

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S CROHNOVOU CHOROBOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PAVLÍNA FENCLOVÁ

Praha 2016

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S CROHNOVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

PAVLÍNA FENCLOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2016



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

Fenclová Pavlína
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

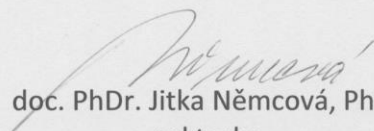
Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 03. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

Comprehensive Nursing Process in a Patient with Crohn's Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda chtěla poděkovat paní PhDr. Janě Hlinovské, PhD., za její velmi cenné rady, odborné připomínky a čas, které mi byla ochotná poskytnout v průběhu psaní této práce.

ABSTRAKT

FENCLOVÁ, Pavlína. *Ošetrovatelský proces pacienta s Crohnovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha. 2016. 78 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces s Crohnovou chorobou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na medicínskou a ošetrovatelskou oblast Crohnovi choroby. Hlavní pilířem je charakteristika Crohnovi choroby, epidemiologie, etiologie, průběh, klinický obraz, komplikace, diagnostika, léčba a specifika ošetrovatelské péče. Praktická část zahrnuje kompletně vypracovaný ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta ve všech pěti krocích. Systém zhodnocení a sestavení ošetrovatelských diagnóz praktické části je provedena pomocí ošetrovatelských domén NANDA International 2012-2014. Pro zpracování byla použita metoda koncepčního modelu podle Marjory Gordon.

Klíčová slova: Crohnova choroba. Etiologie. Ošetrovatelský proces. Pacient. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

FENCLOVÁ, PAVLÍNA. Comprehensive Nursing Process in a Patient with Crohn's Disease. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Prague. 2016. 78 pages.

The theme of this bachelor thesis is the nursing process in patients with Crohn's disease. The work is divided into the theoretical and the practical part. The theoretical part deals with the medical and nursing process of Crohn's disease. The main pillar is the characteristics of Crohn's disease, epidemiology, etiology, the course of illness, the clinical picture, complications, diagnosis, treatment and the specifics of nursing care. The practical part includes a complete elaborated nursing process in a specific patient in all five steps. The system of evaluation and compilation of nursing diagnoses in the practical part has been realized with the help of nursing domains NANDA International 2012-2014. The processing method used was the conceptual model by Marjory Gordon.

Key words:

Crohn's disease. Etiology. Nursing process. Patient. General nurse.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	12
1 CROHNOVA CHOROBA.....	14
1.1 EPIDEMIOLOGIE	15
1.2 ETIOLOGIE	16
1.3 FORMY CROHNOVY CHOROBY	17
1.4 SKÓROVACÍ SYSTÉM V HODNOCENÍ TÍŽE CROHNOVY CHOROBY.....	17
2 PRŮBĚH A FÁZE CROHNOVY CHOROBY.....	19
3 KLINICKÝ OBRAZ	21
4 DIAGNOSTIKA	24
4.1 ANAMNÉZA A FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	24
4.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	24
4.3 KONTRASTNÍ RENTGENOVÉ A ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ.....	25
4.4 ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ.....	26
5 LÉČBA.....	28
5.1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA	28
5.2 BIOLOGICKÁ LÉČBA.....	31
5.3 PODPŮRNÁ LÉČBA	32
5.4 CHIRURGICKÁ LÉČBA	34
6 KOMPLIKACE CROHNOVY CHOROBY	36
6.1 LOKÁLNÍ STŘEVNÍ KOMPLIKACE.....	36
7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBOU	38

8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU	41
ZÁVĚR.....	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI - body-mass index

CRP - C-reaktivní protein

CT - počítačová tomografie

CŽK - centrální žilní katetr

ERCP - endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie

IBD - inflammatory bowel disease

MR - magnetická rezonance

PŽK - periferní žilní katetr

RTG - rentgen

TBL – Tablety

TNF - tumor necrosis factor

(VOKURKA, 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Anastomóza – přirozené spojení mezi dvěma cévami

Anemie - chudokrevnost

Anorektum – společné označení konečníku a řiti

Arthritis – zánět kloubu

C – reaktivní protein – bílkovina přítomná v krvi

Celiakie – porucha střevního vstřebávání

Dysfagie – ztížené polykání

Enteroragie – krvácení ze střeva

Flegmóna - neohraničený hnisavý zánět

Granulomatózní – výskyt granulomu

Idiopatické – bez známek příčiny

Ileózní – týkající se neprůchodnosti střevní

Infiltrát – nahromadění zánětlivých buněk

Intermitentní – přerušovaný

Iritis – zánět duhovky

Luminální – týkající se průsvitu dutého orgánu

Malasimilace – porucha využití živin

Malnutrice - podvýživa

Metylcelulóza - Methyllester celulósy

Odynofagie – bolestivé polykání

Perianální – v okolí řiti

Píštěl – abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a povrchem

Rekurence – opětovné objevení nemoci

Relaps – opětovné objevení příznaků nemoci

Sideropenie – nedostatek železa v organismu

Steatóza - ztukovění

Stenóza – abnormální zúžení

Subileózní – stav částečné střevní neprůchodnosti

Transmurální – procházející celou stěnou

(VOKURKA, 2009)

ÚVOD

Téma této bakalářské práce je „Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou“. Toto téma jsme si zvolili proto, že v dnešní době vyvolává tento druh onemocnění stále více otázek týkajících se možných příčin vzniku tohoto onemocnění. Přesná příčina onemocnění je stále nejasná, i přesto, že rozvoj moderní medicíny je stále rychlejší. Jsou ovšem známy přispívající faktory, které mohou mít za následek vznik tohoto onemocnění. Crohnova choroba postihuje v dnešní době stále více lidí bez ohledu na jejich věk, a proto se stává i více diskutovaným tématem. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část a stanovili jsme si celkem čtyři cíle.

Cíl 1: V teoretické části jsme si určili cíl zpracovat problematiku Crohnovy choroby. Jedná se především popsání charakteristiky, epidemiologie, etiologie, průběhu, klinického obrazu, možných komplikací, diagnostiky a léčby.

Cíl 2: Dále jsme si zadali za cíl v rámci teoretické části popsat specifika ošetrovatelské péče u pacient u něhož byla Crohnova choroba diagnostikována.

Cíl 3: V praktické části budeme zpracovávat vypracovaný ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta s Crohnovou chorobou ve všech pěti krocích. Systém zhodnocení a sestavení ošetrovatelských diagnóz praktické části provedeme pomocí ošetrovatelských domén NANDA International 2012-2014. Jako metodu pro zpracování praktické části použijeme koncepční model ošetrovatelského procesu podle Marjory Gordon.

Cíl 4: Jako poslední cíl jsme si zadali vypracovat edukační kartu pro pacienta s onemocněním Crohnovou chorobou se zaměřením na možné komplikace.

Vstupní literatura

1. NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. ISBN 978-80-904955-9-3.
2. BUREŠ, J., HORÁČEK, J., MALÝ, J., et al., 2014a. *Vnitřní lékařství*. Díl 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-145-2.
3. ČERVENKOVÁ, R., 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly využity pro tvorbu této práce, proběhlo v časovém období květen 2015 až leden 2016. Pro vyhledávání bylo použito elektronických databází a katalogů Středočeské vědecké univerzity, Jednotné informační brány, Bibliographica medica Czechoslovaca, Google Scholar a EBSCO.

Jako klíčová slova byla zvolena českém jazyce: Crohnova choroba, Crohnova nemoc, Nespecifické střevní záněty, Onemocnění střev, Ulcerózní kolitida. V anglickém jazyce byly těmito slovy: Crohn´s disease, Nonspecific intestinal inflammations, Bowel disease, Ulcerative colitis.

Hlavní kritérium pro zařazení literatury do zpracování této práce byly zejména knihy, vysokoškolské práce, články a příspěvky ve sbornících, které přímo souvisejí se zkoumanou problematikou v časovém období 2005 až 2015.

Vyřazovací kritérium bylo především nekompatibilita publikačních zdrojů, které se dotýkaly problematice okrajově, nebo se jednalo o zdroje, které měly nízkou odbornou hodnotu, popřípadě se jednalo o prameny s duplicitní hodnotou.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito celkem 32 relevantních zdrojů. Z toho se jednalo o 19 knižních publikací, 9 článků z odborných periodik a 4 článků v rámci internetových zdrojů.

1 CROHNOVA CHOROBA

Jak již název této bakalářské práce napovídá, je potřeba se nejprve teoreticky opřít o to, co Crohnova choroba vlastně je, což znamená pokusit se ji nejprve několika definicemi charakterizovat. Začneme v první řadě vyjádřením profesora Bureše, který píše, že „Crohnova nemoc je charakterizována transmurálním granulomatózním zánětem, s tendencí k vytváření píštělí a striktur. Nejčastěji je Crohnovou nemocí postiženo současně tenké a tlusté střevo (40%), pouze tlusté střevo (25%). Izolované postižení anorekta je vzácné (3 - 5%). Velmi vzácně mohou být postiženy i jiné úseky gastrointestinálního traktu (žaludek, duodenum, jícen, ústa)“ (BUREŠ, 2014a s. 409).

Pokračujme nyní další definicí docenta Lukáše, který nemoc charakterizuje takto: „Crohnova choroba je granulomatózní a transmurální zánět postihující segmentárně nebo plurisegmentárně kteroukoliv část trávicí trubice. Jde o onemocnění neznámé etiologie a neúplně prozkoumané patogeneze. Choroba probíhá chronicky s obdobími zhoršení (relapsů) a zklidnění (remisí) zánětů a je medikamentózně i chirurgicky nevyлéčitelná“ (LUKÁŠ, 2004, s. 17).

Hledání správné definice je velmi obtížné, i když se autoři v mnohém shodují. V současné době všeobecná shoda nepanuje, a tak se mnozí autoři mohou stavět k této problematice různě. Důležité je ovšem také, kam chorobu zařadit. Řadíme ji mezi takzvané idiopatické střevní záněty (ISZ), známé také pod zkratkou IBD, která znamená Inflammatory Bowel Diseases. Idiopatické střevní záněty jsou charakteristické tím, že postihují střevo zánětem, avšak stále nejsou jasné etiologie (ČERVENKOVÁ, 2009).

Mezi idiopatické střevní záněty řadíme především námi zkoumanou Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. Mají některé rysy společné a najdeme je v genetické a imunologicko-patologické oblasti. Jedná se například o podobnost ve výskytu průjmů, přičemž na rozdíl od Crohnovy choroby, kterou spíše nedoprovází průjem, je v případě ulcerózní kolitidy průjem velmi častý.

Vyskytuje se v obou případech, pouze s odlišnou intenzitou. Další podobnost můžeme nalézt v přítomnosti krve ve stolici, ovšem opět s různou intenzitou. V případě Crohnovy choroby je výskyt méně častý. Posledním příkladem je samotná distribuce, která je v případě ulcerózní kolitidy pouze v tlustém střevě, zatímco Crohnovou chorobou je tlusté střevo také velmi často postiženo, nicméně vyskytuje se hojně v tenkém střevě (BUREŠ, 2014a).

Velmi důležité je ovšem zmínit také rysy, které tyto nemoci zřetelněji odlišují. Jak již bylo zmíněno výše, tak ulcerózní kolitida postihuje především tlusté střevo. To může postihnout v různém rozsahu, není ovšem výjimkou, že může postihnout i konečník. Zánět se šíří spíše na povrchu sliznice, na druhou stranu někdy může postihnout i podslizniční struktury. To ovšem závisí na průběhu onemocnění (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.1 EPIDEMIOLOGIE

Výskyt Crohnovy choroby není v České republice nijak ojedinělý. Alarmující je výskyt Crohnovy choroby, který se v České republice pohybuje v počtu 4 až 6 nově zachycených případů na 100 000 obyvatel (PELCOVÁ, 2015).

Onemocnění se velmi často objeví poprvé mezi 15. až 40. rokem. Druhý, ovšem nižší vrchol propuknutí Crohnovy choroby, je mezi 55. a 65. rokem. Přibližně 15% pacientů s Crohnovou chorobou má ve svém okolí příbuzného s idiopatickým střevním zánětem. Přítomnost Crohnovy choroby u jednovaječných dvojčat bývá ve 40 % případů (BUREŠ, 2014a), (KLENER, 2011).

