

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S CROHNOVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

KATEŘINA REJMANOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2014



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

Rejmanová Kateřina
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 9. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

Nursing Process for Patients with Crohn's Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 1. 11. 2013



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

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 21.3.2014

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Ivaně Jahodové, vedoucí práce, za užitečné informace a cenné rady při zpracovávání mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým za jejich podporu po celou dobu mého studia.

ABSTRAKT

REJMANOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2014. 68 s.

Tématem bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním, které se nazývá Crohnova choroba. Její obsah jsme rozdělili do dvou částí, přičemž v první, teoretické části práce jsme nejprve charakterizovali nemoc jako takovou, zabývali se historií a výskytem onemocnění. Dále jsme přiblížili příčiny vzniku a fáze Crohnovy choroby, určili její lokalizaci, příznaky, projevy a možné střevní a mimostřevní komplikace. V závěru první části jsme popsali také diagnostiku, terapii, prevenci a specifika ošetrovatelské péče této zákeřné choroby. V druhé, praktické části práce jsme vytvořili ošetrovatelský proces. Popsali jsme případ konkrétního pacienta, který onemocněl Crohnovou chorobou již před několika lety. V této části jsme předložili zpracovaný ošetrovatelský proces z období, kdy byl pacient hospitalizován na interním oddělení v Krajské nemocnici Liberec. Pro vytvoření ošetrovatelského procesu jsme použili ošetrovatelské diagnózy dle Taxonomie II. – NANDA I domény 2009 – 2011.

Klíčová slova

Crohnova choroba. Ošetrovatelský proces. Pacient.

ABSTRACT

REJMANOVÁ, Kateřina. *Nursing Process for Patients with Croh's Disease*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2014. 68 pages.

The topic of the bachelor thesis was the nursing process for the patient with an illness called Crohn's disease. It contained two parts. The first part was the theoretical part which dealt with characteristic of the disease, its history and occurrence. This part also characterised the causes of formation and phases of Crohn's disease. Its localization, symptoms and intestinal or extra-intestinal complications were determined. At the end of the first part described also diagnosis, therapy, prevention and specifics of nursing care of this insidious disease. We created the nursing process in the second, practical part. We described a case of concrete patient which felt ill with Crohn's disease few years ago. In this part we derived the nursing process from the period when the patient was hospitalised in the department of internal medicine of regional hospital in Liberec. The nursing diagnosis was used to create the nursing process according to Taxonomy II. – NANDA I domain 2009 – 2011.

Key words

Crohn's disease. Nursing Process. Patient.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	14
1 CROHNOVA CHOROBA.....	15
1.1 HISTORIE CROHNOVY CHOROBY	15
1.2 VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ	16
1.3 PŘÍČINY VZNIKU CROHNOVY CHOROBY	17
1.4 FÁZE CROHNOVY CHOROBY.....	17
1.5 LOKALIZACE CROHNOVY CHOROBY	18
1.6 PŘÍZNAKY A PROJEVY CROHNOVY CHOROBY	18
1.6.1 CROHNOVA NEMOC POSTIHUJÍCÍ OBLAST ILEOCEKÁLNÍ.....	19
1.6.2 CROHNOVA NEMOC TENKÉHO STŘEVA	19
1.6.3 CROHNOVA NEMOC NA TLUSTÉM STŘEVĚ	20
1.6.4 CROHNOVA CHOROBA POSTIHUJÍCÍ REKTUM A OBLAST ANÁLNÍHO KANÁLU	20
1.6.5 CROHNOVA NEMOC V ATYPICKÉ LOKALIZACI.....	21
1.7 KOMPLIKACE CROHNOVY CHOROBY	21
1.7.1 LOKÁLNÍ STŘEVNÍ KOMPLIKACE	22
1.7.2 MIMOSTŘEVNÍ KOMPLIKACE.....	23
1.8 DIAGNOSTIKA CROHNOVY CHOROBY	25
1.8.1 ANAMNÉZA	25
1.8.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	25
1.8.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	25
1.8.4 ENDOSKOPICKÁ VYŠETŘENÍ.....	26
1.8.5 DALŠÍ ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ.....	27

1.8.6	HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ BIOPTICKÝCH VZORKŮ	28
1.9	TERAPIE CROHNOVY CHOROBY	28
1.9.1	KONZERVATIVNÍ TERAPIE	29
1.9.2	CHIRURGICKÁ TERAPIE	31
1.9.3	TERAPIE VÝŽIVOU	31
1.10	PREVENCE	32
1.11	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	33
1.11.1	BIOLOGICKÉ POTŘEBY PACIENTA PŘI HOSPITALIZACI... ..	33
1.11.2	PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY	34
1.11.3	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	34
2	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA	
	S CROHNOVOU CHOROBU	36
2.1	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORITY	50
2.2	CELKOVÉ HODNOCENÍ PÉČE	61
2.3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	62
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
	PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Farmakologická anamnéza	38
Tabulka 2 Hematologie.....	47
Tabulka 3 Biochemie	47
Tabulka 4 Léky per os	48
Tabulka 5 Infúzní terapie.....	49

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI – body mass index

CT – computer tomography (výpočetní tomografie)

D – dech

EKG – elektrokardiograf

FR – fyziologický roztok, 0,9% NaCl

gtt. – guttae (kapky)

HBsAg – povrchový antigen viru hepatitidy B, diagnostika hepatitidy B

CH + S – chemicky + sediment

i. v. – intravenózně (nitrožilně)

KO – krevní obraz

MR – magnetická rezonance

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association (Severoamerická asociace sester pro ošetrovatelské diagnózy)

P – pulz

PŽK – periferní žilní katétr

RHB – rehabilitace

RTG – rentgenové vyšetření

tbl. – tabulettae (tableta)

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

(ŠAFRÁNKOVÁ, 2006), (HERDMAN, 2010).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces – chorobná dutina vzniklá zánětem, vyplněná hnisem

Abúzus – nadměrné užívání

Adnexa – přídatné kožní orgány

Analosedace – součást anestezie spojující tlumení bolesti (analgezie) a zklidnění pacienta (sedace)

Anorektum – konečník (rektum) a řiť (anus)

Antidiaroidikum – léky užívané proti průjmu

Antiflogistikum – protizánětlivé léky

Antiulcerotikum – léky používané k léčbě peptických vředů

Ataka – útok, prudký záchvat nemoci

Atralgie – bolesti kloubů

Digestivum – léky podporující trávení

Distální – vzdálený

Duodenum – dvanáctník – počáteční část tenkého střeva

Dysfagie – porucha polykání, ztížené polykání

Enteritis – zánět střeva

Erytém – červené zbarvení kůže

Extraintestinální – mimostřevní

Fascie – vazivový obal

Fotofobie – světloplachost

Fibróza – zmnožení vaziva v orgánu na úkor funkční tkáně parenchymu

Fisura – štěrbina, trhlina

Gastrointestinální – týkající se trávicího ústrojí

Granulomy – nakupení granulační tkáně

Histologie – věda, zabývající se studiem mikroskopické struktury

Hypertrofie – zvětšení, zbytnění orgánu v důsledku zvětšení jeho buněk

Chemoterapeutikum – léky užívané k léčbě infekce

Cholangitis – zánět žlučových cest

Iatropatogenie – zhoršení stavu nemocného v důsledku (negativního) působení lékaře

Ikterus – žluté zabarvení kůže

Ileitis – zánět ilea – tenkého střeva

Infiltráty – chorobné nahromadění zánětlivých buněk

Insuflace – zavádění plynu do tělní dutiny z diagnostických nebo terapeutických důvodů

Intermitentní – přerušovaný, s přestávkami

Intravenózní – nitrožilní, do žíly

Iriditis – zánět oční duhovky

Kolektomie – úplné odstranění tlustého střeva

Kortikodependentní – závislý na kortikoidech, na jejich pravidelném přívodu

Léze – poškození orgánu či tkání

Macerace – změknutí vzniklé působením tekutiny

Malnutrice – podvýživa

Mikrovaskulární – týkající se drobných cév

Non-respondér – neodpovídající (na léčbu)

Obstrukce – překážka, zamezení, ztížení průchodnosti

Penetrace - proniknutí

Per os – *lat.* ústy

Perforace – proděravění, protržení, vznik chorobného otvoru v dutém orgánu

Perianální – v okolí řiti

Peristaltika – vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů, slouží k posouvání k jejich obsahu

Píštěle – (fistula) abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem

Prevence – předcházení nemoci

Progredující – postupující (onemocnění)

Proliferace – bujení, novotvoření, růst

Pylorus – vrátník, dolní část žaludku

Regionální – týkající se určité krajiny

Resekce – chirurgické odstranění části orgánu

Sedimentace – sedlivost červených krvinek

Segmentální – týkající se segmentu (úseku), který je odlišný od jiné části

Sipping – *angl.* upíjení tekutého definovaného dietetika

Skleritida – zánět bělimy

Skléra – bělima, bílá zevní část oka tvořená vazivem

Sorrorigenie – zhoršení stavu nemocného v důsledku (negativního) působení ošetrovatelského personálu.

Spondylitis – zánět obratle

Stenóza – abnormální zúžení, chorobné zúžení otvoru

Subkutánně – podkožně, pod kůží (forma podání některých léků)

Submukóza – podslizniční vrstva dutých a trubicovitých orgánů

Ulcerace – vznik vředu, zvrhodovatění

Vaskulární – cévní

(VOKURKA, 2002)

ÚVOD

Ke zpracování bakalářské práce jsme si vybrali problematiku Crohnovy choroby. V poslední době se tato zákeřná nemoc rozrostla o mnoho více, než tomu bývalo v minulosti. Dle našeho názoru tomu v současnosti přispívá zrychlený způsob života, stres, stravovací návyky a nezanedbatelným faktorem je i životní prostředí. Ačkoliv je příčina Crohnovy choroby doposud neznámá, chtěli jsme touto prací přiblížit širokému okolí faktory, které tuto nemoc mohou ovlivnit, nebo vyvolat. Je důležité, aby veřejnost věděla o jejím průběhu nebo komplikacích, které se mohou objevit. Domníváme se totiž, že lidé o této nemoci nejsou dostatečně informováni. Bakalářskou práci jsme rozdělili na dvě části, teoretickou a praktickou, kde jsme stanovili celkem tři cíle.

Cíl 1: V teoretické části jsme si zadali za cíl zpracovat problematiku Crohnovy choroby. Popsat etiologii, symptomatologii, diagnostiku, terapii a prevenci této zákeřné nemoci.

Cíl 2: Dále jsme si určili za cíl popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s Crohnovou chorobou.

Cíl 3: V praktické části jsme si stanovili za cíl zpracovat ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta, který se trpí Crohnovou chorobou. Sestavit plán, realizaci, zhodnocení ošetrovatelské péče a doporučení pro praxi.

Přáli bychom si, aby práce posloužila jako podklad pro přednášky týkající se problematiky Crohnovy choroby na zdravotnických školách, a jako informační zdroj pro ty, kteří se o tuto problematiku zajímají.

1 CROHNOVA CHOROBA

Crohnova nemoc je chronický zánětlivý proces, který se může vyskytovat v kterékoliv části gastrointestinálního traktu od dutiny ústní až po anální oblast, kde zánět postihuje celou stěnu trávicí trubice, avšak nejčastěji se vyskytuje v tenkém a v tlustém střevě. Crohnovu chorobu spolu s Ulcerózní kolitidou řadíme mezi idiopatické střevní záněty neboli IBD – Inflammatory Bowel Diseases, záněty nejasné etiologie, tedy z neznámé příčiny. Tato nemoc se vyskytuje u lidí mezi 10. – 30. rokem života, v tomto období se většinou začínají objevovat první příznaky, zcela ojediněle se první příznaky začínají objevovat u starších osob (ČERVENKOVÁ, 2009), (STEJSKAL, 2006).

„Crohnova choroba se vyznačuje segmentálním ztluštěním střeva a zúžením průsvitu. Pro častou lokalizaci v terminálním úseku ilea (přibližně u 30 % nemocných) byla dříve označována jako terminální ileitis a později regionální enteritis. Společné postižení tenkého a tlustého střeva se pozoruje přibližně u poloviny nemocných, v samotném tlustém střevě se vyskytuje až ve 20 %. Podobné léze byly popsány v dutině ústní, hrtanu a v kůži. Někdy bývá onemocnění provázáno dalšími, imunitně podmíněnými chorobami (iritidis, ankylozující spondylitis, erythema nodosum, primárně sklerozující cholangitis)“ (STEJSKAL, 2006, s. 34).

1.1 HISTORIE CROHNOVY CHOROBY

G. G. Morgagni v roce 1769 byl jeden z prvních, kdo popsal případ Crohnovy choroby tenkého a tlustého střeva. Tuto zcela novou informaci uvedl ve své práci s názvem „De Sedibus et Causis Morborum“. Dále o několik let později – v roce 1806 zaznamenali Combe se Saundersem případ mladého muže, který trpěl bolestmi břicha a malnutricí. Pitva tehdy prokázala ohraničené ztluštění a zúžení distálního ilea a tračnicku. Avšak první zmínka z mikroskopického nálezu je až z konce 19. století a nejjasnější klinický a patologický obraz nemoc dostala až na počátku 20. století od T. K. Dalziela.

Tato choroba získala pojmenování až v roce 1932 dle B. B. Crohna, který spolu s L. Ginzburgem a G. Oppenheimerem tuto nemoc popsali a tím velmi výrazně přispěli k rozvoji medicíny. Autoři byli seřazeni podle abecedního pořádku, nikoliv dle podílu,

kterým přispěli do publikace, nebo zdánlivé důležitosti autorů. Zásahu na poznání nemoci měl i chirurg A. A. Berg, který všechny pozorované pacienty operoval, avšak do článku sám nepsal, a tak se vzdal veškeré publicity. Článek byl vydán v prestižním časopise JAMA. Problematika místní enteritidy byla také zařazena na zasedání American Medical Association, kde byl B. B. Crohn uveden již jako jediný autor. Od roku 1936 se psali práce nejen o postižení terminálního ilea, ale také i tlustého střeva, a až do konce 50. let se zdálo, že regionální enteritida je jedinou lokalizací Crohnovy choroby. V průběhu druhé poloviny 20. století se ukázalo, že se jedná o postižení jakéhokoliv úseku gastrointestinálního traktu. U nás se idiopatickým zánětům soustavně věnoval Mařatka ve 40. letech a dále spolu s Herfortem, Kudrmanem a Čapkem v 60. letech psali do domácích i světových publikací své klinické, histologické a rentgenologické zkušenosti s Crohnovou chorobou na tenkém a tlustém střevě.

V současnosti se obraz Crohnovy choroby velmi liší od stavu na počátku 30. let. V dnešní době se již tolik neobjevují obrovské hmatné infiltráty v pravé jámě kyčelní, spíše se setkáváme s pacienty, kteří trpí dlouhotrvajícími průjmy, úbytkem hmotnosti. Často se také objevují mimostřevní komplikace bez nápadnější břišní symptomatologie (LUKÁŠ K., 1999), (LUKÁŠ M., 1998).

