní léčbě se využívá mnoha preparátů.

#### **Kyselina 5-aminosalicylová**

Může podávat ústy nebo lokálně v podobě klysmatu či čípku. Léky, které obsahují kyselinu 5-aminosalicylovou, ovlivňují zánětlivě změněnou sliznici střeva. Používají se k léčbě lehkých a středně těžkých forem Crohnovy choroby. Preparáty se liší podle místa působení. Pro oblast konečníku a esovitě kličky se volí čípky a klysmata, pro zbylou oblast trávicí trubice jsou vhodnější tablety. Pro celé tenké i tlusté střevo se používají tablety Pentasa, pro oblast ilea a počátek tlustého střeva Salofalk a pro tlusté střevo tablety Asakol.

#### **Kortikoidy**

Kortikoidy jsou hormony kůry nadledvin, k léčbě nespecifických zánětů se používají již od 50. let. Využívá se jejich protizánětlivého a imunosupresivního účinku. Jsou účinné v léčbě akutního vzplanutí, bohužel však obsahují mnoho nežádoucích účinků jako je osteoporóza (řidnutí kostí), možnost vzniku cukrovky, akné, ztloustnutí, minerálový rozvrat a mnoho jiných.

#### **Imunosupresiva**

Imunosupresiva jsou léky, které blokují činnost imunitního systému. Systém, který je zodpovědný za obranyschopnost proti cizorodým látkám. Imunitní systém může vytvářet protilátky proti vlastním tkáním a vystupňovaná zánětlivá odpověď zhoršuje průběh onemocnění. Azathioprin a 6-merkaptopurin se využívají k náhradě vysoké dávky kortikoidů k udržení klidového stavu.

#### **Biologická léčba**

U pacientů s těžkým průběhem a zvláště u pacientů, kde selhala imunosupresivní léčba, se používá biologická léčba. V současné době je klinicky prokázána účinnost přípravku Remicade. Tato protilátka je tvořena z 90% lidskou a z 10% myší bílkovinou. Dalším přípravkem je Humira, která je z 100% tvořena lidskou bílkovinou. Je účinná při indukční léčbě Crohnovy choroby (Zbořil, 2013).

## **Protibakteriální léky**

Používání antibiotik a chemoterapeutik se využívá kladných zkušeností s nimi. Tyto látky snižují množství cizorodých látek ve střevě a tím i vyvolání zánětu. Naopak některá širokospektrá antibiotika mohou složení střevní mikroflóry zhoršit a někdy i vyvolat akutní vzplanutí onemocnění.

## **Probiotika**

Preparáty, které obsahují živou mikrobiální flóru, která má pozitivní účinek na zdravotní stav pacienta. Využívají se v udržovací fázi nejčastěji při postižení tlustého střeva.

### **1.8.2 Léčba umělou výživou**

Umělá výživa je potřeba, pokud příjem potravy přirozenou cestou není dostačující. Umělá výživa slouží ke zlepšení nutričního stavu pacienta, což samo vede ke zlepšení odpovědi na léčbu, snížení počtu komplikací. Umělá výživa se však používá jako léčebný prostředek k navození takzvaného střevního klidu, při kterém pacient dostává pouze umělou výživu. Tato výživa se může podávat formou parenterální výživy do žilního systému nebo enterální formou pomocí zavedené sondy do střeva.

### **1.8.3 Psychoterapie**

Psychické problémy mohou velice často ovlivnit průběh onemocnění. Stres může ovlivňovat míru imunitní reakce a může vyvolat akutní vzplanutí nemoci či naopak způsobit hlubokou imunosupresi. Vhodně prováděná psychoterapie může nemoc zklidnit (Zbořil, 2013).

### **1.8.4 Chirurgická léčba**

Chirurgická léčba je využívána, pokud konzervativní léčba selhala nebo v případech akutních či dlouhodobých komplikací. Chirurgický výkon by měl být co nejšetnější, pokud se odstraňuje část střeva, měla by to být co nejmenší část.

Indikace k chirurgické léčbě Crohnovy choroby:

#### **URGENTNÍ**

- masivní krvácení,
- střevní obstrukce,
- toxický megakolon,
- peritonitida,
- perianální absces.

## ELEKTIVNÍ

- selhání a komplikace konzervativní léčby,
- střevní stenózy,
- vnitřní a zevní píštěle,
- periintestinální infiltráty,
- urologické komplikace (stenózy ureteru),
- karcinom a prekarcinomové změny,
- projevy malnutrice a retardace růstu

**Strikturoplastika** – chirurgický výkon, při kterém se střevo neodstraní, ale provedou se na něm různé úpravy zúžení, plastiky.

**Resekční terapie** – chirurgický výkon, při kterém se zresekuje postižený úsek zánětem. Využívá se histologické vyšetření na zjištění negativitu Crohnovy choroby. Resekuje se ve vzdálenosti 5 – 10 cm od konce postiženého úseku. V těchto zdravých zónách se poté založí terminotermiální anastomóza.

(Kohout, 2006).

## 1.9 Komplikace

V průběhu onemocnění se mohou objevit rozličné komplikace.

### 1.9.1 Lokální střevní komplikace

**Stenóza** – zúžení průsvitu střeva se objevuje asi u 35% pacientů. Významné zúžení střeva může vyústit v poruchu střevní průchodnosti, která se projevuje křečovitými bolestmi břicha, zvracením a nápadnými střevními zvuky.

**Perforace** – častá komplikace rozvíjející se v průběhu silného zánětu. Hluboký vředovitý defekt pronikne celou stěnou střeva, kolem se vytvoří vazivové blány ohraničující zánět. Konečným výsledkem je vznik píštěle či abscesu, uložené mimo střevní stěnu.

**Perianální absces a píštěl** – typické komplikace postihující tlusté střevo. Jsou velice časté, proto je mnoho odborníků považuje za charakteristický projev určitého typu nemoci. Vznik perianálních píštělí či abscesů vede ke vzniku flegmóny (neohraničený hnisavý zánět v oblasti hráze) a k poškození funkce análních svěračů.

**Septický průběh střevního zánětu** – projevuje se horečkou a celkovou schváceností.

**Masivní krvácení** – tuto vzácnou komplikaci způsobuje narušení stěny cévy v důsledku vředovitého zánětu.

### 1.9.2 Vzdálené projevy

Oproti lokálním komplikacím je nemá za následek zánět, ale imunitní reakce organismu

**Kůže** - při postižení tlustého střeva se objevuje nodózní erytém (bolestivé zduřeniny podkoží a kůže, umístěné obvykle na bérkách). Původně růžová barva se mění jako modřina.

**Oči** – záněty spojivky a rohovky, případně závažnější záněty duhovky či řasnatého tělíska, jsou nápadné a bolestivé, ale nezanechávají trvalé následky.

**Klouby** – kloub kolenní a kloub hlezenní odnášejí střevní záněty nejčastěji. Enteropatická artritida je akutní zánět nitrokloubní blány, který vede ke vzniku výpotku v kloubu. Celý kloub je zarudlý a velmi bolestivý, po odeznění akutní fáze se hojí bez následků (Červenková, 2009)

### 1.9.3 Metabolické komplikace

Metabolické komplikace vyplývají buď z porušeného vstřebávání živin, nebo z nežádoucích účinků užívaných léků.

**Osteoporóza** – řídnutí kostí spočívá v důsledku dlouhodobého užívání kortikoidů nebo při porušeném vstřebávání vápníku a vitamínu D.

**Chudokrevnost** – zvýšená ztráta krve a omezené vstřebávání železa vede ke vzniku anémie, která je typická pro vyšší aktivitu střevního zánětu. U pacientů po resekci terminálního ilea se anemie vzniká z nedostatku vitamínu B12.

**Nedostatek zinku a selenu** – vede k němu porušené vstřebávání stopových prvků. Projevuje se změnami na pokožce obličeje.

**Žlučové kameny** – vznikají po resekci tenkého střeva, kdy se poruší vstřebávání žlučových kyselin, které se dostanou do tlustého střeva. Tam usnadňují vstřebávání žlučového barviva bilirubinu, které se zakládá na vzniku pigmentových kamenů ve žlučníku.

**Ledvinové kameny** – způsobují to oxalátové konkrementy. Pacienti po resekci střeva mají zvýšenou koncentraci kmenotvorných látek v moči. Příčinou vzniku je metabolická porucha vyvolaná poruchou vstřebávání žlučových kyselin (Červenková, 2009).

## 1.10 Prognóza

Prognóza u Crohnovy nemoci je závislá na oblasti a rozsahu postižení střeva a na komplikacích. Průměrně 50 % nemocných s Crohnovou nemocí vyžaduje chirurgické řešení. Úmrtí nastává obvykle v pooperačním období na komplikace (plicní embolizace, sepse). Nemocní s aktivním onemocněním mají nižší celkovou kvalitu života, než nemocní s idiopatickým střevním zánětem v remisi (Lukáš, 1999).

## **2 Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou**

Pojem kvalita života zahrnuje nejen zdravotní stav pacienta, ale i věk, sociálně ekonomické podmínky, psychické vnímání, očekávání a cíle každého jednotlivce. Jde o subjektivní posouzení vlastní situace. Kvalita života je závislá na tom, jak dalece nemocný toto postižení pociťuje a jak se cítí být omezen.

### **2.1 Hodnocení kvality života**

Jednoduchá otázka: „Jak se cítíte“? Je neformální cesta k měření kvality života. Informace od pacienta mohou být získávány rozhovorem, to pomáhá při hodnocení a léčbě individuálního pacienta. Pro objektivní hodnocení jsou nejčastěji používány dotazníky. Nemocní s Crohnovou chorobou se potýkají s různými problémy, které ovlivňují kvalitu jejich života. Proto je velice důležité při léčbě tohoto onemocnění brát ohled i na psychickou stránku. Mezi nejvíce účelné dotazníky pro zjištění kvality života se používá dotazník - Inflammatory bowel disease questionnaire. Byl vyvinut v roce 1988 v Kanadě. Obsahuje 32 otázek a k hodnocení se používá 7 stupňová Likertova stupnice (1 – velmi těžký problém, 7 – bez problému. Měří kvalitu života ve 4 oblastech: 1 oblast – střevní (10 otázek, např. častost stolic, bolesti břicha), 2 oblast – celkové (5 otázek, např. únava, spánek, energie, udržení váhy), 3 oblast – sociální (5 položek, např. práce, rušení společenských závazků), 4 oblast – emoční (12 otázek, např. strach, deprese, podrážděnost). Dotazník má velmi dobré psychometrické hodnocení a je dostupný více jak ve 20 jazycích, včetně českého. ( Gabalec, 2009)

#### **2.1.1 Faktory ovlivňující kvalitu života**

Kvalita života je bohužel závislá na aktivitě nemoci. Původ nemoci není vysvětlen, hledají se různé příčiny vzniku.