Další velkou roli hrají také geografické parametry. Mnohem častěji se Crohnova choroba vyskytuje na severu než na jihu, běžnější je u obyvatel žijících ve městě než na venkově. Její výskyt je vyšší u bělošského obyvatelstva než u černošského nebo asiatského. Incidence a prevalence je proměnlivá a navzájem se ovlivňující na základě geografické, sociální a ekonomické příslušnosti (LUKÁŠ, 2001), (LUKÁŠ, 2011).

„Crohnova nemoc je – podobně jako ulcerózní kolitida - častá v Evropě, USA, Kanadě a Austrálii. Incidence (nyní 5-10/ 100 000 obyvatel) a prevalence (nyní 70-100/ 100 000 obyvatel) se v posledních 30 letech zdvojnásobily. V rozvojových zemích je Crohnova nemoc vzácná“ (BUREŠ, 2014a, s. 409).

1.2 ETIOLOGIE

Přesná příčina vzniku Crohnovy choroby je do dnešní doby nejasná i přes ohromný vývoj jejího zkoumání. Můžeme ji zařadit do multifaktoriálních onemocnění. Faktory, které ve velké míře přispívají k jejímu vzniku, patří mezi genetické, imunitní a zevní. Je zde velmi důležité podotknout, že vyvolávající aspekty pro proces zánětlivého charakteru jsou střevní bakteriální flóra a produkty bakteriálního metabolismu. Na tyto jmenované aspekty reaguje střevní imunitní systém poruchou regulace u osob, které k tomu mají genetické předpoklady. V důsledku těchto jmenovaných aspektů může nastat rozvoj akutního či chronické zánětu na střevní sliznici (KLENER, 2011).

Faktory patřící mezi zevní mají nezanedbatelnou možnou úlohu na vzniku Crohnovy choroby. Řadíme sem zejména potraviny, např. kravské mléko, kukuřičný škrob, cukr, ovoce, obiloviny, zeleninu a alkohol. Dále to mohou být zubní pasty a obecně chemické látky přidávající se do potravin. Z familiárních ukazatelů se často poukazuje na aspekt genetických vlivů. Ovšem nesmíme zapomenut i na vliv psychosomatických faktorů (KLENER, 2011).

Vliv na vznik choroby má také antimikrobiální léky z důvodu nadměrného užívání antibiotik a chemoterapeutik v porovnání s obdobím před druhou světovou válkou. Dalším významným aspektem je stres, který je velmi podstatným rizikovým faktorem a dále pracovní vytíženost. Dlouhodobý stres může mít za následek změnu imunitního systému ve schopnosti reagovat na každodenní podněty. Přílišná čistota má z hlediska výzkumu Crohnovy choroby význam v tom, že se na jedné straně velmi snížilo riziko infekcí, ale na straně druhé tato skutečnost naopak zase výrazně ovlivňuje snížení imunitního systému člověka (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.3 FORMY CROHNOVY CHOROBY

Forma zánětlivá – luminální - zde se jedná o průjem dlouhodobého charakteru, bolest v oblasti podbříšku nebo v pravém dolním kvadrantu, ztráta tělesné hmotnosti, únava, subfebrilie až febrilie a malabsorbce.

Forma stenozující - zde se objevují striktury, které jsou původcem této formy. Striktury jsou jasnou a typickou komplikací Crohnovy choroby. Právě přítomnost striktur představuje důsledek dlouhodobého zánětu, který se může objevit v kterékoli oblasti trávicího ústrojí. Striktury se velmi často vyskytují po operaci přímo v anastomóze po resekci. Problém nastává, pokud se striktury stávají méně průchodnými, což se projeví především bolestmi křečovitého charakteru, vzedmutím břicha a zástavou odchodu plynů a stolice.

Forma fistulující - zde hraje hlavní roli především vznik abscesů, které mohou být zdrojem infekce a píštělí. Píštěle narušují tkáň a pronikají do okolní tkáně. Jejich vlastností je velká rezistence na konzervativní léčbu (KLENER, 2011).

1.4 SKÓROVACÍ SYSTÉM V HODNOCENÍ TÍŽE CROHNOVY CHOROBY

Samotné odlišení tíže a aktivity onemocnění je i v dnešní praxi velmi obtížné. Pokud je aktivita onemocnění vysoká (velké postižení střeva zánětem), neznamená to ihned značné subjektivní obtíže či klinické projevy. Například stav po resekci může znamenat tíži pro nemocného, i když samotná aktivita onemocnění může být nízká. K posouzení tíže Crohnovy choroby se v praxi užívají různé indexy, které obsahují subjektivní údaje, a dále klinické a laboratorní nálezy. Nejčastěji využívaný je Bestův index (CDAI), který v sobě zahrnuje jak tíži, tak i aktivitu onemocnění. Zmiňovaný index se zaměřuje na počet stolic, přítomnou bolest či hmatnou rezistenci v abdominální oblasti, změny tělesné hmotnosti se zaměřením na hubnutí, hematokrit, subjektivní vnímání zdraví a přítomné komplikace (BUREŠ, 2014a).

Hodnocení aktivity onemocnění CDAI se provádí pomocí bodů podle Svitkovské (2014) a to na:

Nízká aktivita onemocnění - CDAI 150 až 220 bodů znamená, že nemocný je zcela soběstačný, chodící, neobjevují se bolesti ani hmatná rezistence a hmotnost neklesla o 10%, není přítomná obstrukce, hodnoty CRP jsou lehce zvýšené.

Střední aktivita onemocnění - CDAI 220 až 450 bodů - objevuje se více než 10% ztráta tělesné hmotnosti, abdominální palpační citlivost, obstrukce střeva nebývá přítomná, CRP je vysoké.

Vysoká aktivita onemocnění - CDAI více než 450 bodů. U nemocných se objevuje kachexie, obtížné zvládnutí klinických obtíží i přes nasazenou léčbu, příznaky abscesu, hodnoty CRP jsou vysoké.

2 PRŮBĚH A FÁZE CROHNOVY CHOROBY

Jedním z negativních faktorů je její rychlý průběh. V počátcích onemocnění se nejprve na střevě objevují změny, které jsou zpravidla zánětlivého původu. Postupem času vedou tyto projevy například k zúžení střev. Pokud se následně neléčí, komplikace mohou postoupit dále do okolního prostoru. To může mít za následek vznik tzv. infiltrátů, popřípadě abscesů v blízkosti střev. Prozatím je jediným adekvátním řešením těchto potíží zpravidla operace. Zde můžeme nalézt přímou souvislost s tím, že u pacientů, u nichž byla Crohnova choroba diagnostikována, existuje velká pravděpodobnost nutného chirurgického operačního zákroku (PRACOVNÍ SKUPINA PRO NESPECIFICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY, 2010).

Jednotlivé fáze Crohnovy choroby tedy závisí zejména na rozsahu a také aktivitě zánětu. U Crohnovy choroby rozlišujeme první ataku, remisi, relaps, reaktivaci a rekurenci. U některých pacientů má onemocnění vleklý charakter s patrnými objektivními těžšími příznaky, které způsobují potíže i v klidové fázi. Nicméně u větší části nemocných touto chorobou je průběh onemocnění přerušovaný, nebo chronický intermitentní.

První ataka

Choroba se může poprvé projevit nenápadným průjmem, ve kterém může být později viditelná příměs krve. První ataka více než u poloviny pacientů může mít lehčí charakter a existuje zde riziko včasného nerozpoznání nemoci. U části pacientů je průběh velmi těžký a vyžaduje chirurgický výkon v trávící trubici dle lokalizace zánětu již v období první ataky.

Remise

Fáze remise je období zcela bez příznaků a obtíží. Z hlediska endoskopických vyšetření je nález negativní. Fáze remise neznamená, že pacient je zcela vyléčen, jelikož hranice mezi aktivním projevem onemocnění a remisí je velmi malá a je velmi špatně stanovitelná.

Relaps

Toto období je charakteristické opakovaným vzplanutím onemocnění. Období relapsu se značně liší v jednotlivých případech a jeho přesné trvání závisí na mnoha faktorech, především na vhodné léčbě. Období relapsu z hlediska průběhu lze rozdělit na remitující, kdy se vzplanutí objevuje vícekrát než jednou ročně, a na intermitující, kdy mezi relapsy uplyne delší časový interval než jeden rok.

Reaktivace

Pro tuto fázi je typické opakované vzplanutí onemocnění v místě, které již bylo zánětem postiženo. K tomu velmi často dochází po vysazení léků.

Rekurence

V tomto období je pro Crohnovu chorobu typické, že se objektivně objeví zánětlivé změny na ještě nepostižené části střeva po předchozím chirurgickém zákroku, při kterém byla odstraněna všechna zánětlivá ložiska (STREVNÍ-ZANETY, 2016), (LATA, 2010).

3 KLINICKÝ OBRAZ

Klinický obraz je jedním z nejzásadnějších pilířů celkového obrazu Crohnovy choroby. V této části budou nejdříve vymezeny obecné příznaky, a dále jednotlivé oblasti trávicí soustavy. Projevy této choroby jsou velmi odlišné a do jisté míry záleží na tom, v jaké části a v jaké míře. Tyto projevy určují typ farmakologické léčby a do jisté míry i nutnost chirurgické léčby. Poukazují rovněž na prognózu onemocnění.

Obecně jsou pro tuto nemoc typické bolesti břicha převážně stálého či kolikovitého charakteru, průjmy, zvýšené teploty, celková únava a hubnutí. Malnutrice je velmi typickým rysem Crohnovy choroby. Ztráta tělesné hmotnosti bez přítomnosti průjmů je u Crohnovy choroby znakem rozsáhlého zánětlivého postižení. Zde je, dle mého názoru, důležité zmínit, že akutní projevy Crohnovy choroby mohou být nesprávně diagnostikovány a zaměněny s akutní apendicitidou.

Jasná enteroragie není u této nemoci častá, ovšem okultní krvácení do gastrointestinálního traktu je velmi časté. U Crohnovy choroby může být také přítomna anemie, a to z mnoha příčin souvisejících s nemocí (BUREŠ, 2014a). Anemie způsobená ztrátami železa je přítomna u třetiny pacientů s Crohnovou chorobou (KLENER, 2011).

Crohnova choroba postihující oblast ileocékální

V oblasti, kde se tlusté a tenké střevo spojuje, je lokalizace nemoci nejtypičtější. Projevuje se až u 40 % pacientů. Bolest břicha, průjmy a hubnutí jsou typické. Bolesti můžeme charakterizovat jako křečovitě vyskytující se po jídle. Lokalizace bolesti stálého charakteru je v oblasti pravého podbřišku. Průjmy mají velkou souvislost s jídlem a jsou doprovázeny křečovými bolestmi objevujícími se před jídlem či po něm. Dále jsou přítomny slyšitelné střevní zvuky, nadýmání a říhání. Hubnutí je příznak, který úzce souvisí s poklesem přijímání potravy a celkovou zánětlivou aktivitou onemocnění (ČERVENKOVÁ, 2009), (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Crohnova choroba v oblasti tenkého střeva

V této lokalizaci se nemoc projevuje vznikem úzké fibrózní stenózy rozdílné závažnosti nebo vazivových striktur. Typickým klinickým projevem je dyspeptický syndrom, který se projevuje nechutenstvím, nadýmáním, říháním a zvýšených odchodem plynů. Objevují se rovněž známky malnutrice a intermitentní bolesti břicha. Přítomné stenózy mohou způsobit subileózní nebo ileozní stavy. Průjmy zde nejsou typické. Celkové příznaky nemoci v tenkém střevě jsou ztráta tělesné hmotnosti, anemie a proteino – energetické malnutrice. Z hlediska klinického a laboratorního se zde neobjevují známky zánětu (LUKÁŠ, 2013), (BUREŠ, 2014a).