1.2 VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ

Ve většině případů jsou střevní onemocnění diagnostikována u lidí v mladistvém věku. Incidence a prevalence se mění v závislosti na geografické a socioekonomické příslušnosti. V České republice se odhaduje prevalence (výskyt onemocnění) u Crohnovy choroby na 20–30 pacientů na 100 000 obyvatel. Incidence (počet nových pacientů v určitém roce) se pohybuje mezi 1–3 novými pacienty na 100 000 obyvatel za rok.

Incidence Crohnovy choroby ve světové populaci je mezi 4–6 novými případy na 100 000 obyvatel za rok. Celosvětově prevalence střevních idiopatických zánětů v dnešní době dosahuje kolem 300 pacientů na 100 000 obyvatel.

Mezi země, které mají nejvyšší výskyt Crohnovy choroby, patří Švédsko, Velká Británie a severovýchodní oblast USA. Východní část Evropy, země v oblasti Středomoří, Austrálie a Nový Zéland vykazují střední výskyt onemocnění. A Naopak velmi nízká incidence je v asijských a afrických zemích. Crohnova choroba postihuje

stejně často mužské i ženské pohlaví na rozdíl od Ulcerózní kolitidy, která postihuje 1,5x častěji ženy (KOHOUT, 2006), (LUKÁŠ K., 2011), (LUKÁŠ M., 1999).

1.3 PŘÍČINY VZNIKU CROHNOVY CHOROBY

Crohnova choroba patří do idiopatických střevních zánětů, příčina vzniku není tedy zcela známá. Můžeme však faktory, které zásadně ovlivňují Crohnovu nemoc, rozdělit na vnitřní a vnější.

Mezi vnitřní faktory patří příčiny pocházející z imunitního systému nebo z genetického základu (až u 25 % postižených nemocí lze prokázat u pokrevních příbuzných nespecifický střevní zánět).

Do zevních příčin patří ovlivnění vnějším prostředím, jako je například působení atypických mykobakterií a mikrovaskulární změny způsobené infekcí spalničkového viru. Mezi další zevní příčiny řadíme špatné stravovací návyky, jako je například nedostatek vlákniny, konzumace rafinovaného cukru nebo konzumace špatně upravené stravy. Nezanedbatelnou příčinou je kouření a stres, který mění schopnost imunitního systému reagovat na běžné podněty. Přílišná čistota také přispívá ke vzniku Crohnovy choroby, protože vysoká úroveň hygieny snížila na jedné straně riziko infekcí, avšak na druhé straně uspává imunitní systém (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.4 FÁZE CROHNOVY CHOROBY

Crohnova choroba může probíhat v několika fázích, které jsou ovlivněny několika faktory, jako je například rozsah a aktivita zánětu, věk pacienta, délka trvání či tíže příznaků. Klinický obraz střevního zánětu může být u některých jedinců vleklý s těžkými symptomy i v klidové fázi, avšak u většiny pacientů je průběh onemocnění střídavý – chronický, intermitentní.

První ataka – onemocnění většinou začíná nenápadným průjmem, později se může objevit příměs krve. V průběhu nemoci se příznaky zhoršují, avšak u více jak 50 % lidí bývá první ataka lehká, proto je obtížné nemoc v počátcích zachytit. Avšak u některých jedinců je první ataka natolik těžká, že je nutné chirurgicky odstranit část trávicí trubice již na začátku onemocnění.

Remise – neboli klidová fáze onemocnění, kdy příznaky vymizí a pacient je bez obtíží. Neznamená to ale, že je pacient úplně uzdraven, hranice mezi aktivním onemocněním a remisí je velmi úzká.

Relaps – je fáze, kdy střevní zánět znovu propukne. Trvání relapsu je u každého jedince individuální a délka vzplanutí je ovlivněna mnoha faktory. Zde je důležitý kladný přístup k léčbě. Jak často se relapsy vyskytují, lze průběh zánětlivé střevní choroby rozdělit na remitující, kdy se relapsy vyskytující vícekrát do roku a intermitující průběh, když mezi jednotlivými vzplanutími uplyne doba více než jeden rok.

Reaktivace – je situace, kdy zánět znovu propukne v úseku střeva, kde se předtím již vyskytoval. Často se tomu tak stává po vysazení medikamentů.

Rekurence – Nemoc se projeví znovu v dosud nepostížené části střeva a také i po chirurgickém odstranění veškerých postižených tkání na střevní sliznici (ČERVENKOVÁ, 2009), (STREVNI-ZANETY.CZ, 2013).

1.5 LOKALIZACE CROHNOVY CHOROBY

„Crohnova nemoc je chronické zánětlivé onemocnění trávicí trubice, které postihuje jakoukoliv část. Nejčastěji se objevuje ve spojení tenkého střeva s tlustým. Ohraničený (segmentární) zánět zachvacuje celou tloušťku stěny trávicí trubice (transluminární) a způsobuje zde vředy (ulcerace), zúženiny (stenózy) a píštěle (fistulace)“ (ČERVENKOVÁ, 2009, s. 15).

Při postižení tenkého střeva se nemoc také může nazývat ileitida, což je zánět kyčelníku, nebo jejunoileitida znamenající zánět lačnicku a kyčelníku, tedy celého tenkého střeva. Při postižení tlustého a tenkého střeva se zánět nazývá ileokolitida. Zánět, který se nachází jen na sliznici tlustého střeva, se odborně popisuje jako kolitida. Dále se pak zánětlivé změny můžou vyskytovat v oblasti konečníku, červovitého přívěsku slepého střeva, jícnu, žaludku, dvanácterníku a ojediněle i na ústní sliznici v podobě povrchních slizničních vřidků (LUKÁŠ K., 2004).

1.6 PŘÍZNAKY A PROJEVY CROHNOVY CHOROBY

Klinické projevy, se kterými se u pacientů trpících touto chorobou setkáváme, jsou velmi proměnlivé a mnohotvárné. Příznaky a projevy jsou na rozdíl od podobné

nemoci s názvem Ulcerózní kolitida velmi rozmanité, jsou podmíněny rozsahem a lokalizací choroby na trávicí trubici a také charakterem místních zánětlivých změn.

Nejčastější všeobecné klinické projevy Crohnovy nemoci se projevují úbytkem váhy a energie, ztrátou chuti k jídlu, v některých případech i horečnatými stavy. Tyto stavy se často označují jako nespecifické symptomy, avšak hlavní příznaky jsou spojeny s trávicím ústrojím. Nepravidelné střevní pohyby se mohou projevit příznaky od řídké hlenovité stolice, přes krev ve stolici (enteroragie), až po těžké průjmy. Protože ztráta krve představuje i ztrátu železa, může to mít i za následek také chudokrevnost z nedostatku železa (tzv. sideropenická anémie). Dále se pak mohou objevovat bolesti břicha, které mohou být generalizované, nebo lokalizované na určitou oblast a vyskytovat se mohou buď záchvatovitě, nebo trvale (LUKÁŠ M., 1998), (SCHÖLMERICH, 2007).

„Obraz nemoci je v různých úsecích trávicí trubice značně odlišný, a proto je nutné představit symptomatologii nemoci v závislosti na lokalizaci. Podle ní můžeme rozlišit nejméně pět forem nemoci“ (LUKÁŠ M., 1998, s. 115).

1.6.1 CROHNOVA NEMOC POSTIHUJÍCÍ OBLAST ILEOCEKÁLNÍ

Tato oblast je nejčastějším místem, kde se Crohnova choroba vyskytuje. Objevuje se zejména u mladých lidí, kteří mají řadu let obtíže, a velmi často se až v době výrazné progresy určí správná diagnóza. Zánět se zde charakteristicky projevuje bolestmi břicha, konkrétně tlakovými bolestmi v pravém podbříšku, průjmy, výrazným hubnutím a zvýšenou teplotou. V době progresivního zhoršování dlouhodobé bolesti nabývají křečovitý charakter kolem pupku, který je vystupňován nadýmáním, flatulencí a říháním. Současně se objevují i průjmy. Tlakové bolesti jsou stejného charakteru, avšak křečovité bolesti se dostávají do 30 až 60 minut po jídle. U déle trávajícího onemocnění se projevuje také bledost kůže, sliznic a sklér, vypadávání vlasů a nehtů vzhledem k sideropenické anémii (ČERVENKOVÁ, 2009), (LUKÁŠ M., 1998).

1.6.2 CROHNOVA NEMOC TENKÉHO STŘEVA

V této oblasti rozlišujeme dvě formy nemoci. Jedna postihuje terminální ileum se stenózou lumen a fibrózní infiltrací stěny a druhá forma postihuje orální ileum a jejunum, kde se projevuje fibrózní stenóza, různě dlouhá a těsná. Jsou zde přítomny i úseky, které jsou postiženy v délce několika desítek centimetrů, ale také jen několika

milimetrů. Charakteristickým projevem je střešní dyspeptický syndrom, který se projevuje spolu se známkami malnutrice a intermitentními bolestmi břicha. Nejsou zde typické průjmy, stolice bývá řidší, ale formovanější. Klinické ani laboratorní známky zánětu nejsou patrné. Pacient obvykle s postižením tenkého střeva neprospívá. Trpí sníženou chutí k jídlu, nadměrným nadýmáním, říháním nebo zvýšeným meteorismem. Tyto projevy se dostávají asi 1–2 hodiny po jídle. Dalšími typickými klinickými obrazy jsou projevy chudokrevnost, proteinoenergetické malnutrice a vyhublost. Extraintestinální projevy nemoci nejsou obvyklé, naopak hrozí opakovaná neprůchodnost tenkého střeva (ČERVENKOVÁ, 2009), (LUKÁŠ M., 1998).

1.6.3 CROHNOVA NEMOC NA TLUSTÉM STŘEVĚ

V tomto úseku bývá střevo postiženo buď kontinuálně (po celé své délce) a připomíná tak Ulcerózní kolitidu, nebo segmentárně či fokálně (ložiskově). Zde se zánětlivá ložiska projevují například aftoidními vředy, erytémem sliznice, někdy hlubokými podélnými vředy a často také extraintestinálními příznaky, které se objevují při zvýšené aktivitě zánětu. V případě, že zánětlivé změny prostupují i do hlubších vrstev (transmulární napadení sliznice), může docházet ke stenózám a píštělím. Příznaky Crohnovy nemoci na tlustém střevě se projevují v laboratorním nálezu vysokými známkami aktivity zánětu, dále pak bolestmi břicha, které jsou závislé na vyprazdňování a bývají lokalizované pod pupkem a jsou křečovitého charakteru (LUKÁŠ M., 1998).

1.6.4 CROHNOVA CHOROBA POSTIHUJÍCÍ REKTUM A OBLAST ANÁLNÍHO KANÁLU

Samostatná lokalizace v oblasti perianální a anorektální je velmi vzácná, častěji se jedná o současné postižení anorektální oblasti a tlustého střeva nebo ileocekálního přechodu. Crohnovu chorobu v této oblasti dělíme na dvě skupiny. První skupinu představují kožní léze a změny v dolní části análního kanálu, který je vystlán sliznicí, jenž svým charakterem připomíná kůži těla, v kterou přechází. Kožní léze, které se zde objevují, se projevují vředy, abscesy, macerací kůže a můžou se zde objevovat i hypertroffické řitní papily. Druhou skupinou jsou léze v oblasti horní poloviny análního kanálu, které zahrnují přechodnou zónu v délce 5 – 15 mm, a také nejdistančnější části rekta, které jsou vystlané specifickým střevním cylindrickým epitelem. V dolní části análního kanálu se nejčastěji objevují fisury z důvodu vystlání análu kůží a v horní

polovině rekta jsou především hluboké vředy, z nichž vznikají píštěle. Charakter vředů je totožný s vředy na tenkém střevě; buďto jde o povrchové cirkulární ulcerace, nebo jsou podélné, prostupující sliznici a submukózu, které se neprojevují bolestmi. Druhým typem vředů jsou vředy hluboké, které jsou příčinou vzniku píštělí a penetrují do okolních tkání, kdy vznikne tzv. kanál s tvorbou granulační tkáně v okolí. Hnisání je v tomto případě nepatrné (ČERVENKOVÁ, 2009), (LUKÁŠ M., 1998).

1.6.5 CROHNOVA NEMOC V ATYPICKÉ LOKALIZACI

Crohnova choroba se může objevit i v jiných oblastech nežli v oblasti distálního ilea a tlustého střeva, v tzv. mimostřevních lokalizacích. Až 5 % pacientů s touto nemocí má atypickou lokalizaci zánětlivých ložisek v oblasti duodena, žaludku a jícnu. Příznaky závisí na postiženém orgánu.

Crohnova choroba projevující se na jícnu spočívá v progredující dysfagii s následným úbytkem váhy. Obvykle se jedná o dlouhou stenózu s vředy. Charakteristické je ztluštění submukózy a výrazná fibróza stěny. Ve většině případů se prokážou v této lokalizaci granulomy. Crohnova nemoc postihující žaludek se vyskytuje velmi vzácně. Projevuje se vícečetnými nehojícími se vředy současně se stenózami výtokové části žaludku, pylorického kanálu a orální části duodena. Příznaky se mohou projevit až po zhoršené evakuaci žaludku, která vyvolává pocit plnosti a bolesti po jídle, nauzeu a pocit na zvracení nestráveného obsahu. V oblasti duodena se vyskytují především stenózy a píštěle, jenž vedou k projevům malabsorpce, kterou doprovází nadýmání a úbytek hmotnosti. Postižené duodenum se nejčastěji vyskytuje s postižením celého tenkého střeva vícečetnými ložisky. Velmi ojediněle jsou popsány případy pacientů, u kterých se potvrdila Crohnova nemoc izolovaně v oblasti dutiny ústní a genitálu (LUKÁŠ M., 1998).

1.7 KOMPLIKACE CROHNOVY CHOROBY

V průběhu Crohnovy nemoci může dojít jak k lokálním střevním, tak i mimostřevním komplikacím. Příčinou komplikací bývá těžký zánět ve střevě nebo imunitní reakce, popřípadě narušení vstřebávání živin či žlučových kyselin (KOHOUT, 2006).

1.7.1 LOKÁLNÍ STŘEVNÍ KOMPLIKACE

Stenóza – neboli zúžení průsvitu střeva se objevuje u skoro poloviny lidí postižených Crohnovou chorobou. Při významném zúžení lumen (průsvitu) střeva může dojít až k poruše střevní průchodnosti, která se projevuje bolestivými křečemi břicha, zvracením a nápadnými střevními zvuky. Stenózami je nejčastěji postiženo tenké střevo. V případě přítomnosti stenózy na tlustém střevě, zvláště po několikaletém průběhu nemoci je jednoznačnou indikací ke kolektomii, většinou u stenóz, které nejsou přístupny endoskopickému vyšetření. Jako řešení této komplikace se provádí při endoskopickém vyšetření tzv. balónková dilatace (roztažení) střeva, strikturoplastika, nebo resekce postiženého úseku.