##### **Vliv konzervativní léčby na kvalitu života**

Pro hodnocení kvality života je velice důležité sledovat efekt léčby a nežádoucí účinky medikamentů. Po dlouholetých studiích měření kvality života se podařilo nalézt optimální dávkování léků.

##### **Vliv chirurgické léčby na kvalitu života**

Více než polovina nemocných s Crohnovou chorobou alespoň jednou za život podstoupí chirurgickou operaci, ať resekci či strikturoplastiku. Většina studií dokazuje, že chirurgický zákrok u pacienta vyvolá stav zvaný remise, díky které je u pacienta dosaženo zlepšení kvality života.

## **Kvalita života pacientů se stomií**

Vznik stomie je pro každého pacienta velký zásah do života, proto je velice důležité, aby mu bylo vše jednoduše a srozumitelně vysvětleno. Kvalitu života u nemocných se stomií je velice těžké posuzovat. Pro většinu lidí je tato situace nepřínosná až depresivní. Tato změna potřebuje postupnou míru adaptability, aby se s tím každý pacient dokázal vyrovnat. Jen představa vysvléknutí se před svým partnerem je nereálná a velice depresivní. Kvalita života pacientů se stomií je nižší než kvalita života bez stomie, avšak mnoho pacientů trpící neústupnými průjmy, kolikrát až 30 krát denně má pro tzv. „uklidnění střev“ vyšitou dočasnou stomii, za dobu stomie si vznikne na tento styl života a stalo se mnoho případů kdy při odstranění stomie = sešití střeva zpět se pacient rozhodne, že jeho kvalita života byla mnohem vyšší se stomií než bez ní. Průjmy se ihned vrátí nazpět. Je velice důležité brát každého pacienta individuálně.

### **2.1.2 Faktory bez vztahu k Crohnově chorobě**

Mezi faktory, které se podílejí na vznik Crohnovy choroby patří: věk, pohlaví, sociální a ekonomický stav, psychický stav a edukace.

#### **Vliv věku**

Věk je významný faktor ovlivňující kvalitu života. V adolescentním věku je důležitá určitá image, vznik nemoci je pro tento věk velice těžké a náročné na psychickou stránku života. Mnoho pacientů se uzavře do sebe a je pro něj těžké si k sobě pustit někoho blízko. Bojí se o bližší kontakt.

U starších lidí kvalitu života zhoršuje nedostatek sociální podpory. Bojí se, že ho rodina nepodpoří, bojí se o ztrátu rodiny. Onemocnění u starších lidí je ovlivněno skrz nedostatečnou psychologickou podporu, sociální strádání a nedostatek kvalitních informací o podstatě nemoci a jejich léčbě.

#### **Vliv pohlaví**

Rozdíly v hodnocení kvality života mezi mužem a ženou byly prokázány. Ženy mají oproti mužům nižší kvalitu života. Hlavní roli hrají psychologické faktory, větší obava z nemoci, strach, vnímání nemoci. Ruku v ruce s tím mohou jít problémy v osobním, rodinném, partnerském a sexuálním životě. Ženy více řeší svůj vzhled, své tělo a nedokážou si představit, že by se měli někde ukázat se stomií, třeba jen vysvléknout se před svým partnerem je pro ně leckdy velký problém.

#### **Vliv vzdělání a sociálně ekonomický stav**

Nemocný s nižším stupněm vzdělání může mít horší vztah k nemoci a k léčbě, protože nemá veškeré informace, které jsou důležité vědět při onemocněním Crohnovou chorobou.

Výskyt nemoci v mladším věku může mít negativní vliv na studijní výsledky pacienta. Pro školáka je velice důležitý vzhled, chce co nejvíce zapadnout do kolektivu spolužáků. Dělat veškeré koníčky co ostatní, jíst co ostatní, vypadat jak ostatní a to v mnoha případech tohoto onemocnění nejde.

### **Vliv edukace**

Mnoho pacientů si stěžuje na nedostatečné informace a edukaci, avšak mnoho nemocných dostává veškeré informace jak ústně, tak i písemně formou edukačních letáků, internetových odkazů, knih a různých časopisů.

Pozitiva – více se dovídají o svém onemocnění, zjišťují co je pro ně dobré a co naopak jim dělá špatně.

Negativa – pacienti se o nemoci dovídají mnoho informací a ne každá může být pozitivní. Pacienti více edukovaní a informovaní mají větší strach a stres o průběhu nemoci.

### **Vliv psychického stavu a deprese**

Mnoho pacientů s Crohnovou chorobou trpí obavou z nemoci a depresí. Ta má však velice negativní vliv na průběh nemoci. Existuje velký význam mezi psychickým stavem pacienta a funkční střevní poruchou. Depresivní nálada velice negativně ovlivňuje i stav v remisi.

### **Vliv výživy na kvalitu života**

Zhoršení stavu výživy je časté u onemocnění malnutricí. Úplná enterální výživa subjektivně zlepšuje duševní i tělesný stav pacienta, sociální a osobní aktivitu a celkovou spokojenost vést smysluplný život.

### **Dieta č. 5 bezezbytková**

Dieta v klidovém období - v klidovém období není u Crohnovy choroby zásadní dietetická opatření. Strava by měla být nedráždivá a dostatečně kaloricky vydatná. Špatně snášené následující potraviny: luštěniny, syrová zelenina, zeleninové a ovocné šťávy, citrusové ovoce, kyselé zelí, cibule, tučné a kyselé pokrmy, mléko. Dobře snášené potraviny: vařené maso, ryby, drůbež, brambory, rýže, těstoviny, snadno stravitelné vařené ovoce a zelenina. Pacienti by měli denně vypít 1,5 až 2 litry tekutin, stejně jako zdraví lidé.

Dieta při akutním stadiu - cílem dietetického opatření při akutním vzplanutí je snížení zatížení střeva postiženého zánětem. Pacient tedy nepřijímá normální potravu, ale dostává tzv. parenterální nebo enterální výživu. Současně je velmi důležitý příjem tekutin, především vzhledem ke zvýšeným ztrátám vody při četných průjemovitých stolicích.



**Parenterální výživa** – parenterální výživa v praxi znamená podávání roztoků s přesně určeným složením živin (cukry, tuky, bílkoviny, stopové prvky a vitamín) do žilního řečiště pomocí centrálního žilního katétru. Tato forma výživy se podává při akutní fázi Crohnovy choroby.

**Enterální výživa** - Enterální výživa v praxi znamená podání roztoků s přesně určeným složením živin (cukry, tuky, bílkoviny, minerály, stopové prvky, vitamíny) do trávicího traktu. Podmínkou použití enterální výživy je funkční trávicí trakt zajišťující dostatečné vstřebávání živin. Již v minulosti se prokázalo pozitivní působení enterální výživy na zlepšení výživového stavu pacientů a zároveň pozitivní ovlivnění průběhu choroby. Účinnost v navození hojení zánětu je srovnatelná s účinností kortikoidů. Enterální výživa nemá nežádoucí účinky, lze tedy říci, že je účinnou součástí komplexní léčby Crohnovy choroby.

(Gabalec, 2009)

### **3 Specifika péče u pacientů s Crohnovou chorobou**

Pacienti s onemocněním Crohnova choroba jsou přijímáni na standardní interní oddělení, při zhoršení jejich stavu mohou být uloženi na JIP. Před zahájením ošetrovatelské péče se odebírá ošetrovatelská anamnéza, fyzikální vyšetření sestrou, zhodnotí se úroveň sebedpěče, pomocí různých škál a klasifikací.

#### **Monitorace**

- fyziologické funkce, stav vědomí,
- bolest,
- bilance tekutin, dodržování stravy,
- laboratorní výsledky, účinky terapie,
- invazivní vstupy.

#### **Pohyb**

- zhodnotit úroveň soběstačnosti,
- pohybový režim bez omezení,
- u nesoběstačných pacientů dodržovat polohování a prevence dekubitů,
- zajistit bezpečnost.

#### **Hygiena a oblékání**

- zhodnotit úroveň soběstačnosti,
- zajistit intimitu,
- u nesoběstačných pacientů dodržování hygienických návyků, prevence opruzenin a dekubitů.

#### **Spánek a odpočinek**

- zajistit klidné prostředí, dodržování návyků,
- u nesoběstačných pacientů zajistit úlevovou a vhodnou polohu,
- zajistit bezpečnost,
- možnost aplikace hypnotik.

#### **Výživa**

- v akutních fázích dieta os, zajistit parenterální nebo enterální výživu,
- kontrola a péče o dutinu ústní,
- kontrola funkčnosti nasogastrické nebo enterální sondy a péče o ni,
- po odeznění akutní fáze pomoci s normální stravou,
- sledovat příjem tekutin,
- zhodnotit úroveň výživy a hydratace pacienta.

### **Vyprazdňování**

- při inkontinenci zavedení PMK, kontrola množství moči a její příměsi,
- vyprazdňování na lůžku pomocí podložní mísy, u nesoběstačných pacientů použití plen,
- sledovat příměsi a množství stolice, důležité sledování příměsi krve.

### **Dýchání**

- kontrola saturace kyslíku,
- při ztíženém dýchání zajistit kyslíkové brýle nebo kyslíkovou masku,

### **Bolest**

- zhodnotit intenzitu a lokalizaci bolesti pomocí škál,
- zajistit úlevovou polohu,
- dle ordinace podat analgetika,
- naučit pacienta zvládat bolest.

### **Psychosociální potřeby**

- zajistit přístup rodiny, ulevit od bolesti,
- empatický přístup,
- zodpovědět otázky a informovanost pacienta,
- možnost zajistit psychologa

(Trachtová, 2001).

## **3.1 Základní ošetrovatelská péče**

Do základní ošetrovatelské péče patří uspokojování fyziologických potřeb pacienta. Mezi které patří potřeba hygieny, stravování, vylučování, pohybu aj. U pacientů postižených Crohnovou chorobou je velice důležitá právě základní ošetrovatelská péče. Jak již víme, pacient velice často trpí neúnosnými průjmy, proto je pro jeho komfort důležitá potřeba pohybu, vyprazdňování, zvýšená hygiena a v neposlední řadě soukromí (Trachtová, 2001).

## **3.2 Specializovaná ošetrovatelská péče**

Specializovaná ošetrovatelská péče je péče zaměřená na odborné činnosti. Do které patří práce s monitory, s lineárními dávkovači, infuzními pumpami, enterální či parenterální výživou. Dále pak zavádění nasoenterální či nasogastrické sondy, asistence při kanylaci, zavádění močového katétru a mnoho jiných (Trachtová, 2001).

### 3.3 Komplexní ošetrovatelská péče

Je to plánovaná a organizovaná činnost, která se vykonává formou ošetrovatelského procesu.

Mezi jednu z nejdůležitější péče v oblasti komplexní ošetrovatelské péče kromě samotného ošetrovatelského procesu patří jednoznačně edukace pacienta. Edukace je důležitá a potřebná u jakéhokoli onemocnění.