Crohnova choroba tlustého střeva

„Změny na tračníku jsou segmentární, nebo dokonce fokální (nepostihují celý obvod střeva) s charakteristickým nálezem vředovitých defektů, které jsou orientovány v podélné ose střeva na mezenteriální straně střevní stěny. V některých případech jsou zastižitelné hluboké fisurální vředy, které mohou pronikat celou stěnou a dávat vznik píštělím. Devastace sliznice tračníku s regeneráty zachovalé sliznice a hlubokými fisurálními vředy je podstatou rentgenologického obrazu označovaného jako „couble - stones“ (dlažební kostky)“ (LUKÁŠ, 2013, str. 69)

Crohnova choroba postihující oblast tlustého střeva může připomínat Ulcerózní kolitidu. Z klinického hlediska se zde objevují bolesti břicha převážně křečovitého charakteru, které mohou být závislé na vyprazdňování, a objevují se pod pupkem. Dále se mohou objevovat tenesmy a průjmy, často krvavé. Přítomné hnisavé projevy kolem ani mimo-střevní projevy zde nejsou výjimkou. Jedná se např. o záněty kloubů, rohovky, duhovky a také kůže (ČERVENKOVÁ, 2009), (LUKÁŠ, 2013).

Perianální postižení je pro Crohnovu chorobu charakteristické. Jde vlastně o perianální fisury, striktury análního kanálu, píštěle a abscesy. Crohnova choroba v perianální oblasti je velmi často spojena s ileocekální formou onemocnění (BUREŠ, 2014a).

V této oblasti řitního kanálu se mohou objevovat vředy či infiltrované anální papily, které mohou mít za následek vytvoření bolestivých změn v podobě výrůstků v konečníku (ČERVENKOVÁ, 2009).

Crohnova choroba v atypické lokalizaci

Crohnova choroba se může objevit mimo typickou oblast. Jedná se o postižení dutiny ústní, jícnu, žaludku nebo duodenu. Zde bývá nesnadné odlišit vředy způsobené Crohnovou chorobou od vředových chorob v této oblasti, nebo dokonce od malignity. Samotné postižení dutiny ústní a jícnu, žaludku a duodena je ojedinělá. Projevy mohou mít charakter nespecifických dyspeptických obtíží, např. nechutenství nebo pocity plnosti v oblasti nadbříšku. Postižení jícnu se projevuje postupující odynofagií a dysfagií. Crohnova choroba v oblasti žaludku se manifestuje horní abdominální bolestí, kde může nastat problém s poruchou vyprazdňování žaludku. V duodenu se může projevit bolestmi v epigastriu či obstrukcí (KLENER, 2011), (KEIL, 2012), (LATA, 2010).

Crohnova choroba v extraintestinální lokalizaci

Mimo střevní výskyt může řadu měsíců předcházet samotné intestinální symptomatologii a projevy jsou z hlediska nemoci velmi dobrým ukazatelem aktivity onemocnění a je zde někdy obtížně je rozlišit od komplikací. Rozdělujeme je do 3 skupin. První skupina má spojitost s postižením tlustého střeva a přímo souvisí s aktivitou nemoci. Patří sem projevy kožní (např. erythema nodosum a pyoderma gangrenosum), dále kloubní (např. artritida, ankylozující spondylitida) a oční (iritis). Druhá skupina má spojitost s onemocněním tenkého střeva. K tomuto onemocnění se zpravidla přidává ještě malasimilace jako velmi častý doprovodný jev. Do této skupiny patří zejména metabolická kostní nemoc, nedostatek laktázy a cholecystolitiáza. U třetí skupiny extraintestinálních projevů, které jsou specifické při postižení tenkého i tlustého střeva a jsou zcela nezávislá na aktivitě Crohnovy choroby. Do této skupiny spadají hepatobiliární postižení, například jaterní steatóza (BUREŠ, 2014a).

4 DIAGNOSTIKA

„Diagnóza CD musí být komplexní, vycházející z důkladné analýzy anamnestických údajů, v nichž se vedle příznaků střevních zaměřujeme cíleně na mimo střevní příznaky, nejasné febrilie, nejasnou anémii nebo váhový úbytek“ (LATA, 2010, str. 101).

Samotná diagnostika Crohnovy choroby je založena na mnoha vyšetřeních: podrobné anamnéze a fyzikálním vyšetření, laboratorních vyšetření, kontrastním rentgenovém, zobrazovacím vyšetření, ultrazvukovém, ultrasonografickém a endosonografickém vyšetření. Dále endoskopické vyšetření (KOHOUT, 2006), (ČERVENKOVÁ, 2009).

4.1 ANAMNÉZA A FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Počátek samotné diagnostiky začíná podrobnou anamnézou. Jejím výsledkem by měl být ucelený souhrn údajů vyšetřované osoby. Anamnézu rozdělujeme na dvě hlavní části: osobní a rodinnou. To je z hlediska diagnostiky velmi podstatné. Zjišťuje se výskyt nespecifických střevních zánětů v rodině nebo jiné autoimunní choroby, například celiakie. Dále se jedná o farmakologickou anamnézu, alergickou anamnézu, u žen o gynekologickou a u mužů o urologickou anamnézu, sociální anamnézu a abúzy (Hloch, 2016), (LUKÁŠ, 2013).

Fyzikální vyšetření lékařem obvykle následuje po podrobné anamnéze za pomoci pohledu, poslechu, pohmatu a poklepu. Samozřejmou součástí fyzikálního vyšetření je vyšetření per rectum (KOHOUT, 2006).

4.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Vyšetření krve - Při laboratorním vyšetření krve je u nemocných patrná urychlená sedimentace, vyšší hladina bílých krvinek, rozpad krevních destiček, anemie a sideropenie a vysoká hladina C - reaktivního proteinu v séru. Pokud u pacienta došlo k rozvoji malabsorpčního syndromu, dochází v jeho organismu k poruše vstřebávání živin a z hlediska laboratorního vyšetření jsou

patrný nízké hodnoty krevní bílkoviny a celkové výživové hodnoty (KOHOUT, 2006), (KEIL, 2012).

Imunoglobuliny - imunoglobuliny ASCA, PANCA - tyto protilátky se objevují u 60% nemocných s Crohnovou chorobou, avšak i negativní přítomnost těchto protilátek v krvi zcela tuto diagnózu nevylučuje (ČERVENKOVÁ, 2009).

Vyšetření stolice - toto vyšetření zaujímá velmi podstatnou úlohu v diagnostice Crohnovy choroby. Existence zánětu na střevní sliznici způsobuje vyšší hladinu kalprotektinu uvolňujícího se z přítomných bílých krvinek (HLOCH, 2016).

4.3 KONTRASTNÍ RENTGENOVÉ A ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ

Enteroklýza - při enteroklyze se tenká cévka zavede orální cestou do žaludku a dvanáctníku. S její pomocí se do organismu vpraví roztok baria a metylcelulózy a následně plyn. Poté se po krátkém časovém období zachycují potřebné snímky. Den před tímto vyšetřením by pacient měl být lačný a užít projímavý roztok, aby střevo bylo přehledné. Při tomto vyšetření může být patrné zúžení střeva nebo píštěli v jednotlivých oblastech (ČERVENKOVÁ, 2009), (KOHOUT, 2006).

Počítačová tomografie (CT) - k tomuto typu vyšetření se přistupuje především kvůli vyloučení abscesů, ale také k zobrazení okolních struktur v oblasti dutiny břišní. Příprava spočívá v tom, že pacient den před vyšetřením drží bezesbytkovou dietu a pije především nesycené nápoje. V ranních hodinách před vyšetřením lze vypít menší množství tekutiny a asi hodinu před ním pacient vypije 1,5 litru kontrastní látky. Po dostatečném naplnění tenkého střeva kontrastní látkou se následně provede rentgenovým zářením několik snímků v různých rovinách. Pokud se zavede sonda, prostřednictvím které se do tenkého střeva aplikuje kontrastní látka, mluvíme o CT enteroklyze (OBČANSKÉ SDUŽENÍ PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY, 2012).

Magnetická rezonance (MR) - nejvíce uplatňuje u pacientů, kteří mají tuto chorobou zasažený konečník, řitní kanál či přítomnost píštělí. Nazýváme ji MR

malé pánve. Zobrazení tenkého střeva označujeme jako MR enterografii. Magnetická rezonance oproti CT nevyužívá rentgenové záření, ale silné magnetické pole, které pořizují řezy pacienta v různých rovinách. Vyšetření MR mohou podstupovat i těhotné ženy (ČERVENKOVÁ, 2009).

4.4 ENDOSKOPIKÉ VYŠETŘENÍ

Koloskopie - je jedním ze základních diagnostických vyšetření Crohnovy choroby. Jedná se o vyšetření tlustého střeva a terminálního úseku tenkého střeva. Využívá se především k potvrzení a míry postižení střeva zánětem, efektivnosti dané léčby či ke sledování aktuální fáze choroby. Před tímto vyšetřením je třeba několikadenní bezsezbytkové diety a večer před plánovaným vyšetřením užití dostatečného množství pročišťovacího roztoku, který dokonale očistí trávicí ústrojí. Vyšetření je prováděno flexibilním endoskopem řitním otvorem. Ten následně přenáší obraz střeva na obrazovku. Pacientovi lze před vyšetřením podat analgetika či slabší sedativa. Možná je též celková anestezie. Tímto vyšetřením lze odebrat biologický materiál a odeslat ho do laboratoře na vyšetření. Dále se může využívat ke stavení krvácení či aplikaci léčiv (OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY, 2012), (CROHN, 2013).

Kapslová endoskopie – toto vyšetření vyniká především tím, že dokáže prokázat časná zánětlivá onemocnění tenkého střeva oproti rentgenovým vyšetřením. Užívá se také k určení zánětlivého rozsahu, určení přesné diagnózy a zhodnocení efektivnosti léčby. Absolutní kontraindikací k použití kapslové endoskopie je přítomnost stenóz (DOUDA, 2010).

Vyšetření spočívá v požití videokamery v podobě kapsle, obsahující světelný zdroj. Pacient má v oblasti břišní stěny připevněných několik elektrod, které snímají obraz z tenkého střeva díky záznamovému zařízení připevněnému na opasku vyšetřovaného. Před tímto vyšetřením je nutné, aby pacient několik hodin lačnil. Celková doba záznamu se pohybuje obvykle 5- 8 hodin. Pacient v ordinaci spolkne kapsli a odchází domů. Ve večerních hodinách se téhož dne vrací a odevzdává záznamové zařízení. Nevýhodou je celková doba vyhodnocování, které trvá okolo 2 hodin (OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY, 2012).

Double ballon enteroskopie - Toto vyšetření má oproti kapslové endoskopie výhodu. Při vyšetření části či celého tenkého střeva lze odebrat biologický materiál. Provádí se při diagnostických pochybnostech a při podezření z malignity. Vyšetření spočívá v naplňování dvou balónů, které se pomocí převlečné trubice zavedou ústy či konečníkem (KOHOUT, 2006), (KEIL, 2012).

Sigmoideoskopie - spadá do skupiny endoskopických vyšetření, kterou vyšetřujeme konečný úsek tlustého střeva cca 50cm od řitního kanálu. Příprava pacienta spočívá v malém očištném klysmatu před samotným vyšetřením. Využívá se především u pacientů s postižením konečného úseku tlustého střeva (OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY, 2012).

ERCP - kombinace rentgenového a endoskopického vyšetření. Využívá se, je-li podezření na mimo-střevní manifestaci této choroby ve žlučovodech či slinivce břišní. Po nasondování ústí žlučových a pankreatických cest dochází k zobrazení pomocí RTG kontrastní látky (KOHOUT, 2006).

Ultrasonografické vyšetření - neinvazivní, komfortní a nebolestivé vyšetření břišní dutiny a střev. Příprava vyšetřovaného spočívá v 8 hodinovém lačnění. Samotné vyšetření trvá přibližně 10 minut. Lékař provádí vyšetření pomocí sondy, kterou přikládá na dutinu břišní. Sonda využívá zvuk o vysoké frekvenci a zpětně přijímá mechanické vlnění, které se mění v závislosti na odlišných strukturách v dutině břišní. Tímto vyšetřením lze nejlépe vyšetřit oblast ileocekální. Oproti endoskopickému vyšetření má ultrasonografie výhodu v tom, že s její pomocí lze vyšetřit okolní struktury kolem střev. Ultrasonografie neslouží k definitivnímu potvrzení Crohnovy choroby, ale slouží spíše k vyhodnocení účinnosti léčby či přítomnosti komplikací (KEIL, 2012), (OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY, 2012).