Perforace – je velmi častá a závažná komplikace Crohnovy nemoci, která se rozvíjí většinou postupně v průběhu silného zánětu. Vzniká tak, že hluboký vředovitý defekt pronikne celou stěnou střeva, kdy se kolem něj vytvoří vazivové blány, jenž ohraničí šířící se zánět. Výsledkem proniknutím střevní sliznice je vznik píštěle a abscesu, který je uložený mimo střevní stěnu. K difúznímu zánětu pobřišnice obvykle nedochází. Při této komplikaci se většinou chirurgicky resekuje postižená část střeva.

Obstrukce – je uzavření (neprůchodnost) průsvitu střeva. Příčinou obstrukce je zánětlivý proces nebo srůsty po předchozích operačních výkonech. Obstrukce bývá ve většině případů neúplná. U dlouhodobých nevelkých obstrukcí může docházet k přerůstání bakteriální flóry nad místem zúžení.

Abscesy – zánětlivé změny, které prostupují střevní stěnu, mohou vést k vytvoření abscesů. Abscesy se popisují jako dutiny vyplněné hnisem, které se vytvářejí mezi střevními kličkami. U této komplikace jsou vždy přítomny bolesti břicha a zvýšené teploty. Někdy je však obtížné rozpoznat, zda se jedná o exacerbaci (zhoršení) základního onemocnění, nebo o tvorbu abscesu. Důležitou pomocnou diagnostikou je sonografické vyšetření (USG) nebo počítačový tomografie (CT).

Píštěle – tvorba píštělí je též velmi častou komplikací nespecifických střevních zánětů. Popisují se jako novotvořené spojky mezi jednotlivými střevními kličkami – enteroenterální či enterokolická píštěl. Nejčastěji se však objevují v oblasti konečníku a řitního otvoru, kterým se nazývá perianální a perirektální píštěle. Píštěl také může spojit střevo s jednotlivými orgány – například střevo s močovým měchýřem, vagínou nebo může vyúsťovat až na povrch břišní stěny.

Krvácení – masivní akutní krvácení není časté, avšak v ojedinělých případech se může vyskytovat. Je důsledkem ulcerace (tvoření vředů) s poškozením větší cévy. Řešením této komplikace je konzervativní léčba. Při neúspěchu se přistupuje k operačnímu výkonu.

Karcinom – riziko vzniku karcinomu není tolik obvyklé, jako při Ulcerózní kolitidě, nicméně je ale 20krát vyšší nežli u lidí netrpících Crohnovou chorobou. Doporučeny jsou pravidelné koloskopické kontroly.

Septický průběh střevního zánětu – při septickém průběhu je charakteristický horečnatý průběh a celková schvácenost pacienta. V dnešní době je však méně častý, díky účinné protizánětlivé terapii (KOHOUT, 2006), (LUKÁŠ M., 1998).

1.7.2 MIMOSTŘEVNÍ KOMPLIKACE

Mimostřevní komplikace nespecifických zánětů jsou zapříčiněny výhradně reakcí imunitního systému organismu. Přesná příčina je neznámá, jisté však je, že většinou postihují pacienty, kteří mají zánětem postiženo tlusté střevo (ČERVENKOVÁ, 2009).

Kůže

Až u 40 % pacientů s Crohnovou nemocí může být postižena kůže. Velmi často se jedná o rozšíření postižení střev, projevující se jako fisury a abscesy v okolí konečníku. Když se léze typické pro Crohnovu chorobu rozšíří i mimo trávicí trakt, jedná se o metastatickou Crohnovu chorobu. Může být postižena jakákoli vrstva kůže. Vyskytovat se mohou tyto formy kožního postižení:

Pyoderma gangrenosum – začátek tohoto onemocnění bývá náhlý a často v místě drobného poranění kůže. Projevem je vyrážka, která zpočátku může vypadat jako malý puchýř, ale později kůže praská a vzniká drobný vředovitý defekt, který se může rozšiřovat a prohlubovat. Tyto vředy bývají velmi bolestivé a není vyloučeno, že se neobjeví ve stejnou dobu na několika místech.

Erythema nodosum – projevem tohoto kožního postižení jsou červené pupeny na tvářích, předloktích a stehnech. Jedná se o zvýšenou alergickou reakci, kterou vyvolávají různé faktory. Například infekce (virová či bakteriální), sarkoidóza, těhotenství, užívání hormonální antikoncepce nebo některé medikamenty.

Toto onemocnění více postihuje ženy a vyskytuje se spíše u mladších osob mezi 20 a 30 lety. Jen výjimečně se objevuje u starších, nebo u dětí.

Erythema multiforme – se projevuje charakteristickou vyrážkou, často malými puchýři v dutině ústní nebo kdekoliv jinde na kůži. Obtíže obvykle vymizí během několika dní, maximálně týdnů, avšak mohou se objevit znovu. Postihuje převážně mladé lidi, ale i děti nebo starší osoby.

Někteří pacienti s Crohnovou chorobou často trpí na **aftózní defekty** nebo zanícené a **hnisavé ústní koutky** (STREVNÍ-ZANETY.CZ, 2013).

Oči

Oční komplikace postihují okolo 3 % pacientů s nespecifickými střevními záněty. K nejčastějším onemocněním patří episkleritis a iridocyklitis. Tato onemocnění mají většinou náhlý začátek a znovu se vyskytují s projevujícím se střevním zánětem.

Episkleritis – zánět, který postihuje vaskularizovanou pojivovou tkáň mezi fascií a sklérou. Pacienti si stěžují na světloplachost, slzení a pálení v ojedinělých případech na bolestivost. Dalším příznakem je viditelné ohraňování, nebo difúzní překrvení episklery. Podaří-li se aktivita střevního zánětu snížit, většinou je v ústupu i episkleritis bez dalších následků.

Iridocyklitis – zánět, jehož komplikace jsou daleko závažnější, nežli u episcleritis. Při nedostatečné léčbě může trvale poškodit zrak. Projevy tohoto onemocnění bývají bolesti hlavy, fotofobie, rozmazané vidění, ale může probíhat též bez projevů (DRASTICH, 2010).

Klouby

Kloubní komplikace patří mezi nejčastější mimostřevní projevy a postihují nejčastěji periferní klouby.

Enteropatická artritida – neboli akutní zánět nitrokloubní blány, kdy dochází k tvorbě výpotku a celý kloub je pak teplý, lehce zarudlý a velmi bolestivý. Při mírném stupni kloubního zánětu se objevuje pouze atralgie bez viditelných změn na kloubech. Nástup artritidy je obvykle prudký a délka trvání závisí na léčbě. Po akutním stádiu této komplikace se kloub zhojí zcela bez následků, ale při relapsu střevního zánětu může dojít k recidivě těchto komplikací.

Sakroillitis – tento zánět postihuje křížokocyčelní skloubení a na rozdíl od komplikací na periferních velkých kloubech se objevuje nezávisle na aktivitě střevního zánětu (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.8 DIAGNOSTIKA CROHNOVY CHOROBY

„Diagnóza zánětlivého střevního onemocnění je založena na souhrnu poznatků získaných z anamnézy, fyzikálního, laboratorního a endoskopického vyšetření, které je doplněno o histologické vyšetření bioptických vzorků. Soubor vyšetřovacích možností doplňuje ultrasonografie a RTG kontrastní vyšetření“ (LUKÁŠ M. 1998, s. 195).

1.8.1 ANAMNÉZA

Při osobním setkání s pacientem se nejprve zjišťuje rodinná a osobní anamnéza jako je například rodinný výskyt Crohnovy nemoci a jiných střevních zánětů nebo autoimunitních onemocnění. Dále se zjišťuje, v jakém prostředí se pacient nejčastěji vyskytuje a jaký má vztah ke kouření, alkoholu a jiným omamným látkám. Ošetřující lékař se také ptá na speciální dietní návyky, užívání léků, hormonální antikoncepce, podstoupení radio či chemoterapie. Nynější onemocnění je nedílnou součástí anamnézy, a tak se lékař ptá na počátky prvních příznaků, datum stanovení diagnózy, přehled dosavadní terapie. Také je důležité sdělení o aktuálním stavu – bolesti břicha, průměrný počet stolic, příměsi ve stolici hlenu a krve, aktuální tělesná hmotnost, registrované poruchy pasáže, mimostřevní příznaky (kloubní, oční, kožní), tělesnou teplotu v posledním týdnu a celkový subjektivní stav (ZBOŘIL, 2004).

1.8.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

V případě podezření na zánětlivé střevní onemocnění se fyzikální vyšetření zaměřuje obzvláště na oblast břišní a konečník pomocí palpace (pohmatu), askultace (poslechu zvuků z nitra těla) a perkuse (poklepu). V řitní krajině se mohou snadno rozeznat zánětlivé změny a digitálním vyšetřením (pomocí prstu) zjistit přítomnost stopy krve. Také se sleduje výskyt typických příznaků na kůži, sliznici nebo kloubech.

1.8.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Laboratorní vyšetření u pacientů s Crohnovou chorobou se provádí z krve, moči a stolice. Z krevního obrazu se zjišťuje krevní sedimentace, počty bílých a červených

krvinek, počty krevních destiček. Zvýšená sedimentace červených krvinek (FW) a vyšší počet bílých krvinek, krevních destiček a úbytek červených krvinek nasvědčují aktivnímu zánětu. Dále se kontroluje složení krevních bílkovin (elektroforéza), nebo speciální údaje, jako je obsah železa a koncentrace elektrolytů. Tyto testy se provádějí, když je přítomna generalizovaná zánětlivá reakce, porucha vstřebávání živin ze střeva, nebo při objevu jak makroskopického, tak okultního (skrytého) krvácení. Rozbor moči stanovuje funkci ledvin, a též odhaluje přítomnost zánětu v těle. Také je vhodné provést u pacienta kontrolní mikrobiologické a parazitologické vyšetření stolice k vyloučení infekčního střevního zánětu (KOHOUT, 2006), (SCHÖLMERICH, 1998).

1.8.4 ENDOSKOPICKÁ VYŠETŘENÍ

„Endoskopické vyšetření patří mezi stěžejní diagnostickou metodu v gastroenterologii. Endoskopie umožňuje zhodnotit slizniční změny přímo zrakem, změny struktury a reliéfu sliznice, její barevné změny, přítomnost krve na sliznici nebo v lumen dutého orgánu, přítomnost hlenu či hnisu na sliznici, v dutém orgánu přítomné zbytky potravy nebo např. léků, přítomných těles a podobně“ (ŠPINAR, 2008, s. 225).

Ezofagogastroduodenoskopie – umožňuje vyšetřit pomocí gastroskopu horní zažívací trakt – jícen, žaludek a dvanáctník a zhodnotit tak slizniční změny. Pro přehlednější vyšetření je třeba insuflovat do pacientovy trávicí trubice vzduch. V případě potřeby lze z nalezeného patologického ložiska odebrat pomocí speciálních kleští vzorek na histologické vyšetření.

Koloskopie – diagnostický postup, který umožní vyšetřit celé tlusté střevo, včetně nesondování Bauhinské chlopně flexibilním endoskopem. Je zde také možnost dokonalého posouzení nalezeného chorobného ložiska zrakem a následné odebrání vzorků tkáně na histologii, stejně jako u gastroskopie. Premedikace u tohoto vyšetření je nutná, jedná se o invazivní metodu. Při vyšetření se zavádí endoskop konečným do předem připraveného střeva, tj. střevo, které bylo dokonale zbaveno stolice. Pro další zlepšení přehlednosti je třeba během diagnostiky střevo plnit vzduchem. (ŠPINAR, 2008).

Enteroklýza – cílené vyšetření tenkého střeva, kdy se podává kontrastní látka tenkou sondou přímo do tenkého střeva. Sonda je zavedená ústy nebo nosem přes jícen a žaludek do tenkého střeva. Před vyšetřením se nejprve podává 350 ml baryové suspenze a poté 1000 ml roztoku metylcelulózy, díky kterým se na sliznici vytvoří

tenký povlak baryové suspenze. Enteroklýza zobrazí nejen možná zúžení střeva, ale i píštěle mezi jednotlivými úseky trávicí trubice.

Irigografie – neinvazivní vyšetřovací metoda, kdy se podává kontrastní látka rektální rourkou do konečníku a následně do tlustého střeva. Provádí se dvoukontrastně – baryovou kontrastní látkou s následným vpravením vzduchu do střeva. V ojedinělých případech se může vyšetření provést pouze monokontrastně. Po dostatečném naplnění střeva kontrastní látkou je rektální rourka vyjmuta z konečníku, a pacient je polohován, aby se dosáhlo dokonalého rozlití kontrastní látky v jednotlivých částech tlustého střeva. Lékař sleduje pasáž kontrastní látky střevem pod rentgenovou kontrolou, a provádí snímky v různých polohách (KOHOUT, 2006), (RDG.ANGIO.CZ, 2008).

Dvoubalónová enteroskopie – nejmodernější forma endoskopického vyšetření celého tenkého střeva. Oproti kapslové enteroskopii se mohou během tohoto vyšetření odebírat vzorky tkáně na histologické vyšetření. Nevýhodou tohoto vyšetření je jeho bolestivost, a proto probíhá v hluboké analgosedaci.

Kapslová enteroskopie – slouží k podrobnému vyšetření tenkého střeva, kdy kapsle pracuje na principu bezdrátového přenosu videozáznamu z trávicí trubice. Rozměr kapsle je podobný vitaminové tabletě a obsahuje miniaturní videokameru, baterie, světelný zdroj, vysílač a anténu. Na počátku vyšetření pacient kapsli polkne s malým douškem vody a kamera následně po částech snímá obraz celé trávicí trubice. Vyšetření tenkého střeva trvá přibližně 8 hodin. Pomocí podobné endoskopické kapsle můžeme také vyšetřit jícen nebo tlusté střevo. Toto velmi specializované vyšetření se provádí, až kdy se vypořádají všechny dostupné diagnostické postupy jako je např. gastrokopie, kolposkopie, enteroskopie nebo enteroklýza. Jedinou nevýhodou kapslové endoskopie je nemožnost odběru vzorků z patologického ložiska, a také neposkytuje terapeutické výkony jako je stavění krvácení nebo odstranění polypů (KOHOUT, 2006), (REMEDIS.CZ, 2012).

1.8.5 DALŠÍ ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ

Ultrasonografické vyšetření – je neinvazivní zobrazovací diagnostická metoda. Z ultrazvukového obrazu, který se promítá na monitoru, lékař dokáže určit tloušťku střevní stěny, zánětlivé změny v okolí střeva a šíři průsvitu střeva i reliéf sliznice. Také se diagnostikuje rozsah zánětu a může dojít k vyloučení případné komplikace, což je velmi důležité pro volbu terapie a sledování, jak na ni organismus reaguje.

Počítačová tomografie – je vyšetření, které nahrazuje rentgenové snímkování a je zcela bezbolestné. Výhodou tomografie je možnost kombinace s enteroklyzou, protože lékař získá prostorový obraz dutiny břišní, který je kvalitnější a podrobnější než rentgenový snímek. CT vyšetření se v dnešní době používá hlavně při diagnostice Crohnovy choroby na tenkém střevě.