#### **Prvním důležitým krokem je seznámit pacienta s onemocněním.**

Je důležité zajistit, aby se pacient dověděl co nejvíce o svém onemocnění, jak všeobecně, tak i různé zákoutí se kterými by se mohl kdykoliv v průběhu onemocnění setkat. V průběhu onemocnění se bude pacient setkávat s různými lékaři, proto je dobré doporučit pacientovi, aby si vše zaznamenával a pamatoval. Od vyšetření, přes veškeré léky, které užíval, po operace, které proběhly, pro snadnější a rychlejší spojení mezi pacientem a lékařem.

#### **Druhým důležitým krokem v edukaci pacienta s Crohnovou chorobou je jednoznačně poučení o dietním režimu.**

V oblasti diety je velice důležitý pitný režim, který doporučuje vypít denně alespoň 2000ml tekutin. Nedoporučuje se pít káva, černý čaj a alkohol. Dieta je jedna z nejdůležitější součástí léčby. Strava musí být pestrá, vyvážená, musí obsahovat dostatek energie, ale zároveň musí být lehká a dobře stravitelná. Dietní režim v akutním stavu se mnohdy volí formou parenterální aplikace. Po odeznění akutní fáze se přechází na dietu bezsezbytkovou, která nezatěžuje zažívací trakt a má omezený přísun vlákniny.

#### **Vhodné potraviny jsou:**

- ovoce a zelenina spíše lehce dušená,
- celozrnné pečivo, rýže, pohanka – pokrmy z rýže mají protizánětlivé účinky a mohou se konzumovat několikrát do týdne,
- mléčné výrobky jsou vhodné kysané, nedoporučují se plísňové sýry,
- maso pro obsah železa (u někoho může vyvolávat zácpu).

#### **Nevhodné potraviny, které dráždí zažívací trakt jsou:**

- kofein,
- kukuřice,
- čokoláda,
- vejce,
- koření,
- potraviny s umělými sladidly a konzervačními látkami.

#### **Vhodný způsob úpravy potravin:**

- vaření,
- dušení.

**Nevhodné způsoby úpravy potravin:**

- smažení.

Není vhodná konzumace alkoholu a kouření!

**Potravinové doplňky**

- **Železo** – při onemocnění dochází ke krvácení, které může vyvolat chudokrevnost z nedostatku železa a bez železa nemůže organismus obnovit červené krvinky,
- **Vitamín B12** se vstřebává až v dolní části tenkého střeva, tím jeho absorpce je postižena,
- **Vitamín C** je důležitý pro svůj antioxidační účinek, při zánětech dochází k uvolňování volných radikálů,
- **Lactobacillus acidophilus** obnovuje střevní mikroflóru.

**Další důležitou částí v oblasti edukace je poučení o aktivitě a fyzické námaze.**

Onemocnění nesmí zabránit účasti na aktivitách dle vlastního výběru. Pouze při silném akutním zánětu je vhodné vyhýbat se energeticky náročným a namáhavým sportům. Pravidelné cvičení kloubů a svalů pozitivně ovlivňuje zabránění vzniku nežádoucím účinků medikamentů. Dovolená v zahraničí není žádný problém. Nutné je zajistit si léky na celou dobu rekreace. Při výběru rizikové destinace, nutné očkování. Vyvarovat se slunění v poledních hodinách a alkoholu. Zaměstnání není nutné z důvodu onemocnění měnit, pouze tehdy pokud se nejedná o zaměstnání, kde jde o velmi fyzicky namáhavou práci. Sexuální život se v mnoha případech nemění. U žen při akutním vzplanutí nemoci může dojít k přerušení menstruačního cyklu. V případě výskytu píštěle v oblasti konečníku a pohlavních orgánů, může dojít k ovlivnění sexuálního života. Těhotenství neovlivňuje průběh onemocnění. Je vhodné naplánovat tak, aby proběhlo v období, kdy se neočekává vzplanutí nemoci.

**Nutné je udržení dobré psychické kondice**

Je důležité přijmout skutečnost, že trpíte chronickým onemocněním. Podvědomí může vyvolat emoční zátěž. V prvním kroku je důležité dodržovat medikamentózní léčbu, pravidelně chodit na vyšetření a navštěvovat lékaře. IBD skupina je vhodnou volbou, jak se vyrovnat s chronickou nemocí. Dochází k setkání lidí, kteří trpí stejným onemocněním.

**Důležité je poučit klienta o možných komplikacích jako jsou:**

- Tělesná teplota – důležité je informovat lékařem dodržovat terapii, klid na lůžku, dostatečná přísun tekutin a výměnu osobního a ložního prádla,
- Průjmy a poraněná kůže v oblasti konečníku – při průjmu dochází k dehydrataci, proto je důležité dodržovat pitný režim. O konečník pečuje zvýšenou hygienou a použitím masti na okolí konečníku,

- Bolest, nevolnost, říhání, nadýmání – to vše je spojené s tvorbou vředu na střevní sliznici. Je nezbytné ihned informovat lékaře,
- Hubnutí – dochází k němu při špatném vstřebávání živin. Důležité je dodržování dietního režimu a podání potravinovým doplňků,
- Zácpa – vzniká při stenóze. Doporučuje se nácvik vypravovacího reflexu, vhodná dieta neb v poslední řadě laxativa,
- Obstrukce neboli ileus – dochází k zástavě motility střeva a viditelně vzedmutému břichu. V tomto případě je nutné ihned vyhledat lékaře a nic nepřijímat ústy. Je důležité provést chirurgický zákrok,
- Píštěl, absces, perforace – v nejzávažnějších případech může dojít k peritonitidě. Zánět je provázen intenzivní bolestí. Je nutné ihned vyhledat lékaře, nic nepřijímat ústy, musí se provést chirurgický zákrok (Zbořil, 2010).

U pacientů s onemocněním Crohnova choroba je velice časté vyšití trvalé či dočasné stomie, proto je důležité zajistit kvalitní péči o stomii. Edukační leták viz příloha D.

## **4 Ošetřovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou**

Ošetřovatelský proces je zpracovaný u pacienta s onemocněním Crohnova choroba. Zpracování informací probíhalo na jednotce intenzivní metabolické péče gastroenterologické kliniky ve Fakultní nemocnici Brno, kde jsem se podílela na ošetřování tohoto pacienta. Informace jsou sbírány ze sesterské a lékařské dokumentace, s pomocí pacienta, rodiny a z vlastního pozorování.

(Trachtová, 2001).

Ošetřovatelský proces je vypracován podle NANDA taxonomie I.

## IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

<b>Jméno a příjmení:</b> R. V.	<b>Pohlaví:</b> muž
<b>Datum narození:</b> 19. 9. 1991	<b>Věk:</b> 21 let
<b>Adresa bydliště a telefon:</b> Jihlava	
<b>Adresa příbuzných:</b> Jihlava	
<b>RČ:</b> 1991	<b>Číslo pojišťovny:</b> pojištěn
<b>Vzdělání:</b> SOU	<b>Zaměstnání:</b> invalidní důchod
<b>Stav:</b> svobodný	<b>Státní příslušnost:</b> ČR
<b>Datum přijetí:</b> 14.12.2012	<b>Typ přijetí:</b> akutní
<b>Oddělení:</b> FN Brno - jednotka intenzivní metabolické péče.	<b>Ošetřující lékař:</b> MUDr. R.K.

### **Důvod přijetí udávaný pacientem:**

Průjem a bolesti břicha.

### **Medicínská diagnóza hlavní:**

K501 Crohnova choroba.

### **Medicínské diagnózy vedlejší:**

- E101 Labilní diabetes mellitus 1. typu dekompenzovaný,
- K912 Syndrom krátkého střeva,
- A419 Recidivující kanylové sepse,
- J960 Stav po akutním respiračním selhání 2009 při sepsi,
- K900 Celiakální sprue – těžké střevní postižení při nedodržení diety,
- D689 Trombofilní stav, defekt proteinu S a C, lehký deficit antitrombinu,
- I802 Akutní mezenteriální trombose listopad 2009, stav po infarktu sleziny 2007,
- E43 Proteinoenergetická podvýživa sekundární,
- E083 Hypothyreóza na substituci,
- K876 Hepatopatie typu steatosa jater,
- K800 Cholecystolithiasa asymptomatická,
- G62 Polyneuropatie kriticky nemocných, pyramidová symptomatická LDK, centrální spastická paresa PDK, kontraktura na PDK,



- L89 Dekubitus nártu a paty PDK, stav po rekonstrukci z pravého stehna, zhojeno,
- F432 Organický psychosyndrom, deprese na léčbě.

### VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

<b>TK: 120/80</b>	<b>Výška: 165 cm</b>
<b>P:78/min</b>	<b>Hmotnost: 45 kg</b>
<b>D: 16/min</b>	<b>BMI: 16,5</b>
<b>TT: 36,6°C</b>	<b>Pohyblivost: omezena</b>
<b>Stav vědomí: při vědomí</b>	<b>Krevní skupina: A+</b>

#### Nynější onemocnění:

21letý pacient s Crohnovou chorobou, dlouhodobě řešený ve FN Brno, původně jako stav po břišní katastrofě při akutní mezenterální trombose s opakovanými operačními revizemi – výsledně jako syndrom krátkého střeva. Zachováno 20 cm jejunu s terminální jejunostomií, 30 cm ilea, které vyšito jako ileostomie, colon in situ. Stav komplikován sepsí. Současně při ischemickém postižení splachniku rozvoj sekundárního Diabetes mellitu labilního. Situaci zhoršující přítomnost dekompenzované celiakie při nedodržování dietních opatření v předchorobí. Po překlenutí akutního stavu postupné zlepšení těžké sekundární malnutrice. Opakovaná aplikace botulotoxinu na kontrakturu PDK bez většího efektu. Následně plastika podkolení šlachy PDK ale jen s mírným zlepšením při nedostatečné spolupráci pacienta. Plastická korekce dekubitu nártu PDK zhojena. Zahájena trvalá antikoagulační léčba po dohodě s hematologem. Následně pacient v programu domácí parenterální výživy. Nově diagnostikována sekundární osteoporóza, zaléčená parenterálně bifosfonáty. Pro horší complianci nezralého pacienta s opakovaným nedodržováním dietních omezení (restrikce tekutin, bezpečkové potraviny, cukry) dochází k excesivním odpadům (přes 6000 ml za den) a dekompenzaci Diabetes mellitu. Přistoupeno k dlouhodobé hospitalizaci na intenzivním lůžku za zvýšeného dohledu. Opakované pohovory s pacientem, rodinou, vyšetření psychologem, který neshledává mentální deficit. 4.12.2012 v IKEMU provedena rekonstrukce, jejunoileální anatomóza endtoend, zůstává 70 cm tenkého střeva. Pooperačně bez komplikací, nadále bolesti břicha, omezený per os příjem, rána se hojí per primam. K další terapii převzat do FN Brno na IGEK JIMP.

