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

OŠETŘOVATELKSÝ PROCES U KLIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

Bakalářská práce

ONDŘEJ MACHALA, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Martin Botík

Praha 2015

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

Machala Ondřej
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 8. 10. 2014 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u klienta s Crohnovou chorobou

Der Pflegeprozess bei einem Klienten mit Crohn-Kranhkeit

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Martin Botík

V Praze dne: 3. 11. 2014

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

_____

podpis

Poděkování

Chtěl bych poděkovat vedoucímu absolventské práce MUDr. Martinu Botíkovi za cenné připomínky, rady a jeho trpělivost se mnou. A také děkuji klientovi, který svolil k použití jeho kazuistiky pro moji absolventskou práci

ABSTRAKT

MACHALA, Ondřej. *Ošetřovatelský proces u klienta s Crohnovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce MUDr. Martin Botík. Praha 2015. ?stran.

Tématem bakalářské práce je ošetřovatelský proces u klienta s Crohnovou chorobou. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí.

Teoretická část je zaměřena na charakteristiku, historii Crohnovy choroby, etiologii, klinický obraz doprovázející Crohnovu chorobu, standardní i nestandardní diagnostiku, léčbu, možná komplikace, prognózu a psychoterapii.

Druhá část práce je zaměřena na rozpracování ošetřovatelského procesu i klienta s tímto onemocněním.

Klíčová slova
Crohnova choroba. Ošetřovatelský proces. Průjem. Vyšetřovací metody

ABSTRAKT

MACHALA, Ondřej. *Der Pflegeprozess bei einem Klienten mit Morbus Crohn.* Krankenpflegehochsschule. Grad der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Martin Botík. Prag 2015. ?s.

Das Thema der Dissertationsarbeit ist Pflegeprozess für einem Klienten mit Morbus Crohn. Die Arbeit ist in zwei Hauptteile gegliedert.

Der theoretische Teil bezieht sich auf Eigenschaften, Geschichte der Crohnkrankheit, Ursachen, Symptome der Crohnkrankheit, Standard- und Nichtstandarddiagnostik, Behandlung, mögliche Komplikationen, Prognose und Psychotherapie.

Der andere Teil konzentriert sich auf den Verlauf des Pflegeprozesses und auf den Klienten mit dieser Krankheit.

Schlüsselwörter

Morbus Crohn. Pflegeprozess. Durchfall. Untersuchungsmethoden.

PŘEDMLUVA

Tématem mé bakalářské práce je Crohnova choroba. Již na praxích, které jsme museli absolvovat jak na střední škole tak také na vyšší odborné škole, mě to vždy táhlo k interním oborům, konkrétně na gastroenterologii. V tomto odvětví je spousta zajímavých nemocí a mě nejvíce zaujala Crohnova choroba a to hlavně proto, že touto nemocí trpí můj strýc, kterého budu popisovat jako svého klienta v této práci. Prožili jsme spolu hodně společných chvil, nejen jako zdravotník – pacient nebo strýc – synovec, ale hlavně jako rodina.

Jak jsem již psal výše, na vyšší odborné škole jsme museli absolvovat určité praxe a já jsem nejčastěji byl u MUDr. Martina Botíka, který mi vše ukázal a vysvětlil, jeho výklad byl pro mě natolik inspirující, že jsem si jej vybral jako svého vedoucího práce. Jelikož je také u MUDr. Martina Botíka registrován můj strýc, tak nebylo nad čím váhat.

Snažil jsem se také použít dostupnou literaturu, knihy, noviny, časopisy, hnutí a organizace pro podporu lidem s idiopatickými střevními záněty, kde jsem čerpal nejvíce. Doposud mě ale stále udivuje, kolik lidí neví o této nemoci a to nejen z řad laiků, ale také z řad zdravotníku, byť je tato nemoc stále více a více rozšířená a objevují se nové případy. Proto bych byl rád, kdyby se tato nemoc dostala více na světlo.

OBSAH

Obsah

SEZNAM ZKRATEK
SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK
ÚVOD 18
1 CROHNOVA CHOROBA 19
1.1 HISTORICKÝ PŘEHLED CN 19
1.2 EPIDEMIOLOGIE 21
1.2.1 INCIDENCE CN V ČESKÉ REPUBLICE 22
1.2.2 VÝSKYT CN V ZÁVISLOSTI NA VĚKU A POHLAVÍ 22
1.2.3 VÝSKYT CROHNOVY CHOROBY U ŽIDŮ 23
1.3 ETIOLOGIE 23
1.4 KLINICKÝ OBRAZ 24
1.5 DIAGNOSTIKA 26
1.6 TERAPIE 30
1.6.1 FARMAKOTERAPIE 30
1.6.2 DIETOTERAPIE 36
1.6.3 CHIRURGICKÁ TERAPIE 38
1.6.4 PSYCHOTERAPIE 39
1.7 KOMPLIKACE 40
1.8 PROGNÓZA 41
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU 42
2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE 42
2.2 ANAMNÉZA 44
2.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 12.12.2014 46
2.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT 49
2.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ze dne 12. 12. 2014 51
2.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT 52
3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 65
ZÁVĚR 67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 69

SEZNAM ZKRATEK

CN = Crohnova nemoc

JAMA = Journal of the American Medical Association, prestižní lékařský časopis

prof. = profesor (vědecko – pedagogická zkratka)

doc. = docent (věděcko – pedagogická zkratka)

USA = United States of America (Spojené státy Americké)

ISZ = idiopatické střední záněty

resp. = respektive

IBD = Inflammatory Bowel Disease (z angličtiny: idiopatické střední záněty)

tzv. = tak zvaná/ě

PSC = primární sklerotizující cholangitida

tj. = to je

CRP = C-reaktivní protein, bílkovina vznikající v akutní fázi obranného procesu našeho imunitního systému

FW = sedimentace erytrocytů podle jmen autorů metody R. Fahraeus a A. Westergren

ASCA = protilátky proti Saccharomyces cerevisce

Fe = z latiny ferrum, železo

CDAI = Crohn´s diseaseactivity index (index aktivity Crohnovy nemoci)

NBI = narrow band paging (koloskopie s vysokým rozlišením a bílým světlem)

UZ = ultrazvuk

RTG = rentgen

CT = Computer Tomography (počítačová tomografie)

MRI = magnetickárezonance

mg = miligram

kg = kilogram

AZA = farmakum Azathioprin

6-MP = farmakum 6-merkaptopurin

CyA = farmakum cyklosporin A

MTX = farmakum methotrexát

i.m. = intramuskulárně (do svalu)

p.o. = per os (ústy)

FDA = Food and Drug Administration (Úřad pro kontrolu potravin a léčiv)

EU = Evropská unie

tzn. = to znamená

např. = například

apod. = a podobně

aj. = a jiné

atd. = a tak dále

(VOKURKA et al., 2010)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Komplexní = souhrnný

Chronický = dlouhodobý

Patogeneze = vznik a vývoj chorobných změn v těle

Granulomatózní = zánět histologicky charakterizovaný výskytem granulomů

Transmurální = procházející celou stěnou

Segmentární = týkající se určitého segmentu

Plurisegmentální = týkající se určitých segmentů, více segmentů

Relaps = znovuvzplanutí

Remise = vymizení příznaků a projevů nemoci

Symbióza = vzájemné soužití

Nosologická jednotka = nemoc

Stenóza = zúžení

Terminální ileum = konečná část tenkého střeva navazující na cékum (slepé střevo)

Perforace = proděravění

Katar = povrchní zánět sliznice

Myobakterióza = onemocnění způsobené mykobakteriemi

Ileitida = zánět tenkého střeva

Heterogenní = dědičné

Epidemiologie = vědecký obor, který studuje rozložení a determinanty stavů a událostí majících vztah ke zdraví vurčených populačních skupinách a využívá výsledků tohoto studia ke zvládnutí zdravotních problémů

Incidence = počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období

Prevalence = počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu

Hospitalizace = přijetí do nemocnice

Progrese = postup onemocnění, jeho zhoršování

Rektum = konečník

Sigmat = esovitá klička tlustého střeva

Ileokolický = týkající se ilea a tlustého střeva

Fulminantní = velmi rychlý

Etiologie = příčina

Polygenní = není podmíněn jediným genem, nýbrž několika geny

Imunoregulace = úprava imunity

Indolentní = nebolestivý, netečný, lhostejný

Apendicitida = zánět červovitého přívěsku

Malabsorpční syndrom = zahrnuje všechny stavy, při nichž dochází k poruchám trávení a vstřebávání základních živin a ke vzniku chorobných stavů z nedostatku těchto látek

Artritida = zánět kloubu

Erythema nodosum = zánět podkožní tkáně, který způsobuje vznik bolestivých, červených boulí na kůži

Uveitida = zánět žilnatky

Episkleritida = zánět tkání v okolí skléry

Iritida = zánět duhovky

Konjunktivitida = zánět spojivek

Neuritida optiku = zánět zrakového nervu

Sakroileitida = zánět sakroiliakálního kloub

Primární sklerotizující cholangitida = jedná se o chronické jaterní onemocnění spojené s poruchou odtoku žluče z jater

Extraintestinální = mimostřední

Palpace = pohmat

Infiltrát = chorobné nahromadění zánětlivých buněk

Auskultace = poslech

Absces = ohraničená, chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem

Anémie = chudokrevnost

Trombocytóza = zvýšené množství trombocytů v krvi

Leukocytóza = zvýšené množství leukocytů v krvi

Hypoalbuminémie = snížený počet albuminu

Hypokalcémie = nedostatek draslíku

Hypomagnezémie = nedostatek hořčíku

Hypocholesterolémie = nedostatek cholesterolu

Endoskopie = vyšetření pomocí endoskopu

Gastroskopie = vyšetření žaludku a duodena pomocí endoskopu

Koloskopie = vyšetření tlustého střeva pomocí endoskopu

Rektoskopie = vyšetření rekta pomocí rigidního endoskopu

Enteroskopie = vyšetření tenkého střeva pomocí endoskopu

Prekancerózní = potencionální riziko vzniku nádoru

Irrigografie = kontrastní vyšetření rekta

Peritoneální = oblast pobřišnice

Symptomatický = příznakový

Resorpce = vstřebání

Proximální část = blíže k trupu, hlavě

Dyspeptické obtíže = k dyspeptickým obtížím patří plynatost, nauzea, flatulence apod.

Enterosolventní = rozpouštějící se ve střevě

Hypotenze = snížený krevní tlak

Hepatitida = jaterní zánět. Vzniká žloutenka

Pankreatitida = zánět slinivky břišní

Leukopenie = snížený počet leukocytů v krvi pod 4×109/l

Trombocytopenie = snížené množství trombocytů pod 10×10^{9}/l

Hepatotoxicita = znamená chemicky způsobené poškození jater

Intravenózní = žilní

Perianální = v oblasti anu

Rekombinace = složení více prvků

Anorektální = týkající se řiti a konečníku

Motilita = střevní peristaltika

Spazmus = stah

Magistraliter = lék, který je připravován v lékárně podle rozpisu stanoveného lékařem na receptu

Substituce = náhrada

Parenterálně = mimo zažívací trakt

Enterálně = podané ústy a jde skrze zažívací trakt

Erytropoetin = hormon tvořený v ledvině a v malém množství v játrech, řídí tvorbu a vyzrávání červených krvinek v kostní dřeni

Hypergastrinémie = zvýšené vylučování hormonu gastrin

Hypersekrece = zvýšená sekrece

Elektivní = plánovaný

Peritonitida = zánět pobřišnice

Maldigesce = porucha trávení způsobená poruchou různých orgánů trávicího ústrojí žaludku, slinivky břišní, jater, střeva

Malabsorbce = závada či porucha vstřebávání živin

Hemikolektomie = chirurgické odstranění poloviny tlustého střeva

Anastomóza = uměle založená spojka mezi dvěma dutými orgány

Osteoporóza = metabolická kostní choroba, která se projevuje řídnutím kostní tkáně

Hypovitaminóza = nedostatek vitamínů

Enteroenterální = týkající se vzájemného vztahu různých úseků střeva

Enterokutánní = týkající se vzájemného vztahu mezi střevem a kůží

Periproktální = v okolí konečníku

Enterovaginální = týkající se vzájemného vztahu mezi střevem a vaginou

Enterovesikální = týkající se vzájemného vztahu mezi střevem a močovým měchýřem

Enterokolický = týkající se tenkého a tlustého střeva
(VOKURKA et al., 2010)

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK

Obrázek 1 Fotografie ……19
Obrázek 2 Incidence CN ……20
Obrázek 3 Incidence CN v ČR ……..……..21
Obrázek 4 Enteroklýza …….. ……28

Tabulka 1Klinický obraz upraveno dle Jawella ……23
Tabulka 2 Projevy CN ……..…….…….24
Tabulka 3 CDAI …… 26
Tabulka 4 Malchowowo schéma dávkování kortikosteroidů při CN …… 31
Tabulka 5 Nekontrolovatelné zkoušky s použitím MTX v terapii IBD ……... 32
Tabulka 6 Souvislost mezi vznikem CN a dietními faktory ……...…….. 37
Tabulka 7 Terapie před hospitalizací …… 43
Tabulka 8 Popis fyzického stavu ...……...……..……45
Tabulka 9 Aktivity denního života ……..... 47

ÚVOD

„Polovina nesnází s trávením je ze špatného jídla, a polovina z dobrého.“

Achille Gregor

Onemocnění zažívacího traktu, konkrétně střev, bylo vždy obávanou pohromou lidstva, je zajímavé, kolik nemocí se může ve střevech tvořit. Jednou z takových zajímavých chorob je i Crohnova choroba. Toto onemocnění je známé mezi zdravotníky, mluví se o něm poměrně často jak v televizi, tak v časopisech a novinách, ale přesto je toto onemocnění něčím zvláštní a zajímavé.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě část, a to sice na část teoretickou a na část praktickou. Cílem práce bylo naplánovat, realizovat a zhodnotit plán ošetřovatelské péče u klienta s Crohnovu chorobou. Teoretická část se zabývá charakteristikou, etiologií, klinickým obrazem, diagnostikou, léčbou, komplikacemi Je zde také zmíněna prognóza daného onemocnění. Praktická část je věnována ošetřovatelskému procesu u klienta s Crohnovou chorobou. Je zaměřena i na specifika ošetřovatelské péče u pacientů s tímto onemocním.