Ultrasonografickou sondu můžeme zavést také do střeva, a to za pomoci endoskopického přístroje. Tím dostaneme obraz stavu střevní stěny, její následné postižení a v neposlední řadě zobrazení okolních struktur. Toto vyšetření nazýváme endosonosografie (KOHOUT, 2006).

5 LÉČBA

Crohnova choroba je onemocnění, které pacienta provází celý život. Zásadní tedy je, aby léčba umožnila pacientovi plnohodnotný život a oddálila další relaps onemocnění. Zásadní úlohu zde hraje gastroenterolog, neboť nemoc může být kdekoliv v trávicí soustavě. Jedná se o farmakoterapii, hormonální, biologickou a bakteriální léčbu, dietní terapii a v neposlední řadě jde o enterální a parenterální výživu (konzervativní léčbu), včetně léčby chirurgické (KEIL, 2012), (HORÁK, 2013), (ČERVENKOVÁ, 2009).

„Fáze terapie můžeme rozlišit na útočnou, podávanou k zvládnutí první ataky onemocnění nebo exacerbace, a na fázi udržovací cílenou na udržení dlouhodobé remise a zabránění relapsu choroby“ (KEIL, 2012).

5.1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Medikamentózní léčba - Pro léčbu Crohnovy choroby jsou dostupné léky z několika lékových skupin. Z důvodu možných velkých nežádoucích účinků je nutné, aby léčba byla koncipována pro každého pacienta individuálně. Medikamentní léčba se volí zejména dle aktivity onemocnění, celkového rozsahu postižení zánětem a dlouhodobého obrazu nemoci. V této kapitole budou zmíněny zejména aminosalicyláty, kortikoidy a imunosupresiva (KEIL, 2012), (ČERVENKOVÁ, 2009).

Aminosalicyláty - Jedná se o léčiva, která obsahují kyseliny 5 – aminosalicylové neboli 5-ASA – preparát nazývaný mesazalin, který je v současné době nejpoužívanějším preparátem spadající do této skupiny. Má výrazné protizánětlivé účinky, a to jak systémové tak i lokální. Užívá se v tabletách nebo také ve formě čípků či klysmat. Aminosalicyláty obecně ovlivňují do jisté míry zánětlivou odpověď v oblasti, kde dochází k zánětlivým změnám ve sliznici střeva. Jejich použití je vhodné k léčbě převážně lehkých či středně těžkých forem Crohnovy choroby. Jejich užití je variabilní a mohou se užívat k léčbě udržovací, neboli předcházet novému vzplanutí onemocnění po

již zklidněném zánětu střeva, nebo k léčení akutní fáze, a to lehčích či středně těžkých forem.

Léčiva pomocí 5-ASA se do jisté míry liší podle místa svého působení v odlišných částech trávicí trubice. Pro oblast konečníku a esovité kličky jsou velmi častou volbou čípky či klysmata. Pro ostatní části trávicí trubice jsou nejvhodnější tablety. Pentasa je preparát užívaný především k léčbě zánětlivých změn v oblasti tenkého a tlustého střeva. Pro Ileum až počátek tlustého střeva jsou využívány tablety Salofalk či Sulfasalazin a pro lokalizaci nemoci v tlustém střevě tablety Asacol či Colazide (KEIL, 2012), (KOHOUT, 2006).

Sulfasalazin - Obsahuje kromě 5-ASA ještě Sulfapyrin. Sulfasalazin byl pro řadu nežádoucích účinků například poruchy fertility u mužů nahrazen již zmiňovaným mesazalinem. Sulfasalazin má přednost při léčbě mimostřevních projevů, a to zejména postihujících klouby (KEIL, 2012), (KOHOUT, 2006).

Aminosalicyláty i Sulfasalazin mohou bezpečně užívat těhotné či kojící ženy, kterým byla diagnostikována Crohnova choroba (ČERVENKOVÁ, 2009).

Medicína využívá speciální pryskyřice, které jsou obsažené v lécích Salofalk či Asacol. Tyto pryskyřice jsou odolné proti kyselému prostředí v žaludku. To umožňuje vstřebávání léčebné látky v tenkém střevě (ČERVENKOVÁ, 2009).

Kortikoidy - Jedná se o léky s výrazným protizánětlivým působením ve všech fázích zánětlivého procesu. Mezi kortikoidy se řadí například Prednison, Medrol a Solu Medrol. Jejich předností je extrémně rychlý a výrazný terapeutický účinek, a to i u pacientů s vysokou aktivitou nemoci. Kortikoidy mají ovšem několik nevýhod. Jde především o ztrátu účinnosti při dlouhodobém podávání, velmi vysokou pravděpodobnost výskytu nežádoucích účinků při dlouhodobém podávání a neefektivitu v dlouhotrvající udržovací léčbě.

Komplikace při léčbě kortikoidy mohou mít mnoho podob. Jedná se například o narušený metabolismus kostní tkáně, což vede k osteoporóze, narušení metabolismu cukrů, což přispívá ke vzniku diabetu, hypertenze, ztráta

kalia a magnezia, kosmetické problémy jako například akné, vypadávání vlasů či měsíčkový vzhled obličeje.

Jak již ze zmíněného vyplývá, kortikoidy jsou vhodné k přechodnému a krátkodobému charakteru léčby, především ke zvládnutí akutního zhoršení či léčbě prvních příznaků onemocnění. Léčba onemocnění se zahajuje ve vysokých dávkách s následným postupným snižováním až vysazením v časovém rozmezí 3-6 týdnů. Její samozřejmou součástí je od počátku podpůrná léčba, která napomáhá zabránění nežádoucím účinkům jako například odvápnování kostí (KEIL, 2012), (ČERVENKOVÁ, 2009).

Topické kortikoidy - Jde o preparáty s vysokým potlačováním různorodých nežádoucích účinků různých intenzit a to především tím, že dochází k většinové metabolizaci již při prvním kontaktu s játry, a tím jsou limitovány negativní účinky. Hlavním představitelem je Budesonid, který má vysoký účinek především na nemoc působící v oblasti spojení tenkého střeva s tlustým s nízkou aktivitou (KEIL, 2012).

Imunosupresiva - Imunosupresivní léčbu lze chápat jako zásah do průběhu nemoci či již vzniklých patologických reakcí. Spočívá v potlačování nežádoucích aktivit imunitního systému. Jsou velmi účinná při dlouhodobé udržovací léčbě či některých mimostřevních projevech (ZBOŘIL, 2007), (KEIL, 2012).

Uplatňují se velmi často v kortikorezistencia pokud se nedaří snížit vysoké dávky kortikoidů. Jejich nevýhodou je pozvolný nástup jejich účinku. Do skupiny imunosupresiv se řadí například Azathioprin a 6- merkaptopurin, Metotrexát a Cyklosporin A, který se využívá k léčbě perianální choroby nereagující na léčbu nebo při rychle se rozvíjejícím průběhu ilokolitydy (KEIL, 2012), (ZBOŘIL, 2007).

Azathioprin a 6- merkaptopurin - Léčba těmito léčebnými preparáty se neužívá u akutních forem zánětlivého onemocnění, neboť je nutné, aby byla podávána dlouhodobě, a to v řádu 3-6 měsíců. Užívají se tedy především k udržování remise nemoci. I v případě imunosupresiv se vyskytují nežádoucí účinky jako nesnášenlivost, porušení krvetvorby či alergické reakce (ČERVENKOVÁ, 2009).

Metotrexát - Jde o imunosupresivum využívající se při intoleranci Azathioprinu či 6- merkaptopurinu. Zpočátku se aplikuje intramuskulárně, a po již dosaženém systémovém účinku přichází na řadu podávání léčiva perorální cestou s následným snížením dávky. Mezi nežádoucí účinky se řadí hepatotoxicita. Může též dojít k poškození plodu vývojovými vadami či defekty (KEIL, 2012), (ČERVENKOVÁ, 2009).

5.2 BIOLOGICKÁ LÉČBA

Základem biologické léčby je specifický regulační zásah do biologických pochodů, které probíhají v poškozeném či nemocném organismu prostřednictvím vysoce účinných látek biologického charakteru. Tyto látky jsou shodné či velmi podobné látkám produkovaným v organismu (ZBOŘIL, 2012).

Biologická léčba má terapeutický účinek v útočné i udržovací fázi onemocnění. Samotnou indikací je však střední a vysoká aktivita nemoci nebo rezistence na konvenční léčbu, například imunosupresivy. Užívá se u pacientů s těžkým průběhem onemocnění v léčbě perianálních píštělí či některých mimostřevních manifestací onemocnění (LATA, 2010), (KEIL, 2012).

Látky, které se využívají k blokadě, jsou tzv. TNF (tumor nekrotizující faktor). Ten se uvolňuje během zánětlivých změn v organismu. Faktor TNF má v organismu funkci blokace a potlačení infekce. U pacientů s Crohnovou chorobou dochází k nepřiměřené reakci jejich imunitního systému na zánětlivé lokalizace ve střevech ale také na zcela normální bakteriální osídlení střeva. TNF tedy vzniká v nadbytečném množství, což negativně ovlivňuje imunologické procesy v organismu a zhoršuje tak průběh Crohnovy choroby (ČERVENKOVÁ, 2009).

Kontraindikací v použití biologické léčbě jsou malignity, přítomnost abscesů, těžká alergická reakce, sepse, tuberkulózní infekce, demyelinizační onemocnění, významné intestinální struktury a autoimunitní onemocnění (ZBOŘIL, 2012), (BUREŠ, 2014a).

Infliximab - „Tato monoklonální látka obsahuje 75% složek odpovídajících lidským, 25% bílkoviny imunoglobulinu tvoří myší sekvence. Je schopna se

cíleně navázat na TNF a působit coby protilátka“ (ČERVENKOVÁ, 2009, str. 47).

Zhruba u 70% až 80% dospělých právě infliximab zabírá, u dětí je to více než 90%. Velmi podstatný je zde rozdíl oproti kortikoidům. Infliximab dokáže svým složením zhojit střešní sliznici, a tím zlepšuje klinický stav nemocných, kvalitu jejich života a také snižuje nutnost chirurgického zásahu. Snižuje také riziko vzniku osteoporózy (ZBOŘIL, 2012), (ČERVENKOVÁ, 2009).

Adalimumab - Na rozdíl od Infliximabu je tato protilátka 100% lidská. V praxi se používá při neodpovídavosti či nemožnosti použití léčby pomocí infliximabu. Adalimumab lze použít také jako lék první volby (ZBOŘIL, 2012).

5.3 PODPŮRNÁ LÉČBA

Umělá výživa v celém systému péče o pacienty s Crohnovou chorobou představuje velmi důležitou a nepostradatelnou složku v podobě parenterální či enterální. Spolu s nutriční farmakologií patří do moderní podoby současné medicíny. Její velmi příznivý léčebný účinek spočívá v navození tzv. střevního klidu („bowel rest“) (BUREŠ, 2014a), (BUREŠ, 2014b).

Cílem podpůrné léčby je dodání dostatečného množství vitamínů a iontů oslabenému organismu s ohledem na aktuální zdravotní stav nemocného a zároveň cílené snížení nežádoucích účinků protizánětlivé farmakologie (kortikoidů). Dále se podpůrná léčba využívá před chirurgickým zákrokem, aby došlo ke zlepšení stavu před operačním výkonem a snížení pooperačních komplikací.

V této kapitole bude zmíněna bezsezbytková dieta, enterální a parenterální výživa, substituční a protibakteriální a probiotická léčba. Tyto složky spadají pod pojem podpůrná léčba (ČERVENKOVÁ, 2009), (KOHOUT, 2006).

Bezezbytková dieta - Tato dieta je velmi často užívána u nemocných s Crohnovou chorobou. Podávání bezsezbytkové diety nemá zpravidla v období remise příliš velký význam pro předcházení relapsu choroby (KEIL, 2012).

Enterální výživa - tato výživa slouží k částečnému nebo zcela úplnému nahrazení běžné stravy, a to zejména u pacientů s dlouhodobou či vysokou aktivitou Crohnovy choroby, která ne zcela dobře reaguje na podávanou farmakoterapii (KEIL, 2012).