**Informační zdroje:**

Lékař, ošetřující personál, pacient, dokumentace, rodina.

**ANAMNÉZA****Rodinná anamnéza:**

**Matka:** léčena pro trombofilní stav.

**Otec:** zdrav.

**Sourozenci:** nemá.

**Děti:** nemá.

**Osobní anamnéza:****Překonané a chronické onemocnění:**

- Crohnova choroba,
- Labilní diabetes mellitus 1. typu,
- Syndrom krátkého střeva,
- Akutní respirační selhání 2009 při sepsi,
- Celiakie,
- Trombofilní stav,
- Infarkt sleziny listopad 2009,
- Proteinoenergetická podvýživa sekundární,
- Hypotyreóza,
- Paréza PDK + kontraktura PDK.

**Hospitalizace a operace:**

- 2007 červenec hospitalizace v nemocnici Jihlava pro infarkt sleziny,
- 14. 10. 2009 hospitalizace v nemocnici Jihlava pro ileózní stav s nálezem nekrózy tenkých kliček, břicho uzavřeno – pacient transferován do FDN Brno – ARO,
- 17. 11. 2009 operace revize břicha – provedena subtotální resekce tenkého střeva, vyšity stomie,
- 7. 12. 2009 další operace – provedeno zrušení stomií a obnova kontinuity tenkého střeva,
- 28. 12. 2009 pro rozvoj ileózního stavu další revize břicha – provedena toaleta dutiny břišní a nové vyšití ileostomie,

- 8. 1. 2010 – 26. 2. 2010 první hospitalizace ve FN Brno IGEK,
- 2010 leden provedena rekonstrukce dekubitu pravého nártu,
- 2010 duben – květen hospitalizace pro kanylovou sepsi,
- 2010 červenec až prosince dlouhodobá hospitalizace pro dekompenzaci stavu v domácím prostředí,
- 2010 červenec provedena plastika kontraktury PDK,
- 2010 prosinec extrakce zubu pro perimandibulární absces,
- 2012 leden – únor mírná progresse histologického nálezu na střevě,
- 2012 říjen předoperační příprava,
- 4. 12. 2012 – operace IKEM,
- 14. 12. 2012 – překlad FN Brno IGEK JIMP.

**Úrazy:** žádné úrazy neměl.

**Transfúze:** podány, bez komplikací.

**Očkování:** tetanus 9/2009.

**Léková anamnéza:**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
<b>Hydrocortison</b>	tbl	25mg	Obden	<b>kortikoidy</b>
<b>Calcichew</b>	tbl	200IU	1-0-1	<b>prevence osteoporózy</b>
<b>Helicid</b>	cps	20 mg	1-0-0	<b>antiulcerotikum</b>
<b>Ursosan</b>	cps	250mg	0-1-1	<b>hepatika</b>
<b>CaCO<sub>3</sub></b>	tbl	500mg	1-1-1	<b>minerál</b>
<b>Kreon</b>	cps	25000	1-1-1	<b>digestivum</b>
<b>Euthyrox</b>	tbl	50mg	1-0-0	<b>thyreotikum</b>
<b>Citalec</b>	tbl	20mg	1-0-0	<b>antidepresivum</b>
<b>Clexane</b>	s.c.	0,2ml	1-0-1	<b>antikoagulans</b>
<b>Humulin R + N</b>	s.c.	dle glykemie		
<b>AIO vak</b>	i.v.	1250 ml	6 <sup>00</sup> – 6 <sup>00</sup>	<b>parenterální výživa</b>

### **Alergologická anamnéza:**

**Léky:** vancocin, projev – alergický enantém.

**Potraviny:** neudává.

**Chemické látky:** neudává.

**Jiné:** neudává.

### **ABÚZY:**

**Alkohol:** příležitostně.

**Kouření:** ano 10 cigaret denně.

**Káva:** neguje.

**Léky:** neguje.

**Jiné drogy:** neguje.

### **Urologická anamnéza:**

Samovyšetřování semeníků neprovádí, dosud bez urologického onemocnění.

### **Sociální anamnéza:**

**Stav:** svobodný.

**Bytové podmínky:** bydlí v bytě 2+1 s rodiči.

**Vztahy, role, a interakce v rodině:** s rodiči vychází bez konfliktů, moc kamarádů nemá, je spíše introvertní typ.

**Záliby:** počítač, internet, televize.

**Volnočasové aktivity:** počítač, internet, televize.

### **Pracovní anamnéza:**

**Vzdělání:** dokončené střední odborné učiliště.

**Pracovní zařazení:** hned po dokončení učiliště veden na úřadě práce.

**Ekonomické podmínky:** pobírá sociální dávky.

**Spirituální anamnéza:**

Nevěřící

## POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 14. 12. 2012

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Hlava a krk</b>	„Občas mě zabolí hlava, ale žádné prášky neužívám. Zuby ani v krku mě nebolí“.	Hlava normocefalická, nebolestivá. Oči symetrické, spojivky růžové, bez zánětu, skléry ikterické, zorničky izokorické, brýle nepoužívá, skléry anikterické, spojivky bledší. Nos bez deformit, uši bez výpotku. Rty bez ragád. Chrup kompletní, jazyk vlhký, bez povlaku, plazí se středem. Krk souměrný, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšená.
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	„Dýchá se mi bez problémů, v této oblasti mě nic nebolí“.	Hrudník bez deformit, symetrický. Tunel CVK vpravo, okolí klidné. Dýchání bez potíží. Počet dechů: 16/minutu. Dýchání alveolární, bez šelestů. Poklep plný a jasný.
<b>Srdcovo-cévní systém</b>	„V této oblasti nemám žádné problémy“.	Srdeční akce pravidelná, frekvence 78/minutu, TK 120/80 torrů. Puls hmatný. Intervaly v normě, bez ischemie, bez dysrytmií. Dolní končetiny bez otoků, varixů a známek akutního zánětu. Pulzace hmatatelná.
<b>Břícho a GIT</b>	„ Břícho mě bolí, na škále bolesti od 1 do 10 jsem bolesti určil na 6. Stolice je často, asi tak 3 až 4 za den, ale lepší než stomie. Stravu se snažím dodržovat“.	Břícho v niveau, prohmatné, měkké. Lehce citlivé v horní polovině, více vlevo. Rána po střední laparotomii se hojí per primam. 2 defekty vpravo po stomii, granulují. Peristaltika přítomna, stěna měkká, bez rezistence, bez prosaku. Játra a slezina nezvětšená. Tapotment negativní. Stolice řídká, 3-4 denně, bez příměsi krve či hlenu.
<b>Močovo-pohlavní systém</b>	„ V této oblasti nemám žádné problémy“.	Sledována hodinová diuréza. Močení na lůžku do močové láhve cca 6x denně. Močení bez

		dysurií. Moč jasně žlutá, bez příměsí.
<b>Kostrovo-svalový systém</b>	„Pohyb mám omezený, ale snažím se být soběstačný. Jsem rád, že můžu rehabilitovat“.	Poloha aktivní. Hrubá a jemná motorika přítomna. Pohyblivost omezena, v rámci lůžka soběstačný. Snížený svalový tonus. Páteř bez patologických změn. Klouby bez patologie. Kosterní aparát bez deformit.
<b>Nervovo-smyslový systém</b>	„V této oblasti nemám žádné problémy“.	Při vědomí, klidný, spolupracuje. Orientovaný časem, místem, osobou.
<b>Endokrinní systém</b>	„Mám nemocnou štítnou žlázu, přesně nevím, co s ní mám, ale myslím, že špatně funguje, Musím na to brát každé ráno prášky. A taky mám zjištěnou cukrovku, na tu bych měl zase dodržovat dietu, ale jde to špatně“.	Hypothyreóza na substituci Euthyrox 50ug každé ráno na lačno. Labilní diabetes mellitus 1 typu dekompenzovaný.
<b>Imunologický systém</b>	„Jsem alergický na nějaká antibiotika, mám zvýšenou teplotu – trochu se potím, ale jinak žádné problémy nemám“.	Lymfatické uzliny nezvětšené TT: 37, 0°C Alergie na Vancomycin – projevující se enantémem.
<b>Kůže a její adnexa</b>	„Kůži si myslím, že mám v pořádku“.	Kůže anikterická, kožní turgor v normě, bez otoků. Vlasy krátké, čisté. Ochlupení odpovídá pohlaví. Nehty čisté, upravené. Na PDK v podkolení zhojená jizva po operaci kontraktur. Na pravé patě zhojený defekt po dekubitu. Na pravém nártu přiložený kožní štěp.

## Aktivity denního života

	<b>Subjektivní posouzení</b>	<b>Objektivní posouzení</b>
<b>Stravování a tekutiny</b>	„Všechno je v naprostém pořádku. Občas si dám nějakou sladkost nebo drobnost na chuť“.	Monitorován 24 hodin denně. Dieta dodržena dle ordinace lékaře. Pacient i přesto ve stolečku od rodiny plno sladkostí a sladkých minerálek, které před zdravotnickým personálem tají. Když se ho zeptáme co to tam má tak poví, že na první pomoc při hypoglykemii.
<b>Vylučování moči a stolice</b>	„Vylučování moče i stolice bez problému. Na nic si nestěžuji. Jsem rád, že už nemám zavedenou stomii“.	Vylučování moč probíhá do močové láhve, sledovaná hodinová diuréza. Vylučování stolice probíhá každý den cca 3x na podložní mísu. Stolice hnědá bez příměsi krve či hlenu.
<b>Spánek a bdění</b>	„Přes den se dívám na televizi a na počítač. Nevím, co by tu jinak celý den dělal. Přes noc nemám problémy s usínáním, spíš mně vadí to ranní probouzení“.	Přes den aktivní, zabavuje se televizí a počítačem. V noci spí bez problému.
<b>Aktivita odpočinek</b>	„Jediné na co se celý den těším, je na návštěvy když přijde rodina nebo kamarádi, tak ten čas v nemocnici trochu rychleji utíká“.	Aktivizovaný přes den, chodí rehabilitační sestra 2x denně. Každý den odpoledne chodí návštěvy.
<b>Hygiena</b>	Ranní hygiena je to nejhorší co může být, jsem zvyklý doma spát alespoň do 10 hodin a tady musím vstávat už v půl 7“.	Ranní hygiena probíhá na lůžku nebo s dopomocí jde do sprchy.
<b>Samostatnost</b>	„S ničím nepotřebuji pomoc, jen občas s chůzí“.	Soběstačný v rámci lůžka, dopomoc při chůzi.