1 CROHNOVA CHOROBA

Crohnova choroba je komplexní chronické zánětlivé onemocnění trávicí soustavy, na jehož patogenezi se podílí celá řada faktorů. Crohnovu chorobu lze také charakterizovat jako granulomatózní a transmurální zánět postihující segmentárně nebo plurisegmentárně kteroukoliv část trávicí trubice. Nemoc probíhá chronicky s obdobími zhoršení (relapsů) a zklidnění (remise) a je chirurgicky i medikamentózně nevyléčitelná (KOHOUT et al., 2004)

Incidence Crohnovy choroby v posledních letech zaznamenala poměrně prudký nárůst, a přestože je tato nemoc známa již delší dobu, její příčinu se doposud nepodařilo odhalit. Nové poznatky v patogenezi onemocnění přinesly studie zabývající se genetickou podstatou Crohnovy nemoci. Výsledky těchto studií poukazují na selhání mechanizmů symbiózy střevní mikroflóry a střevního slizničního imunitního systému. Zdá se, že Crohnova nemoc vzniká nepřiměřenou reakcí imunitního systému na střevní mikroflóru u geneticky predisponovaných jedinců. S Crohnovou nemocí byla asociována celá řada genů. Mnohé z nich souvisejí s funkcí nespecifické imunitní odpovědi, jejíž nedostatky jsou v dnešní době považovány za klíčové v patogenezi Crohnovy nemoci (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

1.1 HISTORICKÝ PŘEHLED CN

Již ve staré lékařské literatuře jsou k nalezení popisy nemocných, které odpovídají CN. I když jako samostatná nosologická jednotka byla uznána až roku 1932. Například jistý doktor Fabry informuje v roce 1612 o tom, že při sekci adolescenta, který zemřel krátce poté, co si začal stěžovat na bolesti břicha a horečku, nalezl výraznou stenózu terminálního ilea s nápadně ztluštěnou střevní stěnou, jež byla příčinou neprůchodnosti a perforací střeva. Také věhlasný profesor Thomayer popisuje ve svém spisu „Pathologie a terapie nemocí vnitřních“ z roku 1893 případy nemocných s „počasným katharem střevním“, jejichž klinický průběh stejně jako patologicko-anatomický nález nález při pitvě připomíná Crohnovu chorobu. Podobný nález pochází také od G. B. Morgagniho z roku 1769. I když je zřejmé, že se řada lékařů s novým, dosud nepoznaným typem granulomatózního zánětu střev setkala již dávno před rokem 1932, bylo jinému lékaři dáno, aby nemoc oddělil od jiných chorobných jednotek. Byl jím lékař Burill. B. Crohn (KOHOUT et al., 2004) (ČERVENKOVÁ, 2009).

V uznávané newyorské nemocnici Mount Sinai působilo počátkem 20. let minulého století hned několik skupin lékařů, kteří se problematikou střevních zánětlivých onemocnění zabývali. Byli jimi Moschowitz a Wilensky, Ginzburg s Oppenheimerem, a také se tehdy slavným chirurgem Bergem. Tato pracovní skupina měla zkušenosti s 12 nemocnými, které sledovala od roku 1920. A do třetice B. B. Crohn, léčící od roku 1930 pouze dva nemocné, tedy méně než ostatní. Tehdejší šéfpatolog všem doporučil, aby se zamysleli a připravili článek do prestižního odborného časopisu JAMA (Journal of the American Medical Association). Podle pravidel tehdejší redakce se autoři podepisovali v abecedním pořadí, nikoliv podle badatelských zásluh. Navíc chirurg Berg se odmítl podepsat, protože se na sepisování nepodílel. Jinak by na prvním místě byl napsán on a my bychom dnes mluvili o Bergově chorobě (KOHOUT et al., 2004).

B. B. Crohnovi přála ještě jedna náhodná věc: když organizátoři zasedání American Medical Association v roce 1932 připravovali program, uvedli už u přednášky jediného autora, a sice doktora Crohna. V tom samém roce 1932 popsal Burril B. Crohn celkem 14 nemocných s neobvyklým transmurálním zánětem terminálního ilea a vyloučil u nich možnost mykobakteriózy. Novou nemoc označil názvem regionální ileitida. Výzkumy v 50. a 60. letech minulého století definitivně prokázaly, že toto onemocnění postihuje rovněž tlusté střevo a dokonce kteroukoli část trávicí trubice. Počátkem 90. let se potom pohled na Crohnovu chorobu posunul ještě razantněji. Ukázalo se, že se jedná o heterogenní onemocnění s natolik různorodou lokalizací, projevy a komplikacemi, že je nutné klasifikovat jej mnohem přesněji. V českých zemích se o poznání těchto chorob zasloužil prof. Mařatka se svými žáky, a to s doc. Nedbalem, doc. Bitterem a doc. Šetkou, z chirurgů vynikl především prof. Niederle (KOHOUT et al., 2004).

B.B.Crohn (uprostřed) – americký lékař, který se stal díky nemoci, jež nese jeho jméno, v medicíně nesmrtelným

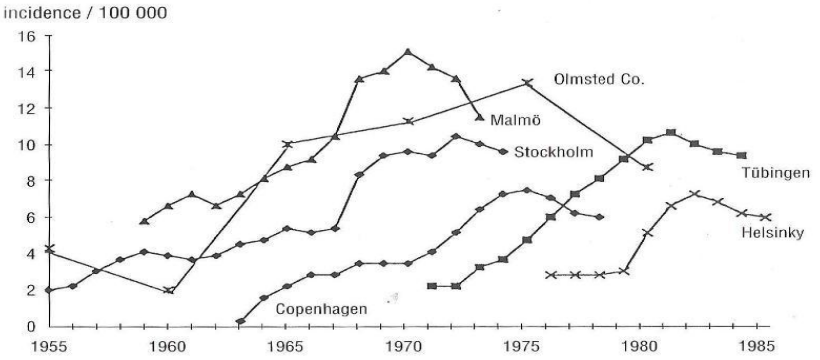
Obrázek 1 Fotografie

Zdroj: ČERVENKOVÁ, 2009, str. 9

1.2 EPIDEMIOLOGIE

V řadě zemí, kde byly epidemiologické studie u nemocných s CN prováděny, se zjistilo, že incidence i prevalence kolísají v závislosti na mnoha činitelích, jako je geografická poloha, socioekonomická struktura společnosti, životní styl, věk a rasová či etnická příslušnost. Incidence CN prudce vzrostla především v 60. a 70. letech. Strmý vzestup počtu onemocnění s touto chorobou má nepochybně několik různých příčin. Epidemiologické studie, které probíhaly v těchto letech, prokázaly nárůst incidence CN přesahující 100 %. Od počátku 80. let bylo z několika studií patrno, že nárůst incidence CN již nepokračuje a že se v těchto zemích s vysokou incidencí udržuje na stabilní úrovni (LUKÁŠ, 1998).

Mezi země s nejvyšším výskytem CN patří Švédsko, Velká Británie a severovýchodní oblasti USA s incidencí okolo 9 až 10 nových případů na 100 000 obyvatel. Naopak extrémně nízká je v asijských a jihoafrických zemích. Země v oblasti Středomoří, východní části Evropy, Nového Zélandu a Austrálie vykazují incidenci od 0,5 do 2 což je střední výskyt. Na obrázku 2 jsou graficky znázorněny změny v incidenci CN v některých částech světa v letech 1955-1985 (LUKÁŠ, 1998).



Obr. 10. Změny v incidenci Crohnovy nemoci v letech 1955–1985 v různých částech světa: Malmö (Švédsko), Olmsted County (Minnesota, USA), Tubingen (Spolková republika Německo), Copenhagen (Dánsko), Helsinky (Finsko) (podle Sandlera, 1995)

Obrázek 2 Incidence CN
Zdroj: LUKÁŠ, 1998, str. 37

Rozsáhlé epidemiologické studie provedené v 80. letech v Evropě ukázaly, že ve výskytu ISZ existuje výrazný severo-jižní gradient. Nejvyšší výskyt byl pozorován ve Skandinávii, Skotsku a Anglii, s klesající tendencí přes střední a východní Evropu až do oblasti u Středozemního moře. Tam byl výskyt nejnižší. Výskyt ve Skandinávii převyšoval několikanásobně hodnoty zjištěné kolem Středozemního moře. Sonnenberg analyzoval v roce 1991 frekvenci ISZ v USA na základě materiálu získaného z 17,5

milionů hospitalizací během dvou let. Zjistil, že počet hospitalizací pro ISZ byl daleko vyšší v severních oblastech USA než v jižních oblastech. Vůbec nejnižší výskyt je zjišťován v zemích Afriky a Asie. Austrálie a Nový Zéland je na tom stejně jako střední a východní Evropa. Příčin odlišných údajů z jižních zemí je celá řada. Nabízí se především možnost vlivu klimatických faktorů, nižší socioekonomický standard nebo způsobu výživy a života. V oblastech Afriky a Asie hraje důležitou roli zdravotní péče, které je v těchto kontinentech nízká (LUKÁŠ, 1998).

1.2.1 INCIDENCE CN V ČESKÉ REPUBLICE

Jsou známy údaje ze Severočeského kraj, kde se incidence CN v letech 1975-1984 významně nezměnila, resp. byl zaznamenán jen nepatrný nárůst. Nejvyšší incidence CN byla v Jihomoravském kraji, kdy v roce 1988 dosáhla hodnoty 2,1. Bitterovy práce prokázaly progresi jak v prevalenci, tak v incidenci CN. Bitter v jedné své studii uvádí, že v České republice je prevalence Crohnovy choroby 17,7 na 100 000 (nejnižší je v Jihočeském kraji 11,5, nejvyšší v Severočeském kraji 22,5). Poukažme na studii z roku 1995 od Pelecha, tedy studii European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease, která probíhala na území Moravy a Čech. Výsledky byly překvapivé a několikanásobně překročily očekávané hodnoty (obrázek 3) (LUKÁŠ, 1998).

Oblast	Počet obyvatel	UC	CN
Haná	200 000	3,5	1,5
Praha 4	142 000	12,7	2,8
Kladensko	96 000	7,3	1,04
Jihlavsko	108 000	6,5	0,9
Děčínsko	85 000	2,4	2,4
Krnovsko	50 000	8,0	4,0
Brno	120 000	3,3	0,8

Obrázek 3 Incidence CN v ČR
Zdroj: LUKÁŠ, 1998, str. 38

1.2.2 VÝSKYT CN V ZÁVISLOSTI NA VĚKU A POHLAVÍ

Výskyt CN se nejčastěji objevuje v adolescenci nebo nižším středním věku, nejčastěji mezi 15. až 30. Rokem života. Druhý vrchol je mezi 50. až 80. Rokem života. Klinický průběh CN, která se poprvé objevuje až po šedesátém roce života, vykazuje některé odlišnosti. Dle některých studií se zdá, že výskyt CN stoupá s věkem u žen. S narůstajícím věkem se zvyšuje také incidence CN v distální části tlustého střeva, dle

studií má až 50 % nemocných postižení rekta a sigmatu. Kadish provedl analýzu 12 studií a zjistil, že u starších pacientů je v 59 % CN lokalizována na tlustém střevě. Naproti tomu postižení tenkého střeva bylo u starších jedinců jen ve 26 % a změny v ileocékální oblasti jen v 15 % případů. Zásadní rozdíl také je, že 50 % nemocných ve vyšším věku je v krátké době od vzniku prvních obtíží operováno, zvláště u těch nemocných, u který se objevuje rozsáhlé postižení tlustého střeva nebo oblasti ileokolické, důvodem bývá vysoká aktivita až fulminantní průběh nemoci.

V závislosti na pohlaví nebylo jednoznačně prokázáno, zda existuje větší vazba na ženy nebo na muže. Pouze se zdá, že ženy mají větší riziko ke vzniku Crohnovy choroby. Ale tento trend nebyl nikdy potvrzen (LUKÁŠ, 1998).

1.2.3 VÝSKYT CROHNOVY CHOROBY U ŽIDŮ

Studie provedené v Izraeli a jinde ve světě na emigrantech židovského původu mají nesmírnou cenu pro poznání rizikových faktorů, vlivů vnitřního prostředí a genetických determinant na patogenezi a etiologii Crohnovy choroby. Prokázalo se, že u Židů, kteří emigrovali do Izraele z Evropy nebo Severní Ameriky (Aškenázové), je vysoký výskyt Crohnovy choroby, se stále stoupající tendencí v posledních dvaceti letech. Naproti tomu u Židů narozených v Asii (sefardičtí Židé) či v Africe je incidence a prevalence u CN nízká, tedy stejná jako v dané geografické oblasti, ze které pocházejí. Také u Židů narozených přímo v Izraeli nebyl zaznamenán vyšší výskyt CN v porovnání s Evropou. V evropských zemích, ve kterých je incidence ISZ vysoká, je výskyt CN výrazně zvýšen v komunitách židovských emigrantů, kteří žijí v těchto zemích. V USA je nejvyšší výskyt Crohnovy choroby v okolí Rochesteru, což je známka toho, že je zde velké množství židovských komunit. Vyšší výskyt Crohnovy choroby je také v oblasti Tel-Avivu, kde jsou především Židé evropského původu. Prevalence CN se pohybuje v různých lokalitách Izraele od 7 do 30 na 100 000 obyvatel (LUKÁŠ, 1998).

1.3 ETIOLOGIE

I navzdory značným pokrokům ve výzkumu etiologie a patogeneze IBD zůstává příčina těchto onemocnění dosud nejasná. Významnou roli však nepochybně sehrává genetická predispozice. Nejspíše se zde uplatňuje polygenní typ dědičnosti, přičemž faktory vnějšího prostředí sehrávají úlohu spouštěče. Dosud nejpravděpodobnější se jeví

porucha slizniční imunoregulace a ztráta tolerance vůči normální střevní mikroflóře u geneticky predisponovaných osob (DIGNASS, 2004).

Do etiologie můžeme zahrnout těchto 5 faktorů:

1) **Genetický faktor** – místo vlohy pro CN je na chromozomu 1 a 16. Jde o familiární výskyt onemocnění, u prvostupňových příbuzných je 15 krát vyšší výskyt CN oproti běžné populaci.
2) **Mikrobiologický faktor** – kandida, chlamydie, Pseudomonas species, Listerie monocytogenes, paramyxovirusy a další.
3) **Imunologický faktor** – dietní, cévní, environmentální.
4) **Psychosociální faktor** – vyšší výskyt je u lidí s vyšším sociálně-ekonomickým postavením.
5) **K dalším faktorům můžeme také přidat**: zvýšený příjem rafinovaných cukrů, snížený příjem čerstvého ovoce a zeleniny, kouření, stres, deprese, pocit úzkosti a další (JURGOŠ et al., 2006).