Magnetická rezonance – tato zcela neinvazivní zobrazovací metoda je velmi přínosná pro pacienty, kteří mají postižený konečník nebo řitní kanál a vyskytují se zde hnisavé komplikace, jako jsou abscesy nebo píštěle. Dokonale a zcela přesně prostorově ukáže, kudy píštěle probíhají, a kde přesně se nacházejí abscesy. Jedinou nevýhodou tohoto vyšetření je, že magnetickou rezonanci nesmí podstoupit lidé, kteří pociťují úzkost z malých prostorů, nebo pacienti, kteří mají v těle cizorodý kovový materiál (kardiostimulátor, endoprotéza) (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.8.6 HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ BIOPTICKÝCH VZORKŮ

Mikroskopická znalost tkáně je v diagnostice nespecifických střevních zánětů nesmírně důležitá. Na základě histologického vyšetření bioptických vzorků, které se odebírají při endoskopických vyšetřeních nebo při chirurgických výkonech (resekce části střeva), lze totiž stanovit či potvrdit diagnózu, a také odlišit nespecifické střevní záněty od jiných patologických změn na střevě. Z histologie se také zjišťuje odpověď organismu na podávanou léčbu. Charakteristickým rysem Crohnovy choroby v histologii je granulomatózní zánět, jehož přítomnost velmi pomáhá patologům k určení diagnózy. Granulomatózní zánět se spíše projeví při histologickém vyšetření resekovaného střeva, než u vyšetření bioptických vzorků (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.9 TERAPIE CROHNOVY CHOROBY

V první řadě, když se potvrdí jakékoliv střevní chronické onemocnění, léčba je konzultována a řízena především gastroenterologem na specializovaném gastroenterologickém pracovišti.

Léčebné postupy nespecifických střevních zánětů se od sebe liší dle aktivity onemocnění a následné reakce na nastolenou terapii. Liší se také podle toho, zda léčíme onemocnění v akutní či klidové fázi onemocnění. Prvním krokem v léčbě idiopatických střevních zánětů je konzervativní terapie, čímž máme na mysli podávání léků s protizánětlivým, antibakteriálním nebo jiným účinkem, nastolení dietního režimu,

nebo podávání umělé výživy, buď do žilního systému pacienta, nebo přímo do střeva. Dalším pomocným krokem může být i psychoterapeutický postup. V případě, že tyto postupy nejsou dostatečně účinné, lékaři se přiklání k chirurgickému zákroku (CROHNOVANEMOC.CZ, 2013), (KOHOUT, 2006).

1.9.1 KONZERVATIVNÍ TERAPIE

V první fázi je cílem konzervativní, tedy medikamentózní léčby ztlumit aktivní začátek tak, aby nastoupila fáze remise, což je poklidné období, kdy nepříjemné příznaky takřka vymizí. K tomu napomáhají léky, které jsou předepisovány v co nejvyšší dávce a obvykle více typů na jednou. Medikamentózní léčbu můžeme rozdělit na hormonální, biologickou, bakteriální, protibakteriální a léčbu pomocí imunosupresiv nebo aminosalicylátů.

Aminosalicyláty – nejznámějším, avšak nyní již méně používaným lékem z této kategorie je Sulfasazalin. Působí antibakteriálně i protizánětlivě, avšak jeho vedlejší účinky jsou natolik rozsáhlé, že omezují jeho využití v klinické praxi, proto je v dnešní době méně používaný. Nahradily jej látky, jako jsou například Mesazalin, Olsalazin, Balsalazide, které působí na určité části trávicí trubice. Tyto látky se vyrábí ve formě čípků, klyzmat a tablet. Mezi nejznámější tablety řadíme například Pentasu, Salozinal, nebo Salofalk.

Imunosupresiva – tyto látky se snaží o zklidnění imunitního systému a jeho přehnané reakce na antigenní stimulaci. Jejich významným přínosem je, že nahrazují ve většině případů léčbu kortikoidy. Do imunosupresiv řadíme například tyto látky:

Azathioprin a 6-merkaptopurin – tato léčiva patří mezi antiproliferativní látky neboli imunosupresivní cytostatika. Používají k udržení klidové fáze nemoci či při snížení nebo úplném vysazení kortikoidů. Avšak hrozí nežádoucí účinky, jako jsou například alergické reakce, nesnášenlivost látky, nebo porušení krevtvorby.

Metotrexát – zmíněná látka, stejně jako Azathioprin a 6-merkaptopurin se též řadí mezi antiproliferativní látky. Z počátku se podává intravenózně jednou týdně, později perorálně. Škodlivá látka, kterou obsahuje Metotrexát se nazývá teratogen, který způsobuje u plodu vývojové vady a defekty, a proto se nedoporučuje pacientům v produktivním věku (ČERVENKOVÁ, 2009), (ZBOŘIL, 2007).

Hormonální terapie – do této léčby řadíme látky nazývané Kortikosteroidy, patřící do synteticky vyrobených hormonů, které mají vysoce protizánětlivý účinek. Mezi nejznámější patří Prednison a injekční metylprednizolon neboli Medrol. Důležité jsou při léčbě středně a vysoce aktivní fáze onemocnění, avšak selhávají při snaze udržet klidovou fázi (remisi) nemoci. I tyto látky mají své specifické nežádoucí účinky, mezi které například patří závislost na kortikoidech (kortiko-dependence), narušení metabolismu kostní tkáně (osteoporóza), narušení metabolismu cukrů (diabetes mellitus), zvýšení krevního tlaku, ztráta kalia a magnezia, nebo kosmetické problémy, mezi které řadíme specifický měsíčkovitý vzhled obličeje, akné, vypadávání vlasů nebo strie na prsou, břiše, bocích, stehnech. Celková léčba kortikosteroidy by neměla přesáhnout délku třech měsíců. Součástí léčby by měla být i podpůrná léčba, která minimalizuje vedlejší projevy.

Novým typem kortikoidů jsou tzv. topické steroidy budesonidy, které působí protizánětlivě v ileocekální oblasti a poté se vstřebají do krve a následně do jater. Zde se přemění v neúčinné metabolity, které už nemají na vzdálené tkáně negativní hormonální účinky a nenarušují ani metabolismus (CROHNOVANEMOC.CZ, 2013), (ČERVENKOVÁ, 2009).

Biologická terapie – tato léčba je určena těm pacientům, u kterých předchozí léčba kortikosteroidy a imunosupresivy neměla správnou odezvu, nebo selhala a jejich nemoc probíhá stále agresivně. „Podstatou biologické léčby je cílený regulační zásah do biologických procesů, probíhající v poškozeném nebo nemocném organismu“ (ZBOŘIL, 2012, s. 10). Biologická léčba využívá výhradně biologické produkty, na rozdíl od farmakologické léčby, která spočívá v podání syntetických látek. Do biologické terapie patří například terapeutická séra, toxiny, antitoxiny, produkty virů, kvasinek, bakterií apod. Biologická léčba má za úkol odstranit závažné obtíže, které provázejí agresivní zánět, omezit nutnost hospitalizace, snížit riziko chirurgického zákroku, uzavřít píštěle nebo alespoň snížit jejich sekreci, zhojit vředy a tím zabránit trvalým změnám na stěně střeva, a zlepšit kvalitu života nemocnému s nespecifickým střevním zánětem (ČERVENKOVÁ, 2009), (ZBOŘIL, 2012).

Bakteriální terapie – je též známa jako probiotická terapie. Probiotika jsou bakterie lidského původu prospívající organismu. Jejich účinkem je zrychlení ústupu klinických obtíží a oddálení návratu aktivního zánětu. Probiotika jako léčiva jsou například *Escherichia coli* nebo *Lactobacillus acidophilus*.

Protibakteriální terapie – neboli antibiotická léčba se v případě Crohnovy choroby užívá dlouhodobě, zvláště u výskytu píštělí na tlustém střevě (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.9.2 CHIRURGICKÁ TERAPIE

Indikacemi pro chirurgické řešení Crohnovy choroby jsou obstrukce, perforace, vnitřní nebo zevní píštěle, absces, perianální postižení, poruchy růstu a prospívání u dětí. Chirurgickou léčbu z dlouhodobého hlediska musí podstoupit až 70 % postižených Crohnovou nemocí a na rozdíl od Ulcerózní kolitidy operace většinou není trvalým řešením. Přibližně u 30 % pacientů, kteří podstoupili operaci, dochází k návratu jejich příznaků v průběhu tří let, a asi u 60 % pacientů nastanou stejné komplikace v průběhu deseti let (CCFA.ORG, 2014).

Konzervativní resekce – nejpreferovanějším chirurgickým zákrokem je resekce postižené části střeva s tzv. end-to-end anastomózou, což spočívá v resekci postižené části střeva a následné nové spojení obou střev. Provádí se při velmi časté komplikaci, jíž je stenóza lumen střeva.

Strikturoplastika – operační výkon, který je prováděn na tenkém střevě, jenž je postiženo mnohočetnými krátkými stenózami, tzv. strikturami. Střevo se při chirurgickém zákroku podélně protne skrze strikturu a příčně sešije, čímž se obnoví velikost střevního průsvitu. Plocha tenkého střeva není zmenšena a tak je i nadále schopna vstřebávat živiny (ČERVENKOVÁ, 2009), (LAWRENCE, 1998).

1.9.3 TERAPIE VÝŽIVOU

„Umělá výživa docílí zklidnění střeva jeho vyřazením z funkce; léčbu je možno podávat do žíly (parenterální výživa), nebo ústy (enterální výživa)“ (LUKÁŠ M., 2004, s. 20).

Enterální výživa – částečně či zcela nahrazuje běžnou stravu u pacientů, kteří trpí aktivním střevním zánětem. Podává se buď ústy (per os – popíjením, tzv. sippingem), sondou (žaludeční, jejunální), nebo pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG), kdy je sonda zavedena přímo do žaludku. Enterální výživa může být naordinována buď jako jediný zdroj výživy (nutričně kompletní), nebo jen jako její doplněk (nutričně nekompletní). V každém případě je tato výživa bohatá na vitaminy, ionty, stopové prvky, aminokyseliny, cukry a snadno vstřebatelné tuky, které nezatěžují

gastrointestinální trakt, ale je přirozeně vyvážená. Podmínkou užívání enterální výživy je zachování funkčnosti trávicího traktu.

Parenterální výživa – neboli umělá strava, kdy se výživa na rozdíl od enterální podává mimo zažívací trakt intravenózním vstupem do periferní nebo centrální žíly a živiny se tak podávají ve formě infuzních roztoků přímo do krevního řečiště. Parenterální výživa je u Crohnovy choroby ordinovaná až tehdy, kdy předchozí cesty výživy již nedostačují, nebo jsou pro pacienta nevhodné pro dysfunkční zažívací trakt (ČERVENKOVÁ, 2009), (ZBOŘIL, 2012).

1.10 PREVENCE

U Crohnovy choroby a ostatních nespecifických střevních zánětů bohužel neexistuje zaručený způsob prevence jak se vyhnout tomuto onemocnění, ale existují rizikové stavy a vlivy, které může pacient sám aktivně ovlivnit, aby zlepšil vývoj své nemoci a tím i pozitivní výsledky léčby. K těmto faktorům patří:

- Dietní změny – vliv škodlivého složení stravy s nadbytkem rafinovaných cukrů a nedostatkem rozpustné vlákniny. Tato strava narušuje přirozenou střevní mikroflóru.
- Kouření zvyšuje riziko zhoršení průběhu Crohnovy choroby.
- Hormonální antikoncepce spolu s kouřením negativně ovlivňuje průběh nemoci a její léčebné výsledky.
- Nesteroidní antirevmatika jako je například Acylpyrin, Brufen, Diclofenak, Nurofen a jiné, mohou až ve 30 % způsobit zhoršení aktivity střevních zánětů.
- Antibiotika mohou zhoršit aktivitu střevního zánětu tím, že naruší přirozenou střevní mikroflóru. Výjimkou jsou antibiotika, která mají blahodárný vliv na idiopatické střevní záněty a užívají se tak v běžné klinické praxi. Patří mezi ně například chinoliny, nitromidazoly nebo rifaximin.
- Dalším spouštěcím faktorem je zvýšená psychická i fyzická zátěž.
- Až ve třetině případů jsou spouštěčem nespecifických střevních zánětů infekční nemoci a to nejen trávicího traktu (CROHNOVANEMOC.CZ, 2013).

1.11 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetrovatelská péče o pacienty s idiopatickými střevními záněty je velmi různorodá. Role sestry se u těchto pacientů odvíjí na základě toho, v jaké fázi je pacientovo onemocnění, nebo na jaké oddělení byl pacient přijat dle příznaků a komplikací (dehydratace, poruchy výživy, přetrvávající průjmy, apod.). Pacient může být přijat buď na interní, nebo chirurgické oddělení. Pacienti bez komplikací jsou v domácí ošetrovatelské péči, kdy dochází ambulantně k naordinované terapii nebo na preventivní prohlídce či konzultaci. Nezbytnou součástí ošetrovatelské péče je také informování pacienta o specializovaných centrech, které se zabývají Crohnovou chorobou (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

1.11.1 BIOLOGICKÉ POTŘEBY PACIENTA PŘI HOSPITALIZACI

Poloha, pohybový režim – Pacient s Crohnovou chorobou má většinou volný pohybový režim s dostatkem klidu na lůžku. Při bolestech se nemocný sám ukládá do úlevové polohy.

Hygiena – Sestra při příjmu pacienta na oddělení hodnotí stupeň soběstačnosti a dle stavu nemocného při hygieně dopomáhá, nebo jen dohlíží na správnou očistu těla. Sestra by měla také dbát na dostatečnou hygienu v okolí konečníku a edukovat pacienta o šetrném omývání a promazávání jako prevenci opruzenin a dekubitů.

Výživa a hydratace – Pokud je u pacienta zjištěna porucha výživy, je zajištěn periferní či centrální žilní katétr pro dostatečnou hydrataci, či naordinovanou parenterální výživu. Dieta u nespecifických střevních zánětů je nedílnou součástí terapie. V akutním stádiu se podává bezsezbytková dieta, která je vhodná k odlehčení střev. Po odeznění akutního stavu je vhodné přijímat stravu, která nezatěžuje gastrointestinální trakt – např. strava, která obsahuje méně vláknin (jablečná šťáva, meruňky). V žádném případě by pacient neměl přijímat potravu, která dráždí trávicí soustavu (alkohol, kofein, čokoláda, vejce, mastná, smažená a příliš překořeněná jídla). V ojedinělých případech se také doporučuje vyřadit z důvodu nesnášenlivosti např. mléčné výrobky, tvrdé uzeniny či zelí. Strava by měla být naopak bohatá na vitaminy např. B-komplex, B12, zinek nebo lactobacilus acidophilus. Mnohdy se při hospitalizaci používá k doplnění výživy sipping – pomalé popíjení Nutridrinků, které jsou bohaté právě na tyto vitaminy, minerály a základní složky stravy. Sestra sleduje bilanci tekutin, stav kůže a sliznic.