## Posouzení psychického stavu

	<b>Subjektivní posouzení</b>	<b>Objektivní posouzení</b>
<b>Vědomí</b>	„Při vědomí“	Při vědomí
<b>Orientace</b>	„Orientovaný“	Orientovaný
<b>Nálada</b>	„Bez nálady“	Bez nálady, pozorované zlepšení nálady v době návštěv.
<b>Paměť</b>	„Bez problému“	Staropaměť i novopaměť v pořádku, vše si pamatuje
<b>Myšlení</b>	„Bez problému“	Přiměřené
<b>Temperament</b>	„Flegmatik“	Introvert, flegmatik
<b>Sebehodnocení</b>	„Nehodnotím se“	Nelze
<b>Vnímání zdraví</b>	„Jsem rád, že jsem se dočkal operace v Praze a že proběhla bez komplikací a můžu být bez stomie“.	Zlepšené zdraví vzhledem k operaci v Praze
<b>Vnímání zdravotního stavu</b>	„Operace mě zajistila velký krok k lepšímu zdravotnímu stavu“.	Zdravotní stav vnímá jako pozitivní.
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>	„Dobrá“	Vše bere dobře
<b>Reakce na hospitalizaci</b>	„Dobrá“	Dobrá
<b>Adaptace na onemocnění</b>	„Dobrá“	Dobrá
<b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</b>	„Nemám stres ani obavy z nemoci“.	Bez stresu, strachu či obavách. Vždy se mu zlepšila nálada v době návštěv.
<b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)</b>	„Veškeré hospitalizace byly bez problému, na nic si nestěžuji“.	Hospitalizace probíhali bez poškození.

## Posouzení sociálního stavu

	<b>Subjektivní posouzení</b>	<b>Objektivní posouzení</b>
<b>Komunikace</b>	„Nemám potřebu komunikovat“.	Nekomunikativní jak verbálně, tak neverbálně.
<b>Informovanost</b>	„Mám veškeré informace o svém onemocnění i průběhu hospitalizace“.	Plně informovaný o onemocnění, léčbě, diagnostice i o délce hospitalizace, ale v mnoha případech se chová, jak kdyby nebyl informovaný vůbec.
<b>Sociální role</b>	<p><b>Primární</b> „Svůj věk vnímám bez problémů, plno pacientů trpící tímto onemocněním je v mém věku“.</p> <p><b>Sekundární</b> „Netrám samotou, nemám potřebu mít kolem sebe spoustu lidí. Každý den mě navštěvuje rodina a to mi stačí“.</p> <p><b>Terciální</b> „Veškeré koníčky a záliby vykonávám i tady (televize, počítač)“.</p>	<p><b>Primární</b> V této oblasti bez problému</p> <p><b>Sekundární</b> Introvert, nevyhledává přátele, samota mu nevádí.</p> <p><b>Terciální</b> Bez koníčků, jediné co ho baví je televize a počítač.</p>

## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ze dne 14. 12. 2012

### Ordinovaná vyšetření lékařem:

**EKG** – sinusový rytmus, frekvence 76

**Laboratorní vyšetření** – biochemie, hematologie (krevní obraz, koagulace), mikrobiologie (moč).

**Hemokultury** – aerobní a anaerobní z centrální žíly i z periferie

**Rentgen břicha** (vleže a ve stoje) – bez průkazu ileózního stavu, bez pneumoperitonea.

**Ultrasonografie břicha** – játra hraniční velikosti, steatóza jater.

- Pankreas nepřehledný, bez ložisek.
- Slezina nezvětšená, bez ložisek.
- Ledviny bilaterálně bez ložisek.
- Žaludek a střevo bez stagnace obsahu.
- Močový měchýř naplněný.

**Diabetologické konzilium** – opakovaná hospitalizace pro dekompenzovaný diabetes mellitus. Základem léčby je dodržování režimových opatření – pacient za hospitalizace opakovaně edukován.

**Výsledky:**

Biochemické vyšetření ze dne 14. 12. 2012

<b>Urea</b>	4,7	1,7 – 8,3 mmol/l
<b>Kreatinin</b>	47↓	59 – 104 umol/l
<b>Na (sodík)</b>	143	136 – 145 mmol/l
<b>K (draslík)</b>	4,2	3,5 – 5,1 mmol/l
<b>Cl (chloridy)</b>	106	98 – 107 mmol/l
<b>Bilirubin celkový</b>	4,3	2 – 21 umol/l
<b>ALT – Alaninaminotransferáza</b>	2,29↑	0,17 – 0,6 ukat/l
<b>AST – Aspartátaminotransferáza</b>	1,89↑	0,17 – 0,6 ukat/l
<b>GGT – Glutamyltransferáza</b>	2,61↑	0,08 – 0,6 ukat/l
<b>ALP – Fosfatáza alkalická</b>	2,33↑	0,58 – 1,74 ukat/l
<b>Glukosa –</b>	25,9↑	3,9 – 5,6 mmol/l
<b>C-reaktivní protein</b>	16,1↑	0 – 5 mg/l

Hematologické vyšetření ze dne 14. 12. 2012

<b>Leukocyty</b>	9,05	4 - 10 x 10 <sup>9</sup> /l
<b>Erytrocyty</b>	4,67	4 - 5,9 x 10 <sup>12</sup> /l
<b>Hemoglobin</b>	136	130 – 176 g/l
<b>Hematokrit</b>	0,41	0,39 – 0,51 l/l
<b>Trombocyty</b>	182	150 – 300 x 10 <sup>9</sup> /l
<b>Protrombinový čas (INR)</b>	1,01	0,80 – 1,20 s
<b>Aktivní paciální tromboplastinový čas (aPTT)</b>	33,4	24 – 38 s

**Invazivní vstupy:**

Centrální žilní kanylá cestou vena jugularis dextra (od 14. 12. 2012)

**Konzervativní léčba:**

**Dieta:** diabetická + bezlepková

**Pohybový režim:** částečně soběstačný, dopomoc při chůzi

**RHB:** aktivní rehabilitace s fyzioterapeuty 2x denně

**Výživa:** parenterální ve formě AIO vaků 1250 ml + 1 ampule Adamel + 1 ampule Cernevit, kontinuálně na 24 hodin od 6:00 – 6:00

**Medikamentózní léčba:**

**Per os:**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
<b>Hydrocortison</b>	tbl	25mg	Obden	<b>kortikoidy</b>
<b>Calcichew</b>	tbl	200 IU	1-0-1	<b>prevence osteoporózy</b>
<b>Helicid</b>	cps	20 mg	1-0-0	<b>antiulcerotikum</b>
<b>Ursosan</b>	cps	250mg	0-1-1	<b>hepatika</b>
<b>CaCO<sub>3</sub></b>	tbl	500mg	1-1-1	<b>minerál</b>
<b>Kreon</b>	cps	25000	1-1-1	<b>digestivum</b>
<b>Euthyrox</b>	tbl	50mg	1-0-0	<b>thyreotikum</b>
<b>Citalec</b>	tbl	20mg	1-0-0	<b>antidepresivum</b>
<b>Loperon</b>	cps	2mg	1-1-1	<b>antidiarhoikum</b>

**Intravenózní:**

<b>AIO vak</b>	i.v.		6 <sup>00</sup> – 6 <sup>00</sup>	<b>parenterální výživa</b>
----------------	------	--	-----------------------------------	----------------------------

**Subcutálně:**

<b>Clexane</b>	s.c.	0,2ml	1-0-1	<b>antikoagulans</b>
<b>Humulin R + N</b>	s.c.	dle glykemie		

**Chirurgická léčba:**

4. 12. 2012 operace v nemocnici IKEM v Praze. Provedena rekonstrukce jejunoileální anatomóza end-to-end, zůstává 70 cm tenkého střeva. Pooperačně bez komplikací, nadále bolesti břicha, omezený per os příjem, rána se hojí per primam.

### **Situační analýza ze dne 14. 12. 2012**

21 letý pacient přeložený 14. 12. 2012 na IGEK JIMP po rekonstrukci, provedena jejunoileální anastomóza v nemocnici IKEM v Praze. Pacient je při vědomí, klidný spolupracuje. Krevní tlak 120/80, počet dechů 16/minutu. Saturace O<sub>2</sub> 97 %. Puls pravidelný, hmatatelný, 78/minutu. Napojeny hrudní svody k měření akce srdce. Zavedená centrální žíla (vena jugularis dextra) k parenterální výživě a pro měření invazivního krevního tlaku. Zajištěna dopomoc při chůzi do koupelny nebo na toaletu. Aktivní rehabilitace zajištěna fyzioterapeuty. Zvýšená kontrola v oblasti výživy, nutné dodržovat přesný dietní režim nařízený diabetologickým a nutričním týmem lékařů. Pacient pociťuje bolesti břicha, na škále bolesti od 1-10 hodnotí bolest na 6. Břicho je palpačně bolestivé, plyny odchází, operační rána se hojí per primam. Pacient má tělesnou teplotu 36,9°C, projevuje se zvýšeným pocením. Pacient je ohrožen rizikem vzniku infekce z důvodu zavedení centrálního žilního katétru.

### **Aktuální sesterské diagnózy ze dne 14. 12. 2012**

1. Akutní bolest (VAS 6) z důvodu pooperačního stavu v oblasti břicha projevující se bolestivým výrazem v obličeji.
2. Nespolupráce v oblasti dietního režimu z důvodu dojídaním se nevhodných potravin a nápojů s vysokým obsahem cukru a lepku projevující se průjmy a vysokými hodnotami krevního cukru.
3. Porucha pohyblivosti z důvodu parézy pravé dolní končetiny projevující se nespokojeností.
4. Porucha vylučování stolice z důvodu vracení stomie projevující se průjmem.
5. Porucha integrity kůže v důsledku operace na břiše projevující se operační ránou a jizvou.

### **Potenciální sesterské diagnózy**

1. Riziko infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů.
2. Riziko vzniku dekubitů v důsledku snížené pohyblivosti.
3. Riziko pádu z důvodu snížené pohyblivosti.

**Akutní bolest (VAS 6) z důvodu pooperačního stavu v oblasti břicha projevující se bolestivým výrazem v obličeji.**

**Cíl:**

- zmírnit bolest na snesitelnou úroveň (VAS 2).

**Priorita:**

- střední.

**Výsledné kritéria:**

- pacient dostane analgetika /při vzestupu bolesti – dle ordinace lékaře,
- pacient se orientuje ve škále hodnocení bolesti/ do 2 hodin,
- pacient výrazem v obličeji udává zmírnění bolesti / do 2 hodin,
- vitální funkce jsou stabilní / do 2 hodin,
- pacient zná metody snižující bolest – úlevová poloha / do 1 hodiny.

**Ošetřovatelské intervence:**

- podávej analgetika dle ordinace lékaře / sestra,
- sleduj případné vedlejší účinky analgetik / sestra,
- sleduj účinky analgetik / sestra, lékař,
- vysvětlí a doporučí úlevové polohy, odvedení pozornosti / sestra, ošetřovatelka,
- při vzniku bolesti jiného typu informuj lékaře / sestra,
- pravidelně prováděj hodnocení bolesti a zapisuj do dokumentace / sestra,
- kontroluj fyziologické funkce a zapisuj do dokumentace / sestra.