1.4 KLINICKÝ OBRAZ

Průběh tohoto chronického, stále nevyléčitelného onemocnění může být agresivní-perforující (tvorba píštělí a abscesů) nebo indolentní, fulminantní a stenozující. Příznaky odvisí od lokalizace choroby (LUKÁŠ, 2006).

Klinický obraz CN je velmi různorodý a je ovlivněn rozsahem postižení a lokalizací nemoci. Typické příznaky a jejich výskyt je uveden v tabulce 1 (JEWELL, 2008).

Tabulka 1Klinický obraz upraveno dle Jawella

Příznaky u pacientů s CN	
Průjem	70 – 90 %
Břišní bolest	45 – 66 %
Análni léze	50 – 80 %
Krvácení z konečníku	45 %
Váhový úbytek	65 – 75 %
Teplota	30 – 40 %

Píštěl	8 – 10 %

Zdroj: JAWELL, 2008

Crohnova choroba se projevuje bolestí břicha, nejčastěji v pravém podbřišku a také průjmovitými stolicemi většinou bez příměsí krve, subfebriliemi a úbytkem na váze. Náhlý začátek onemocnění může napodobit apendicitidu, pacienti jsou často urgentně operováni, samotné odstranění slepého střeva však může vést ke vzniku píštělí, proto by měl být při objevení nálezu typického pro Crohnovu chorobu proveden rozsáhlejší resekční výkon. Prvním závažným příznakem může být ileus, těžká podvýživa (malabsorpční syndrom) při postižení velkého úseku střeva, případně i mimostřevní příznaky, jako jsou např. bolesti kloubů (artritida) nebo abscesy či píštěle v oblasti hýždí (perianální či periproktální) (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Mohou se ale také projevit některé **vzácné** extraintestinální příznaky Crohnovy choroby jako jsou:

- *Kožní příznaky:* typickým projevem je tzv. erythema nodosum. Při něm na kůži zejména bérců a předloktí vznikají bolestivé, zarudlé zatvrdliny, které mají stěhovavý charakter. Naštěstí vzácnější je tzv. pyoderma gangrenosum – hluboké vředy na kůži, vznikající v průběhu několika málo dnů. Jejich hojení zanechává kosmeticky nepříjemné jizvy.
- *Oční příznaky:* nejčastěji bývá pozorována uveitida, episkleritida, iritida, konjunktivitida, neuritida optiku, orbitální pseudotumor a další, které mohou vést k vážnému postižení zraku.
- *Kloubní příznaky:* artritidy, sarkoileitidy.
- *Jaterní příznaky:* může se vyskytnou PSC (primární sklerotizující cholangitida), způsobuje riziko karcinomu jater (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Příznaky jsou velmi odlišné – liší dle toho jakou část trávicí trubice a v jaké míře zánět postihl (ČERVENKOVÁ, 2009).

Tabulka 2 Projevy CN

Tenké a tlusté střevo	**Tlusté střevo**	**Tenké střevo**	**Konečník**
Bolest břicha	Průjmy	Bolest břicha	Krvácení
Teploty	Krvácení	Hubnutí	Nucení na stolici

Průjmy	Mimostřevní projevy	Chudokrevnost	Hnisání a píštěle

Zdroj: ČERVENKOVÁ, 2009, str. 15

1.5 DIAGNOSTIKA

Bohužel se nelze spolehnout jen na pocity pacienta, protože onemocnění může postupovat plíživě a takřka bezpříznakově, až náhle udeří v plné síle a lékař spolu s pacientem pak pouze dohánějí vývoj nemoci, který unikl diagnostice i potřebné léčbě . Diagnostické postupy zahrnují následující vyšetření (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Anamnéza: zde je důležité získat přehled o postupu všech subjektivních a objektivních příznaků a vztahů, a také o jejich časové souslednosti. Při Crohnově chorobě je důležitá podrobná rodinná anamnéza, jelikož se může jednat o hereditární onemocnění (HUDÁKOVÁ, NOVYSEDLÁKOVÁ, 2011). Mimo vlastních obtíží pátráme také po přítomnosti chorob v rodině, v sociální anamnéze a farmakologická anamnéza a pracovní anamnéza je také důležitá (ČERMÁKOVÁ, 2009).

Fyzikální vyšetření: *palpace* – břicho může být bolestivé, tvrdé, vzedmuté (z důvodu nahromadění plynů), mohou být zjevné příznaky peritoneálního dráždění. Při ileocekální lokalizaci se objevuje hmatná, tvrdá rezistence v pravém podbřišku, odpovídající pericekálnímu infiltrátu. *Auskultace* – může se objevit oslabení peristaltiky až vymezení střevních zvuků tzv. „mrtvé břicho“, nebo se vyskytují různé fenomény (škroukání, přelévání střevního obsahu). Fyzikální vyšetření sleduje také výskyt typických příznaků na kůži, sliznici, očích či kloubech. Zánětlivé změny lze rozeznat v řitní krajině (abscesy, píštěle) a digitálním vyšetřením pak zjistit přítomnost stop krve (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Laboratorní vyšetření: Laboratorní vyšetření je zaměřeno na odhalení nejčastějších abnormalit spojených s IBD, tj. mikrocytární anémie, trombocytózy, vysoké hodnoty FW či elevace CRP. Své místo v diagnostice již dlouhodobě zastává také stanovení imunoglobulinů v séru a stanovení specifických protilátek. U CN jsou to protilátky proti Saccharomyces cervisiae (ASCA). V současné době se do popředí dostává stanovení zánětlivých markerů ve stolici (kalprotektin, laktoferin), kterých lze využít jak v diagnostice, tak i monitoringu průběhu nemoci (usnadňuje včasné odhalení

hrozícího relapsu). Samozřejmě je vždy nutné vyloučit (kultivačně či sérologicky) infekční příčinu obtíží, zejména pak infekci Clostridium difficile, Salmonella enteritidis či Campylobacter jejuni (LANGMEAD, 2008).

Laboratorní projevy dle HUDÁKOVÉ, NOVYSEDLÁKOVÉ:

1) Leukocytóza – při chronických zánětech, abscesech.
2) Anémie – při chronickém zánětu, při chronických ztrátách krve, při nedostatku vitamínu B12 a Fe.
3) Trombocytóza – vyskytuje se při střední až vysoké aktivitě střevního zánětu na tlustém střevě.
4) Markery akutního zánětu – FW je spolehlivým ukazatelem zánětu, CRP odráží přesně aktivitu zánětu.
5) Hypoalbuminémie, hypokalcémie, hypomagnezémie, hypocholesterolémie, hypotrombinémie – jako důsledek malabsorpce.
6) ASCA(antisaccharomyces cerevisiae) – protilátky se vyskytují okolo 50 – 75% nemocných s CN.
7) Látky proti neutrofilním leukocytům pANCA – jsou produkované B – lymfocyty ve střevní sliznici jako odpověď na stimulaci bakteriálními antigeny nebo antigeny vlastní tkáně (HUDÁKOVÁ, NOVYSEDLÁKOVÁ, 2011).

Je vhodné rozlišovat aktivitu v podobě subjektivních příznaků, laboratorní aktivitu, lokální aktivitu morfologickou a odlišit je od parametrů stavu výživy, stupně anémie nebo druhotné imunitní rovnováhy. CDAI index byl navržen W.R. Bestem et al. Z Midwest Regional Health Center v Illinois, USA, v roce 1976. Index sčítá 8 proměnných po přenásobení jejich váhou. Pro hodnocení aktivity CN je doporučován rovněž klinický index – CDAI (Crohns´Disease Activity Index) dle Besta (ZBOŘIL, 2005).

Tabulka 3 CDAI

Klinická/laboratorní proměnná	Váha
Počet tekutých nebo řídkých stolic za den v posledním týdnu	x2
Bolest břicha (hodnocena na stupnici 0-3) v	x5

posledním týdnu	
Celkový stav, subjektivně hodnocen od 0 (dobrý) do 4 (špatný) v posledním týdnu	x7
Přítomnost komplikací	x20
Užívání Immodia či opiátů proti průjmu	x30
Přítomnost břišní masy (0 není, 2 podezření, 5 určitě)	x10
Hematokrit <0.47 u mužů a <0.42 u žen	x6
Procentní odchylka od standardní hmotnosti	x1

Endoskopická vyšetření jsou při onemocnění CN velmi důležitá. Provádí se gastroskopie, enteroskopie, koloskopie a rektoskopie. Speciální techniku představuje kombinace ultrazvukového a endoskopického vyšetření trávicí trubice – tzv. endoskopická ultrasonografie. Při endoskopii lze také odebrat vzorky tkáně k histologickému zhodnocení, kdy charakteristickým rysem u CN je granulomatózní zánět, což nám napomáhá k určení diagnózy. Lze také provádět léčebné zákroky (EHRMANN, KONEČNÝ, 2011).

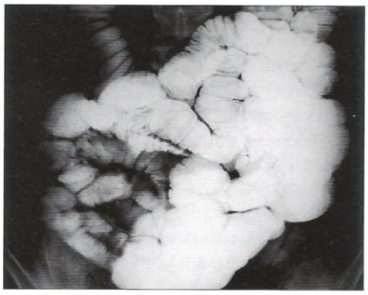
Endoskopie má před sebou nepochybně další perspektivní vývoj, který dnes kráčí dvěma směry. Jednak se hledají cesty, jak snížit nepříjemnost vyšetření pro pacienta, příkladem je tzv. kapslová endoskopie. Při ní nemocný polkne malou kapsli, která při průchodu trávicím traktem monitoruje obraz trávicí trubice, který je následně počítačově analyzován. Metoda má ovšem svá omezení a nelze jí klasickou endoskopii v současné době nahradit. Jiným trendem je vývoj přístrojů, který zvýší rozlišovací schopnost přístrojů až k hranici mikroskopie, jedná se o endoskopy s vysokým rozlišením (NBI). Endoskopická vyšetření jsou velmi důležitá pro klasifikaci slizničních zánětlivých změn v trávicí trubici a hodnocení účinnosti léčby na jejich hojení. Dalším důležitým vyšetřením je dvojbalónová enteroskopie (double-balloon enteroscopy), která využívá naplňování dvou balónů a posuvné převlečené trubice (overtube). Jde o první možnost, při které lze buď ústy či konečníkem prohlédnout celé tenké střevo včetně odběrů biopsie (EHRMANN, KONEČNÝ, 2011).

Chromoendoskopie – zvyšuje přesnost záchytu polypů a prekancerózních změn. Chromoendoskopie obecně je technika rozprašování jakéhokoliv barviva různé barvy, u CN se jedná o modré barvivo (methylenová modř) při koloskopii, aby se zvýšila schopnost detekovat drobné změny ve střevní sliznici. Tato technika může identifikovat časné nebo ploché polypy, které by jinak mohly být přehlédnuty, a které mohou být při biopsii odstraněny. Je běžné, že má stolice na krátkou dobu po tomto postupu modrou barvu (EHRMANN, KONEČNÝ, 2011)..

Zobrazovací metody: první volbou je UZ. Tato neinvazivní a v současné době již běžně dostupná zobrazovací metoda umožňuje velice spolehlivě zobrazit střevní kličky, jejich zánětlivé postižení nebo také výskyt komplikací (stenózy, píštěle,…). Po UZ mohou následovat vyšetření RTG, CT, MRI (MITROVÁ, 2012).

Rentgen s použitím kontrastní látky zobrazuje hlavně vnitřní lumen tenkého střeva, kdy se jedná hlavně o enteroklýzu, která má vysokou výpovědní hodnotu u Crohnovy choroby. Při enteroklýze je kontrastní látka podávána tenkou sondou zavedenou do tenkého střeva a navíc se ještě aplikuje vzduch nebo látka, která vytváří plyn (BAYLESS, 2011).

RTG kontrastní vyšetření střeva tlustého je vyšetření označované jako irrigografie. Enterografie jakožto kontrastní zobrazovací vyšetření umožňuje posouzení slizničního reliéfu střeva a tloušťky střevní stěny, a tedy i jeho případné zánětlivé postižení. Dále přináší informace o lumen střeva, umožňuje detekovat případné striktury. Můžeme tako pomocí kontrastního vyšetření provádět fistulografii. Jedná se o častou vyšetřovací metodu u CN. Rozhodující pro úspěch je nasondování píštělového otvoru zavedením nástroje co nejhlouběji. V ojedinělých případech se užívá i sondáž Seldingerovou metodou, tedy pomocí vodiče a cévky, kdy se píštěl daří nasondovat do větší hloubky, a tím výrazně napomoci chirurgickému řešení této nevítané komplikace. Z kontrastních látek se používají hlavně jodované látky. Výhodné je také kombinovat fistulografii s CT vyšetřením,



Enteroklýza tenkého střeva rentgenem umožňuje lékařům pořídit snímky střevních stěn

CT enteroklýza přináší ještě podrobnější snímky a naštěstí pro pacienty je už u nás běžnou diagnostickou metodou

Obrázek 4 Enteroklýza
Zdroj: ČERVENKOVÁ, 2009, str. 33

které snáze odhalí nejen píštělové kanálky, ale hlavně solidní masy v peritoneální dutině (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Novějšími vyšetřovacími metodami jsou CT. Je možné také dělat CT enteroklýzu nebo MR enteroklýzu.. Existuje i vyšetření nazývané CT kolografie neboli virtuální koloskopie (KOHOUT, 2011).

Jsou také *méně známé metody:* **leukocytární scan** – jde o metodu, kterou lze dopomoci k diagnóze onemocnění, či zjištění jeho rozsahu. Jde o zobrazení bílých krvinek značených radioaktivní látkou ^{99m}Tc-HMPAO a po jejich označení se sleduje, kde se hromadí. Jsou většinou tam, kde je aktivní zánět (KOHOUT, 2011).

1.6 TERAPIE

Terapii lez rozdělit na čtyři kapitoly. Farmakoterpaie, dietoterapie, která je velmi důležitá u CN, chirurgická léčba a následně psychologická léčba, je-li potřeba.

1.6.1 FARMAKOTERAPIE

Základním cílem konzervativní terapie je co nejrychlejší navození a udržení remise a předcházení vzniku komplikací. Jedná se o terapii symptomatickou, která zasahuje pouze do určité fáze probíhajícího zánětu, nikoliv o léčbu kauzální. Ideální terapie by měla být bezpečná, jednoduše aplikovatelná a také dostupná (EHRMANN J, KONEČNÝ M., 2011).