Enterální výživu je možné nemocným podávat nazogastrickou či nazojejunální sondou a také perorální cestou pomocí nutričních doplňků, např. sipping. Využívá se zejména polymerní a oligomerní výživa (LATA, 2010), (ZBOŘIL, 2012).

Přípravky, které se používají k enterální výživě, svým složením snižují množství antigenů a nedráždí tak slizniční imunitní systém. Dochází k minimalizaci přísunu antigenů v potravě, čímž dochází k celkovému snížení zánětlivých parametrů a usnadnění hojení. Tím dochází ke zlepšení nutričního stavu nemocného. Pozitivní efekt této výživy se pohybuje optimálně okolo 6 - 8 týdnů (ZBOŘIL, 2012).

Parenterální výživa - Oproti enterální výživě se živiny podávají v podobě infuzních přípravků přímo do krevního řečiště. Tato léčba obvykle trvá nejméně 3 týdny (ČERVENKOVÁ, 2009), (KEIL, 2012).

Výživa je v podpůrné léčbě indikována, pokud enterální výživa selhala či je pro daného nemocného nevhodná, např. ileózní stavy či syndrom krátkého střeva (ZBOŘIL, 2012).

Indikací k úplné parenterální výživě jsou u nemocného se vyskytující komplikace, např. píštěle či stenózy, které svou přítomností způsobují poruchu střevní pasáže, či u pacientů s rychlým nástupem onemocnění, kdy je na místě absolutní odnětí perorálního příjmu (LATA, 2010), (KEIL, 2012).

Substituční léčba - Tato léčba je používána u nemocných léčených kortikoidy. Spočívá v podávání kalcia, kalia, magnezia a železa. U pacientů, kteří podstoupili resekci postižené části terminálního ilea, je nutné doplňovat vitamín B12 (ČERVENKOVÁ, 2009).

Protibakteriální léčba - Antibiotika se u nemocných s Crohnovou chorobou užívají dlouhodobě v řádu 6 až 12 týdnů, a to převážně k léčbě píštělí, např. ofloxacin, metronidazol (KOHOUT, 2006), (ČERVENKOVÁ, 2009).

Probiotická léčba - Probiotika jsou pro náš organismus prospívající. Jsou to léčebné prostředky obsahující živou mikroflóru, které mají pozitivní účinek na zdravotní stav pacienta. Užívají se ve formě tablet. Napomáhají tak ústupu obtíží spojených s Crohnovou chorobou a oddalují její aktivní nástup (ČERVENKOVÁ, 2009), (KOHOUT, 2006).

5.4 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Zhruba 70% pacientů s Crohnovou chorobou vyžaduje chirurgický zákrok na střevě, z toho 30 – 80% opakovaně (PELCOVÁ, 2015).

K chirurgické léčbě se převážně přistupuje, nastane-li situace, kdy konzervativní léčba selhala nebo pokud se vyskytnou akutní či dlouhodobé komplikace. Chirurgickou léčbu rozdělujeme na urgentní, kdy stav vyžaduje okamžité řešení, jelikož je nemocný ohrožen na životě, či při těžkých komplikacích, a plánovanou, kdy je nemocný k chirurgickému výkonu dostatečně připravený (KOHOUT, 2006).

Indikací k urgentnímu výkonu jsou rozsáhlé krvácení ze střeva, akutní zánět se septickým šokem, peritonitidou či ileus. Indikací k plánovanému chirurgickému řešení je neúspěšná konzervativní léčba či přítomnost komplikací, výrazné zúžení lumen střeva, píštěle či podezření z malignity (KOHOUT, 2006), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2015).

Resekce střeva - Pokud dojde k odstranění části střeva, ať už tenkého či tlustého, zákrok by měl být co nejmenší. Je zde riziko vzniku syndromu krátkého střeva, pokud je resekce vysoká a dojde k odstranění části tenkého střeva. Tento stav následně vyžaduje speciální dodávání chybějících látek, které se v tenkém střevě absorbují (KOHOUT, 2006), (STREVNÍ-ZANETY, 2016).

Strikturoplastika - Obnovují velikost střevního průsvitu, a tím zajišťují průchodnost střeva při zachování jeho délky. Nedochází tak ke zkrácení délky střeva a snížené schopnosti vstřebávat živiny. Obvykle se jedná o tenké střevo postižené několika krátkými stenózami (PELCOVÁ, 2015), (ČERVENKOVÁ, 2009).

Perianální píštěle - V případě přítomnosti perianálních píštělí či abscesů spočívá chirurgický výkon v podobě drenážní operace (PELCOVÁ, 2015).

Stomie - Stomie je vyústění střeva stěnou břišní. Stomie se zakládá z důvodu rozsáhlých zánětlivých změn na střevě. Dalším důvodem je přítomnost anastomozy, kdy stomie plní ochrannou funkci. Provádí se nad zmiňovanou anastomózou či rozsáhlými zánětlivými změnami na střevě, tudíž rizikovou oblast nezatěžuje. Po zhojení anastomozy se stomie opět zanoří (OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY, 2011).

Stomii tedy můžeme mít dočasnou nebo trvalou. Trvalá stomie je indikována především u pacientů, kdy nemoc zasáhla tračník při přítomnosti vícečetných píštělí v oblasti konečníku (OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY, 2011).

Stomii nazýváme dle její lokalizace – jejunostomie, ileostomie, kolostomie či sigmoideostomie. Pacienta je nutné edukovat v celkové péči o stomii (KOHOUT, 2006).

6 KOMPLIKACE CROHNOVY CHOROBY

V průběhu Crohnovy choroby dochází velmi často ke vzniku komplikací, které mohou mít podobu lokálních střevních komplikací a podobu extraintestinálních manifestací, jelikož se jedná o projevy střevního onemocnění v jiných oblastech než v trávicí soustavě. Původcem těchto komplikací zpravidla bývá závažný zánět v oblasti střev nebo také imunitní reakce, popřípadě nedostatečné vstřebávání živin, nebo žlučových kyselin, neboli komplikace metabolické. Další skupinou jsou také komplikace po podávání některých léčiv, především užívání antidiarik a kortikosteroidů. Vybrané komplikace budou následně popsány níže (ČERVENKOVÁ, 2009), (LUKÁŠ, 2011).

6.1 LOKÁLNÍ STŘEVNÍ KOMPLIKACE

Stenóza a akutní obstrukce - u stenózy dochází k zúžení střevního průsvitu, což má za následek ztíženou průchodnost střeva, popřípadě jeho úplného uzavření, pokud dojde k otoku ve střevní sliznici zapříčiněném akutním zánětem nebo stavu zhojení na podkladě vazivového zhojení. Tyto potíže dále doprovází silné bolesti křečovitého charakteru v oblasti břicha. Dále se vyskytuje zvracení a objevují se i nápadné střevní zvuky. Velmi podobný problém představuje obstrukce, která vzniká na podkladě přítomného zánětu ve střevě (ČERVENKOVÁ, 2009), (KOHOUT, 2006), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2015).

Perforace - tato komplikace se velmi často vyskytuje na podkladě postupného rozvoje zánětu. Defekt v podobě hlubokého vředovitého charakteru prostoupí celou stěnou střeva. To má za následek vytvoření vazivové blány, která ohraničuje šířící se zánět. Perforace může být případně zakončena vznikem píštělí, abscesu či infiltrátu, nebo jde o perforaci volnou do oblasti dutiny břišní s následným vznikem difuzního zánětu pobřišnice. Volná perforace je u tohoto typu onemocnění velmi vzácná (LUKÁŠ, 2013), (ČERVENKOVÁ, 2009).

Píštěl a perianální abces - tvorba píštělí je při tomto druhu onemocnění velmi častou komplikací. Jedná se o novotvořené spojky v rámci jednotlivých střevních kliček (enteroenterální či enterokolickou píštěl). Dále se může píštěl objevit mezi střevem a dalším orgánem. Jedná se například o pochvu či močový měchýř. Další možností je vytvoření píštělí mezi střevem a povrchem těla, například perianální komunikující píštěle. Velmi často jsou píštěle zaznamenány v oblasti konečníku a řitního otvoru. Nezřídka dochází ke vzniku flegmóny, neohraničeného hnisavého zánětlivého ložiska v oblasti hráze, což může mít za následek poškození funkčnosti análního svěrače (KOHOUT, 2006), (ČERVENKOVÁ, 2009), (LUKÁŠ, 2013).

Abscesy - jedná se o dutiny, které jsou naplněny hnisem. Mohou se vytvořit v břišní dutině, především mezi střevními kličkami, dále v oblasti hýžděových svalů nebo v okolí konečníku. Vytvořit se ovšem mohou i v jiných oblastech, které ani nemusí mít přímou souvislost se střevem.

Septický průběh střevního zánětu - v dnešní době je poměrně méně častý. Při této komplikaci je typický především hořčnatý průběh a celková schvácenost.

Krvácení - tato komplikace se u Crohnovy choroby vyskytuje poměrně vzácně. Příčinou krvácení je především porušení celistvosti stěny některé větší cévy, která je zapříčiněna přítomností zánětu vředovitého charakteru. Je velmi důležité, aby zdroj krvácení byl dobře lokalizován, jelikož je nezbytné vyloučit krvácení z možného gastroduodenálního vředu (ČERVENKOVÁ, 2009), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2015).

Karcinom tlustého střeva - Crohnova choroba je do jisté míry prekancerózou ke vzniku kolorektálního karcinomu. Záleží zde ovšem na trvání onemocnění a rozsahu zánětlivým změn. Karcinom tlustého střeva se mnohem častěji vyskytuje u nemocných s Ulcerózní kolitidou (ČERVENKOVÁ, 2009), (KOHOUT, 2009), (FRIČ, 2013).

7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S CROHNOVOU CHOROBOU

Pacienti, kteří vykazují známky Crohnovy choroby, bývají většinou hospitalizováni na interním oddělení. Zde dochází ke stanovení diagnózy a následně k sestavení nevhodnější léčby pro daného pacienta. Po zlepšení celkového stavu je pacient propuštěn do domácí léčby (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Zpět do nemocničního prostředí se pacienti dostávají při zhoršení jejich obtíží a celkového stavu (RENDL, 2013).

U takto nemocných pacientů je zcela zásadní sledování jejich celkového stavu, neboť je zde riziko rozvoje nežádoucích účinků léčby či komplikací. Pacienti bývají dispenzarizováni v gastroenterologických poradnách (Šafránková, 2006), (PELCOVÁ, 2015).

Úloha sestry v ošetřovatelské péči u takto nemocných spočívá v aktivním vyhledávání ošetřovatelských problémů, ze kterých následně sestavuje případné ošetřovatelské diagnózy. Nejčastější ošetřovatelské problémy bývají bolesti břicha, velmi časté průjmovité stolice a s tím spojené nadměrné ztráty tekutin, ubývání tělesné hmotnosti, snížené schopnosti vstřebávání živin, změny na kůži a sliznicích. Do jisté míry jsou ovlivněny psychické a sociální oblasti. Objevuje se nejistota, která může být způsobena nedostatečnými informacemi o onemocnění. Po zvážení všech ošetřovatelských problémů a stanovení ošetřovatelských diagnóz sestra stanoví ošetřovatelské cíle, které se snaží následně splnit (RENDL, 2013).