**Realizace:**

1 den hospitalizace

- 14:00 – pacient přijat na monitorované lůžko,
- pacient poučen o škále hodnocení bolesti.
- 15:00 udával silné bolesti břicha, lékař naordinoval Novalgin 2ml do 100ml FR 1/1,
- 16:00 pacient udává úlevu od bolesti a bolest hodnotí dle stupnice VAS na 4,
- v průběhu dne nacvičena úlevová poloha, zajištěna televize nebo počítač na odvedení pozornosti.
- 22:00 pacient měl velké bolesti břicha dle stupnice VAS určil číslo 8, ihned dle ordinace lékaře podány analgetika, opět Novalgin.
- 23:00 bolest po hodině ustoupila na VAS 5,
- Lékař naordinoval analgetika po 8 hodinách (6-14-22) a dle potřeby.

#### 2 – 4 den hospitalizace

- podávány analgetika v intervalu po 8 hodinách,
- dle potřeby pacienta podány i dříve,
- pacient v průběhu dne udává bolet (VAS 4), analgetika zabírají,
- 2x za den podávány analgetika bolusově mimo 8 hodinový interval,
- 18.00 bolesti dle VAS 6 – po vykapání Fortralu se do hodiny ulevilo (VAS 3),
- 2:00 bolesti dle VAS 6 - po vykapání Fortralu se do hodiny ulevilo (VAS 3),
- kontrolováno okolí operační rány, aby nevznikla infekce,
- pravidelné hodnocení a zápis bolesti po hodině nebo dle změny,
- úlevová poloha zaujata dle potřeby pacienta alespoň 3x za den,
- fyziologické funkce kontrolovány po 3 hodinách.

#### 5 – 6 den hospitalizace

- analgetika podávány jen v intervalu po 8 hodinách,
- bolesti jsou mírné (VAS 2-3),
- operační rána kontrolována 3x během dne,
- pravidelné hodnocení a zápis bolesti po hodině nebo dle změny bolesti,
- úlevová poloha zaujata dle potřeby pacienta,
- v průběhu dne sledování televize a počítače pro odvedení pozornosti od bolesti.

#### 7 den hospitalizace

- bolesti zmírněny,
- analgetika podávány jen dle potřeby pacienta, cca 1-2 během dne,
- 12.00 a 22:30 bolesti dle VAS 4, hodinu po vykapání Novalginu udává bolesti na VAS 2,
- operační rána se hojí per primam. vytaženy všechny stehy,
- rána jen zdezinfikována a nechána bez krytí,
- hodnocení a záznam bolesti dle změny pacienta,
- fyziologické funkce v normě.

#### **Hodnocení:**

- pacient udává zmírnění bolesti (na VAS 2) za 1 hodinu po podání analgetik,

Cíl byl splněn.

**Nespolupráce v oblasti dietního režimu z důvodu dojídaním se nevhodných potravin a nápojů s vysokým obsahem cukru a lepku projevující se průjmy a vysokými hodnotami krevního cukru.**

**Cíl:**

- pacient bude dodržovat dietní režim, nebude konzumovat nevhodné potraviny a nápoje.

**Priorita:**

- střední.

**Výsledné kritéria:**

- pacient má vhodný příjem potravy a tekutin / do konce hospitalizace,
- pacient dodržuje dietní režim /do konce hospitalizace,
- pacient edukovaný o dietním režimu vhodném pro Crohnovu chorobu a Diabetes mellitus/ do 24 hodin,
- pacient zná a užívá možnosti dietního režimu při onemocnění Crohnovou chorobou a Diabetes mellitus / do konce hospitalizace.

**Intervence:**

- edukuj pacienta o nutnosti dodržení dietního režimu / sestra, lékař,
- zajistit dodržení dietního režimu / sestra, ošetřovatelka,
- zajisti vhodnou dietu diabeticko-bezezbytkovou / sestra,
- zajisti edukaci pacienta nutričním terapeutem/ lékař, sestra,
- zajisti kvalitní kulturu stolování, jídlo podávej esteticky upravené/ sestra, ošetřovatelka
- zajisti nutriční screening/ sestra, lékař.

**Realizace:**

1 den hospitalizace

- 14.00 byl lékařem proveden nutriční screening,
- 14:30 pacientovy vysvětleno nutnost dodržení dietního režimu,
- pacient uložen na monitorované lůžko aby byl 24 hodin monitorován a kontrolován, zda dodržuje dietní režim,
- 15:00 bylo objednáno nutriční konzilium,
- zajištěna vhodná dieta dle ordinace lékaře a nutričních terapeutů a diabetologa.

2 – 4 den hospitalizace

- den v 10:00 proběhlo nutriční konzilium,
- pacient 24 hodin monitorován,
- dietní režim dodržen,



- v odpoledních hodinách bylo vysvětleno rodině nutnost dodržení dietního režimu, zákaz donášení nevhodných potravin,
- 3 den v 7:00 provedena kalorimetrie s bioimperancí,
- pacient každé ráno v 7.30 vážen.

#### 5 – 6 den hospitalizace

- 5den pacient z důvodu akutního příjmu přeložen v 8:00 na nemonitorované lůžko,
- od rána zajištěna vhodná dieta dle ordinace lékaře,
- pacient každé ráno v 7:30 vážen,
- 13.00 diabetologické konzilium, kde pacient poučen o dodržování dietního režimu a o nutnosti aplikace inzulínu.

#### 7 den hospitalizace

- od rána dodržen vhodný dietní režim dle ordinace lékaře,
- pacient v 7.30 vážen,
- 12:30 kontrola pacienta psychologem.

#### **Hodnocení:**

Během hospitalizace proběhlo nutriční, diabetologické a psychologické konzilium, pacientovi i rodině bylo vysvětleno nutnost dodržování dietního režimu. Pacient poučen od doktorů i veškerého zdravotního personálu o dodržení diety. Po dobu monitorace pacient dietní režim dodržoval, po přesunu na nemonitorované lůžko ihned dietní režim porušil. Ve stolečku se mu našly sladké oplatky a minerální vody.

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je nutné dále pokračovat.

**Porucha pohyblivosti z důvodu parézy pravé dolní končetiny projevující se nespokojeností.**

**Cíl:**

- pacient se zrehabilituje do takové míry, aby zvládl dojít sám do koupelny a na toaletu.

**Priorita:**

- střední.

**Výsledná kritéria:**

- pacient kladně verbalizuje uspokojení potřeby / do konce hospitalizace,
- pacient verbalizuje pocit pohodlí a spokojenosti z chůze do sprchy / do konce hospitalizace,
- pacient je postupně schopen sebezpečí v oblasti chůze do sprchy / do konce hospitalizace.

**Intervence:**

- zajisti dopomoc při chůzi do sprchy / sestra,
- dbej o bezpečnost při chůzi / sestra, ošetřovatelka,
- zajisti rehabilitaci / fyzioterapeut,
- aktivizuj pacienta / sestra,
- zajisti kompenzační pomůcky / sestra.

**Realizace:**

1den hospitalizace

- zajištěna rehabilitace,
- pacient orientován na JIMP kde se co nachází,
- zajištěna dopomoc při chůzi na toaletu a sprchy,
- zajištěny kompenzační pomůcky.

2 – 4 den hospitalizace

- 7:00 dopomoc pacientovi do sprchy na vozičku / sestra, ošetřovatelka,
- 9:00 rehabilitace s fyzioterapeuty – rozcvičení na lůžku + chůze v chodítku,
- 11:00 dopomoc pacientovi na toaletu / sestra, ošetřovatelka,
- 13:00 rehabilitace s fyzioterapeuty – chůze v chodítku po chodbě,
- 15:00 příchod návštěvy – laická rehabilitace s rodinou, chůze na toaletu s rodinou,
- 18:00 dopomoc při večerní hygieně v koupelně na vozičku / sestra, ošetřovatelka.

#### 5 – 6 den hospitalizace

- 7:00 dopomoc při hygieně s chůzí do sprchy o francouzských holích / sestra, ošetřovatelka,
- 9:00 rehabilitace s fyzioterapeuty – rozcvičení na lůžku + chůze po chodbě o francouzských holích,
- 13:00 rehabilitace s fyzioterapeuty – chůze bez francouzských holí,
- 15:00 příchod návštěvy – rehabilitace s rodinou,
- 18:00 dopomoc při večerní hygieně v koupelně – chůze o holích / sestra, ošetřovatelka.

#### 7 den hospitalizace

- 7:00 dopomoc při hygieně – chůze s podpěrou ruky / sestra, ošetřovatelka,
- 9:00 rehabilitace s fyzioterapeuty – chůze bez francouzských holí,
- 13:00 rehabilitace s fyzioterapeuty – chůze bez francouzských holí po schodech,
- 15:00 příchod návštěvy – rehabilitace s rodinou,
- 18:00 dopomoc při večerní hygieně v koupelně – chůze bez francouzských holí / sestra, ošetřovatelka.

#### **Hodnocení:**

Pacientovi hned první den hospitalizace byla zajištěna fyzioterapie, která za ním docházela 2x během dne. Pacient se snažil cvičit i sám. Hodně mu k soběstačnosti pomohla i rodina, která ho kladně povzbuzovala k cvičení a soběstačnosti. Pacient je kladně naladěný, po týdnu intenzivního cvičení zvládá chůzi do sprchy i na toaletu bez francouzských holí.

Cíl byl splněn.

## **Porucha vylučování stolice z důvodu vracení stomie projevující se průjmem.**

### **Cíl:**

- snížit množství stolic na 2 až 3 stolice za den.

### **Priorita:**

- střední.

### **Výsledná kritéria:**

- pacient informovaný o nutnosti hlášení množství stolic za den/ do 2 hodin,
- pacient zná možnosti vyprazdňování (WC, podložní mísa) / do 2 hodin,
- pacient edukovaný o dodržování dietního režimu/ do 24 hodin,
- pacient kladně verbalizuje snížení množství stolic/ do konce hospitalizace.

### **Intervence:**

- sleduj častost stolic/ sestra, ošetřovatelka,
- sleduj příměsi ve stolici, barvu stolice/ sestra, ošetřovatelka,
- zajisti dodržení dietního režimu/ sestra,
- edukuj pacienta o nutnosti hlášení množství stolic za 24 hodin/ sestra, lékař,
- podej léky na zahuštění stolice/ sestra, lékař.

### **Realizace:**

- pacientovi při příjmu vysvětleny možnosti vyprazdňování (na podložní mísu nebo na WC),
- pacient při příjmu ihned edukován o nutnosti hlášení a kontrolování množství a příměsi ve stolici,
- sledován dietní režim, skrz vysoké odpady ve stolici,
- podány léky na zhuštění stolice ( Loperon, CaCO<sub>3</sub>) dle ordinace lékaře 3x denně.