1. Aminosalicyláty

Sulfasalazin

Sulfasalazin je historicky prvním preparátem z této skupiny zavedeným do léčby. Je koncipován jako kombinace derivátu kyseliny acetylsalicylové a sulfonamidu sulfapyridinu. Vedlejší účinky sulfasalazinu jsou způsobeny sulfapyridinem. Patří mezi ně zejména nevolnost, dyspeptické obtíže a zvracení. Pacientům by mělo být dostatečně zdůrazněno, že k minimalizaci těchto nežádoucích účinků je nutno sulfasalazin podávat po nebo během jídla a tablety je nutno polykat celé, nerozkousané. Velmi vysoké dávky sulfasalazinu mohou způsobovat krystalurii, proto je na místě zdůrazňování dostatečného příjmu tekutin během léčby. U mužů sulfasalazin reverzibilně redukuje

počet spermií, proto je u pacientů mužů na místě upozornění týkající se možného snížení plodnosti během léčby (MAREK J et al., 2010).

Mesalazin (5-ASA)

Jedná se o 5-aminosalicylovou kyselinu, tedy látku neobsahující sulfonamid. Tato látka má oproti sulfasalazinu méně vedlejších účinků a je tedy upřednostňována. Mesalazin se velmi rychle vstřebává v proximální části tenkého střeva, ale jen minimálně ve sliznici tlustého. Po resorpci je mesalazin acetylován v epitelových buňkách sliznice tenkého střeva nebo v játrech (MAREK J et al., 2010).

V případě pacientů po částečné resekci střeva nebo v případě příliš rychlé střevní pasáže se ojediněle mohou objevovat nerozpuštěné tablety ve stolici. I na to je třeba pacienty upozornit, většinou tímto bývají nepříjemně zaskočeni. Pouze přípravek Pentasa Slow Release Tablets® je možno pro usnadnění polykání dělit na více částí, event. rozpustit v menším objemu tekutiny a vzniklou suspenzi vypít. Relativně nově je k dispozici mesalazin v lékové formě sachetů – dávky drobných granulí s prodlouženým uvolňováním ve fóliovém sáčku. Použití je takové, že se obsah sáčku se vsype rovnou do úst, zapije se trochou tekutiny a polkne. Pacienti by měli být důrazně upozorněni, že pelety by neměli silněji žvýkat nebo drtit mezi zuby. Mesalazin se také hojně využívá v lokální terapii u CN. Podávají se tři lékové formy. Nejčastěji to jsou čípky, klyzmata a pěna. V našich zemích jsou dostupná klyzmata obsahující 4 g mesalazinu (Asacol 4g, Salofalk, rektální suspenze). Lokální terapii lze využít i při udržovací terapii v prevenci relapsu onemocnění. Provedené studie prokázaly příznivý účinek této lokální terapie na prodloužení remise. (MAREK J et al., 2010).

2. Kortikoidy

Kortikosteroidy jsou u nemocných s CN indikovány v případech u těžších akutních relapsů, u systémové komplikace CN, u rozsáhlejšího postižení (LUKÁŠ M., 2013).

Vedle klasických systémových kortikosteroidů jsou k léčbě CN s postižením terminálního ilea či rekta k dispozici tzv. topické kortikosteroidy. Jejich výhodou je minimální vedlejší systémový účinek, který je např. u budesonidu zajištěn mechanismem tzv. first pass effectu, kdy se při průchodu játry mění 90 % účinné látky na systémově neaktivní metabolity. Tento kortikosteroid je často podáván ve formě mikroklyzmat a enterosolventních kapslí a jeho výhodou je, že je velmi dobře snášen.

Dávkování u CN pro udržovací léčbu je 6 mg/den, častěji je používán při vzplanutí nemoci v dávce 9 mg/den (DÍTĚ et al., 2011).

Pokud je ovšem přítomna silná aktivita CN, u velkého rozsahu postižení či mimostřevních projevech, se nevyhneme použitím systémových kortikoidů. Pro použití systémových kortikosteroidů je od roku 1984 vypracováno Malchowowo schéma (DÍTĚ et al., 2011).

Tabulka 4 Malchowowo schéma dávkování kortikosteroidů při CN

Čas	**Prednison**	**6 - metylprednison**
1. Týden	60 mg	48 mg
2. týden	40 mg	32 mg
3. týden	30 mg	24 mg
4. týden	25 mg	20 mg
5. týden	20 mg	16 mg
6. týden	15 mg	12 mg
7.-16. Týden	10 mg	8 mg

Zdroj: DÍTĚ et al., 2011, str. 51

3. Imunosupresiva

Azathioprin a 6-merkaptopurin (6-MP)

První studie s použitím AZA a 6-MP vyzněly poněkud rozpačitě, neboť neukazovaly na jednoznačně významnější léčebnou efektivitu. AZA zřejmě uškodily závěry National Cooperative Crohn´s Disease Study (NCCDS), která došla k závěru, že je v léčbě CN neúčinný. M.Lukáš ovšem uvádí, že v letech 1971 – 1993 proběhlo u CN celkem 9 dvojitě slepých kontrolovaných studií, z nichž 5 prokázala mnohem lepší efekt než placebo. Tyto závěry nověji potvrdily studie Lemanna a Candyho z roku 1994 (ZBOŘIL, 2008).

Léčba azathioprinem, popř. 6-MP, je spojena s výskytem celé řady nežádoucích účinků. Je uváděno riziko hypersenzitivních reakcí typu celkové slabosti, závratě, zvracení, ztuhlosti, horečky, třesavky, exantémů, svalové a kloubní bolesti, poruch renálních funkcí a hypotenze. Pacienti jsou též náchylnější k bakteriálním, virovým a mykotickým infekcím. Zejména na počátku léčby se u přibližně 3–5 % nemocných vyskytují hepatitidy a pankreatitidy. Použití těchto přípravků může být provázeno

útlumem funkce kostní dřeně. Obvykle se projevuje jako leukopenie nebo také jako anémie a trombocytopenie. Pravidelně by měly být prováděny kontroly krevního obrazu pro včasné odhalení poruch krvetvorby a hepatotoxicity (DÍTĚ et al., 2011).

Cyklosporin A

V roce 1994 Present a Lichtinger referovali o souboru 16 nemocných s perianálními píštělemi, u nichž po 2 týdenní léčbě intravenózním cyklosporinem A v dávce 4mg/kg/den došlo k významnému zlepšení až vyhojení píštělí. Hanauer a spol. dosáhli u 3 nemocných úplného vyhojení perianálních píštělí při orálním podávání CyA, ovšem relaps se dostavil 3 až 7 měsíců po ukončení léčby. Většina novějších prací dospívá k závěru, že CyA je nutné nasadit v úvodní dávce nejméně 2mg/kg/den (DÍTĚ et al., 2011).

Methotrexát

V léčbě methotrexátem probíhaly v minulosti dvě studie. Jedna zaměřující se na nekontrolovatelné zkoušky a druhá na kontrolovatelné. Nekontrolovatelné zkoušky s použitím MTX v terapii IBD jsou uvedeny v tabulce 4. Z výsledků kontrolovatelných studií stojí za zmínku Feagenova z roku 1995, kde byl soubor o 141 nemocných s chronicky aktivní CN, 94 byla zařazena do terapie týdenní dávka 25 mg MTX i.m. Placebová skupina měla 47 nemocných. U placebové terapie se výsledky zlepšily o 20 % kdežto u MTX to byl dvojnásobek, tedy 40 % (DÍTĚ et al., 2011).

Tabulka 5 Nekontrolovatelné zkoušky s použitím MTX v terapii IBD

Studie	Počet pacientů	Týdenní dávka MTX	Doba léčby (týdny)	Efektivita (%)
Kozárek (1989)	14	25 mg i.m.	12,5	72
Baron (1993)	19	15 mg p.o.	18	54
Léman (1996)	39	25 mg i.m.	12	72
Mack (1998)	14	15 mg p.o.	12	69
Chong (1998)	77	20 mg i.m.	57	64
Vandeputte (1999)	20	25 mg. i.m.	12	70
Celkem	***190***	***20,8 mg***	***20,5***	***61***

Zdroj: DÍTĚ et al, 2011, str. 59

4. Biologická terapie

Kvalitativně novou kapitolu v léčbě CN představuje tzv. biologická terapie. FDA (Food and Drug Administration) v roce 1997 definuje biologickou terapii jako podání látek různého složení a mechanismu účinku, které zasahují do imunitních a zánětlivých dějů, provázejících vznik CN (DÍTĚ et al., 2011).

Pro léčbu CN je v ČR a v zemích EU schválen infliximab a adalimumab. Efektivita infliximabu a adalimumabu je u CN ve střední a vysoké aktivitě srovnatelná. Pozitivní odpověď, zlepšení stavu nebo navození remise u dosud neléčených pacientů jsou časté, těchto kritérií dosahuje více než 90 % pacientů. Remisi onemocnění dosáhne cca 60 % pacientů. Tzv. primární neodpovídavost na biologickou terapii není častá, pohybuje se okolo 10–15 % pacientů (BORTLÍK et al., 2012).

Infliximab

Tato monoklonální protilátka obsahuje 75 % složek odpovídajících lidským a 25% bílkovin tvoří imunoglobuliny myší sekvence. Infliximab zabírá u 70 – 80 % dospělých pacientů. Na rozdíl od kortikoidů dokáže hojit střevní sliznici, čímž zlepšuje klinický stav pacientů, snižuje nutnost chirurgického zákrok, a tím zvyšuje kvalitu života pacientů (ČERVENKOVÁ, 2009).

Adalimumab

Zástupce nové generace biologické terapie CN pomáhá Evropanům od roku 2007. Adalimumab patří mezi lidské monoklonální protilátky a je připravený tzv. rekombinací. Podává se podkožní injekcí (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

5. Antibiotika

Antibiotika jsou v případě idiopatických střevních zánětů vyhrazena pro akutní komplikace a těžké stavy s předpokládanou infekční složkou bakteriální etiologie. Nejčastěji jsou používána chinolonová antibiotika (ciprofloxacin) a nitroimidazolová chemoterapeutika (metronidazol). Pro terapii antibiotiky u CN platí, že léčba by měla probíhat nejméně 4–6 týdnů, zvláště je-li indikace pro hnisavé perianální projevy (DÍTĚ et al., 2011).

Metronidazon

Metronidazol se osvědčil v léčbě perianální CN (10–20 mg/kg/den perorálně ve čtyřech dílčích dávkách). Při anorektální formě jej lze podávat ve formě čípků.

Nevýhodou celkového podávání je povlak jazyka, kovová chuť v ústech, nevolnost, intolerance alkoholu. Tato důležitá upozornění směrem k pacientovi by opět měla být součástí farmaceutické péče (MAREK J, 2010).

6. Pre- a probiotika

Prebiotika jsou nestravitelné neživé potravinové složky. V lidském organizmu účinně a selektivně stimulují růst a aktivitu přirozené mikroflóry trávicího traktu, zejména tlustého střeva. Probiotika jsou živé mikrobiální doplňky stravy, které příznivě ovlivňují mikrobiální rovnováhu trávicího traktu a působí ve prospěch hostitele (DÍTĚ et al., 2011).

Prebiotika jsou látky na bázi nevstřebatelných substancí, které nesmí být degradovány v horní části trávicího traktu. Typickým zástupcem této skupiny je laktulóza. Laktulóza je rozkládána v tlustém střevě působením bakteriální flóry. Dochází tak ke kvalitativním a kvantitativním změnám mikroflóry a poklesu pH. Snížením střevního pH se navozuje snížení růstu specifických druhů bakterií. Naopak počty Lactobacilů a Bifidobacilů narůstají. Laktulóza nepřímo stimuluje motilitu (ZBOŘIL, 2005).

Nejúčinnějším probiotikem je preparát Mutaflor. Léčivý přípravek je tvořen životaschopnými a nepatogenními E. Coli kmeny Nissle-1917, krytými kapslí z tvrdé želatiny, která je navíc potažena enterosolventním obalem. E. Coli kmen Nissle 1917 brání přerůstání patogenů ve střevním lumen a jejich přilnutí na střevní stěně, posiluje funkci střevní bariéry a moduluje imunitní odpovědi. Terapie vyniká vysokým stupněm bezpečnosti. Tobolky se užívají nejlépe s jídlem a dostatečně se zapijí tekutinou. Určitou nevýhodou je nutnost uchovávat tento léčivý přípravek v rozmezí teplot 2–8 °C, na což je vhodné taktéž pacienty dostatečně upozornit (DÍTĚ et al., 2011).

7. Symptomatická terapie

Spazmoanalgetika – jsou vhodná u bolestivých spazmů, u nemocných s hypermotilitou trávicí trubice. Mohou se také využít k ovlivnění průjmů (Algifen), zvlášť u nemocných s CN, kde jsou po operacích četné srůsty (DÍTĚ et al., 2011).

Antidiaroika – průjmy jsou jednou z nejčastějších obtíží u CN. Základem pro vhodnou indikace antidiaroika je podrobné a správné zhodnocení anamnézy. **Střevní absorbencia** představují osvědčený lék. Nečastěji se užívá magistraliter připravovaný

z kalcium carbonicum precipitátům nebo v kombinaci s kodeinem. Podobný efekt může mít attapulgit, který má vysokou resorpční plochu. **Opiody** jsou vhodné u nemocných s chronickými průjmy. Oblíbené preparáty jsou kodein a etylmorfin. Avšak u vysoce aktivních střevních zánětů se tato silná antidiaroika nedoporučují používat z důvodu vzniku toxického megakolonu. **Cholestyramin** je vhodné použít u nemocných s CN postihující distální ileum nebo u průjmů vzniklých po resekci této části střeva. Jde o tzv. choleretické průjmy, kdy se váží žlučové kyseliny na cholestyramin, a tím dochází k úlevě (DÍTĚ et al., 2011).

8. Substituční terapie

Preparáty obsahující železo – u CN je výrazná sideropenie, proto je důležitá substituce železa. V případech nesnášenlivosti nebo když p.o. preparáty vyvolávají průjmy nebo střevní dyspepsii, je nutné podávat železo parenterálně (DÍTĚ et al., 2011).

Erytropoetin – plazmatická hladina erytropoetinu odráží zánětlivou aktivitu CN a je u těchto nemocných spíše vyšší. V současné době není substituce tímto hormonem součástí běžné klinické praxe, i když byly zveřejněny práce s příznivým dlouhodobým efektem této terapie u nemocných s CN s chronickou anémií po opakovaných resekcích tenkého střeva (DÍTĚ et al., 2011).

Substituce vitamínů – nemocní s CN po resekci distálního ilea musejí pravidelně doplňovat zásoby vitamínu B_{12} a alespoň 1x ročně jim podat sérii injekcí s vitamínem B_{12}. Vitamín A a D indikujeme u nemocných dlouhodobě léčených glukokortikoidy a u nemocných po resekci tenkého střeva (DÍTĚ et al., 2011).