Dle stavu má pacient po přijetí do nemocniční péče umožněn volný pohybový režim, ovšem i tak je doporučen dostatek klidu na lůžku. Sestra vyhodnotí stupeň soběstačnosti a posoudí schopnost zvládat základní potřeby nemocného. Dále posoudí četnost a charakter stolice. Pokud jsou přítomné bolesti, doporučí pacientovi vhodné úlevové polohy a dbá na úpravu jeho lůžka. Svou pozornost následně věnuje četnosti výskytu bolestí, jejich intenzitě, charakteristice a lokalizaci. Samozřejmě je také pravidelné vážení pacienta,

stav výživy a hydratace. Sestra dále sleduje vzhled kůže, nežádoucí změny na kůži, a to zejména v okolí konečníku. Zaměřuje se rovněž na psychický stav pacienta, který je mnohdy tímto onemocněním ovlivněn, stav jeho psychického rozpoložení a schopnost přijímat nové informace (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Pacientovi jsou pravidelně podávány léky, které mohou být různých lékových skupin. Léky jsou velmi často podávány v podobě infuzí (cestou i.v.). Je tedy nutné, aby sestra zavedla PŽK. Po zavedení PŽK se pravidelně kontroluje místo a okolí vpichu, funkčnost a známky komplikací při každé manipulaci. Je důležité, aby sestra zajistila vhodnou stravu pro pacienta. Ta závisí na jeho celkovém zdravotním stavu. Z toho důvodu je vhodné, aby sestra spolupracovala i s nutričním terapeutem. Svou pozornost sestra zaměřuje na okolí konečníku, které může být podrážděno nadměrným vylučováním průjmovité stolice, a dbá na pravidelnou hygienu genitálu. Naprostou samozřejmostí je empatický přístup a podávání důležitých informací pacientovi. Sestra je povinna pravidelně zaznamenávat všechny získané intervence do ošetřovatelské dokumentace pacienta (RENDL, 2013).

Z tohoto textu vyplývá, že sestra zaujímá několik rolí. Zásadní rolí představuje schopnost poskytovat ošetřovatelskou péči. Nezbytnou stránkou práce sestry je také manažerská činnost, jelikož sestra musí pracovat koordinovaně a efektivně. Tato role přímo souvisí se změnami, protože stejně jako v jiných oblastech lidské činnosti i sestra se musí vypořádat s vývojem, na který by měla pružně reagovat. Nejedná se pouze o pasivní přijímání změn ale především o jejich aktivní zavádění. Tato činnost opět navazuje na roli edukátorky a obhájce zájmů pacienta. Edukační role sestry je velmi široká, protože zájem sestry je, aby všichni měli na zřeteli význam zdraví. To zahrnuje uvědomělé a zodpovědné chování, které začíná u každého jednotlivce a končí celou společností. Jako obhájkyň pacienta se sestra musí starat o nabytí jeho práv a zájmů, aby veškeré konání vedlo nejen ke spokojenosti pacienta ale především v zájmu jeho zdraví. Mezi poslední dvě stěžejní role jistě patří role výzkumnice a mentorky a to z toho důvodů, že sestra si musí rozšiřovat své znalosti a dovednosti a zároveň je dále musí rozšiřovat mezi nové studenty, pracovníky a pacienty (FARKAŠOVÁ, 2006).

Kvalita života u pacientů s Crohnovou chorobou

Crohnova choroba zcela jistě ovlivňuje člověka na několika úrovních, a to zejména osobní, pracovní, společenské a také intimní. Nemoc představuje pro člověka zásadní vliv na kvalitu jeho života. Je nutné, aby nemocný zcela přehodnotil a změnil svůj život. Jedná se například o stravování, užívání předepsané medikace, dodržování naplánovaných lékařských kontrol apod. (SVITKOVSKÁ, 2014).

U pacientů s Crohnovou choroby je zaznamenán nadměrný stres, a to především z důvodu nejasného vývoje onemocnění v období aktivního stadia a nutných změn, které pacient musel učinit ve svém denním režimu (SVITKOVSKÁ, 2014).

V samotné praxi u pacientů s nespecifickými střevními záněty je používán dotazník IBDQ. Tento specifický dotazník obsahuje 32 otázek, které jsou rozděleny do 4 oblastí (střevních, systémových, emocionálních a sociálních). Počet bodů se mění v závislosti dotazovaného od 32 do 224 bodů. Čím více bodů, tím je kvalita života pacienta vyšší (RENDL, 2013).

Nejvýznamnějším aspektem, který ovlivňuje kvalitu života nejvíce, je samotná aktivita nemoci. Toto bylo prokázáno ve studii, kterou zastřešoval doktor Gabalec. Studie pracovala se 103 osobami, přičemž 45 dotázaných mělo zvýšenou aktivitu onemocnění a 58 dotázaných se nacházelo v remisi (RENDL, 2013).

Negativní dopady Crohnovy choroby na pacienty jsou velmi široké. Pocit strachu a deprese zcela zásadně ovlivňuje psychickou pohodu, která je úzce spjata s pohodou tělesnou. Tím je následně narušena sociální pohoda, která má za následek mimo jiné i narušení partnerských a přátelských vztahů. To znamená, že sociokulturní život pacienta je velmi ovlivněn (RENDL, 2013). „Crohnova nemoc ovlivňuje kvalitu života ze stránky biopsychosociálních rozměrů“ (SVITKOVSKÁ, 2014, str. 39).

8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X.Y.

Datum narození: /

RČ: /

Adresa bydliště: Praha

Zaměstnání: Administrativní pracovník v bance

Vzdělání: Střední ekonomická škola s maturitou

Datum přijetí: 15. 4. 2015

Oddělení: Chirurgické oddělení

Pohlaví: Muž

Věk: 56

Pojišťovna: 207

Adresa příbuzných: /

Stav: Ženatý

Státní příslušnost: ČR

Typ přijetí: Plánovaný

Ošetřující lékař: X.Y.

Důvod přijetí udávaný pacientem: „poslední tři týdny se mi přitížilo, objevila se bolest břicha a mnohem častěji jsem měl průjem, a proto jsem se rozhodl navštívit svého gastroenterologa“

Medicínská diagnóza hlavní: Stenoses intestini tenuis multiplices /morbus Crohn/, Morbus Crohn

Medicínské diagnózy vedlejší: esenciální (primární) hypertenze, hyperuricaemia,

Hodnoty a údaje zjišťované při příjmu dne 15. 4. 2015

TK: 130/87 mm/Hg

P: 72/min

D: 18/min °C

Výška: 182 cm

Hmotnost: 120 kg

BMI: 36,2, 35- 40 obezita II. stupně

TT: 36,6

Stav vědomí: plný, jasný

Řeč, jazyk: plynulá

Pohyblivost: neomezená

Orientace místem, časem, osobou: plně orientovaný

Krevní skupina: B pozitivní

Nynější onemocnění:

Pacient X. Y. 56 let s morbus Crohn v preterminálním ileu. Pacient byl přijat dne 15. 4. 2015 na standardní lůžkové. Pacient byl odeslán z gastroenterologické ambulance k operačnímu řešení stenózy v preterminálním ileu. Po dohodě chirurga, gastroenterologa a pacienta indikován k plánované resekci postižené části střeva.

Dne 16. 4. 2015 se uskutečnila plánovaná operace postižené části. Po operačním výkonu byl pacient následně hospitalizován na Jednotce intenzivní péče s klidným pooperačním průběhem. Po 7 dnech tedy 22. 4. 2015, byl přeložen na standardní oddělení.

Informační zdroje:

Rozhovor s pacientem, rozhovor s manželkou a rodinnými příslušníky, dokumentace pacienta a rozhovor s ošetřujícím personálem

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: matka se léčí s hypertenzí

Otec: otec zemřel ve věku 82 let na selhání srdce

Sourozenci: Nemá

Děti: 2 dcery zdravé s ničím se neléčí

Osobní anamnéza

V dětství prodělal běžné dětské onemocnění – plané neštovice, záněty středního ucha. V 5/1990 cholecystopatie – septum žlučníku – bez obtíží, 4/1995 DNA, 9/2007 dispenzarizace hypertenze léčen antihypertenzivy, 8/ 2011 morbus Crohn.

Hospitalizace a operace: Pacient operován 6/2008 pro akutní apendicitis

Úrazy: 1/ 2000 zlomenina pravého zápěstí po uklouznutí na ledu. Zlomenina zhojena bez následků

Transfúze: U pacienta nikdy nebyla potřeba

Očkování: běžná povinná očkování, očkování proti tetanu v roce 2009

Léková anamnéza (chronická medikace)

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Lomir SRO	Per- os tbl	5 mg	1 - 0 - 0	Antihypertenzivum, vazodilatancium
Losartan Teva	Per- os tbl	50 mg	0- 0 - 1	Antagonista receptoru angiotensinu II. antihypertenzivum
Purinol	Per- os tbl	300 mg	1 -0 - 0	Antiuraticum
Zodac	Per- os tbl	10 mg	Při potřebě	Antialergikum antihistaminikum
Pentasa Sachet	Per- os tbl	2 g	2 - 0 - 2	Antidiaroikum, Antirevmatikum, antiflogistikum

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: Pacient je alergicky na krevety a mrkev

Chemické látky: neguje

Jiné: Pacient je alergicky na břízu

Abúzy: /

Alkohol: nepije

Kouření: nekouří

Káva: 1 za den

Léky: neguje

Jiné návykové látky: neguje

Urologická anamnéza u mužů

Překonaná urologická onemocnění:

Cystitis v roce 2005, jinak bez obtíží

Samovyšetřování varlat: provádí jednou měsíčně

Poslední návštěva u urologa: kontrola po léčbě Cystitis v roce 2005 9/2012
bez nálezu

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: ženatý

Bytové podmínky: bydlí s manželkou a dvěma dcerami v bytě 4 +1 ve 4
podlaží s výtahem

Vztahy, role a interakce: Vztahy v rodině jsou velmi dobré. Pacient žije
s manželkou a dvěma dcerami. Pacient velmi často navštěvuje matku, která
bydlí blízko jeho bydliště. Velmi rád se setkává se svými kamarády

Záliby: Pacient velmi rád čte dobrodružné knihy a sleduje dokumentární filmy

Volnočasové aktivity: trávení volného času s rodinou, cestování s rodinou do
zahraničí

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: střední ekonomická škola s maturitou

Pracovní zařazení: pracující – nižší administrativní pracovník v bance

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: zaměstnán od roku 2006

Vztahy na pracovišti: vztahy na pracovišti pacient definoval jako napjaté

Ekonomické podmínky: dobré

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: pacient je ateista

Fyzikální vyšetření sestrou

Hlava	normocefalická, poklepově nebolestivá, bez traumatických změn, příušní žlázy nezvětšené, kůže bez patologických projevů, vlasy husté
Oči	oční štěrby symetrické, oční víčka bez otoků, spojivky růžové, bez zánětu, sklery bílé, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé.
Uši, Nos	symetrický, volně průchodný, bez sekrece. Uši: bez výtoku a patologického nálezu, symetrické.
Rty	symetrické, prokrvené, bez cyanózy
Dásně, sliznice dutiny ústní	bez patrného zápachu, jazyk růžový, vlhký, bez povlaku, plazí ve střední čáře, dásně bez krvácejících projevů
Tonzily	klidné bez známek zánětu, nezvětšené
Chrup	vlastní, sanovaný, dásně bez krvácejících projevů
Krk	souměrný, šíje volná, krční páteř pohyblivá, náplň krčních žil dostatečný, pulzace karotid přiměřená, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšená
Hrudník	symetrický, bez deformit, bez patologických kožních
Plíce	poslechově dýchání čisté, sklípkové ve všech segmentech, bez šelestů, poklep plný jasný
Srdce	bez šelesti, akce pravidelná, hrot nehmatný
Břicho	souměrné, dýchací pohyb viditelný, v celém rozsahu, Břicho dobře prohmatné, měkké, poklepově nebolestivé, bez hmatné rezistence, bez známek peritoneálního dráždění, poklep diferencovaně bubínkový, peristaltika slyšitelná, odchod plynů bez obtíží, Jizva po apendektomii 6/2008 zhojena, klidná, v jejím horním pólu kýla. Operační rána od 16. 4. 2015 o velikosti 11 centimetrů a široká 0,5 – 1 cm v pravém hypogastriu klidná, bez známek zánětu, bez sekrece, sterilní krytí.

Játra	Játra nepřesahují pravý oblouk žeberní, palpačně nebolestivá
Slezina	nehmatná, nezvětšená
Genitál	bez pozoruhodnosti
Uzliny	nezvětšené, nebolestivé
Páteř	bez viditelných deformit, zakřivení páteře fyziologické, hybnost ve všech segmentech odpovídá pohlaví a věku, palpačně a pokleповě obratlové trny nebolestivé
Klouby	bez patologických změn, patrná bolestivost kolenních kloubů
Reflexy	odpovídající věku, bez patologických projevů
Čítí	přiměřené, v normě
Periferní pulzace	pulzace v tříslech oboustranná, v normě,
Varixy	bez přítomností varixů
Kůže	růžová, dobře prokrvená, akra teplá, bez patologických jevů, kožní turgor přiměřený, jizva na břiše po apendectomii 6/2008 s patrnou kýlou v jejím horním pólu, operační rána o velikosti 11 centimetrů od 16. 4. 2015 v pravém hypogastriu
Otoky	bez otoků

Poznámky z tělesné prohlídky: pacient spolupracoval velmi dobře, byl velmi rád o projevený zájem o jeho osobu.