### **Hodnocení:**

- pacient při překlade z nemocnice IKEM v Praze edukován o nutnosti dodržování dietního a pitného režimu a o kontrolování stolice,
- pacientovi každý den sledovány odpady ve stolici, její příměsi a charakter stolice,
- pacient při každém vyprazdňování zavolal zdravotnický personál, aby šla množství, příměsi a charakter stolice zkontrolovat,
- Léky dle ordinace lékaře na zhuštění stolice postupně zabírají,
- 3den hospitalizace byla stolice pouze 3x za den v malém množství,
- 7 den hospitalizace se stolice snížila na 2x za den v kašovitě formě.

Cíl se podařilo splnit.

**Porucha integrity kůže v důsledku operace na břicho projevující se operační ránou a jizvou.**

**Cíl:**

- zhojit operační ránu per primam

**Priorita:**

- střední.

**Výsledná kritéria:**

- pacient zná nutnost převazu operační rány 1x za den/ do 24 hodin,
- pacient edukován o dodržování aseptického přístupu/ do 2 hodin,
- pacient se aktivně podílí na prevenci vzniku infekce/ do konce hospitalizace,
- fyziologické funkce jsou stabilní/ do konce hospitalizace

**Intervence:**

- pravidelně převazuj operační ránu dle ordinace lékaře/ sestra, lékař,
- kontroluj místo vpichu operační rány/ sestra,
- před převazem při bolesti podej analgetika/ sestra, lékař,
- informuj pacienta o nutnosti dodržení aseptického přístupu k ráně/ sestra, lékař,
- kontroluj fyziologické funkce/ sestra, lékař,
- pracuj asepticky/sestra, lékař.

**Realizace:**

- při příjmu pacient ihned proveden převaz operační rány,
- lékař zkontroloval místo vpichu a okolí operačního pole,
- proveden převaz dle ordinace lékaře a dále každý den při hygieně 1x za den,
- fyziologické funkce kontrolovány minimálně 3x denně,
- při bolestech podány analgetika dle lékaře před převazem.

**Hodnocení:**

- Operační rána klidná, bez prosaku, okolí bez zarudnutí,
- Fyziologické funkce v normě, bez známek infekce,
- Operační rána se hojí per primam, bez jakýchkoliv komplikací.

Cíl byl splněn.

## **Riziko infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů.**

### **Cíl:**

- infekce nevznikne.

### **Priorita:**

- střední.

### **Výsledné kritéria:**

- pacient zná rizikové faktory infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy / po dobu hospitalizace,
- aktivně se podílí na prevenci vzniku infekce / po dobu hospitalizace,
- pacient je bez projevů infekce / po dobu hospitalizace.

### **Intervence:**

- edukuj pacienta o riziku vzniku a projevech infekce / sestra, lékař,
- při převazech pracuj asepticky / sestra,
- sleduj funkčnost, místo vpichu / sestra,
- pravidelně převazuj, přepichuj / sestra,
- sleduj tělesnou teplotu a pravidelně zaznamenávej do dokumentace / sestra.

### **Realizace:**

1 den hospitalizace – pacientovi asepticky zaveden centrální žilní katétr lékařem, pacient edukován o riziku vzniku infekce. Pravidelně kontrolována tělesná teplota a zaznamenávána do dokumentace.

2 – 4 den hospitalizace – CŽK asepticky převázána 1x za 24 hodin nebo dle potřeb, pacient edukován o riziku vzniku infekce, kontrolována tělesná teplota. Sledováno místo vpichu, funkčnost kanyly a průchodnost.

5 – 6 den hospitalizace – CŽK asepticky převázána 1x za 24 hodin nebo dle potřeb, pacient edukován o riziku vzniku infekce, kontrolována tělesná teplota. Sledováno místo vpichu, funkčnost kanyly a průchodnost.

7 den hospitalizace – CŽK asepticky převázána 1x za 24 hodin nebo dle potřeb, pacient edukován o riziku vzniku infekce, kontrolována tělesná teplota. Sledováno místo vpichu, funkčnost kanyly a průchodnost.

### **Hodnocení:**

Po dobu hospitalizace je pacient bez projevů infekce, centrální žilní kanyla je funkční, průchodná.

Cíl se podařilo splnit.

## **Celkové hodnocení pacienta**

21letý pacient přeložený 14. 12. 2012 na jednotku intenzivní metabolické péče do Fakultní nemocnice Brno Bohunice z Nemocnice IKEM v Praze kde 4. 12. 2012 provedena rekonstrukce, jejunoileální anatomóza end-to-end, zůstává 70 cm tenkého střeva.

Na jednotku intenzivní metabolické péče byl převzat bez pooperačních komplikací, s bolestmi břicha a operační ránou. Během hospitalizace se pacientovi zavedl centrální žilní katétr pro aplikaci parenterální výživy a zavodnění po operaci. Pacient se začal pomalu rozjídat na diabeticko-bezezbytkovou dietu. Dietní režim pacient nedodržel, musela se tedy zavést 24hodinová monitorace stravy, zavolat diabetologické a nutriční konzilium z důvodu vysvětlení důležitosti dodržování dietního režimu. Invazivní vstup byl během hospitalizace bez známek infekce. Pacient udával silné bolesti břicha, na škále bolesti od 1 do 10 bolest určil na 6. Aplikovány intravenózně analgetika pro utlumení bolesti, doporučena úlevová poloha. Pacient byl během hospitalizace tlakově i pulzově stabilní. Během hospitalizace se mu zvýšila tělesná teplota na 37°C, podávány antipyretika, ledování a tělesná teplota klesla pod 37°C. Operační rána je klidná, bez prosaku. Každý den prováděny převazy s chirurgickým lékařem. Operační rána byla bez komplikací, hojila se per primam. Prognóza pacienta závisí na dodržování dietního režimu, léčby a rehabilitace.

## 5 Doporučení pro praxi

Bakalářská práce se zabývala ošetřováním pacienta s onemocněním Crohnova choroba. Vyzozorovalo se několik aspektů v ošetřování, na které je třeba se zaměřit. Důležitý je ošetřovatelský personál, který se o tyto nemocné stará, dále je potřeba se věnovat pacientovi a jeho rodině.

### **Doporučení pro ošetřovatelský personál:**

- ošetřovat nemocného komplexně,
- zabývat se bio-psycho-sociálními potřebami,
- zajistit psychickou podporu jak pacientovi, tak rodině,
- aktivizovat pacienta,
- hodnotit a zaznamenávat změny vzniklé onemocněním,
- edukovat pacienta a rodinu o správném životním stylu,
- edukovat o možných komplikacích spojených s onemocněním,
- pomoci rodině zvládat stresovou situaci.

### **Doporučení pro rodinu:**

- podpořit pacienta v jeho psychickém stavu,
- motivovat pacienta,
- podílet se na změně jeho životního stylu,
- dát najevo pocit sociální jistoty,
- časté návštěvy.

### **Doporučení pro pacienta:**

- pečovat o psychický i fyzický klid,
- nepodléhat stresovým situacím,
- dodržovat zásady správné životosprávy,
- dodržovat správná dietní režim stravy,
- zákaz alkoholu,
- zhodnotit priority ve svém životě,
- najít vhodnou životní motivaci,



- měl by mít zájem zlepšit svůj zdravotní stav.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo získat co nejvíce informací o tomto onemocnění, shrnout moje poznatky, vypracovat OSP, demonstrovat nejčastější ošetrovatelské problémy a potřeby pacienta a poskytnout tyto informace zdravotnickému personálu a studentům zdravotnických škol.

Práce se psala formou ošetrovatelského procesu. Nejvíce informací o tomto onemocnění jsem získala od doktorů na naší gastroenterologické klinice, kteří vytváří mnoho edukačních časopisů a letáku pro pacienty s tímto onemocněním. Ošetrovatelský proces jsem zpracovala u 21letého pacienta s onemocněním Crohnova choroba, diabetes mellitus a mnoho další přidružených onemocnění. Toho pacienta jsem velice dobře znala z předešlých hospitalizací. S pacientem se velice těžko spolupracovalo, jak při získávání informací, tak při dodržování dietního režimu. Cokoli mu bylo vysvětleno, nařizeno, udělal, jak on sám chtěl. Tento pacient se určitě zapíše do historie naší kliniky. Veškeré informace jsem získávala od pacienta, jeho rodiny, z dokumentace či z pozorování.

Práce se skládá ze čtyř částí. V první části je popsána problematika onemocnění Crohnovou chorobou, kde je popsána definice onemocnění, historie, příčiny vzniku onemocnění, dále pak příznaky, diagnostika, léčba a na konec komplikace s prognózou.

V druhé části je popsána kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou.

Třetí část bakalářské práce se zajímá o specifika péče u pacientů s Crohnovou chorobou a v poslední čtvrté části se popisuje ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou.

Crohnova choroba je velice zákeřné a nepříjemné onemocnění. Doposud se nepodařilo nalézt důvod vzniku toho onemocnění. Často se stává, že se pacient léčí s Ulcerózní kolitidou a po čase lékaři zjistí, že se jedná o Crohnovu chorobu. Většinou má mnohem horší průběh plný komplikací. Crohnova choroba se vyléčit nedá, dá se pouze uvést do fáze vymizení příznaků, ale i to se u každého pacienta nepodaří. Což má velký vliv na jeho psychiku, může souviset s jejich negativním postojem vůči nemoci.

Není to mnoho let, co medicína vynalezla další postup v léčbě, jedná se o biologickou léčbu. Biologická léčba se používá od roku 1999 a to pouze u Crohnovy choroby. Od roku 2006 se též používá i na Ulcerózní kolitidu. V roce 2007 byla schválena indikace biologické léčby i u dětských pacientů.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALI, T.; DAVID, T. R.; 2013. *Crohn's & Colitis for dummies*. John Wiley & Sons Canada, Ltd., 2013. 314s. ISBN 978-1-118-43959-3

CATES, S.; 2012. *Crohn's disease*. Published by Tate Publishing & Enterprises, LLC. 2012. 69s. ISBN 978-1-61862-939-5

*Crohnova choroba a ulcerózní kolitida – příručka pro pacienty*. 2010. Připraveno ve spolupráci s Pracovní skupinou pro nespecifické střevní záněty ve spolupráci se společností Medimport. 2010 Vypracoval kolektiv autorů. 95s.

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

GABALEC, L.; 2009. *Interní medicína*. [online]. [cit. 2013-13-3]. Dostupné z WWW:<<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/01/03.pdf/>>.

HOLUBOVÁ, A.; NOVOTNÁ, H.; MAREČKOVÁ J. a kol.; 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta, 2013. 267s. ISBN 978-80-204-2806-6

HUNTER, J.; 2012. *Inflammatory Bowel Disease*. Ebury Publishing is a Random House Group company. 2012. 256s. ISBN 9780091935085

KOUHOUT, P.; PAVLÍČKOVÁ, J. 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha : Forsapi, 2006. 80s. ISBN 80-903820-0-2.