Antisekreční terapie H_2 blokátorů nebo blokátorů protonové pumpy – tyto látky podáváme nemocným s dlouhodobou kortikoterapií a u všech nemocných v pooperačním období po resekci tenkého střeva, protože v této době dochází k hypergastrinémii a hypersekreci žaludečních šťáv a je riziko vzniku vředové léze gastroduodena. Prevence vzniku „stresového“ vředu u těžce nemocných před rozsáhlým výkonem je touto skupinou léků méně ovlivnitelná (DÍTĚ et al., 2011).

1.6.2 DIETOTERAPIE

Vzhledem ke změnám v dietě, která nastala v průběhu 100 let, a vzrůstající incidenci Crohnovy choroby, jsou podezřívány dietní faktory, především vysoce

rafinovaná potrava jako jeden z nejdůležitějších etiologických agens. Větší počet studií sledoval vztah mezi konzumací rafinovaného cukru a IBD. Pacienti s Crohnovou chorobou mají v anamnéze zvýšené požívání cukru o 50 – 200 % proti zdravým, ať už jde o dodatečné slazení či o požívání sladkostí. Naopak u pacientů s již vzniklou CN nevede vyloučení rafinovaného cukru z diety k lepšímu průběhu onemocnění. V různých studiích se pátralo po dalších činitelích, ukázalo se však, že nebyla nalezena závislost vzniku choroby na různém příjmu polysacharidů, bílkovin, tuků, alkoholu nebo kávy, přestože z teoretického hlediska by bylo možné pro jednotlivé situace nalézt odpovídající vysvětlení. V uvedených studiích nebyla nalezena ani souvislost mezi alkoholem a kouřením s vyšším rizikem CN (LUKÁŠ, ŠATROVÁ, 2004).

Ve floridním stádiu idiopatických střevních zánětů je doporučena bezezbytková dieta se sníženým či minimálním obsahem vlákniny, a to především vlákniny nerozpustné, jejíž podávání vede k dyspeptickým obtížím. Další studie pátraly po vztahu konzumace tuků a incidence idiopatických střevních zánětů. Incidence CN je nižší v zemích, pro které je typická zvýšená konzumace nenasycených mastných kyselin (KOHOUT et al., 2004).

Výživa je důležitý zdroj energie pro živý organizmus. Je nezbytná k udržení nebo zlepšení zdravotního stavu. Správně připravená strava musí být plnohodnotná, tzn. s dostatkem proteinů, sacharidů a lipidů, vitamínů, minerálů a stopových prvků (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Dieta u **aktivního onemocnění** vede k nutné bezezbytkové stravě, bez mléka a s nízkým obsahem cukru. U **vysoce aktivního** onemocnění je podávána strava parenterální nebo enterální; vzplanutí nemoci je stresem pro organismus, který v tomto období vyžaduje zvýšené množství energie. Při přechodu z parenterální nebo enterální stravy, při vymizení známek zánětu, je zprvu podáván čaj, kaše, bílé pečivo, suchary, pokud nemocný jídlo snáší, zkoušíme přidávat vařené ovoce, vařenou zeleninu, brambory, rýži, nízkotučné uzeniny a sýry, ryby, drůbež, těstoviny nebo později i potraviny s obsahem více tuku. V **období průjmů** a při křečovitých bolestech břicha je důležité omezit vlákninu, větší množství kofeinu, při průjmech podávat dostatečné množství tekutiny. V **období následujícím** po vzplanutí zánětu je možné začít podávat dobře stravitelná jídla, jako jsou: vařené ryby, vařené maso a drůbež, džem, med, rýže, těstoviny a další. Cítí-li se nemocný dobře a neobjeví-li se nové příznaky, je možno

přidávat každé dva, tři dny nové jídlo, pokud je dobře tolerováno. Je vhodné vést si „jídelní deník“. **V klidovém období** nejsou u Crohnovy choroby požadována zásadní dietní opatření. Dieta by měla být nedráždivá, šetřící, dostatečně kaloricky vydatná s vysokým obsahem proteinů a vyvážená, s dostatkem vitamínů, eventuelně s jejich přídavkem. Někdy je doporučováno v mezidobí podávat zbytkové stravy. Je také známo, že často jsou špatně snášeny tyto potraviny a nápoje: luštěniny, syrová zelenina, zeleninové džusy, citrusové plody (pomeranče, citrony, mandarinky), cibule, mléko, ořechy a jádra, nakládané zelí a kyselí jídla. Nápoje potřebují lidé s IBD stejně jako zdraví jedinci 1,5 litru denně, při průjmech a období vzplanutí dochází k velkým ztrátám tekutin, a proto je velmi důležité zajistit dostatečný přísun tekutin (LUKÁŠ, ŠATROVÁ, 2004) .

Tabulka 5 upravená dle Allana a Rothmannse dokumentuje obtíže, které prokazují souvislost mezi dietními faktory a vznikem CN.

Tabulka 6 Souvislost mezi vznikem CN a dietními faktory

Faktor	**Crohnova choroba**
Alergie na kravské mléko	Málo dat
Kojení	Různé výsledky
Rafinovaný cukr	Vyšší riziko
Nízká spotřeba ovoce a zeleniny	Vyšší riziko
Vláknina	Různé výsledky
Cereálie	Není souvislost
Alkohol	Není vyšší riziko
Káva	Málo dat
Aditiva	Málo dat

Zdroj: KOHOUT et al., 2004, str. 28

1.6.3 CHIRURGICKÁ TERAPIE

Většina nemocných zažije operaci alespoň jednou za život, ovšem až u 80 % z nich se projevy nemoci po čase vrátí. Právě proto přichází chirurgický výkon na řadu až ve chvíli, kdy nastaly značné komplikace a lékaři nejsou schopni zánět zvládnout jinými prostředky. Zákrok musí být co nejšetrnější (ČERVENKOVÁ, 2009).

Rozlišujeme operační výkon urgentní a elektivní (plánovaný). V případě Crohnovy choroby je indikací k urgentnímu výkonu rozsáhlé krvácení ze střev, akutní střevní uzávěr (ileus), těžký akutní zánět se septickým stavem, peritonitida. Indikací k plánovanému výkonu může být selhávající konzervativní terapie či komplikace při konzervativní léčbě, dále také výrazné zúžení střevního průsvitu, píštěle mezi střevními kličkami či mezi kličkami střeva a jinými orgány, např. kůží. Pokud se provádí resekce (odstranění části střeva a napojení obou konců end-to-end) měl by být její rozsah co nejmenší. V případě opakovaných resekcí může dojít k tzv. syndromu krátkého střeva, při kterém dochází k projevům maldigesce či malabsorpce, a proto musíme živiny doplňovat parenterálně. Někdy je nutné provést vyvedení střevního lumenu na břišní stěnu – stomie (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Ileocékální resekce se provádí při nejčastější komplikaci, což je stenóza lumen terminálního ilea a céka. Při větším postižení tlustého střeva přikročí operatér k pravostranné hemikolektomii či ileokolické anastomóze. **Perianální píštěl,** zde se operatér snaží spojit píštěl v jeden kanál a zajistit jeho trvalou drenáž. **Strikturoplastika** je zásah při postižení tenkého střeva mnohočetnými krátkými stenózami. V některých případech je lumen střevní kontrolován průchodem balónku zavedené balónkové sondy z malé incize střeva. Nad zúženým střevem jsou v krátkých úsecích prováděny podélné incize na antimezenteriální straně a saturovány napříč vstřebatelným šicím materiálem (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.6.4 PSYCHOTERAPIE

Na otázku, zda mohou psychické problémy ovlivnit průběh onemocnění idiopatickými střevními záněty, částečně odpovídá skutečnost, že existuje osa mezi mozkem a imunitním systémem. Stres tak může ovlivnit míru imunitní reakce, dle zkušeností pacientů i lékařů, může vyvolávat akutní vzplanutí nemoci, či naopak způsobit hlubokou imunosupresi. Naopak dobrá a vhodná psychoterapie může nemoc zklidnit. U pacientů je někdy lepší pomoci k psychickému zklidnění uklidňujícími léky-sedativy (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

K psychoterapii patří také úprava životního stylu, která není mnohdy vůbec jednoduchá. Především pacienta tíží pracovní, rodinná a společenská neschopnost. Pokud se klient zaměří na zmíněné problémy, tak vždy najde nějaké řešení. Co se týče pracovní neschopnosti, má pacient hned několik možností. Může se dohodnout

s vedením dané instituce, popř. odejít na dohodu, ale většina pacientů nemůže pracovat ani při snížení úvazku. Důvodem jsou přetrvávající bolesti, úporné průjmy atd. Proto se nabízí možnost invalidního důchodu různého stupně.

Dalším úskalím může být soukromý život. Zvláště pokud pacient žije doma sám, popř. se musí postarat ještě o děti. V tomto případě je nejlepší si zajistit kamaráda/ku, který by pomohl/a nebo se domluvit s pečovatelskou službou, která by běžné denní úkony zvládla.

Nejen péče o děti může být namáhavá, ale také partnerské vztahy prochází značnou náročností. Z větší části partnerka podpoří svého partnera, pomůže mu s všedními záležitostmi, jako jsou starosti o děti, v zimě třeba odhází sníh, zatopí apod. Ale může nastat případ, že partnerka nesnese pomyšlení, že je partner nemocný a má jistá omezení. Potom může nastat stav, kdy partnerka opustí nemocného, a tato stresová situace vede ke zhoršení stavu. V této nemoci prochází vztah obou partnerů zkouškou a je jen na nich, jak se k danému problému postaví.

Omezení uskutečňování společenských kontaktů je pro postiženého nejvíce decimující. Postižený při akutní exacerbaci nemá kontakt s „okolním světem“, nemá možnost zajít si do kina, do divadla, na diskotéku s přáteli, protože mu to zdravotní stav nedovolí. Proto je vhodné informovat přátele, známé a kamarády o svém stavu a popř. si domluvit s nimi schůzku v rodinném prostředí nebo v prostředí, které vyhovuje postiženému.

1.7 KOMPLIKACE

Komplikace rozdělujeme na **střevní** a **mimostřevní.** Ke **střevním** patří stenóza střevního průsvitu se zhoršenou průchodností tráveniny, s možností úplného uzavření střeva s následnými projevy ileu na podkladě fibrózních změn střevní stěny. Další komplikací jsou píštěle, které mohou být mezi jednotlivými kličkami (enteroenterální či enterokolická píštěl), i mezi střevem a jinými orgány (enterovaginální píštěl, enterovesikální, popřípadě enterokutánní). Časté jsou píštěle okolo konečníku a řitního otvoru (periproktální). Mezi nejzávažnější komplikace patří toxický megakolon, který může způsobit paralýzu střeva. Jinou komplikací jsou abscesy, dutiny naplněné hnisem. (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ 2006).

K **mimostřevním** komplikacím patří již zmiňované: artritidy, spondylartritidy, postižení očí (záněty spojivky, duhovky, bělma), kožní komplikace (erythema nodosum, lišej a vředy aj.), v dutině ústní (afty), mohou být také postižena játra i žlučové cesty, hypovitaminóza, anémie až osteoporóza (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ 2006).

1.8 PROGNÓZA

Prognóza Crohnovy choroby je dosti nevyzpytatelná. Onemocnění se může během let zhoršovat. Může docházet ke zhoršení stavu, což může mít za následek komplikace, které se mohou řešit operativně nebo medikamentózně. Také může toto onemocnění probíhat ve formě stabilní s mírnou aktivitou. Jde o onemocnění, kde se střídají relapsy s remisemi. Obě tyto podoby mohou mít různou dobu trvání. Mohou trvat několik hodin, dní, ale také i několik let. Pokud je ovšem pacient sledován, nemělo by k těmto výkyvům docházet, nebo jen s minimálním rozpětím. Důležité také je respektovat a dodržovat dietu, která je nedílnou součástí tohoto onemocnění. Jednoduše řečeno, prognóza Crohnovy choroby je jako na horské dráze, jednou jste nahoře a je vám dobře, jste šťastní a podruhé jste dole, máte bolesti, průjmy, křeče atd. (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

V ošetřovatelském procesu jsme se zabývali jedním pacientem s diagnózou Crohnova choroba. Zpracovali jsme jeho údaje a vytvořili jsme akutní a potencionální ošetřovatelské diagnózy. Z důvodu ochrany osobních údajů pacientky dle zákona 101/2000 sb. neuvádíme jméno, příjmení, rodné číslo atd.

2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: M.J.
Datum narození: 23.12.1975
Rodné číslo: XXXXXXXX/XXXX
Věk: 39
Pohlaví: muž
Bydliště: Kamenná
Zaměstnání: hlídač ve firmě
Vzdělání: středoškolské s maturitou
Národnost: česká
Státní občanství: ČR
Stav: v registrovaném partnerství
Bydliště příbuzného: Kamenná
Jméno příbuzného: Michal
Čas příjmu: 13:08 hodin
Datum příjmu: 8.12.2014
Účel příjmu: léčebný
Typ přijetí: plánované
Přijímající lékař: MUDr. Starý
Oddělení: I.chirurgická klinika
Ošetřující lékař: MUDr. Starý
Praktický lékař: MUDr. Kutálek

Informovaný souhlas: 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!

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Byl jsem přijat z důvodu Crohnovy choroby, na popud mého gastroenterologa, který mě sem objednal. Sužují mě průjmy, za poslední měsíce jsem ubral na váze, také mám obrovské křeče a bolesti v oblasti pupku. Netoleruji skoro žádnou stravu, vše co sním, mi činí veliké obtíže. Nemohu vykonávat denní činnosti ani chodit do práce.

Chodím často na toaletu, někdy i více než 15x za den. Proto jsem zde, abych se dal do pořádku a vše bylo zase v normě.“

Medicínská diagnóza hlavní:

K500 – Crohnova nemoc tenkého střeva – postižení terminálního ilea

Medicínské diagnózy vedlejší:

Hypertenze

Hyperlipoproteinémie

Dysfunkce L páteře

Vitální funkce při přijetí

TK: 152/87 torrů

P: 78´

D: 16´

TT: 36,3°C

Pohyblivost: částečně omezená

Stav vědomí: při vědomí

Krevní skupina: 0+

Výška: 194 cm

Hmotnost: 83 kg

BMI: 22,05

Nynější onemocnění

Nemocný se léčí pro Morbus Crohn, přijat na základě doporučení gastroenterologa, iniciálně měl křečovité bolesti, které po diagnostice a zaléčení asi na 1/2 roku vymizely, nyní narůstající obtíže – křeče asi 30 minut až 2 hodiny po jídle. Omezil na bezezbytkovou stravu, obtíže jsou, i když menší nadále. CT enteroklýza potvrzuje stenotické postižení terminálního ilea, koloskopie s normálním nálezem v tračníku až po ileocekální přechod, kde nelze do ilea proniknout. Indikován k resekčnímu výkonu.