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Posouzení ze dne 22. 4. 2015

1. Podpora zdraví – Uvědomování si zdraví, management zdraví

Subjektivně: „nikdy jsem nekouřil, ani nepil alkohol. Nyní mám týden po operaci. Rána se mi hojí velmi dobře, ovšem už bych chtěl jít domů, potřeboval bych jít už do práce, abych mohl zabezpečit rodinu. Budu se řídit tím, co mi poradí personál, ale potřeboval bych více informací o vhodném stravování“.

Objektivně při hospitalizaci: Pacient se cítil v době remise jeho onemocnění dobře. Jeho zájmové aktivity se soustředily především na čtení a na sledování televize a plně ho uspokojovaly a které provozuje i při hospitalizaci. Pacient trpí obezitou, na které má podíl zejména sedavý způsob života a nevhodné stravování vzhledem k jeho onemocnění. U pacienta je zaznamenána neuspokojivá informovanost o vhodném životním stylu, ale prokazuje snahu, co nejrychleji zlepšit svůj zdravotní stav, aby mu jeho zdravotní stav umožnil, co nejrychlejší návrat do zaměstnání a mohl tak zabezpečit svou rodinu.

2. Výživa – Příjem potravy, trávení, vstřebávání, metabolismus, hydratace

Subjektivně: „doma jsem jedl, co jsem chtěl. Manželka mi říkala, ať zhubnu, ale já mám jídlo rád. Proto tak vypadám, vždy jsem byl takový. Moji rodiče byly také silnější, ale nejvíce jsem přibral okolo 50 roku. Nikdy jsem nedbal o zdravou výživu, najedl jsem se ráno a pak už večer neměl jsem v práci čas, ale budu se snažit svůj postoj k výživě zlepšit, pil jsem 2-3 litry denně slazené vody, momentálně nesmím nic jíst, ale mohu pít 1litr denně.“

Objektivně při hospitalizaci: Pacient byl vždy obézní a nepřipadalo mu to špatné vzhledem k tomu, že jeho rodiče trpěly také obezitou. K většímu nárůstu jeho hmotnosti došlo kolem 50 roku věku. Před zhoršením jeho onemocnění se pacient stravoval vzhledem k jeho onemocnění nevhodně. V současné době si je pacient vědom, že jeho stravovací návyky nejsou v pořádku a nejsou přiměřené jeho výšce. Při jeho výšce 182 cm, váží 120 kg. BMI je 36,2. Pacient trpí obezitou. Pacientova hmotnost dle ošetřujícího lékaře je nutno držet na stávajících 120 kg. Dosud nikdy nevyhledal pomoci nutriční terapeutky.

Svůj stav si nyní uvědomuje a prokazuje snahu zlepšit svoje stravovací návyky. Pacientovi je od počátku hospitalizace podávána dieta 0s od operace 16.4.2015 má také zavedený centrální žilní katetr 6 den, do kterého je podávána plná parenterální výživa dle ordinace Mudr X.Y. Dále vypít denně 1 litr za den čaje. Kožní turgor přiměřený. Kontrola bilance tekutin.

Ošetřovatelský problém: necítí potřebu redukovat hmotnost, BMI 36,4, nevhodný životní styl

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: rozhovor s pacientem, BMI – 36,2, výživová anamnéza

3. Vylučování a výměna - Funkce močového systému, funkce gastrointestinálního systému, funkce kožního systému, funkce dýchacího systému

Subjektivně: „ Před zhoršením stavu jsem neměl žádné problémy s vylučováním moče. Nemám ani problémy s prostatou. Se stolicí jsem také problémy neměl. Poté, co se můj stav zhoršil, jsem trpěl průjmy okolo 20 stolic za den. V nemocnici nemám s vylučováním moče a stolice žádné problémy. Po operaci chodím na stolicí jednou za 2 dny a stolice je málo. Asi je to tím, že nic nejím, s kůží nemám problém. S dýcháním obtíže nemám.“

Objektivně při hospitalizaci: Pacient před hospitalizací neměl žádné potíže spojené s močením. Chodil pravidelně a neměl žádné závažné onemocnění močového ústrojí. V období remise neměl problémy s vylučováním stolice. Chodil pravidelně jednou za dva dny. Pacient je soběstačný, ale na WC dochází s doprovodem. Pacient od operace má stolice hnědé, málo objemné, řidší konzistence. Plyny odchází, peristaltika dobře slyšitelná. Poslední stolice byla 20. 4. 2015. Pacientovi se dýchá momentálně dobře počet dechů 19/min, pravidelné,

Ošetřovatelský problém: Pacient se necítí bezpečně při chůzi. Obává se možného pádu

Priorita: střední

4. Aktivita – Odpočinek, spánek, odpočinek, aktivita, cvičení, rovnováha energie, kardiovaskulární-pulmonální reakce, sebek péče

Subjektivně: „ Když jsem doma, spím velmi dobře okolo 8 hodin a někdy i přes den. Nepotřeboval jsem prášky na spaní. Co jsem hospitalizovaný v nemocnici, tak se mi spí špatně. Asi je to tím, že spím v jiné posteli, je tu hluk a nemám takové soukromí jako doma. Necítím se ve své kůži, i když celý den odpočívám. Rád si čtu knihy, sleduji dokumentární filmy nebo se bavím s návštěvou, která za mnou dochází. Jednou za den cvičím s fyzioterapeutkou. Doma jsem se o sebe zvládl postarat bez problému sám, ovšem v nemocnici potřebuji doprovod na toaletu a do koupelny kvůli tomu, že se mi točí hlava“.

Objektivně při hospitalizaci: Před hospitalizací pacient spal velmi dobře. Spal obvykle 8 hodin někdy i přes den. Nikdy neužíval hypnotika. Byl zcela soběstačný a všechny denní aktivity zvládal bez problému. Momentálně pacient většinu času pospává nebo si čas krátí čtením a sledování filmů, jednou denně rehabilituje s fyzioterapeutem. Prokazuje obtíže spojené se spánkem z důvodu pro něj rušivého a cizího prostředí. Dýchání bez patologických změn. Pacienta je nutné doprovázet na toaletu a do koupelny jelikož, zde existuje riziko možného pádu. U pacienta byl proveden Barthelův test základních všedních činností s výsledkem 100. Byl naměřen lehký stupeň závislosti z důvodu nutnosti pacienta doprovázet na toaletu a koupelny. Je zde nebezpečí možného pádu.

Ošetřovatelský problém: časně probouzení, omezení v pohybu

Priorita: střední

Použité měřicí techniky: Barthelův test základních všedních činností (100 bodů)

5. Percepce/kognice - pozornost, orientace, kognice, komunikace

Subjektivně: „ Jsem orientovaný, vím přesně, kde jsem a proč tu jsem, s pamětí také problém nemám. Slyším dobře a brýle používám na čtení a na řízení automobilu. Informace ohledně mého zdravotního stavu a mé nemoci

jsou mi jasné. Jediné, v čem si nejsem jistý, jaká jídla bych měl vzhledem k mé nemoci jíst. Rád bych si doplnil informace o správném stravování. Jinak jsem společenský. Rád se bavím a poznávám nové lidi, což se mi hodí i k mému zaměstnání“.

Objektivně při hospitalizaci: Pacient slyší dobře. Brýle potřebuje především jen na čtení a řízení automobilu. Je plně orientovaný netrpí zmateností místem, časem a osobou. Informace o jeho zdravotním stavu jsou mu jasné. Pacient je komunikativní a přátelský, jeho řeč je plynulá a jasná. Rozhovor probíhal bez problémů.

Ošetrovatelský problém: nebyl nalezený žádný ošetrovatelský problém

Priorita: 0

6. Vnímání sebe sama – Sebepojetí, Sebeúcta, Obraz těla

Subjektivně: „sám sebe vnímám jako extroverta, mám rád lidi a seznamuji se s nimi. Vypadám tak jak vypadám, ale chtěl bych zhubnout. Mám rád společnost. Během hospitalizace za mnou neustále dochází rodina a blízcí přátelé. Považuji se za pracovitého a schopného člověka. Velmi rád, bych už byl doma a ne v nemocničním prostředí, kde nemám moc soukromí“.

Objektivně při hospitalizaci: Pacient působí jako extrovert, za kterého se i sám považuje. Je společenský a rád se ve společnosti pohybuje. V nemocnici ho často navštěvuje rodina a blízcí přátelé. Pacient je obézní. Před relapsem onemocnění nepovažoval svou obezitu jako problém. Nyní prokazuje snahu o zlepšení své hmotnosti. U pacienta nebyly nalezeny obtíže spojené se sebeúctou či narušeného obrazu těla vnímá se takový jaký je. Pacient působí velmi uvolněné.

Ošetrovatelský problém: Pacient nemá žádný ošetrovatelský problémy v této oblasti

Priorita: 0

7. Vztahy mezi rolemi - role pečovatелů, rodinné vztahy, plnění rolí

Subjektivně: „ mám dvě děti a spolu s manželkou žijeme v bytě. Velmi často mě zde navštěvují, vím, že se děti mají dobře. Vztahy v rodině jsou velmi dobré. I přes mou pracovní vytíženost se starám také o svou matku, ke které po práci docházím každý den, abych jí pomohl s čím je potřeba. Vztahy na pracovišti jsou celkem složité a také bych potřeboval co nejdříve opět chodit do zaměstnání, ale žádný velký problém v tom nevidím, když tak si vezmu dovolenou“.

Objektivně při hospitalizaci: Syn, manžel, otec. Pacient pracuje jako nižší administrativní pracovník v bance. Nyní je již 3 týden v pracovní neschopnosti. Z důvodu pracovní neschopnosti jsou do jisté míry ovlivněny i vztahy mezi rolemi. Pacient neverbalizuje problém ve spojitosti se vztahy či rolemi. Za pacientem rodina dochází pravidelně každý den a podporují ho. Má jistotu, že o jeho děti je dobře postaráno“.

Ošetrovatelský problém: nebyl zde nalezen žádný ošetrovatelský problém

Priorita: 0

8. Sexualita - sexuální funkce, reprodukce

Subjektivně: „ za svůj život jsem měl několik partnerek. Již 30 let žiji se svou manželkou a se svou sexualitou jsem nikdy neměl problém ani jsem netrpěl žádnou pohlavní chorobou“.

Objektivně při hospitalizaci: Pacient neměl žádné obtíže se svou sexualitou. Neprodělal žádné pohlavní onemocnění. Každý měsíc provádí samovyšetřování varlat.

Ošetrovatelský problém: nebyl zde nalezen ošetrovatelský problém

Priorita: 0

9. Zvládání/tolerance zátěže - posttraumatické reakce, reakce na zvládání zátěže, neurobehaviorální stres

Subjektivně: „vždy jsem se o problémy a starosti dělil se svou manželkou. Když jsem se dozvěděl, jakým onemocněním trpím, tak jsem na to nebyl sám. Momentálně mám strach, jak se nemoc bude vyvíjet do budoucna, zda budu muset ještě někdy na operaci, budu se snažit s nemocí poprat a nebýt protivný na své okolí oni za to nemohou. Smrt vnímám jakou součást života“.

Objektivně při hospitalizaci: Pacient verbalizuje strach, spojený se svým onemocněním a jeho dalším vývojem. Vzhledem ke svému onemocnění se snaží být optimistický a jistě k tomu přispívá i velká podpora jeho manželky, která je mu velkou oporou ve zvládání zátěže. Smrt vnímá jako jistou část života.

Ošetrovatelský problém: pacient projevuje strach z budoucího vývoje jeho onemocnění

Priorita: střední

10. Životní principy/hodnoty - přesvědčení, soulad hodnot/přesvědčení/jednání

Subjektivně: „Jsem ateista. Vše musím zvládnout sám, nebo podpory svých nejbližších. Nebudu vyhledávat pomoc duchovního“

Objektivně při hospitalizaci: Pacient je ateista jeho postoj k životu nehodlá nijak měnit. Vše by chtěl zvládnout po boku jeho rodiny.