Vyprazdňování – Sestra při příjmu na oddělení též hodnotí stupeň soběstačnosti při vyprazdňování. Dále během hospitalizace sleduje kvalitu a frekvenci stolice.

Spánek – Sestra dbá na kvalitní odpočinek a spánek nemocného a dohlíží, aby se pacient zbytečně nepřetěžoval zvýšenou tělesnou aktivitou.

Sledování pacienta – Ke každodenním povinnostem sestry patří také sledování pacienta. U Crohnovy choroby především dohlíží na celkový stav, fyziologické funkce, výskyt bolestí – její intenzitu, lokalizaci či vyzářování. Dále kontroluje hmotnost nemocného, výživu, hydrataci, vzhled kůže – zvláště v okolí konečníku, ale také i na možné mimostřevní komplikace na pokožce. Velmi důležité je také sledovat účinky léků a místo zavedení periferního či centrálního žilního katétru (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006), (LUKÁŠ, 2004).

1.11.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

Nedílnou a velmi důležitou součástí sesterské práce je také komunikace s pacientem. Sestra poskytuje pacientovi dostatek informací o jeho onemocnění, o možnostech léčby, nebo správné životosprávě. Sestra by také měla být schopna zajistit pacientovi kontakt s rodinou a tím i informovat o důležitosti klidného zázemí pro jeho potřeby při onemocnění (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

1.11.3 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

U pacienta s Crohnovou chorobou nalézáme ošetřovatelské diagnózy se zaměřením na výživu, vylučování a komfort. K nejčastěji používaným diagnózám patří tyto:

Doména 1 – Podpora zdraví – Snaha zlepšit stav imunizace (00186), Snaha zlepšit výživu (00163).

Doména 2 – Výživa – Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002), Snaha zlepšit rovnováhu tekutin (00160), Snížený objem tekutin v organismu (00027), riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028).

Doména 3 – Vylučování a výměna – Průjem (00013).

Doména 4 – Aktivita/odpočinek – Nespavost (00095), Narušený vzorec spánku (00198), Únava (00093).

Doména 6 – Sebepercepce – Riziko oslabení lidské důstojnosti (00174), Riziko bezmocnosti (00152), Situačně snížená sebeúcta (00120).

Doména 9 – Zvládnání/tolerance zátěže – Úzkost (00146), Strach (00148).

Doména 11 – Bezpečnost/ochrana – Riziko infekce (00004), Narušená integrita kůže (00046).

Doména 12 – Komfort – Nauzea (00134), Akutní bolest (00132), Chronická bolest (00133) (HERDMAN, 2010).

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

Pro zhodnocení stavu pacienta jsme si zvolili obecný ošetřovatelský proces, který je volně dostupný studentům Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze, podle něhož jsme sestavili ošetřovatelskou anamnézu a celkový zdravotní stav pacienta. Na základě zjištěných ošetřovatelských problémů jsme stanovili aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy, které jsem seřadila podle priorit, dle Taxonomie II. - NANDA I domény 2009–2011. Dále jsme vytvořili plán ošetřovatelské péče, který jsme na závěr zhodnotili. Měli jsme možnost u pacienta aplikovat ošetřovatelskou péči po celou dobu jeho hospitalizace a zmapovat tak vývoj jeho onemocnění.

POSOUZENÍ

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. X.	Datum narození: 1973
Rodné číslo: 73XXXX/XXXX	Věk: 39 let
Pohlaví: mužské	Bydliště: X
Zaměstnání: manager	Vzdělání: středoškolské s maturitou
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
Stav: ženatý	
Jméno příbuzného: X. X.	Bydliště příbuzného: X
Datum příjmu: 3.9.2012	Čas příjmu: 8.15
Typ přijetí: akutní	Účel příjmu: terapeutický
Oddělení: Interní oddělení 3. A	Přijal: MUDr. X. X.
Ošetřující lékař: MUDr. X. X.	Praktický lékař: MUDr. X. X.

Medicínská diagnóza hlavní: Crohnova nemoc tlustého střeva

Důvod přijetí udávaný pacientem: „V posledních třech týdnech se můj zdravotní stav výrazně zhoršil, trpím silnými průjmy.“

Vitální funkce při příjmu

TK: 135/80 torr

Puls: 68/min, pravidelný

Dech: 14/min

TT: 36, 5 °C

Váha: 85 kg

Výška: 181 cm

BMI: 25,9

Stav vědomí: orientován, při vědomí

Pohyblivost: neomezená

Krevní skupina: 0+

Pacient souhlasí s realizací lékařských vyšetření a výkonů. Prohlašuje, že byl dostatečně a pro něho srozumitelným způsobem poučen o povaze jeho zdravotního stavu, navrhovaném způsobu vyšetření či lékařských výkonů, jako i o výsledku a možných komplikacích spojených se způsoby vyšetření.

Bere na vědomí zákaz kouření!

Zdroj informací: lékař, ošetřující personál, pacient, dokumentace.

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacient trpící Crohnovou chorobou odeslán z Gastroenterologické poradny na doporučení MUDr. X. Y. na interní oddělení k dovyšetření pro zhoršení stavu. Toho času těžká aktivita do flexura lienalis. Pacient je kortikodependentní a sekundárně non-respondér biologické terapie. Nyní od března 2012 zvýšena aktivita, proběhla i kandidová superinfekce, kdy byl pacient přeléčen Mykomaxem a následně vysazen pro svědění kůže. Subjektivně poslední 2 týdny stav nejhorší, stolice při příjmu potravy se vyskytovala 30 krát až 40 krát denně, nyní pacient téměř nejí, ale i tak je stolice 10 krát až 15 krát denně s příměsí krve a hlenu. Pacient za 2 týdny zhubnul 7 kg. Nauzea se nevyskytuje, nezvracel, dýchá se dobře, bolesti na hrudi nejsou, dysurií netrpí, bez teplot, dolní končetiny bez otoků.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 64 letech na karcinom tlustého střeva, matka se léčí pro hyperthyerózu, starší bratr zdravý. Děti má 2, dceru (12 let), syna (8 let). Oba jsou zdraví.

Osobní anamnéza

V dětství prodělal typické nemoci dětského věku – plané neštovice, záněty středního ucha, zápal plic a průdušek. Stav po osteosyntéze klíční kosti pro frakturu vpravo v roce 2003. Transfúze žádné, očkování běžná, povinná v dětství. Očkování proti tetanu v roce

2010. Crohnova choroba v dispenzarizovaném stádiu od roku 1997. Kortikodependentní, sekundárně non-respondér biologické léčby (Humiri i Remicade).

Alergologická anamnéza

Neguje.

Abúzy

Pacient nekouří, alkohol pije velmi příležitostně, léky – žádná závislost, drogy neguje.dk

Tabulka 1 Farmakologická anamnéza

Název	Dávkování	Forma dávkování	Léková skupina
Salofalk 500 mg	4-0-4 tbl.	Per os	Antiflogistikum
Prednison 20 mg	2-1-0 tbl.	Per os	Hormon ze sk. kortikoidů
Controloc 40 mg	1-0-0 tbl.	Per os	Antiulcerotikum
Mutaflor 100 mg	1-0-0 tbl.	Per os	Digestivum, Antidiarioikum
Magnerot 500 mg	1-0-1 tbl.	Per os	Náhrady min. prvků
Vigantol	3 gtt. 1x týdně (pá)	Per os	Vitamin

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace

Sociální a pracovní anamnéza

Pacient je ženatý, bydlí s manželkou a dvěma dětmi v rodinném domě na okraji města. Vztahy v rodině i mimo ni jsou dobré. Pacientova nejoblíbenější aktivita je jízda na kole, plavání a tenis. Pracuje ve vedoucí manažerské pozici ve větší firmě, zabývající se technologiemi.

Spirituální anamnéza

Pacient je ateista.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 3. 9. 2012

POPIS FYZICKÉHO STAVU

Hlava a krk

Subjektivně: „Hlava ani krk mě nebolí“

Objektivně: Hlava normocefalická, bez deformit, na poklep nebolestivá. Zornice izokorické, fotoreakce bilaterálně, bulby ve středním postavení, skléry anikterické, spojivky prokrveny, inervace nervus VII. intaktní, hrdlo klidné, jazyk plazí středem. Oči, uši, nos bez výtoku. S polykáním pacient problémy nemá, cítí na obličeji bez poruch. Krční páteř pohyblivá, krk souměrný, bez deformit. Štítná žláza nehmatná, uzliny nehmatné. Karotidy tepou symetricky, bez šelestu. Náplň krčních žil v normě, šíje volná.

Hrudník a dýchací systém

Subjektivně: „S dýcháním problémy nemám a na prsou mě také nebolí.“

Objektivně: Hrudník je symetrický, bez deformit a bez kožních eflorescencí. Prsa bez patologických změn. Poslechově dýchání čisté, sklípkovité, bez pískotů a vrzotů. Počet dechů 14/min. Saturace bez podaného kyslíku 99%.

Srdce a cévní systém

Subjektivně: „Občas mívám zvýšený krevní tlak, ale jinak žádné problémy se srdcem nepocítuji.“

Objektivně: Srdeční akce pravidelná (68/min), dobře hmatný na a. radialis na obou horních končetinách. TK: 135/80 torr. Dolní končetiny bez známek patologických změn (otoky, flebotrombóza). Permanentní žilní katétr je zaveden do pravé horní končetiny, v. basilica (předloktí), 1. den, č. 20 bez známek infekce.

Břicho a gastrointestinální trakt

Subjektivně: „Břicho mě nyní nebolí, ale těsně před a po stolici mívám nepříjemné tlaky po celém břiše. Když jsem normálně jedl, měl jsem průjmovitou stolicí až 40krát denně. Teď, když jsem stravu omezil na minimum, mám průjem 15krát denně s příměsí krve a hlenu. Za poslední 2 týdny jsem ztratil na váze minimálně 7kg.“

Objektivně: Břicho měkké, prohmatné, palpačně toho času nebolestivé, v niveau, bez rezistence. Poslechově je přítomna velmi živá peristaltika. Peritoneální dráždění není,

játra k oblouku. Slezina nehmatná, tapotment negativní, Murpyho znamení taktéž negativní. Pacient nauzeou ani zvracením netrpí.

Vylučovací a pohlavní ústrojí

Subjektivně: „Před vzplanutím nemoci jsem chodil na stolicí každý den ráno, někdy i večer. Když choroba vypukla před třemi týdny, měl jsem 30 až 40 průjmovitých stolic denně. Po omezení stravy se průjmy zmírnily na 10 až 15 denně, s příměsí krve a hlenu. S močením a pohlavním ústrojím problémy nemám.“

Objektivně: Mnohočetné průjmovité stolice v anamnéze. Obtíže se sexualitou, reprodukční schopností a urologickým systémem nejsou v pacientově anamnéze. Pacient má 2 zdravé děti.

Pohybový aparát

Subjektivně: „Díky svému onemocnění se cítím zesláblý a připadám si celý rozlámaný. V období nemoci mám pohyb omezený, pobývám spíše na lůžku doma v soukromí. Ale jinak s pohybem problémy nemám.“

Objektivně: Pacient je s přihlédnutím na svůj zdravotní stav aktivní a soběstačný. Hrubá i jemná motorika je v pořádku. Páteř bez patologických změn, normotonus, klouby bez patologie. Kosterní aparát bez deformit.

Nervový systém

Subjektivně: „Dnes je pondělí, 3. 9. 2012. Brýle zatím nenosím, jen mě občas pálí oči při dlouhé práci na PC. Jiné problémy nemám.“

Objektivně: Při vědomí. Orientován místem, časem, osobou a prostředím. Tremor a tiky nejsou přítomny. Čich a sluch bez patologie. Paměť zcela v pořádku. Smyslová citlivost v normě, reflexy vybavené.

Endokrinní systém

Subjektivně: „Se štítnou žlázou se neléčím a nikdy jsem s tímto problémy neměl (na rozdíl od mé matky). Cukrovku také nemám.“

Objektivně: V anamnéze nemá žádné potíže s endokrinním systémem. Štítná žláza je nebolestivá, nezvětšená. Patologické projevy endokrinního systému nepozorovány.

Imunologický systém

Subjektivně: „Alergii na nic nemám.“

Objektivně: Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé. Tělesná teplota v normě – 36,5°C.

Kůže a její adnexa

Subjektivně: „O kůži a vlasy se nijak zvlášť nestarám, jen základní hygiena. V oblasti konečníku mám podrážděnou kůži od těch četných stolic.“

Objektivně: Kůže bez patologických defektů, růžová, bez ikteru. V oblasti konečníku podrážděná kůže a zarudnutí. Kůži a vlasy má čisté, nehty upravené, pokožka je dostatečně hydratována.

Poznámky z tělesné prohlídky: Pacient působí unaveně, avšak spolupracuje a odpovídá na všechny otázky jasně a srozumitelně.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Stravování

Doma: „Před zhoršením onemocnění jsem měl jídlo velmi rád, avšak od počátku příznaků trpím nechutenstvím, mám žaludek na vodě.“

V nemocnici: „Popíjím Nutridrinky, celkem mi chutnají.“

Objektivně: Na začátku hospitalizace byl pacientovi naordinován sipping dle rozpisu MUDr. X. Y. – 2600kcal, 120 g bílkovin a tekutiny minimálně 3 litry denně. BMI – 25,9 – hraničně v normě.

Příjem tekutin

Doma: „Denně vypiji kolem 2 litrů. Střídám minerální vody a čaje.“

V nemocnici: „V nemocnici musím prý pít více.“

Objektivně: Dle ordinace lékaře – 3 litry denně, pro doplnění ztrát vody z organismu, kvůli mnohočetným průjmům.

Vylučování moče

Doma: „S močením problémy nemám.“

V nemocnici: „S močením problémy nemám.“

Objektivně: Pacient je zcela soběstačný, na toaletu si dochází sám. V anamnéze nejsou uvedené žádné problémy v této oblasti.

Vylučování stolice

Doma: „Před vypuknutím příznaků onemocnění byla stolice pravidelná. Stolice bývala zcela normální, tmavě hnědé barvy, tuhé konzistence. V době zhoršení nemoci trpím průjmy. Při příjmu potravy se stolice vyskytovala 30krát až 40krát denně. V těchto dnech se stravuji minimálně a průjmovitou stolicí mám 10krát až 15krát denně s krví a hlenem.“

V nemocnici: „Průjmovitá stolice až 15krát denně, s příměsí.“ Doufám, že se to v průběhu léčbylepší, jsem z toho zoufalý.“

Objektivně: Crohnova nemoc v anamnéze od roku 1997, v posledních týdnech vzplanutí komplikací tohoto chronického střevního onemocnění – průjmovitá stolice.

Spánek a bdění

Doma: „Problémy s usínáním doma nemám, spím vždy 8 hodin.“

V nemocnici: „Zatím nemohu posoudit.“

Objektivně: Pacient je hospitalizován 1. den, spánek nelze zhodnotit.