Informační zdroje

Pacient, dokumentace, záznamy v počítači, informace od ošetřujícího personálu a rodiny.

2.2 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: žije, zdráva.

Otec: zemřel na IM.

Sourozenci: má 2 sestry, jedna ze sester se léčí s „únavovým syndromem".

Děti: zdrávy

Osobní anamnéza:

Arteriální hypertenze na medikaci.

Očkování: absolvoval povinná běžná očkování dle očkovacího kalendáře.

Alergologická anamnéza

Bezvýznamná, vše neguje.

Farmakologická anamnéza

Tabulka 7 Terapie před hospitalizací

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Betaloc ZOK	Tbl.	25 mg	½ - 0 - 0	antihypertenzivum
Prestarium Neo	Tbl.	5 mg	1 – 0 - 0	antihypertenzivum
Azaprine	Tbl.	25 mg	1 – 1 - 1	imunosupresivum
Pentasa	Tbl.	500 mg	2 – 2 - 2	aminosalycyláty
Prednison	Tbl.	20 mg	2 – 1 – 1/2	kortikoidy

Abúzy

Kouření: vykouří 10 cigaret denně

Alkohol: 0

Léky: 0

Káva: 0

Sociální anamnéza

Stav: v registrovaném partnerství.

Bytové podmínky: bydlí v rodinném domku se svými 2 syny a přítelem.

Vztahy, role a interakce v rodině: žádné negativní vztahy v rodině, nehádají se, všichni spolu vychází a podporují se, nyní o něj má rodina strach.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: pacient má partu přátel, s kterými se pravidelně stýká.

Záliby: posezení s přáteli, dobré jídlo

Volnočasové aktivity: PC, televize, rodina

Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské s maturitou – obor strojař.

Pracovní zařazení: hlídač.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: pacient pracuje od 6:00–18:00, pět dní v týdnu, nyní v pracovní neschopnosti.

Vztahy na pracovišti: vztahy na pracovišti bez potíží, se všemi vychází bez komplikací.

Ekonomické podmínky: pacientovo finanční ohodnocení je dobré, uživí bez problému sebe i svou rodinu

Spirituální anamnéza

Je římsko-katolického vyznání a je věřící.

Urologická anamnéza

Bezvýznamná.

2.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 12.12.2014

Tabulka 8 Popis fyzického stavu

Popis fyzického stavu – Fyzikální assessment		
SYSTÉM	**SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE**	**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE**
Hlava a krk	*„Hlava mě nebolí, nosím brýle na dálku, jinak se s ničím neléčím“.*	Hlava poklepově nebolestivá, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, reagují, skléry anikterické, jazyk bez povlaků, plazí středem, hrdlo klidné, oči, uši, nos bez sekrece.
Hrudník a dýchací systém	*„Dýchá se mi bez obtíží“.*	Hrudník symetrický bez deformací a kožních eflorescencí. Prsa bez viditelných patologických změn. Dýchání oboustranně sklípkové, bez vedlejších fenoménů a bolesti. Počet dechů: 16/min
Srdečně cévní systém	*„Léčím se s vysokým tlakem, jinak jsem zdráv“.*	Srdeční akce pravidelná, frekvence 78/min. Puls je dobře hmatný. Pulzace na HK i DK hmatné v periferii, kapilární návrat promptní. Dolní končetiny bez otoků a zánětlivých změn. TK z 11.12.2014 8:00 150/90 mm/Hg.

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Břicho a gastrointestinální trakt	*„Sužují mě průjmy, za poslední měsíce jsem ubral na váze, také mám obrovské křeče a bolesti v oblasti pupku. Trpím průjmy cca 15x denně“.*	*Palpace:* Břicho na pohmat bolestivé, tvrdé. V pravém podbřišku je hmatná tvrdá rezistence odpovídající pericekálnímu infiltrátu. *Auskultace:* slyšitelné oslabení peristaltiky. Jsou také slyšet fenomény (škroukání, přelévání střevního obsahu).
Močově pohlavní systém	*„V této oblasti nemám žádné problémy“.*	Vylučování moče bez obtíží, tapottement bilaterálně negativní.
Kosterní a svalový systém	*„Bolí mě záda jak při námaze tak také v klidu. Mám také občasné bolesti kloubů“.*	DKK bez otoků, varixů, bez známek flebitidy, lýtka nebolestivá, arteriální pulzace bilaterálně hmatná, páteř poklepově bolestivá, na CT průkaz dysfunkce L páteře. Ztuhlost drobných ručních kloubů, vyšetřen revmatologem, závěr zní: enteropatická artropatie.
Nervově smyslový systém	*„Nevím, že bych měl nějaké problémy“.*	Pacient při vědomí, lucidní, orientovaný, spolupracuje, normosthenického habitu. Je krátkozraký, jinak má smysly v normě.
Endokrinní systém	*„S cukrovkou ani štítnou žlázou se neléčím“.*	Štítná žláza bez projevů endokrinních změn.

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Imunologický systém	*„Žádnou alergii jsem nikdy neměl, ale poslední dobou mám alergii na práci“.*	Lymfatické uzliny na těle nehmatné, nezvětšené. Neudává žádnou alergii.
Kůže a její andexa	*„Bez obtíží“.*	Kůže normálního koloritu, kožní turgor v normě, bez známek poranění či krvácení. Adnexa bez patologie.

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická, 2014

Aktivity denního života

Tabulka 9 Aktivity denního života

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování a tekutiny	*„Z důvodu onemocnění dodržuji bezezbytkovou dietu, ale s příjmem tekutin nemám problém, denně vypiji 3 litry někdy i více, v závislosti na průjmech“.*	Je naordinována dieta č.5 – bílkovinná bezezbytková. Pacientovi jsme doporučili sipping (Nutridrink). Kožní turgor v normě. BMI: 22,05.
Vylučování moči a stolice	*„S močením problémy nemám. Ale sužují mě průjmy zhruba 15x denně.“*	Výdej moči je dostatečný. Nasazena antidiarhoika ke snížení počtu průjmů. Doporučili jsme pacientovi, aby si oblast konečníku mazal indiferentním krémem.
Spánek a bdění	*„Z důvodu průjmu, kdy musím chodit na WC i večer, se cítím ráno nevyspalý“.*	Usíná cca 15 minut po ulehnutí. V noci se probouzí a to s nucením na stolici. Spánek je narušen a je nekvalitní.
Aktivita a odpočinek	*„Rád si čtu nebo se dívám*	Pacient dodržuje klidový

	na televizi“.	režim na lůžku, poloha v polosedě. Pacient měl návštěvu rodiny, čte si.
Hygiena	*„Zatím zvládám sám“.*	Dopomoc personálu do koupelny. Poté je pacient soběstačný. Zpět na pokoj jej opět doprovází personál.
Samostatnost	*„Myslím, že jsem soběstačný“.*	Dle Barthelova testu základních denních činností má pacient 55 bodů, což odpovídá závislosti středního stupně. Pacientovi je vzhledem k dodržování klidového režimu potřeba dopomoci v některých činnostech.

2.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: RTG srdce a plic (vleže), CT enteroklýza, krevní odběry: biochemie (Na- s, K- s, Cl- s), krevní obraz, CRP, Ca 19-9

Výsledky:

RTG srdce a plic(vleže): Plicní parenchym bez čerstvých ložisek či infiltrací. Plicní cévní kresba akcentovaná. Bránice hladká, zevní úhly volné, Srdeční stín je rozšířen.

CT enteroklýza: Zesílená stěna s lehce neostrou konturou v oblasti dist. ilea v délce 30-35 cm, bez výraznější prestenotické dilatace. Zvětšené mezenteriální uzliny.

Krevní odběry: **Na –s** 142 (v normě)

K –s 3,8 (v normě)

Cl –s 106 (v normě)

Ca 19 – 9 (v normě)

CRP 45 mg/l (zvýšená hodnota)

Krevní obraz: Leukocyty (WBC): 12,83 x 10^9/l (leukocytóza)

Erytrocyty (RBC): 4,22 x 10^{12}/l (v normě)

Trombocyty (PLT): 308 (v normě)

Hematokrit (HCT): 0,39% (v normě)

Hemoglobin (HGB): 132 (v normě)

Konzervativní léčba:

Dieta: 5- bílkovinná bezezbytková

Pohybový režim: klidový režim na lůžku

Výživa: per os, bez parenterální výživy

Medikamentózní léčba:

Per os:

Betaloc ZOK 25 mg tbl. (1/2 – 0 – 0) - antihypertenziva

Prestarium Neo 5mg tbl. (1 – 0 – 0) - antihypertenziva

Azaprine 25mg tbl. (1 – 1 – 1) - imunosupresiva

Pentasa SR 500mg tbl. (2 – 2 – 2) – aminosalyciláty

Prednison 20mg tbl. (2 – 1 – ½) – kortikoidy (s postupnou redukcí dávky)

Chirurgická léčba:

Dříve žádné operace, nyní se plánuje operace z důvodu M. Crohn.

2.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ze dne 12. 12. 2014

Muž 39 let byl přijat na I. chirurgickou kliniku v 13:08 hodin, dne 8.12.2014 z důvodu dlouhodobých průjmů, razantního úbytku na váze (35 kg za rok), bolestivosti v oblasti pupku a křečí. Pacient se již delší čas léčí pro Crohnovu chorobu, kdy první diagnostiku provedl jeho gastroenterolog, který ho následně poslal do nemocnice na léčbu. Klient si také stěžoval na bolestivost kloubů, hlavně tedy na rukou, kdy revmatolog konstatoval, že se jedná o enteropatickou artropatii. Klientovi byla okamžitě provedena vyšetření RTG srdce a plic, CT enteroklýza a další laboratorní vyšetření. CT enkteroklýza potvrdila změny v oblasti ileocéka, následně tedy bude klient doporučen k operaci konkrétně k ileoascendentoanastomóze. Také laboratorní hodnoty vykazovaly ve dvou ohledech zvýšené hodnoty (CRP, leukocyty), což svědčí pro zánětlivou aktivitu.

Klient trpěl průjmy, udával až 15x denně, kdy nemohl vykonávat denní aktivity. Proto mu byla nasazena Pentasa SR v dávkách 2-2-2 tbl. Věděl, že je důležité, aby doplňoval tekutiny. Jak sám udává, vypije 3 litry tekutin denně, někdy i více, v závislosti na průjmech. Také pociťoval křeče a bolest v oblasti pupku, kdy udával bolest na stupnici VAS č.3.

Pacientovi byla i nadále ponechána bezezbytková dieta a byl mu také doporučen sipping ve formě Nutridrinků. Pacient se také léčí s vysokým krevním tlakem, proto mu byl každý den kontrolován tlak 2x denně. Jeho hodnoty po ránu dosahovaly podobných hodnot a to 150/90 mmHg. Z tohodo důvodu měl také antihypertenzní léčbu, kdy dostával Prestarium Neo a Betaloc ZOK.

Hygienickou péči si pacient obstarával sám, jen do koupelny a zpět mu musel být nápomocen zdravotnický personál jako dopomoc. Pacientovi bylo také doporučeno, aby si oblast konečníku mazal indiferentní mastí. Jen v oblasti spánku má klient jasné potíže. Z důvodu průjmů, kdy musí i večer chodit na WC je jeho spánek rušen a je nekvalitní. Klient pospává i přes den, ale jen chvilku, jelikož si rád čte a také za ním chodí rodina, aby ho morálně a psychicky podpořila.

Doposud je jeho rodina zdráva, až na otce, který zemřel na akutní infarkt myokardu, a také jeho sestra trpí únavovým syndromem. Vychovává 2 syny společně se svým přítelem, se kterým žije v registrovaném partnerství. Rád vtipkuje na téma jídlo, je veselý, nemá s nikým žádné spory a dokáže vyjít s každým.

2.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT

Ošetřovatelské diagnózy jsou sestavené dle NANDA taxonomie I, rozděleny na aktuální a potenciální diagnózy a řazeny dle priorit.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1) **Průjem** z důvodu zánětu střeva projevující se bolestmi břicha, tekutými stolicemi minimálně 3x denně, křečemi.
2) **Chronická bolest** z důvodu chronického tělesného postižení (nemoc) projevující se bolestí, neklidem, únavou.
3) **Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu** z důvodu neschopnosti strávit a vstřebat živiny projevující se bolestmi břicha, křečemi, ztrátou hmotnosti při přiměřeném příjmu potravy.
4) **Nedostatek spánku** z důvodu tělesného dyskomfortu projevující se nedostatkem energie, nedostatečnou regenerací organismu.
5) **Únava** z důvodu nedostatku spánku a špatného fyzického stavu projevující se sníženým výkonem, ospalostí, pocitem únavy.
6) **Dysfunkční gastrointestinální motilita** z důvodu zánětu střev projevující se tekutými stolicemi minimálně 3x denně.
7) **Neprospívání dospělé osoby** z důvodu základního onemocnění projevující se bezděčnou ztrátou hmotnosti a fyzickým úpadkem.
8) **Strach** z důvodu operace projevující se obavami, únavou.
9) **Zhoršená schopnost přemísťovat se** z důvodu bolesti a nedostatečné svalové síly projevující se neschopností přemístit se do sprchy a zpět.
10) **Snaha zlepšit výživu** projevující se pitím vhodných tekutin a příjmem vhodné potravy.
11) **Snaha zlepšit rovnováhu tekutin** projevující se přiměřenou žízní, vhodným kožním turgorem a ochotou zlepšit rovnováhu tekutin.
12) **Snaha zlepšit spánek** projevující se ochotou ke zlepšení spánku.
13) **Snaha zlepšit management vlastního zdraví** projevující se vyjádřením touhy zvládnout nemoc.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

1) **Riziko nerovnováhy elektrolytů** z důvodu průjmů.
2) **Riziko sníženého objemu tekutin v organizmu** z důvodu nadměrných ztrát normálními cestami (průjem).
3) **Riziko neefektivní gastrointestinální perfuze** z důvodu gastrointestinálního onemocnění.
4) **Riziko pádu** z důvodu slabosti a únavy.
5) **Riziko neefektivní periferní tkáňové perfuze** z důvodu hypertenze.

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE ZE DNE 12.12.2014.

Průjem (00013)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Průchod volné, neformované stolice

Určující znaky:

- Křeče
- Tekutá stolice minimálně 3x den
- Bolest břicha

Související faktory:

- Zánět

Priorita: střední.