LUKÁŠ, K. a kol. 1999. *Idiopatické střevní záněty*. 2vydání Praha: Triton 1999. ISBN 80-85875-31-4

LUKÁŠ, M a kol. 2011. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat*. Praha: GravaStar, 2011.59s. ISBN 978-80-905120-0-9.

NĚMCOVÁ, J a kol.; 2012. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Maurea, 2012.114s. ISBN 978-80-904955-5-5

NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací – text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň: Maurea, 2011. 84s. ISBN 978-80-902876-8-6.

PECHAN, J. 1997. *Chirurgická léčba pre Crohnovu chorobu*. Bratislava: Benzinol, 1997. 79s. ISBN 80-85665-84-0

RUJNER, J.; CICHANŠKÁ, B. A. 2006. *Bezlepková a bezmléčná dieta*. Brno. Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0775-2

SYSEL, D.; BELEJOVÁ, H.; MASÁR, O.; 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Tribun EU, 2011. 279s. ISBN 978-80-7399-289-7.

TRACHTOVÁ, E. aj. 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186s. ISBN 80-7013-324-8.

ZBOŘIL, V. a kol. 2013. *Crohnova choroba* [online]. [cit. 2012-12-10]. Dostupné z WWW:<<http://www.crohnovanemoc.cz/idiopaticke-strevni-zanety/klinickyobraz.html/>>.

ZBOŘIL, V. 2010. *Nebojte se dobře najíst*. Brno: Grifart, 2010. 26s. příručka pro pacienty.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Rešerš	I
Příloha B – Schválení sběru informací ve Fakultní nemocnici Brno	II
Příloha C – Hodnocení bolesti ve Fakultní nemocnici Brno	III
Příloha D – Edukace pacientů v péči o stomii	IV

## REŠERŠ

Lékařská knihovna Fakultní nemocnice Bohunice  
Fakultní nemocnice Bohunice  
Jihlavská 20  
Brno  
625 00  
fnbrno@fnbrno.cz

Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

Počet záznamů: 125

Časové rozmezí: 2000 doposud

Datum: 10.12.2012

Jazykové vymezení: angličtina, čeština

Vypracovala: Procházková Alexandra

Druh literatury: články, závěrečné práce, publikace

Zdroje:

- CD ROM BiblioMedica –Bibliographia medica čechoslovaca
- Databáze Národní knihovny v ČR
- Jednotná informační brána
- Ovid Medline ®

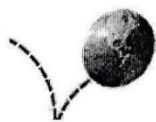
Klíčová slova:

Crohnova choroba

Kvalita života s onemocněním Crohnovou chorobou

Specifika péče u onemocnění Crohnova choroba.

## SCHVÁLENÍ SBĚRU INFORMACÍ VE FAKULTNÍ NEMOCNICI BRNO



Jana  
Navratilova/oor/fnbrno/FN  
Brno

12.12.2012 07:43

Komu evuleprochazkova@gmail.com, Jindra  
Tupa/igek/b/FNBrno@FNB

Kopie

Na vědomí

Předmět Poskytování informací o FN Brno pro studijní účely -  
nahlížení do zdr. dokumentace - zaměstnanec FN Brno

Vážená paní,

dovoluji si Vás informovat, že Vaše Žádost o poskytování informací o FN Brno pro studijní účely

číslo: 2012-29041/FNBRNO-153

na jméno: Eva Procházková, DiS.

nar., bydliště: 20.12.1987, Blažovská 152, Jiříkovice 664 51

student/ka školy, oboru: VŠZ Praha, obor všeobecná sestra

zaměstnanec FN Brno: IGEK

**byla náměstyní pro NLZP Mgr. Mičudovou schválená.**

Je tedy možno v termínu

od: 12.12.2012

do: 12.1.2013

na útvaru: Interní gastroenterologická klinika

provádět sběr dat, a to **nahlížení do zdravotnické dokumentace 1 pacienta**

v souvislosti s Vaší závěrečnou odbornou prací na téma: "Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou".

Nahlížení do zdravotnické dokumentace pacienta se řídí ust. § 67b odst. 10,11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, které uvádí seznam osob/subjektů, které za daných podmínek mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace.

Vzhledem ke skutečnosti, že **požadujete nahlížet do zdravotnické dokumentace v souvislosti s jiným důvodem, než připouští zákon a nekonáte ani ve FN Brno odbornou praxí**, nelze na posouzení této skutečnosti uplatnit odst. 10, 11 příslušného ustanovení zákona.

## EDUKACE PACIENTŮ SE STOMIÍ

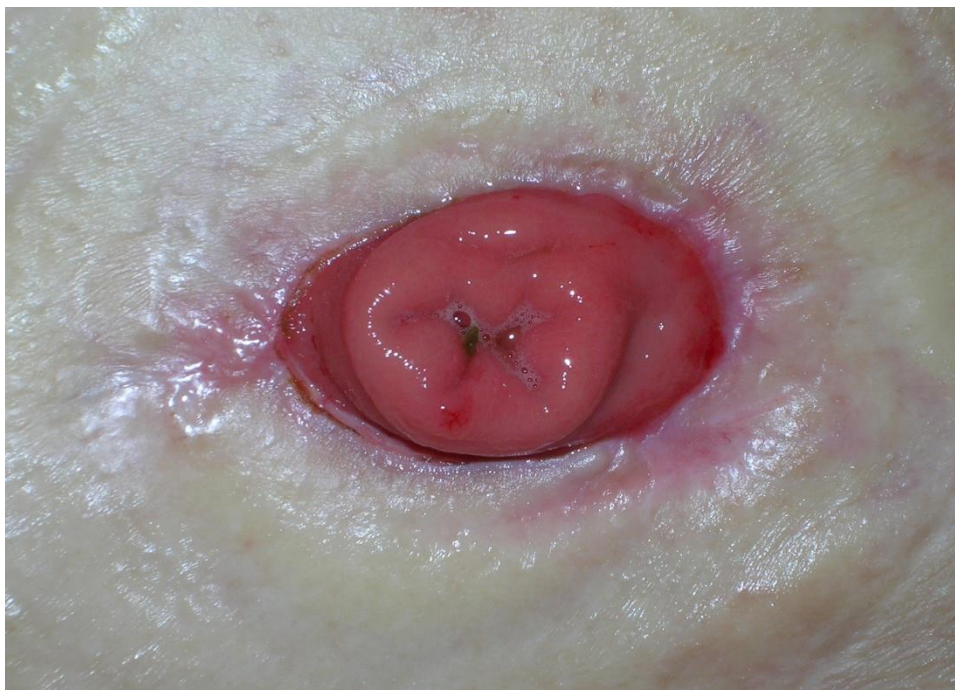


## EDUKACE PACIENTŮ V PÉČI O STOMII

INTERNÍ GASTROENTEROLOGICKÁ KLINIKA

**Střevní vývod = stomie = kolostomie = ileostomie, aj**

je otvor ve stěně břišní, který odvádí stolici z tenkého nebo tlustého střeva.



Zdroj: Interní gastroenterologická klinika, Fakultní nemocnice Brno

Když nejste natolik zdatní, abyste zvládli péči o stomii sami, je dobré požádat někoho z rodiny, kdo bude ochoten pomoci při aplikaci stomického sáčku popřípadě ošetření stomie, vypouštění stomie.

Je dobré přizpůsobit domácí prostředí. Optimální je, když si vyhradíte místo, kde budete mít potřebné pomůcky vždy po ruce. Důležité také je, umístit zrcadlo na vhodné místo tak, aby umožňovalo vsedě i ve stoje kontrolu stomie.



**Jednodílný systém** – želatinová podložka je pevně spojena se sáčkem, který může být nevýpustný, nebo výpustný na sponu či suchý zip.

**Dvoudílný systém** – želatinová podložka s plastovým kroužkem, na který se nacvakne sáček, který může být nevýpustný, nebo výpustný se sponou či na suchý zip, podložka se přelepí po 3-5 dnech.

**Pomůcky:**

- sáček na odpadky,
- čisticí roztok,
- čtverce buničiny,
- jednorázový holicí strojek,
- ochranný film,
- pudr,
- vystřížený stomický sáček – u jednodílného systému, u dvoudílného systému s vystříženou podložkou,
- antibakteriální mýdlo,
- ručník,
- lepidlo (v případě, že vám ho stomasestra doporučila),
- těsnicí pastu (k vyrovnání nerovností v okolí stomie),
- vatové štětičky,
- tupotupé nůžky.



Zdroj: Interní gastroenterologická klinika, Fakultní nemocnice Brno

Vždy před výměnou stomického sáčku (podložky) za nový si dopředu připravte potřebné pomůcky.

Pokud máte jednodílný systém, vystříhnete si požadovaný tvar na stomickém sáčku. U dvoudílného systému se požadovaný tvar vystřihuje na podložku. Jako šablonu k vystřížení požadovaného tvaru na sáček či podložku můžete použít šablonu od stomasestry nebo vystřížené kolečko či ovál z předešlých sáčků či podložek.

Pro snadnější vystřížení si můžete dokreslit šablonu na terčík stomického sáčku, podložky.

Jakmile máte připravené všechny potřebné pomůcky po ruce, můžete přejít k vlastnímu ošetřování stomie.

### **Vlastní ošetření stomie**

- odstraníme stomický sáček shora dolů a vhodíme do pytlíku na odpadky,
- ve sprše vlažnou vodou a antibakteriálním mýdlem důkladně omyjeme, aby nezůstaly v okolí stomie zbytky pasty či stolice.
- po umytí osušíme a případné dorůstající chloupky odstraníme jednorázovým holicím strojkem.
- na čtverec buničiny naneseeme čistící roztok a dočistíme okolí stomie, poté osušíme ručníkem.

- pokud je kůže iritovaná - podrážděná, ošetříme ochranným filmem nebo ochranným pudrem.
- při nerovnostech v okolí stomie naneste na ochranný film v malém množství těsnící pastu, pomocí navlhčené vatové štětičky vytvarujte tak, aby nevznikla příliš vysoká vrstva.
- pro lepší přilnavost stomického sáčku či podložky ke kůži, zahřejeme podložku třením mezi dlaněmi.
- nyní můžete nalepit předem vystřižený stomický sáček či podložku.
- po nalepení sáčku je dobré ještě několik minut zahřívat rukou v poloze nalepení.
- u vypouštěcích sáčků nezapomeňte na zapnutí spony, aby nedošlo k potřísnění.

**Při komplikacích kontaktujte svou stomasestru.**

Více informací můžete získat na:

- [www.coloplast.cz](http://www.coloplast.cz) , bezplatná linka - 800 100 416
- [www.dansac-hollister.cz](http://www.dansac-hollister.cz), bezplatná linka - 800 100 083
- [www.zelenahvezda.cz](http://www.zelenahvezda.cz),
- [www.convatec.com](http://www.convatec.com).