Aktivita a odpočinek

Doma: „Doma vyhledávám aktivní cvičení dost často a rád. Před zhoršení nemoci jsem rád jezdil na kole, plaval a hrál tenis. V období nemoci jsem spíše doma v soukromý a odpočívám.“

V nemocnici: „Také nemohu hodnotit, ale cítím se dost unavený.“

Objektivně: Pacient má kvůli zdravotnímu stavu a únavě naordinovaný klidový režim. Pacient je zcela soběstačný.

Hygiena

Doma: „Sprchuji se každý den ráno.“

V nemocnici: „Zde se taktéž budu sprchovat ráno.“

Objektivně: Pacient je v oblasti hygieny zcela soběstačný.

Samostatnost

Doma: „Jsem aktivní člověk, vše zvládám sám.“

V nemocnici: „Vše zvládám sám.“

Objektivně: Zcela soběstačný, pacient spolupracuje.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

Vědomí

Subjektivně: „Jsem plně v obraze a při vědomí.“

Objektivně: Vědomí plné, jasné.

Orientace

Subjektivně: „Myslím, že orientovaný jsem. Vím, kdo jsem, kde jsem, proč tu jsem a kolikátého je.“

Objektivně: Pacient je zcela orientovaný místem, časem, osobou, prostorem.

Nálada

Subjektivně: „Před tím, než se mi zhoršily příznaky, cítil jsem se dobře, myslel jsem pozitivně a byl jsem spokojený sám se sebou. V těchto týdnech jsem unavený, náladový a podrážděný. Moc bych si přál, aby se můj stav zlepšil a mohl zase žít stejným životem jako do teď, ale zatím nevím, jak to bude dál.“

Objektivně: Pacient má zhoršenou náladu kvůli svému onemocnění, udává nejistotu z vývoje onemocnění.

Staropaměť

Subjektivně: „Věci z minulosti si pamatuji.“

Objektivně: Výbavnost zážitků a věcí z minulosti je bohatá.

Novopaměť

Subjektivně: „Nemám s tím problém.“

Objektivně: Paměť je zcela v pořádku, pacient si vše pamatuje.

Myšlení

Subjektivně: „Teď hodně přemýšlím, jak to semnou bude dál, za jak dlouho budu moci jít zase do práce, a myslím také na rodinu.“

Objektivně: Myšlení je logické, otázky chápe, odpovídá přiléhavě a věcně. Řeč je plynulá. Pacient přemýšlí o budoucnosti.

Temperament

Subjektivně: „V těchto dnech se cítím mrzutý a náladový, takže choleric?“

Objektivně: Pacient se hodnotí jako cholerik kvůli své mrzuté náladě. V normálním životě si jde za svým cílem.

Sebehodnocení

Subjektivně: „Nevím, co říct.“

Objektivně: Pacient působí vcelku vyrovnaným dojmem, i když je teď podrážděný kvůli svému onemocnění.

Vnímání zdraví

Subjektivně: „Od roku 97 se léčím s touto chorobou. Když je nemoc v klidové fázi, cítím se jinak zcela zdrav. V těchto dnech to stojí za nic, jsem celkově unavený a musím být v nemocnici.“

Objektivně: Pacient je smířený se svým chronickým onemocněním, ale cítí se vždy beznadějný, když nemoc znovu propukne. Doufá, že se jeho současný zdravotní stav co nejdříve zlepší.

Vnímání zdravotního stavu

Subjektivně: „Chtěl bych se co nejdříve zbavit těch úporných průjmů a celkové slabosti. Doufám, že půjdu brzy domů.“

Objektivně: Pacient by chtěl být co nejdříve bez komplikací, které doprovázejí jeho onemocnění, a doufá v brzký návrat domů.

Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění

Subjektivně: „Nevím, proč ty průjmy znovu nastaly, nejsem si ničeho vědom, čím bych to vyvolal. Doufám, že už toto období rychle skončí a já budu zase znovu normálně fungovat.“

Objektivně: Pacient nezná příčinu vzplanutí nemoci a doufá, že se opět vrátí do svého dosavadního, aktivního života, bez dalších komplikací.

Reakce na hospitalizaci

Subjektivně: „Nedalo se nic dělat, už to bylo nesnesitelné.“

Objektivně: Pacient je s hospitalizací smířený.

Adaptace na onemocnění

Subjektivně: „Tuto chorobu už mám několik let, jsem s tím smířený, ale nikdy jsem si nezvykl na tyto komplikace, které se čas od času nečekaně objeví.“

Objektivně: Pacient je smířený, nicméně na ataky tohoto onemocnění si nikdy nezvykl. Jsou vždy nečekané.

Projevy jistoty a nejistoty

Subjektivně: „Zatím nevím, jak se bude onemocnění vyvíjet, ale doufám, že mi hospitalizace pomůže a nebudu tady moc dlouho. Chtěl bych se vrátit co nejdříve do aktivního života.“

Objektivně: Pacient vyjádřil obavu z vývoje onemocnění a dlouhodobé hospitalizace.

Zkušenosti s předcházející hospitalizací (Iatropatogenie, sorrorigenie)

Subjektivně: „Párkrát jsem již hospitalizovaný byl a vím, jak to v nemocnici chodí. Nikdy jsem neměl s ničím problémem a zdravotnímu personálu důvěřuji.“

Objektivně: Pacient vyjadřuje důvěru ke zdravotnickému personálu, žádné negativní zkušenosti s předcházející hospitalizací nemá.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

Komunikace – verbální

Subjektivně: „Myslím, že mi rozumíte.“

Objektivně: Pacient je komunikativní, správně artikuluje, řeč je bez patologie, slovní zásoba je velmi bohatá.

Komunikace – neverbální

Subjektivně: „Při mluvení používám ruce často.“

Objektivně: Verbální komunikace byla doprovázena i neverbálními pohyby zcela v normě. Oční kontakt, gesta a mimika v pořádku.

Informovanost o onemocnění

Subjektivně: „Zatím mi nikdo z lékařů nebyl schopen říct, jak dlouho tu budu, co bude následovat za léčbu a kdy přesně komplikace zcela vymizí.“

Objektivně: Pacient byl o svém zdravotním stavu informován, avšak prognózu onemocnění lze stanovit těžko.

Informovanost o diagnostických metodách

Subjektivně: „Řekl bych, že většina vyšetření mě ještě čeká, ale o těch vyšetřeních, která jsem již podstoupil, jsem dostatečně informován byl.“

Objektivně: Pacient je informován o všech diagnostických metodách, které podstoupí.

Informovanost o léčbě a dietě

Subjektivně: „Ano, o všem mě informovali a pečlivě poučili.“

Objektivně: Pacient byl o všem dostatečně informován (sipping, i. v. terapie).

Informovanost o délce hospitalizace

Subjektivně: „Zatím mi nikdo z lékařů nebyl schopen říct, jak dlouho bude hospitalizace trvat.“

Objektivně: Pacient byl o svém zdravotním stavu informován, prognózu onemocnění a délku hospitalizace lze stanovit těžko.

SOCIÁLNÍ ROLE A JEJICH OVLIVNĚNÍ NEMOCI, HOSPITALIZACÍ A ZMĚNOU ŽIVOTNÍHO STYLU V PRŮBĚHU NEMOCI A HOSPITALIZACE

Primární role (role související s věkem a pohlavím)

Subjektivně: „Jsem muž a je mi 39 let.“

Objektivně: Muž, 39 let.

Sekundární role (role související s rodinou a společenskými funkcemi)

Subjektivně: „Jsem manžel, otec a vedoucí pracovník. Z důvodu pravděpodobné dlouhé nemocenské dovolené se obávám, že přijdu o místo ve vedoucí pozici a tím i o část financí.“

Objektivně: Manžel, otec dvou dětí, manager ve vedoucí pozici. Role jsou ovlivněny zdravotním stavem a hospitalizací.

Terciální role (role související s volným časem a zálibami)

Subjektivně: „Když jsem zdravý, jsem rekreační sportovec. Nyní jsem celkově unavený, takže odpočívám na lůžku.“

Objektivně: Pacient rád plave, hraje tenis a jezdí na kole. Vzhledem k nynějšímu zdravotnímu stavu jsou tyto role nenaplněné. V období nemoci má naordinovaný klidový režim.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ

STATIM odběry krve

Tabulka 2 Hematologie

Hematologie – KO	Čas odběru: 9:00	Referenční hodnoty
Leukocyty	11 giga/l	4,00–10,0 giga/l
Erytrocyty	4,38 tera/l	4,5–6,3 tera/l
Hemoglobin	123 g/l	135–175 g/l
Hematokrit	0,39 %	0,38–0,52 %
Trombocyty	369 giga/l	140–440 giga/l

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace

Tabulka 3 Biochemie

Biochemie	Čas odběru: 9:00	Referenční hodnoty
Glukóza	6,5 mmol/l	4,1–5,9 mmol/l
B12	429 pmol/l	141–489 pmol/l
Na	140 mmol/l	136–145 mmol/l
K	4,5 mmol/l	3,5–5,1 mmol/l
Cl	102 mmol/l	98–107 mmol/l
Mg	0,85 mmol/l	0,66–1,07 mmol/l
P	1,95 mmol/l	0,85–1,45 mmol/l
Urea	2,9 mmol/l	2,7–8,1 mmol/l
Kreatinin	82 mmol/l	64–104 mmol/l
Prealbumin	0,17 g/l	0,2–0,4 g/l
Albumin	28 g/l	35–53 g/l
Osmolalita séra	262 mmol/kg	275–295 mmol/kg

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace

Vyšetření na průkaz toxinu *Clostridium difficile*

Nález: neprokázána produkce toxinů, neprokázán antigen glutamát dehydrogenáza

HBsAg: negativní

Moč CH + S: v normě

EKG: nález v normě

Ambulance výživy: toho času neindikují parenterální výživu, výživa enterální formou sippingu v kombinaci preparátů bez vlákniny a s rozpustnou vlákninou. Kalorický příjem 2600kcal a 120 g bílkovin. Pravidelně laboratorní kontrola.

KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Dieta: Čaj, tekutiny minimálně 3 litry denně, sipping dle rozpisu MUDr. X. Y. – 2600kcal, 120 g bílkovin.

Pohybový režim: Pacient je zcela soběstačný, v závislosti na zdravotním stavu nutný klidový režim.

RHB: Klidový režim.

Výživa: Enterální, sipping.

Medikamentózní léčba

Tabulka 4 Léky per os

Název	Dávkování	Forma dávkování	Léková skupina
Salofalk 500 mg	4-0-4 tbl.	Per os	Antiflogistikum
Controloc 40 mg	1-0-0 tbl.	Per os	Antiulcerotikum
Mutaflor 100 mg	1-0-0 tbl.	Per os	Digestivum, Antidiaroeikum
Magnerot 500 mg	1-0-1 tbl.	Per os	Náhrady minerálních prvků
Vigantol	3 gtt. 1x týdně - (pá)	Per os	Vitamin

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace

Intravenózní

Neindikována.

Tabulka 5 Infúzní terapie

Název	Dávkování (dávka čas / hodina)	Forma dávkování	Léková skupina
Metronidazol 500mg (100ml)	Na 60 min á 8 hod. 14-15, 22-23, 6-7	i. v.	Chemoterapeutikum
Ciphin 400 mg (250 ml)	Na 60 min á 12 hod. 19-20, 7-8	i. v.	Chemoterapeutikum
Solumedrol 40 mg + FR 1/1 250 ml	na 60 min I. v 10, II. ve 14	i. v.	Hormony

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace

Subkutánně

Neindikována.

Jiná

Mast – Infadolan – podle potřeby na podrážděnou kůži v oblasti konečníku.

CHIRURGICKÁ TERAPIE

Neindikována.

SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacient, 39 let, dnes odeslán (3.9.2012) z gastroenterologické poradny na doporučení MUDr. X. Y. na interní oddělení k dovyšetření pro zhoršení stavu. Pacientovi byla diagnostikována Crohnova choroba v roce 1997. Subjektivně poslední 3 týdny stav nejhorší, stolice při příjmu potravy se vyskytovala 30krát až 40krát denně, nyní pacient téměř nejí, ale i tak je **průjmovitá stolice 10krát až 15krát denně s příměsí krve a hlenu**. Pacient za poslední 2 týdny **zhubnul minimálně 7 kg**. Nauzea se nevyskytuje, nezvracel, dýchá se dobře, bolesti na hrudi nejsou, břicho měkké, prohmatné, palpačně toho času nebolestivé, peristaltika velmi živá, dysurií netrpí, bez teplot, dolní končetiny bez otoků, **v oblasti konečníku podrážděná, zarudlá pokožka**. Pacient je při vědomí, spolupracuje, orientován místem, časem, osobou i prostorem. Pacientovi byly naměřeny tyto fyziologické funkce – TK: 135/80 torr, P: 68/min, D: 14/min, saturace bez kyslíkové podpory 98%. Pacient se cítí celkově **unavený**. Při příjmu na oddělení mu byla zavedena **periferní žilní kanyla**. Z ambulance výživy má pacient naordinovanou **enterální výživu formou sippingu** v kombinaci preparátů bez

vlákniny a s rozpustnou vlákninou – kalorický příjem 2600kcal a 120 g bílkovin. Také má naordinovaný **zvýšený pitný režim** – až 3 litry denně. Pacient zmiňuje **obavy z budoucnosti z důvodu neefektivního plnění rolí** z hlediska pracovní pozice a následného zabezpečení rodiny. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny 1. den hospitalizace na standardním interním oddělení 3. A.

2.1 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Diagnózy byly stanoveny dle NANDA I - Taxonomie II. dle pomůcky: HERDMAN, T., 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2009–2011*. Přel. P. Kudlová. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-231.

- Průjem 00013
- Únava 00093
- Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu 00002
- Narušená integrita kůže 00046
- Riziko sníženého objemu tekutin v organismu – riziko dehydratace 00028
- Riziko infekce 0004 (PŽK)
- Strach 00148
- Nedostatečné znalosti 00126
- Neefektivní plnění rolí 00055
- Snaha zlepšit výživu 00163

PRŮJEM (00013)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Průchod volné, neformované stolice.

Určující znaky: hyperaktivní střevní zvuky, naléhavá potřeba, tekutá stolice minimálně 3x denně

Související faktory: zánět

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient má formovanou stolici maximálně 2x denně, bez příměsi krve a hlenu do 3 týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacient udává úbytek četrných průjmovitých stolic do 1 týdne.

Výsledná kritéria:

- Pacient je informován o příčině vzniku průjmu 1. den hospitalizace.
- Pacient je poučen o zaznamenávání frekvence, charakteru a množství stolice 1. den hospitalizace.
- Pacient sleduje a zaznamenává frekvenci, charakter a množství stolice od 1. dne hospitalizace.
- Pacient neudává přítomnost krve a hlenu ve stolici do 1 týdne.
- Pacient neudává nepříjemné tlaky v břiše před a po stolici do 1 týdne.
- Pacient není dehydratovaný po celou dobu hospitalizace.
- Pacient má zajištěno soukromí po celou dobu hospitalizace.