Cíl:

- **Dlouhodobý:** obnovit a udržet normální fungování střev do konce hospitalizace.
- **Krátkodobý:** do 3 dnů dojde ke snížení frekvence průjmů a k vyřešení příčinných faktorů.

Výsledná kritéria:

- u pacienta bude zajištěna dostatečná hydratace organismu po celou dobu trvání průjmů
- nebude porušena kožní integrita v oblasti konečníku po celou dobu průjmů
- dojde ke snížení počtu průjmovité stolice do tří dnů
- bude změněna dosavadní enterální strava do 24 hodin.

Ošetřovatelské intervence:

- zjisti frekvenci, zápach, příměsi a množství průjmů (sestra).
- sleduj účinnost nově nasazené enterální stravy (sestra).

- podávej léky dle ordinace lékaře (sestra).
- sleduj účinnost léků (lékař, sestra).
- dostatečně pečuj o kůži v oblasti konečníku (sestra).
- vše zaznamenávej do dokumentace (sestra, lékař).
- zajisti dostatečnou hydrataci organismu (sestra, lékař).

Realizace:

Od 6:00–18:00 byla sledována frekvence průjmů se zajištěním dostatečné hydratace organismu dle ordinace lékaře. Po každé stolici bylo pečlivě ošetřeno okolí konečníku a byly podány léky proti průjmu.

Hodnocení po třech dnech:

Frekvence průjmů se snížila na sedm až osm stolic denně. Změna enterální stravy přispěla ke změně konzistence stolice, ale i přesto je stále neformovaná. Kůže v oblasti konečníku je neporušená. Krátkodobý cíl byl splněn a v naplánovaných intervencích je nutné nadále pokračovat.

Chronická bolest (00133)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popsaný pomocí termínů pro takové poškození; náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakované, bez očekávatelného nebo předvídatelného konce a s trváním delším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- Bolest
- Únava
- Neklid

Související faktory:

- Chronické tělesné postižení

Priorita: střední.

Cíl:

- **Dlouhodobý:** pacient nepociťuje žádnou bolest (intenzitu bolesti 0 na 10 stupňové škále) do 1 týdne.
- **Krátkodobý:** pacient cítí úlevu od bolesti (intenzita bolesti klesne z intenzity 3 na intenzitu 1 na 10 stupňové škále) do 2 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacient spolupracuje při sledování intenzity bolesti (na stupňové škále) do 1 dne.
- Pacient ví, že si může navíc (mimo standardní dávkování 4 x denně) vyžádat analgetický lék při zvýšení intenzity bolesti - maximálně 1 x denně do 30 min.
- Pacient si nalezne svoji úlevovou polohu, v případě bolesti ji zaujme do 30 min.

Ošetřovatelské intervence:

- Informuj pacienta o škále bolesti dle VAS (sestra).
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře (sestra).
- Sleduj účinek podaných analgetik (sestra).
- Pomoz pacientovi zaujmout úlevovou polohu (ošetřovatelka).
- Nauč pacienta Fowlerovu polohu, pokud toleruje jinou polohu, pomoz zaujmout polohu, která mu vyhovuje (ošetřovatelka, sestra).
- Aplikuj medikaci předepsanou lékařem (sestra).

Realizace:

Pacient si již delší dobu stěžuje na chronické bolesti břicha a zad. Zatím používal jen běžně dostupnou medikace (Ibalgin, Brufen). Pacient informován o stupnici VAS, kdy udal bolest č. 3. Analgetika odmítá, proto jsme pacientovi ukázali jak správně využít úlevovou polohu, která je pro něj přijatelná. Také aplikace tepla/chladu

pacientovi vyhovovala. Byl informován lékařem o další analgetické léčbě, při větších bolestech.

Hodnocení po dvou dnech:

Cíle byly částečně splněny. Krátkodobý cíl se nám podařilo splnit, pacient udával po 2 dnech hodnotu bolesti na stupnici VAS č. 1. Pacient byl i nadále poučen o dalších úlevových polohách. Dlouhodobý cíl a ošetřovatelské intervence i nadále pokračují.

Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolizmu.

Určující znaky:

- Bolest břicha
- Křeče v břiše
- Ztráta hmotnosti při přiměřeném příjmu potravy

Související faktory:

- Neschopnost vstřebat živiny
- Neschopnost strávit potravu

Priorita: nízká.

Cíl:

- **Dlouhodobý:** pacient se naučí jak správně připravit potraviny, aby pro něj byly stravitelné, dosáhne požadovaného přírůstku na váze o 1kg do týdne
- **Krátkodobý:** úprava enterální stravy a zvýšení chuti k jídlu do 2 dnů

Výsledná kritéria:

- Pacient si povede „Stravovací deník“, kam si bude zaznamenávat, která jídla mu vyhovují a která nikoliv.

- Pacient bude plně informován o enterální výživě i o doplňcích stravy.

Ošetřovatelské intervence:

- Prodiskutuj stravovací zvyklosti včetně preferovaných jídel u pacienta (sestra).
- Konzultuj vše s nutričním terapeutem (sestra, lékař).
- Zjisti, zda pacient snáší více kalorická jídla (sestra).
- Při dobré toleranci medu/cukru je přidávej do jídla (ošetřovatelka).
- Umožnit pacientovi vhodný výběr jídel (nutriční terapeut).
- Jednou týdně zvaž pacienta a porovnej jeho váhu (sestra, ošetřovatelka).

Realizace:

Pacient byl poučen o úpravě stravy. Dodržuje bezezbytkovou dietu a také si sám vede „Stravovací deník“, kam si zaznamenává jídla, která toleruje a která nikoliv. Klienta byl zvážen a od příjmu se váha nezměnila. Doporučili jsme klientovi sipping, zažádal si o Nutridrinky, které popíjel přes den. Po konzultaci s nutričním terapeutem jsme dali pacientovi na výběr ze 3 jídel a také jsme mu navrhli některá více kalorická, která snáší. Pacient snáší med i cukr, proto mu byly čaje a další sladké produkty slazeny.

Hodnocení po dvou dnech:

Krátkodobý cíl se nám podařilo splnit, klient si pochvaloval stravu a také se mu zvýšila chuť do jídla. Další intervence a dlouhodobý cíl i nadále pokračují.

Nedostatek spánku (00096)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Delší období bez spánku (přetrvávající přirozená, periodická narušení relativního vědomí).

Určující znaky:

- Únava

- Neschopnost koncentrace
- Ospalost během dne

Související faktory:

- Dlouhodobý diskomfort (tělesný)

Priorita: nízká.

Cíl:

- **Dlouhodobý:** dojde ke zlepšení spánku a celkové pohody do 7 dnů
- **Krátkodobý:** dojde k úpravě prostředí a zlepšení kvality spánku do 24 hodin

Výsledná kritéria:

- Pacient se bude po spánku cítit odpočatý do konce hospitalizace.
- Pacient bude moci večer usnout, nebude se v průběhu noci budit do konce hospitalizace.
- Pacientovi bude zajištěno vhodné prostředí pro spánek do jednoho dne od verbalizace potíží pacientem.
- Pacient bude během dne aktivizován, aby bylo zabráněno dennímu spánku a zlepšil se noční spánek.

Ošetřovatelské intervence:

- Zajisti vhodné prostředí pro spánek pacienta (sestra, ošetřovatelka).
- Aktivizuj pacienta během dne a zabraň tak dennímu spánku (ošetřovatelka).
- V případě potřeby podávej hypnotika nebo sedativa dle ordinace lékaře (sestra).
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře ke zmírnění bolesti (sestra).

Realizace:

Prostředí bylo upraveno dle potřeb pacienta. Byl přesunut blíže k WC a také byli ostatní spolupacienti i zdravotnický personál informován o klidu na oddělení. Pacient byl poučen, že v případě nemožnosti spánku má právo na hypnotika nebo sedativa dle ordinace lékaře, pacient ale odmítá. Během dne byl pacient aktivní, četl si, bavil se se spolupacienty popř. s rodinou, pokud byla přítomna. Sledoval televizi.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Úprava prostředí proběhla. Ostatní intervence i dlouhodobý cíl nadále pokračují.

Únava (00093)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

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

Určující znaky:

- Snížený výkon
- Ospalost
- Pocit únavy

Související faktory:

- Špatný fyzický stav
- Nedostatek spánku

Priorita: nízká.

Cíl:

- **Dlouhodobý:** vykonávat běžné každodenní činnosti a účastnit se žádoucích aktivit do týdne.
- **Krátkodobý:** zvýšení energie a odstranění únavy do 2 dnů

Výsledná kritéria:

- Pacient měl dostatek času na odpočinek i během dne.
- Pacient využívá konzervaci energie.
- Pacient se snaží dělat denní činnosti dle jeho možností.
-

Ošetřovatelské intervence:

- Vyslechni, co podle názoru pacienta způsobuje únavu a co ji zmírňuje (sestra).
- Ptej se na změny životního stylu (sestra, lékař).
- Povšimni si rozložení energie během dne (sestra).
- Plánuj péči tak, aby měl pacient dostatek času k nerušenému odpočinku (sestra, lékař).
- Povzbuď nemocného, aby sám prováděl vše, co je v jeho silách (sestra, ošetřovatelka).
- Seznam pacienta s metodami konzervace energie (sestra).

Realizace:

Pacient byl poučen o konzervaci energie, kdy mu bylo doporučeno, aby místo stání seděl, ve sprše si sednou a umyl se v sedě, nebo také aby se předem připravil na určitou činnost a měl tak vše při ruce. Nemocný se snažil pravidelně odpočívat. Pacient nám uvedl, jaké změny zde v nemocnici vedou ke změně jeho životního stylu. Péče byla u pacienta prováděna převážně dopoledne, odpoledne mohl nemocný odpočívat. Také rozložení energie bylo ráno větší než odpoledne.

Hodnocení po dvou dnech:

Krátkodobý cíl byl částečně splněn. Nepodařilo se zvýšit energii u klienta, ale únava již není taková jako při přijetí. Dlouhodobý cíl a ostatní ošetřovatelské intervence i nadále trvají.

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- Uvádí obavy
- Uvádí únavu

Související faktory:

- Oddělení od podpůrného systému v potencionálně stresující situaci

Priorita: nízká.

Cíl:

- **Dlouhodobý:** pacient bude mít zmírněný strach do 5 dnů
- **Krátkodobý:** pacient bude mluvit o strachu do 24 hodin

Výsledná kritéria:

- Pacient má dostatek potřebných informací do 30 minut.
- Pacient si uvědomuje příčinu strachu do 1 hodiny.
- Pacient umí popsat svůj strach do 1 hodiny.

Ošetřovatelské intervence:

- Sleduj tělesné projevy strachu, fyziologické funkce a chování (sestra).
- Naslouchej pacientovi, aktivně naslouchej jeho obavám (sestra).
- Pátrej po známkách deprese (sestra).
- Buď pacientovi na blízku (sestra).
- Přistupuj k pacientovi empaticky a vlídně (všichni zdrav. pracovníci).
- Poskytni pacientovi dostatek informací (sestra, lékař).
- Dej pacientovi prostor pro případné otázky (sestra, lékař).

Realizace:

Na pacientovi byly známy projevy strachu, kdy byl nervózní a stále čekal na přítomnost personálu. Známky deprese na pacientovi nebyly známy a stále jsme byly pacientovi na blízku. Otázky ohledně jeho zdravotního stavu a další podrobnosti byly pacientovi řečeny okamžitě sestrou či lékařem. Vždy byl prostor na pacientovy dotazy. Pacient byl otevřený a tak jsme všichni naslouchali jeho obavám a uklidňovali jej, popřípadě vše uvedli na pravou míru.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl a ošetřovatelské intervence zatím probíhají.

Celkové zhodnocení ošetřovatelské péče

V rámci lékařské terapie a ošetřovatelské péče se stav pacienta zlepšil. Pacient byl plně informován o svém zdravotním stavu, důležitosti výživy a o prognóze svého onemocnění. S pacientem se podařilo navázat dobrý a důvěryhodný vztah. Stanovili jsme si ošetřovatelské diagnózy a pomocí určení intervencí jsme je realizovali. Bolest u pacienta byla zmírněna na nižší stupeň, ovšem dlouhodobý cíl nemohl být splněn, vzhledem k dlouhodobé hospitalizaci z důvodu plánované operace a nutnému pokračování v intervenci. V péči a soběstačnosti v oblasti hygieny je nutné nadále pokračovat v intervencích ke splnění cílů. Avšak pacient je velmi snaživý a dělá pokroky.

Byla také provedena edukace pacienta. Pacient hodnotí velmi kladně přístup ošetřujícího personálu.

3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro všeobecné zdravotní sestry a další zdravotnický personál:

- Být pacientovi oporou, snažit se získat důvěru pacienta.
- Respektovat nemocného jako individuální jednotku, přistupovat k němu s empatií, odpovídat na všechny jeho otázky a poskytovat mu dostatek srozumitelných informací o dané problematice.
- Nepodceňovat sebemenší příznaky onemocnění.
- Vyhradit si na pacienta dostatek času.
- Dbát o psychiku pacienta.
- Trvale zvyšovat znalosti, dovednosti a odbornou kvalifikaci všeobecná sestra.
- Klást důraz na kvalitu ošetřovatelské péče.
- Povzbuzovat pacienta k aktivitám, ale zároveň dbát, aby se neunavil.
- Poskytnout pacientovi úsměv, porozumění a pochvalu.
- Zapojovat rodinu a příbuzné do procesu uzdravování a obnovování zdraví.
- Dodržovat práva pacientů.

Doporučení pro pacienta:

- Přizpůsobit a dodržovat přiměřený denní režim, naplánování většiny aktivit podle své individuální kondice.
- Dodržovat zásady správné životosprávy.
- Nebát se hledat podporu v rodině, u přátel nebo psychologa.
- Navázat kontakt s lidmi se stejným onemocněním.
- Naučit se otevřeně hovořit o svých problémech se svými nejbližšími, psychologem, osobami se stejným onemocněním.
- Pořídit si WC karty, aby si mohl odskočit kdykoliv a kamkoliv, bez nutnosti čekání či nákupu.

Doporučení pro rodinu:

- Rodina by měla pacienta co nejvíce motivovat, poskytnout mu podporu, lásku a pocit bezpečí.

- Rodina by pacientovi měla dát pocit, že v tomto nelehkém období v tom není sám.
- Nevyřazovat pacienta ze společenského a rodinného života.
- Podpora, aby pacient cítil, že je stále plnohodnotným a důležitým členem rodiny.
- Pomáhat pacientovi v úkonech, které sám nezvládá ale zároveň podporovat soběstačnost pacienta.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou onemocnění Crohnovy choroby. Cílem bylo zjistit co nejvíce ucelených informací o Crohnově chorobě a seznámit zdravotníky a laickou veřejnost s tímto tématem. Zároveň zlepšit a zkvalitnit ošetřovatelský proces o takto nemocné pacienty.