Plán intervencí od 3. 9. 2012 – 23. 9. 2012

1. Všiměj si doprovodných příznaků (horečka, bolesti) a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – dle nutnosti, každý den, všeobecná sestra.
2. Zajisti dostatečný přísun enterální výživy (sipping) – 5krát denně, zdravotnický personál.
3. Podávej medikaci dle ordinace lékaře, sleduj případné nežádoucí účinky a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
4. Pečuj o pacientovo soukromí – každý den, po celou dobu hospitalizace, zdravotnický personál.
5. Vysvětli pacientovi příčinu vzniku průjmu – 1. den hospitalizace.
6. Povzbuzuj pacienta k dodržování pitného režimu (3 litry/denně) a k dodržování naordinované diety (sipping) – každý den, zdravotnický personál.

7. Informuj pacienta o zaznamenávání frekvence, charakteru a množství stolice – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
8. Dbej, aby pacient dodržoval léčebný správný léčebný režim a osvojil si správné stravovací a hygienické návyky – od 1. dne hospitalizace, všeobecná sestra.
9. Zaznamenávej frekvenci, charakter a množství stolice do ošetřovatelské dokumentace – po celou dobu hospitalizace – každý den, všeobecná sestra.

Realizace (1. den hospitalizace, 3.9.2012):

Pacient byl přijat na interní oddělení z gastroenterologické poradny. Pacienta jsem uložila na nadstandardní pokoj, který si sám vyžádal. Pacienta jsem poučila o používání koupelny a toalety, které jsou součástí nadstandardního pokoje. Také jsme mu vysvětlila zaznamenávání frekvence, charakteru a množství stolice po každé vykonané potřebě. Zdůraznila jsme důležitost dodržování pitného a dietního režimu. Na konci dne jsem zkontrolovala záznam o počtu stolic, který jsem následně zapsala do ošetřovatelské dokumentace. Pacient zaznamenal 13 stolic s příměsí krve a hlenu. Sestra na noční směně zapsala do dokumentace, že pacient byl přes noc na toaletě 2krát a udával taktéž průjmovitou stolicí s příměsí krve a hlenu.

Realizace (7. den hospitalizace, 10.9.2012):

Intervence pokračovaly 2.-7. den beze změn, kromě intervencí č.: 5 a 7. Sledovala jsem, zda pacient správně zaznamenává počty stolic a dodržuje léčebný, dietní a pitný režim. Zaznamenávání stolice prováděl do formuláře ke sledování frekvence, množství a charakteru stolice, který měl stále k dispozici u lůžka. Pravidelně jsem podávala medikaci dle ordinace lékaře, a sledovala jsem, zda se nedostavily vedlejší účinky komplikace farmakoterapie. V průběhu týdne došlo k mírnému zlepšení intenzity čtených průjmovitých stolic – pacient dnes udával 9 stolic během dne, bez příměsí krve a hlenu. Počet a charakter stolic jsem zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace. Noční sestra zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace počet stolic: 0.

Realizace (14. den hospitalizace, 17.9.2012):

Intervence pokračovaly 8.-14. den beze změn. Sledovala jsem pacientův přístup k zaznamenávání stolic. Také jsem kontrolovala dodržování pitného a dietního režimu. Zaznamenávání stolice pacient stále zaznamenával do formuláře ke sledování frekvence, množství a charakteru stolice, který má k dispozici u lůžka. Pravidelně jsem

podávala medikaci dle ordinace lékaře a sledovala jsem, zda se neobjeví vedlejší účinky, nebo komplikace farmakoterapie. Pacient hlásil zlepšení intenzity průjmovitých stolic – pacient dnes udával 6 stolic, bez příměsi krve a hlenu. Břicho ho nebolelo, ani v něm neškroukalo. Vše jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace (21. den hospitalizace, 24.9.2012):

Intervence pokračovaly 15.-19. den beze změn. Sledovala jsem pacientovy záznamy o stolicích. Taktéž jsem kontrolovala dodržování pitného a dietního režimu. Pacientův stav se velmi zlepšil, dnes udával 1 tužší stolicí během dopoledne bez příměsi krve a hlenu. Pro pacientův zlepšený stav byl ve 14.00 pacient propuštěn do domácí péče.

Hodnocení (21. den hospitalizace, 24.9.2012):

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient zaznamenává po týdnu hospitalizace úbytek frekvence průjmovitých stolic.

Cíl dlouhodobý byl splněn. Pacient udává ke konci hospitalizace (3. týden) 1-2 tužší stolice denně, bez příměsi krve a hlenu.

Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

ÚNAVA (00093)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost k fyzické a duševní práci na obvyklé úrovni.

Určující znaky: neschopnost zachovat běžnou úroveň fyzické činnosti

Související faktory: onemocnění

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient se nebude cítit unavený do 3 týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacient se zapojuje do běžných denních aktivit do 1 týdne.

Výsledná kritéria:

- Pacient zná příčiny, které mu způsobují únavu do 24h.
- Pacient je poučen o účinných opatřeních proti únavě 1. den hospitalizace.

- Pacient je ochoten s únavou bojovat od 2. dne hospitalizace.
- Pacient nemá narušený spánek po celou dobu hospitalizace.
- Pacient se účastní léčebného režimu po celou dobu hospitalizace.
- Pacient střídá dostatečný odpočinek s aktivitami během dne po celou dobu hospitalizace.
- Pacient má k dispozici klidné prostředí k odpočinku během hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Zajímej se o celkový stav pacienta (stav výživy a hydratace) – po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
2. Pozoruj fyzické známky únavy pacienta – po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
3. Vyslechni pacienta, co podle jeho názoru způsobuje únavu a co ji zmírňuje – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
4. Zaměř se na udržení kvality spánku – v průběhu hospitalizace, všeobecná sestra.
5. Redukuj před spaním rušivé elementy, pokud je to možné – každý den, zdravotnický personál.
6. Vytvářej vhodné prostředí (pacientův pokoj) ke zmírnění únavy – větrání, úprava lůžka – každý den, zdravotnický personál.
7. Informuj pacienta o důvodu únavy v souvislosti s jeho onemocněním – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
8. Motivuj pacienta k denním aktivitám, které jsou v jeho silách – 2krát denně, po celou dobu hospitalizace, zdravotnický personál.
9. Naplánuj s pacientem reálná opatření, která vedou ke snížení únavy – v průběhu hospitalizace, všeobecná sestra a fyzioterapeut.
10. Zkonzultuj a navrhní pacientovi možnost fyzických aktivit během hospitalizace – 1. den hospitalizace, fyzioterapeut.
11. Připomínej pacientovi, aby své povinnosti prokládal odpočinkem k omezení únavy, během hospitalizace, všeobecná sestra.

12. Zaznamenávej projevy únavy do ošetrovatelské dokumentace – každý den, dle potřeby, všeobecná sestra.

Realizace (1. den hospitalizace, 3.9.2012):

Pacient jsem uložila nadstandardní pokoj, který měl sám pro sebe. S pacientem jsem si na úvod popovídala o jeho pocitech z celkového stavu a únavě v souvislosti s jeho onemocněním. S fyzioterapeutem jsme ho poučili o důležitosti dodržovat jak denní aktivity, tak i kvalitní odpočinek během dne a navrhli jsme všechny možnosti, které lze praktikovat ve zdravotnickém zařízení. Pacient udával, že je celkově unavený, hlavně z toho důvodu, že nemá dostatečný příjem energie. Pacienta jsem pobízela k dodržování pitného a dietního režimu. V podvečer jsem připravila pacientovo lůžko a prostředí pro dostatečně kvalitní spánek. Všechny aktivity a projevy únavy jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace. Noční sestra zaznamenala, že pacient spal v noci klidně, bez probouzení během noci.

Realizace (7. den hospitalizace, 10.9.2012):

Intervence pokračovaly 2.-7. den beze změn, kromě intervencí č.: 3, 7, 10. U pacienta jsem pozorovala a hodnotila jeho vitálnost a chování během dne na pokoji a oddělení. Aktivně jsem doplňovala zásoby pitného režimu na pokoj pacienta a povzbuzovala ho k dodržování naordinované diety. Pacient udával, že došlo k mírnému zlepšení, že se již necítí tolik unavený. Přes den střídavě odpočíval na lůžku, sledoval TV nebo se procházel po chodbě oddělení v doprovodu manželky. V podvečer jsem dopomohla pacientovi připravit ideální prostředí ke spánku – větrání v místnosti, úprava lůžka. Aktivity a projevy únavy jsem zaznamenala do dokumentace. Noční sestra zaznamenala, že pacient spal nepřetržitě celou noc.

Realizace (14. den hospitalizace, 17.9.2012):

Intervence pokračovaly 8.-14. den beze změn. Pozorovala jsem jeho náladu, chuť do života a chování. Pacient se zdál být více odpočatý, proto jsem ho motivovala k větším aktivitám v rámci zdravotnického zařízení (procházení se s doprovodem). Pacient přes den polehával jen po obědě. Kontrolovala a zaznamenávala jsem pitný a dietní režim, který pacient dobře snášel. Večer jsem dopomohla s přípravou prostředí ke spánku. Všechny změny jsem zapsala do dokumentace. Noční sestra zaznamenala, že pacient spal klidně celou noc.

Realizace (21. den hospitalizace, 24.9.2012):

Intervence pokračovaly 15.-21. den bez změny. Sledovala jsem změny nálady. Po rozhovoru s pacientem jsem usoudila, že se únava již neprojevovala. Pacient byl v rámci svých možností vitální, sám chodil po zdravotnickém zařízení a přes den na lůžku nepolehával. Pacientova nálada se také zlepšila díky tomu, že se těšil do domácího prostředí.

Hodnocení (21. den hospitalizace, 24.9.2012):

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient se zapojil během 1. týdne do běžných denních aktivit.

Cíl dlouhodobý byl splněn. Pacient nepocítuje žádnou únavu do 3. týdne hospitalizace. Je poučen, že má dodržovat klidový režim i v domácí péči.

Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

NEVYVÁŽENÁ VÝŽIVA: MĚŇĚ, NEŽ JE POTŘEBA ORGANISMU (00002)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.

Určující znaky: průjem, odpor k jídlu

Související faktory: neschopnost strávit potravu

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient má stabilizovanou tělesnou hmotnost při dostatečném příjmu potravy do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient ovládá způsob příjmu naordinované diety během 1. dne hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacient ví, jaká je pro něho odpovídající strava, od 1. dne hospitalizace.
- Pacient zná všechny potřebné informace ke své naordinované dietě, od 1. dne hospitalizace.
- Pacient chápe důvod nutričního opatření od 1. dne hospitalizace.
- Pacient dodržuje dietní režim po celou dobu hospitalizace.

- Pacient jí pravidelně, dle ordinace lékaře z ambulance výživy, po celou dobu hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Sleduj pravidelně tělesnou hmotnost a hydrataci pacienta – 1krát denně, po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
2. Hodnot' příjem stravy a tekutin – po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
3. Zjistí a následně zhodnot' pacientovi dostatečné znalosti o naordinované výživě – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
4. Dbej, aby měl pacient na pokoji stále dostatečný příjem tekutin – po celou dobu hospitalizace, zdravotnický personál.
5. Pobízej pacienta k dostatečnému příjmu tekutin – po celou dobu hospitalizace, zdravotnický personál.
6. Nabízej pacientovi různé druhy příchutí Nutridrinků – každý den, všeobecná sestra.
7. Informuj pacienta o důležitosti naordinované diety – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
8. Podporuj pacienta k dodržování nutričního opatření – po celou dobu hospitalizace, zdravotnický personál.
9. Vysvětli pacientovi příčinu naordinované diety – všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.
10. Zaznamenávej kalorický příjem a pitný režim do ošetrovatelské dokumentace – každý den, všeobecná sestra.

Realizace (1. den hospitalizace, 3.9.2012):

Pacient byl po přijetí na oddělení odeslán do ambulance výživy. Pacientovi byla naordinována přísná enterální dieta formou sippingu – popíjení Nutridrinků. Pacientovi jsem vysvětlila jak správně tuto výživu popíjet. Upozornila jsem na důležitost této formy diety a také na dodržování pitného režimu (až 3 litry/denně). Pacient vše pochopil a názorně předvedl, jak Nutridrinky popíjet. U pacienta jsem sledovala jeho tělesnou hmotnost – 85 kg a hydrataci dle stavu sliznic – hraničně v normě. Pacient naordinovanou dietu snášel dobře, na nic si v tomto ohledu nestěžoval. Do

ošetřovatelské dokumentace jsem zaznamenala – denní kalorický příjem (2600kcal a 120 g bílkovin), pitný režim (3 litry), pacientovu hmotnost (85kg) a hydrataci (hraničně v normě).

Realizace (7. den hospitalizace, 10.9.2012):

Intervence pokračovaly 2.-7. den beze změn, kromě intervencí č.: 3, 7 a 9. Sledovala jsem pacientovo správné požívání naordinované výživy (5x denně). Aktivně jsem doplňovala zásoby pitného režimu na pokoj pacienta a povzbuzovala ho k dodržování naordinované diety. Pacient Nutridrinky snášel vcelku dobře. Pacientovi jsem nabízela příchutě, které byly momentálně k dostání na oddělení. U pacienta jsem sledovala a zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace jeho tělesnou hmotnost – 83 kg a hydrataci dle stavu sliznic – v normě, denní kalorický příjem (2600kcal a 120 g bílkovin) a pitný režim (3 litry/denně).

Realizace (14. den hospitalizace, 17.9.2012):

Intervence pokračovaly 8.-14. den beze změn. Kontrolovala jsem, zda pacient správně popíjel naordinovanou výživu. Doplňovala jsem konvice čajů na pokoj, pacient však nadále odmítal – rodina mu přinášela minerální vody. Pacienta jsem poučila o zaznamenávání pitného režimu do formuláře, který má k dispozici u lůžka po celý den. Pacienta jsem motivovala k dodržování popíjení Nutridrinků. Pacient dával najevo přesycenost těmito výrobky. Pacient byl dnes odeslán na kontrolu do ambulance výživy, kde mu změnili Nutridrink na Nutridrink Multi Fibre a navýšili kalorický příjem o 300kcal, to znamená o 1 Nutridrink denně více. U pacienta jsem sledovala a zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace jeho tělesnou hmotnost – 82,5 kg a hydrataci dle stavu sliznic – v normě, denní kalorický příjem (2900kcal, 120 g bílkovin) a pitný režim (3 litry/denně).

Realizace (21. den hospitalizace, 24.9.2012):

Intervence pokračovaly 15.-21. den beze změn. Kontrolovala jsem pacienta, zda dodržuje naordinovanou dietu a zda správně zapisuje pitný režim. Dnes 2. den pacient mohl k Nutridrinkům suchary nebo piškoty. Podle slov pacienta už nechce Nutridrinky nikdy vidět. U pacienta jsem zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace tělesnou hmotnost – 82 kg a hydrataci dle stavu sliznic – v normě, denní kalorický příjem (2900kcal, 120 g bílkovin a suchary) a pitný režim (3 litry/denně). Dnes propuštěn do

domácí péče – pacient byl ošetřujícím lékařem poučen o dalších dietních opatřeních a dodržování pitného režimu.

Hodnocení (21. den hospitalizace, 24.9.2012):

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient ovládal příjem naordinované diety ihned po příchodu na oddělení z ambulance výživy (1. den hospitalizace).

Cíl dlouhodobý byl splněn, pacientova tělesná hmotnost se ke konci hospitalizace stabilizovala.

Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

NARUŠENÁ INTEGRITA KŮŽE (00046)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Narušení epidermis anebo dermis.

Určující znaky: narušení kožního povrchu

Související faktory: mechanické faktory (tlak), vlhkost (způsobená exkrekty)

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: Pacient má zcela zahojenou kůži v oblasti konečníku do 2 týdnů hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient pocítuje zlepšení po nanášení masti do oblasti konečníku do 1. týdne hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacient zná příčiny vzniku podráždění v oblasti konečníku od 1. dne hospitalizace.
- Pacient je poučen o aplikování masti do okolí konečníku 1. den hospitalizace.
- Pacient je edukován o možných nežádoucích účincích lokální terapie a ví, že o komplikacích neprodleně informuje zdravotnický personál od 1. dne hospitalizace.
- Pacient ovládá nanášení masti do oblasti do okolí konečníku od 1. den hospitalizace.
- Pacient nepocítuje žádnou bolest do 1 týdne hospitalizace.

- Pacient si aplikuje mast podle své individuální potřeby do oblasti konečníku každý den.
- Pacient se podílí na preventivních opatřeních vedoucích ke zlepšení hojení porušené integrity kůže v okolí konečníku po celou dobu hospitalizace.
- Pacient dbá na zvýšenou hygienu po každé stolici každý den, po celou dobu hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Zhodnot' celkové postižení kůže v oblasti konečníku – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
2. Sleduj proces hojení v oblasti konečníku – každý den, po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
3. Dbej, aby měl pacient stále na pokoji dostatek jednorázových rukavic k aplikaci masti – každý den, zdravotnický personál.
4. Pobízej pacienta k chůzi (prokrvení postiženého místa) – po celou dobu hospitalizace, zdravotnický personál.
5. Podporuj pacienta při spolupráci na léčbě postiženého místa – každý den, všeobecná sestra.
6. Povzbuzuj pacienta k vyjádření pocitů – každý den, všeobecná sestra.
7. Informuj pacienta o důležitosti zvýšené hygieny (po každé stolici) a následnému řádnému vysušení v oblasti konečníku – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
8. Názorně ukaž pacientovi správné nanášení masti do oblasti konečníku – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
9. Informuj pacienta o možných nežádoucích účincích krému a pouč ho o neprodleném nahlášení případných komplikací – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
10. Zaznamenávej všechny změny v hojení postižené kůže do ošetrovatelské dokumentace – každý den, všeobecná sestra.

Realizace (1. den hospitalizace, 3.9.2012):

Pacienta jsem uložila na nadstandardní pokoj, kde pobýval sám, měl tedy dostatečné soukromí. Kontrolovala a hodnotila jsem postižené místo v oblasti

konečníku. Pacienta jsem poučila a názorně mu předvedla aplikaci masti Infadolan do postižené oblasti. Vysvětlila jsem mu příčinu tohoto poškození, a zároveň pacienta informovala o důležitosti zvýšené hygieně po každé stolici, následném usušení a přístupu vzduchu k postiženému místu. Také jsem pacienta upozornila na možné nežádoucí účinky masti, a poučila ho o neprodleném nahlášení případných komplikací zdravotnickému personálu. Pacientovi bylo vše jasné – Infadolan měl na pokoji a aplikaci masti prováděl samostatně podle potřeby. Dostatek jednorázových rukavic na aplikaci masti měl na pokoji taktéž dostatek. Zaznamenala jsem proces hojení a aplikace masti do ošetřovatelské dokumentace. Noční sestra pacientovi doporučila polohu na boku během spánku s podkrytou peřinou pro lepší prokrvení a přívod vzduchu k ráně.

Realizace (7. den hospitalizace, 10.9.2012):

Intervence pokračovaly 2.-7. den beze změn, kromě intervencí č.: 1, 7, 8, 9. Ráno před nanesením vrstvy masti Infadolan jsem hodnotila stav kůže. Postižené místo bylo méně zarudlé, dobře se hojící. Sledovala jsem pacienta při aplikaci masti na postižené místo. Aktivovala jsem pacienta k procházení se po oddělení, aby prokrvil postižené místo. Proces hojení jsem zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace.

Realizace (14. den hospitalizace, 17.9.2012):

Intervence již nadále nepokračovaly. S ošetřujícím lékařem jsme zkontrolovali stav kůže v okolí konečníku a s pacientem jsme se dohodli, že již není třeba aplikovat mast Infadolan. Rána se zcela zhojila.

Hodnocení (14. den hospitalizace, 17.9.2012):

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient udával zlepšení po nanášení masti do oblasti konečníku během 1. týdne hospitalizace.

Cíl dlouhodobý byl splněn. Pacientova kůže se v oblasti konečníku zhojila do 2 týdnů hospitalizace.

Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

2.2 CELKOVÉ HODNOCENÍ PÉČE

V průběhu hospitalizace se stav pacienta výrazně zlepšil a všechny stanovené cíle se podařily splnit před propuštěním do domácí péče. Od 1. dne hospitalizace byla pacientovi naordinována intravenózní léčba a speciální nutriční opatření – enterální

výživa formou sippingu a tím se během hospitalizace snižovaly počty průjemovitých stolic a postupně se stabilizovala jeho tělesná hmotnost. S únavou pacient taktéž bojoval od 1. dne a postupně se zapojoval do denních aktivit. Podrážděná kůže v oblasti konečníku se zaléčila již 2. týden hospitalizace díky úbytku četných stolic, aplikace masti Infadolan a dodržování preventivních opatření.

Z počátku pacient pociťoval strach z budoucnosti, ale postupem času, kdy docházelo ke zlepšování komplikací nemoci, se pacientovi navracela i jeho nálada a chuť do života. Pacient byl po 3 týdnech propuštěn do domácí péče, s tím, že se za nedlouho dostaví na další gastroenterologické konzilium. Pacient i jeho rodina byli poučeni o všech dietních a preventivních opatření, kterými se musí řídit i v domácím prostředí.

2.3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Měli jsme možnost ošetřovat pacienta s Crohnovou chorobou a tím získat plno zkušeností a informací, jak správně pečovat o pacienta, kterého postihl relaps, tedy znovupropuknutí jeho chronické střevní nemoci. Dovolili jsme si navrhnout následná doporučení a opatření, která jsou určena pro ošetřovatelský personál, pacienta a pro jeho rodinu či blízké.

Ošetřovatelskému personálu doporučujeme:

- Přistupovat k pacientovi holistickým způsobem – akceptovat ho jako bio-psycho-sociální bytost a pečovat o všechny složky.
- Vybudovat si u pacienta důvěru a zajímat se o aktuální problémy, které ho trápí.
- Navrhovat pacientovi řešení tíživé situace.
- Umožnit pacientovi rozhovor s psychologem a dbát na jeho doporučení.
- Společně s fyzioterapeutem navrhnout aktivní režim pacienta.
- Zajistit pacientovi dostatečné soukromí.
- Poskytovat pacientovi veškeré informace o nadcházející léčbě či vyšetření.
- Prokonzultovat s pacientem všechny možnosti vývoje onemocnění spojených s léčbou či zákroky.

- Informovat pacienta o naordinovaném dietním opatření a o jeho důležitosti dodržování.
- Nabídnout pacientovi propagační materiály (letáky, prospekty, časopisy) o sdruženích a organizacích, které se zabývají tímto onemocněním.
- Motivovat pacienta k denním aktivitám, navyšování příjmu denní stravy, pitného režimu a vést pacienta k omezení alkoholu, kouření, špatné životosprávy a stresových situací.
- Nechat rodinu, aby se také zapojila do péče.
- Poskytovat rodinným příslušníkům veškeré informace o možnostech následné péče, preventivních a dietních opatření.
- U ošetrovatelského personálu zvýšit zájem o problematiku tohoto onemocnění a aktivně se účastnit na odborných přednáškách či studovat odborné materiály.

Pacientovi doporučujeme:

- Dodržovat léčebný režim.
- Neporušovat naordinovaná nutriční opatření.
- Omezit příjem alkoholu a úplně přestat s kouřením.
- Nezapomínat na dostatečný příjem tekutin.
- Vyvarovat se stresovým situacím.
- Myslet pozitivně a hledět do budoucnosti optimisticky.
- Pečovat o psychickou pohodu.
- Dát najevo své obavy a nebát se si říct o odbornou pomoc psychologovi.
- Brát své onemocnění jako součást života a mluvit o něm.
- Zajímat se o onemocnění, vyhledávat novinky v terapii či diagnostice.
- Aktivně se zapojovat do denních aktivit, ale také umět dostatečně odpočívat.
- Zaregistrovat se do klubů nebo sdružení zabývajících se Crohnovou chorobou.
- Posilovat fyzické i duševní zdraví.

Rodině a blízkým doporučujeme:

- Podporovat pacienta v těžké životní situaci.

- Neztrácet naději v období relapsu ve zlepšení nemoci.
- Aktivně vyhledávat informace o tomto onemocnění.
- Přizpůsobit prostředí, ve kterém se nemocný nachází.
- Povídat si s pacientem o onemocnění, jeho problémech, obavách, kterého tíží.
- Motivovat pacienta k aktivnímu životu.
- Podporovat nemocného v dietním režimu a přizpůsobit tomu stravování doma.
- Komunikovat s ošetrovatelským personálem a získat tak informace o nemocném, rady a doporučení, které se uplatní i v domácí péči.

ZÁVĚR

Crohnova choroba je chronický zánětlivý proces, vyskytující se v kterékoliv části gastrointestinálního traktu, nejčastěji však v tenké a tlustém střevě. První příznaky se začínají objevovat u lidí mezi 10–30. rokem života a příčina vzniku onemocnění není zcela známá. Toto střevní onemocnění, které se v akutním stádiu projevuje úpornými průjmy, bolestmi břicha a nevolnostmi, velmi ovlivňuje život nemocného. I když je Crohnova choroba nevléčitelná, při včasné diagnostice a následné terapii a změně životního stylu se dají zmírnit komplikace zánětu a zlepšit tím kvalitu života aktivnímu člověku. Pro zmapování Crohnovy choroby a pro poskytnutí odborných informací jsme si zadali tyto cíle:

Cíl 1: Zpracovat problematiku Crohnovy choroby. Popsat etiologii, symptomatologii, diagnostiku, terapii a prevenci této zákeřné nemoci. Cíl byl splněn.

Cíl 2: Popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s Crohnovou chorobou, které jsme podrobně rozepsali v závěru teoretické části. Cíl byl splněn.

Cíl 3: V praktické části jsme si stanovili za cíl zpracovat ošetrovatelský proces u pacienta, který trpí Crohnovou chorobou již od roku 1997. Zde jsme posuzovali stav pacienta a jeho potřeby. Z dostupných informačních zdrojů (pacient, pacientova rodina, ošetřující lékař, dokumentace) jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy dle Taxonomie II. – NANDA I domény 2009–2011 a na závěr jsme vypracovali plán, realizaci, zhodnocení ošetrovatelské péče a doporučení pro praxi. Cíl byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Crohn's treatments options [online]. Crohns&Colitis Foundation of America. © 2014. [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: <http://www.ccfa.org/what-are-crohns-and-colitis/what-is-crohns-disease/crohns-treatment-options.html>

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

DRASTICH, P. 2010, Mimostřevní komplikace idiopatických střevních zánětů. Příloha Zdravotnických novin: *Lékařské listy* [online]. [cit. 2013-10-20]. (ISSN neuvedeno). Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/mimostrevni-komplikace-idiopatickych-strevnich-zanetu-452136>

Farmakoterapie [online]. AbbVie. © 2013. [cit. 2013-11-25]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/zakladni-lecebne-metody/>

HERDMAN, T., 2010. *Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2009–2011*. Přel. P. Kudlová. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-231.

Irigografie [online]. Fakultní nemocnice Ostrava. © 2008. [cit. 2013-12-1]. Dostupné z: <http://rdg.angio.cz/RTG/Provedena-vysetreni>

Kapslová endoskopie [online]. Remedis. © 2009 [cit. 2013-12-3]. Dostupné z: http://www.remedis.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=60kapslovaendoskopie&catid=53:endoskopie&Itemid=64

KOHOUT, P. a J. PAVLÍČKOVÁ, 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Forsapi. ISBN 80-903820-0-8.

LAWRENCE, W. et al., 1998. *Současná chirurgická diagnostika a léčba I. Díl*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-397-9.

LUKÁŠ, K. et. al., 1999. *Idiopatické střevní záněty*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-051-3.

LUKÁŠ, K. Idiopatické střevní záněty. In: *Zdravotnické noviny*, Ročník 60, 10/2011, 28-29. ISSN 0044-1996.

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

LUKÁŠ, M., et al. 1998. *Idiopatické střevní záněty*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-85824-79-5.

Možnosti prevence [online]. AbbVie. © 2013. [cit. 2013-11-16]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/moznosti-prevence-1>

NĚMCOVÁ, J. et al., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.

Ošetrovatelská dokumentace [online]. Vysoká škola zdravotnická: Sharepoint. © 2008. [cit. 2014-01-06]. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/2%200%C5%A1et%C5%99ovatel%C3%A9%20dokumentace%20podle%20vybran%C3%BDch%20typ%C5%AF%20p%C3%A9%20C4%8De.aspx>

Postižení kůže u Crohnovy nemoci [online]. MeDitorial. © 2013. [cit. 2013-11-8]. Dostupné z: <http://www.strevni-zanety.cz/novinky/postizeni-kuze-u-crohnovy-nemoci-89>

Průběh onemocnění [online]. MeDitorial. © 2013 [cit. 2013-10-24]. Dostupné z: <http://www.strevni-zanety.cz/prubeh>

SCHÖLMERICH, J. et al. 2007. *Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba. Přehledná informace o onemocněních a jejich léčbě*. 22. vyd. Freiburg: Falk foundation. (ISBN neuvedeno).

STEJSKAL, J. et al., 2006. *Speciální patologie II. díl*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-484-5.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ., 2006. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6.

ŠPINAR, J. et. al., 2008. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1749-4.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2002. *Velký lékařský slovník*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-859-1243-0.

Základní léčebné metody [online]. AbbVie. © 2013. [cit. 2013-11-25]. Dostupné z: <http://www.crohnovanemoc.cz/zakladni-lecebne-metody/>

ZBOŘIL, V. et al., 2012. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012, 167 s. ISBN 978-80-204-2656-7.

ZBOŘIL, V. et al., 2007. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1563-6.

ZBOŘIL, V., 2004. *Standardy diagnostiky a léčby idiopatických střevních zánětů* [online]. MeDitorial. © 2008-2014. [cit. 2014-02-13]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/dokumenty/guidlines.pdf>

PŘÍLOHY

Příloha A – Čestné prohlášení.....	I
------------------------------------	---

Příloha A

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 21.3.2014

.....
Jméno a příjmení studenta