V dnešní době se stále více objevují zprávy o Crohnově nemoci a také přibývá nemocných s touto diagnózou. Je ovšem někdy zarážející, že i kvalifikovaný zdravotnický personál nezná alespoň základní údaje o této chorobě. Ale když se na to podíváme z druhé stránky, není se čemu divit. Crohnova choroba neprobíhá vždy stejně, začátek onemocnění, tedy první ataka nemusí být vždy jednoznačná. Mohou se objevit extraintestinální obtíže, které jsou mnohdy určeny jiné diagnóze, než právě Crohnově chorobě.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat medicínskou a ošetřovatelskou problematiku u klienta s Crohnovou chorobou. Cíl pokládáme za splněný. O problematice Crohnovy choroby jsme se dozvěděli spoustu zajímavých a nových informací. Studováním odborné literatury jsme získali nebývalý pohled na tuto problematiku.

V první části se nachází teoretické poznatky jako charakteristika, historie, epidemiologie, příčiny, klinický obraz, diagnostika, léčba, komplikace a prognóza onemocnění. Druhá část je věnována komplexnímu ošetřovatelskému procesu. U pacienta s diagnózou Crohnova choroba byla odebrána celková anamnéza a získané informace byly použity pro stanovení aktuálních a potencionálních diagnóz. Následně byly diagnózy rozpracovány do fází ošetřovatelského procesu. Byl stanoven cíl, priorita, výsledná kritéria, plán intervencí, realizace a hodnocení. Pacienti jsou jedinečné osobnosti, proto je nezbytné ke každému z nich přistupovat individuálně s ohledem na jeho potřeby. Na závěr byla zpracována doporučení pro praxi určená pro zdravotníky a pro rodinné příslušníky.

Problematika Crohnovy choroby není zcela vyřešena a neustále se objevuje spousta nových a potřebných informací k péči o tyto pacienty. Všichni by se měli snažit o co nejkvalitnější péči a popřípadě návrat nemocných do běžného života.

Bakalářská práce byla napsána jako možný informační zdroj pro zdravotníky, rodinné příslušníky, studenty a všechny, kteří mají zájem si své poznatky o problematice onemocnění Crohnovy choroby více prohloubit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje a časopisy:

BAYLESS, Theodore M. *Advanced therapy in inflammatory bowel disease*. Third edition. Oxford: Oxford University Press, 2008, 1 online resource (443 pages). ISBN 9781607952176.

BORTLÍK, Martin et al., Doporučení pro podávání biologické terapie u idiopatických střevních zánětů: 2. vydání. *Gastroenterologie a hepatologie*, 2012, roč. 66, č. 1, s. 12-22. ISSN: 1804-7874.

ČERMÁKOVÁ, Jitka. *Zásady stravování u pacientů s Crohnovou chorobou*. *Sestra,* 2009, roč. 19, č. 9, s. 37. ISSN: 1210-0404.

ČERVENKOVÁ, Renata a Odborná spolupráce Milan LUKÁŠ. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 174 s. ISBN 978-807-2626-007.

DIGNASS, Axel Uwe (ed.), GOEBELL, Harald (ed.). *Inflammatory bowel disease: an update on its etiopathogenesis, clinical presentation and treatment.* Oxford : Blackwell Publishing, 2004.

DÍTĚ, Petr. *Farmakoterapie v gastroenterologii: klinické souvislosti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 262 s. ISBN 978-807-2627-042.

EHRMANN, Jiří, KONEČNÝ, Michal. *Diagnostika a léčba idiopatických střevních zánětů*. Medicína pro praxi, 2011, roč. 8, č. 10, s. 435-437. ISSN: 1214-8687.

HUDÁKOVÁ, Zuzana., NOVYSEDLÁKOVÁ, Mirka.: *Edukácia pacienta pri Crohnovej chorobe.* In Sborník z mezinárodní konference Jihlavské zdravotnícke dny 2011. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011, 747 s. ISBN: 978-80-87035-37-5.

Jewell PD. Crohn´s disease. Medicine 2008; 35: 283–289.

JURGOŠ, L´ubomír et al. *Gastroenterológia.* 1.vyd. Bratislava: Veda vydavatel´stvo Slov.akedémie vied, 2006, 688 s. ISBN 80-224-0893-X.

KOHOUT, Pavel. *Guidelines pro diagnostiku idiopatických střevních zánětů*. Lékařské listy, 2011, roč. 2011, č. 13 Speciál, s. 7-9.

KOHOUT, Pavel et al. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 2004, 174 s. ISBN 80-734-5023-2.

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Forsapi, c2006, 80 s. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 80-903-8200-2.

LOUISE LANGMEAD, Peter Irving. *Inflammatory bowel disease*. Oxford: Oxford University Press, 2008. ISBN 978-019-1552-250.

LUKÁŠ, Milan a Odborná spolupráce Milan LUKÁŠ. *Idiopatické střevní záněty: nejistoty, současné znalosti a klinický přístup*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998, 359 s. ISBN 80-858-2479-5.

LUKÁŠ, Milan. Idiopatické střevní záněty a kolorektální karcinom. Nové souvislosti a další perspektivy. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*, 2006, Roč. 60, č. 3, s. 113-118. ISSN: 1213-323X.

LUKÁŠ, Milan. *Současnost a budoucnost v léčbě Crohnovy nemoci.* Gastroenterologie a hepatologie, 2013, roč. 67, č. 4, s. 306-312. ISSN: 1804-7874.

LUKÁŠ, Karel a Jiřina ŠATROVÁ. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci: klinické souvislosti*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004, 87 s. ISBN 80-725-4473-X.

MAREK, Josef. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 777 s. ISBN 978-802-4726-397

MAREK, Josef. *Ošetřovatelské diagnózy: definice*. 1. české vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2013, 550 s. ISBN 978-802-4743-288.

MITROVÁ, Katarína. *Zánětlivá střevní onemocnění u dětí*. Pediatrie pro praxi, 2012, roč. 13, č. 6, s. 388-390. ISSN: 1213-0494.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978 80-7345-202-5.

ZBOŘIL, Vladimír. *Mikroflóra trávicího traktu: klinické souvislosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 153 s. ISBN 80-247-0584-2.

ZBOŘIL, Vladimír. *Crohnova choroba*. Interní medicína pro praxi, 2008, roč. 10, Suppl. B, s. 54-65. ISSN: 1212-7299.

Seznam příloh:

Příloha A – Barthelův test …….. I

Příloha B – Fotografie z enteroklýzy ……. II

Příloha C – Rešerše ……..…….. III

Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů ……..….. VI

Příloha A – Barthelův test

Barthelův test základních všedních činností

(ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:……

Datum narození pacienta (věk): ……..

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	**Příjem potravy a tekutin**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	**Oblékání**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	**Koupání**	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	**Osobní hygiena**	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	**Kontinence moči**	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	**Kontinence stolice**	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	**Použití WC**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	**Přesun lůžko – židle**	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	**Chůze po rovině**	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	**Chůze po schodech**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
	Celkem		

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

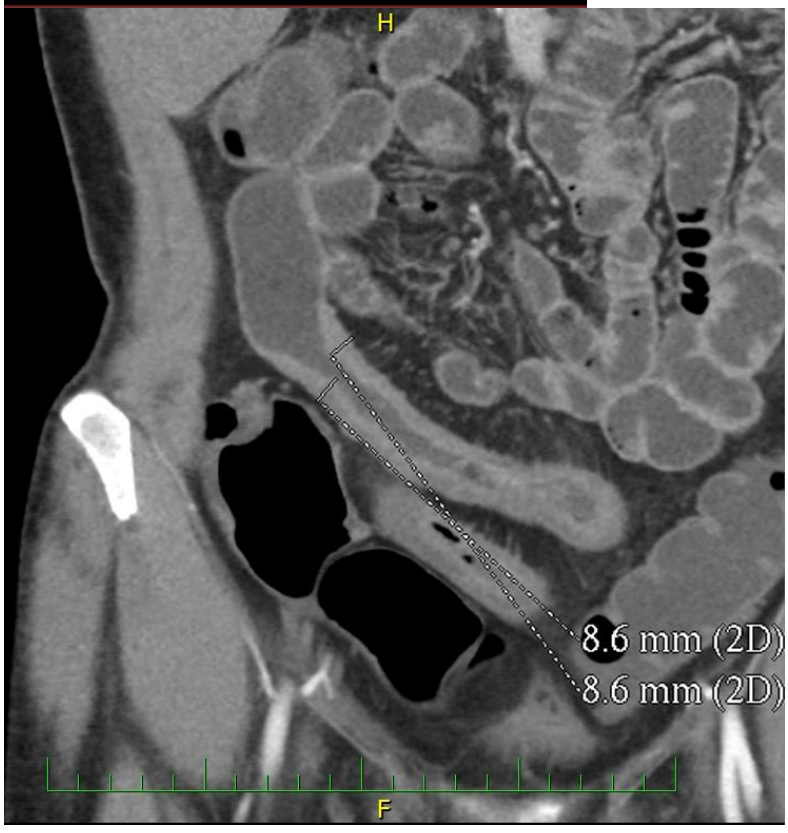
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností

Příloha B – Fotografie z enteroklýzy



Zdroj: Dokumentace pacienta

Příloha C – Rešerše

Národní lékařská knihovna v Praze
Sokolská 54, 121 32 Praha 2
Informační služba: nml@nlk.cz

Téma: Ošetřovatelský proces u klienta s Crohnovou chorobou
Klíčová slova: Crohnova choroba, průjem, zánětlivé onemocnění, IBD
Časové vymezení: 2004-2014
Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština
Druhy dokumentů: knihy, články
Prohledávané zdroje: Národní lékařská knihovna, Národní knihovna Praha

BAYLESS, Theodore M. *Advanced therapy in inflammatory bowel disease*. Third edition. Oxford: Oxford University Press, 2008, 1 online resource (443 pages). ISBN 9781607952176.

BORTLÍK, Martin et al., Doporučení pro podávání biologické terapie u idiopatických střevních zánětů: 2. vydání. *Gastroenterologie a hepatologie*, 2012, roč. 66, č. 1, s. 12-22. ISSN: 1804-7874.

ČERMÁKOVÁ, Jitka. *Zásady stravování u pacientů s Crohnovou chorobou*. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 9, s. 37. ISSN: 1210-0404.

ČERVENKOVÁ, Renata a Odborná spolupráce Milan LUKÁŠ. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 174 s. ISBN 978-807-2626-007.

DIGNASS, Axel Uwe (ed.), GOEBELL, Harald (ed.). *Inflammatory bowel disease: an update on its etiopathogenesis, clinical presentation and treatment.* Oxford : Blackwell Publishing, 2004.

DÍTĚ, Petr. *Farmakoterapie v gastroenterologii: klinické souvislosti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 262 s. ISBN 978-807-2627-042.

EHRMANN, Jiří, KONEČNÝ, Michal. *Diagnostika a léčba idiopatických střevních zánětů*. Medicína pro praxi, 2011, roč. 8, č. 10, s. 435-437. ISSN: 1214-8687.

HUDÁKOVÁ, Zuzana., NOVYSEDLÁKOVÁ, Mirka.: *Edukácia pacienta pri Crohnovej chorobe.* In Sborník z mezinárodní konference Jihlavské zdravotnícke dny 2011. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011, 747 s. ISBN: 978-80-87035-37-5.

Jewell PD. Crohn´s disease. Medicine 2008; 35: 283–289.

JURGOŠ, L´ubomír et al. *Gastroenterológia.* 1.vyd. Bratislava: Veda vydavatel´stvo Slov.akedémie vied, 2006, 688 s. ISBN 80-224-0893-X.

KOHOUT, Pavel. *Guidelines pro diagnostiku idiopatických střevních zánětů*. Lékařské listy, 2011, roč. 2011, č. 13 Speciál, s. 7-9.

KOHOUT, Pavel et al. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 2004, 174 s. ISBN 80-734-5023-2.

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Forsapi, c2006, 80 s. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 80-903-8200-2.

LOUISE LANGMEAD, Peter Irving. *Inflammatory bowel disease*. Oxford: Oxford University Press, 2008. ISBN 978-019-1552-250.

LUKÁŠ, Milan a Odborná spolupráce Milan LUKÁŠ. *Idiopatické střevní záněty: nejistoty, současné znalosti a klinický přístup*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998, 359 s. ISBN 80-858-2479-5.

LUKÁŠ, Milan. Idiopatické střevní záněty a kolorektální karcinom. Nové souvislosti a další perspektivy. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*, 2006, Roč. 60, č. 3, s. 113-118. ISSN: 1213-323X.

LUKÁŠ, Milan. *Současnost a budoucnost v léčbě Crohnovy nemoci.* Gastroenterologie a hepatologie, 2013, roč. 67, č. 4, s. 306-312. ISSN: 1804-7874.

LUKÁŠ, Karel a Jiřina ŠATROVÁ. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci: klinické souvislosti*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004, 87 s. ISBN 80-725-4473-X.

MAREK, Josef. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 777 s. ISBN 978-802-4726-397

MAREK, Josef. *Ošetřovatelské diagnózy: definice*. 1. české vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2013, 550 s. ISBN 978-802-4743-288.

MITROVÁ, Katarína. *Zánětlivá střevní onemocnění u dětí*. Pediatrie pro praxi, 2012, roč. 13, č. 6, s. 388-390. ISSN: 1213-0494.

ZBOŘIL, Vladimír. *Mikroflóra trávicího traktu: klinické souvislosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 153 s. ISBN 80-247-0584-2.

ZBOŘIL, Vladimír. *Crohnova choroba*. Interní medicína pro praxi, 2008, roč. 10, Suppl. B, s. 54-65. ISSN: 1212-7299.

Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů

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

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

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

Příjmení a jméno studenta	**Ondřej Machala, DiS.**	
Studijní obor	**Všeobecná sestra**	Ročník: **3.CVS**
Téma práce	**Ošetřovatelský proces u klienta s Crohnovou chorobou**	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	**.Botíkovi s.r.o. ,**	
Jméno vedoucího práce	**MUDr. Martin Botík**	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ○ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ⊗ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	⊗ souhlasím ○ nesouhlasím podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetřovatelskou péči	⊗ souhlasím ○ nesouhlasím podpis	

V ZÁBŘEHU dne 16.3.2015

.....
podpis studenta