Ošetrovatelský problém: nebyl zaznamenán žádný ošetrovatelský problém

Priorita: 0

11. Bezpečnost – ochrana, infekce, fyzické poškození, násilí, environmentální rizika, obranné procesy, termoregulace

Subjektivně: „ mám zavedenou kanylu na krku. Víím, z jakého důvodu ji tam mám a na co si mám dát pozor. Stejně tak mám operační ránu, o které víím, že

na ní nesmím sahat. Nikdy jsem neměl sebevražedné a násilnické sklony, když jsem měl problém, vždycky jsem ho nějak vyřešil. Mám také alergii na mrkev krevety a na břízu, pokud je potřeba, vím, že si mám říci o prášek“.

Objektivně, doma, při hospitalizaci: U pacienta nikdy nebyly přítomny sebevražedné či násilnické sklony. Problémy se snaží vyřešit sám nebo za pomoci svého okolí. Pacient si je vědom svých alergií je edukován, že při potřebě si řekne zdravotnickému personálu o prášek na alergii. Pacient má zavedený CŽK 6 den, který je krytý sterilně a je převazovaný striktně asepticky. Pacient má také operační ránu o velikosti 11cm a šířky 0,5 – 1 cm, která je sterilně překrytá a převazuje se denně doposud hojící se per primam. Operační rána se převazuje dle ordinace lékaře. Pacient je ohrožen lokální či celkovou infekcí dále je přítomné riziko pádu. Pacient je plně informován o těchto rizicích a plně je chápe.

Ošetrovatelský problém: CŽK 6 den, operační rány 6 den, riziko pádu viz doména 4

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: záznam péče o ránu

12. Komfort - tělesný komfort, komfort prostředí, sociální komfort

Subjektivně: „tady v nemocnici nemám takový komfort, jako jsem měl doma. Je to úplně jiné prostředí. Nemám nemocnice rád. Často sem chodí rodina a kamarádi. Pociťuji bolest v oblasti operační rány hlavně po cvičení, ale snažím se to vydržet (poslouchám hudbu, nebo si lehnu jak je mi příjemně. Někdy si, ale musím vzít prášek na bolest“.

Objektivně při hospitalizaci: Pacient se necítí v nemocničním prostředí dobře. Často ho navštěvuje rodina či přátelé. Pacient prokazuje akutní bolest především po fyzioterapii a je hodnocena hodnotou 4/10, analgetika jsou mu podávána na vyžádání, po kterých dochází ke snížení bolesti k hodnotě 2/10. Pacient zaujímá antalgickou polohu na levém boku a využívá relaxačních technik (poslech hudby). Pacient je informován o nutnosti sledování bolesti a dokáže bolest popsat.

Ošetrovatelský problém: akutní bolest VAS 4/10

Priorita: střední

Použité měřicí techniky: rozhovor s pacientem, škála VAS 10 stupňová analogová škála

13. Růst/vývoj – Růst, vývoj

Subjektivně: „dospíval jsem normálně jako moji vrstevníci“.

Objektivně při hospitalizaci: nelze hodnotit

Ošetrovatelský problém: nebyl zde nalezen žádný ošetrovatelský problém

Priorita: 0

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: laboratorní vyšetření krve – biochemické, hematologické - krevní obraz, koagulační vyšetření, TK, P, TT

	Výsledky	referenční mez
NA	134	137 - 146
K	3,7	3,8 - 5,0
CL	98	97- 108
UREA	5,7	2,8 - 8,0
KREAT	101	44 - 110
CB	57,2	65,0 - 85,0
CRP	1.7	0,0 - 5,0
GLYKEMIE	5,6	3,9 - 5,6
LEU	9,5	4,00 - 10,00
ERY	4,8	4,00- 5,80
HB	139	135-175
HTC	0,450	0,400- 0,500
INR	1,02	0,80- 1,20
APTT	29,6	25,9- 40,0

Zaznamenané Referenční meze laboratorních výsledků byla stanovena na základě referenčních mez Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Konzervativní léčba:

Dieta: 0S s omezením tekutin do 1/l

Výživa: parenterální

Pohybový režim: relativní klidový režim s možností doprovodu do koupelny, WC

RHB: dechová rehabilitace, aktivně na lůžku, křeslo, stoj, chůze v doprovodu

Medikamentózní léčba: ke dni 22. 4. 2015

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Lomir SRO	Per- os tbl		1 - 0 - 0	Antihypertenzivum, vazodilatancium
Losartan Teva	Per- os tbl	50 g	0 - 0 - 1	Antagonista receptoru angiotensinu II. antihypertenzivum
Purinol	Per- os tbl	300 mg	1 - 0 - 0	Antiuraticum
Zodac	Per- os tbl	10 mg	Při potřebě	Antialergikum antihistaminikum
Pentasa	Per- os tbl	2 g	2 - 0 - 2	Antidiaroikum, Antirevmatikum, antiflogistikum
Fraxiparine	s.c	0,6 ml	V 18:00	antikoagulancium
Novalgin	Per- os tbl	500 mg	Při bolesti Max 4 denně po 6 hod	analgetikum

Chirurgická léčba (výkon, kdy): zahájení operace 16. 4. 2015 v 8:15 konec výkonu 10:45, Výkon: Resekce postižené části jejunu.

SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 22. 4. 2015

Pacient XY (56 let) s morbus Crohn byl přijat 15. 4. 2015 na standardní oddělení. Dne 16. 4. 2015, byla provedena resekce postižené části střeva. Po operačním výkonu byl pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče. Dne 22. 4. 2015, byl přeložen na standardní oddělení.

Při mém prvním kontaktu 22. 4. 2015 s pacientem mu byly naměřeny tyto fyziologické hodnoty: Krevní tlak 130/80 mmHg , Puls 72', Tělesná teplota 36,5 C, Dechová frekvence 18/min. Dále v pravém hypogastriu je operační ránu o velikosti 11 cm a šířky 0,5 - 1 cm doposud hojící per primam. Operační rána je pravidelně převazována dle ordinace lékaře sterilním krytím za přísně aseptických podmínek.

Pacient se dlouhodobě léčí s hypertenzí a od 16. 4. 2015 má zavedený CŽK, tedy 6. den, kterým je kontinuálně aplikována plná parenterální výživa dle ordinace lékaře. Pacient smí cestou per os hořký čaj denně do 1 litru, tedy dieta 0s. U pacienta je nutné sledovat příjem a výdej tekutin.

Pacient je plně orientovaný časem, místem a osobou. Je lucidní, spolupracuje, komunikuje. Z důvodu porušené integrity tkáně CŽK a operační rány se u pacienta vyskytuje riziko vzniku infekce.

Pacient vyžaduje doprovod do koupelny a na toaletu kvůli možnému riziku pádu. Po rehabilitaci udává bolest v oblasti operační rány, kterou společně hodnotíme na škále VAS 4/10. Je zaznamenán také nedostatek informací o správné výživě a životního stylu, pan XY trpí nadváhou při výšce 182 cm a 120kg BMI 36,2 bodů – obezita.

Pacient projevuje strach z dalšího vývoje onemocnění a další případné hospitalizace. Má obavy o finančním zabezpečení rodiny. Jelikož se nachází v cizím prostředí, má problémy se spánkem.

Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelské diagnózy jsou řazeny dle priorit. Stanoveno dle NANDA I taxonomie II. International 2012- 2014.

00132 Akutní bolest

00044 Narušená integrita tkáně

00004 Riziko infekce

00155 Riziko pádů

00148 Strach

00162 Snaha zlepšit management vlastního zdraví

Ošetřovatelská diagnóza 1

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z akutního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírně po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- Kódový/ číselný záznam
- Vyhledávání antalgické polohy
- Bolest

Související faktory:

- Původci zranění

Krátkodobý cíl: pacient dosáhne zmírnění/ zvládnutí po podání farmakologické terapie bolesti hodnotící na škále VAS ze 4/10 na 1/10 a využívá dle možností relaxačních technik do 2 hodin.

Dlouhodobý cíl: Pacient je zcela bez bolesti na škále VAS 0/10 při propuštění z nemocnice.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- Pacient zná hodnotící škálu bolesti VAS a umí ji použít do 1 hodiny
- Pacient je informován o možnosti podávání analgetik do 1 hodiny
- Pacient zná úlevové polohy a umí je použít do 1 hodin

Plán intervencí: 22.4 – 23. 4. 2015

1. Vysvětlí a nauč pacienta používat škálu bolesti pro vyjádření stupně závažnosti bolesti do 1 hodiny, všeobecná sestra
2. Posud' spolu s pacientem charakter bolesti, její lokalizaci, závažnosti, nástup a trvání, pomoci hodnotící škály bolesti do 2 hodin, všeobecná sestra
3. Posud' možné příčiny vzniku bolesti do 2 hodin, všeobecná sestra
4. Informuj pacienta o možnosti podání analgetik dle ordinace lékaře do 1 hodiny, všeobecná sestra
5. Sleduj účinky analgetik vždy ihned po podání, všeobecná sestra
6. Sleduj nežádoucí účinky spojené s podání analgetik ihned po podání, všeobecná sestra
7. Respektuj pacientovo vnímání a projevování bolesti, všeobecná sestra
8. Sleduj neverbální projevy spojené s bolestí, průběžně, všeobecná sestra
9. Sleduj pravidelně základní fyziologické funkce, které se mohou měnit při přítomnosti akutní bolesti, všeobecná sestra
10. Asistuj a pomoz pacientovi najít pro něj vhodnou úlevovou polohu do 2 hodin, všeobecná sestra
11. Doporuč pacientovi najít a zajistit relaxační techniky či zaměstnání k navození klidného prostředí a pohodlí pacienta do 2 hodin, všeobecná sestra
12. Zajisti pacientovi dostatečně soukromí, do 1 hodiny, sestra

13. Pravidelně zaznamenej získané údaje do zdravotní dokumentace pacienta, denně, všeobecná sestra

Realizace 22.4 – 23.4 2015

Po přijetí pacienta na standardní oddělení jsme pacientovi vysvětlili a naučili ho pracovat z hodnotící škálou bolesti. Společně jsme posoudili charakter bolesti, její lokalizaci, závažnosti, nástup a trvání za pomoci hodnotící škály bolesti. S pacientem jsme určili možné příčiny bolesti. Proběhlo informování o možném podávání analgetik podle ordinace lékaře. Pacientovi jsme analgetika podali cestou per os a sledovali jsme jejich žádoucí a nežádoucí účinky. Účinky analgetik a naměřené fyziologické funkce jsme pravidelně kontrolovali a zaznamenávali do zdravotnické dokumentace pacienta. Pacientovi byla doporučena nejvhodnější úlevová poloha a zároveň relaxační techniky k navození klidného prostředí s pocitem maximálního soukromí. Vše jsme důsledně a pravidelně zapisovali do ošetřovatelské dokumentace pacienta.

Hodnocení

Pacient byl po překladech z JIP 22.4 2015 na standardním oddělení. Společně s překladem byl zároveň seznámen s hodnotící škálou bolestí, úlevovou polohou a pro něj vhodných relaxačních technik. Pacient všem informacím porozuměl a byl schopen bolest charakterizovat a popsat. Pacientovi jsme podávali analgetika podle ordinace lékaře a vše jsme pravidelně zaznamenávali do zdravotní dokumentace pacienta. Akutní bolest se snížila z VAS 4/10 na VAS 1/10. Došlo tedy ke zmírnění akutní bolesti. Krátkodobý cíl byl splněn. Ke splnění dlouhodobého cíle je nutné dodržovat intervence tlumící bolest a nefarmakologické tišení bolesti. Ošetřovatelské intervence dále pokračují 1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10,11,12,13.

Ošetrovatelská diagnóza 2

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: bezpečnost/ochrana

Třída 2: fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání

Určující znaky:

- poškozená tkáň

Související faktory:

- Mechanické faktory

Cíl krátkodobý: Pacientovi se hojí operační rána per primam do konce hospitalizace

Cíl dlouhodobý: Pacient má operační ránu zhojenou a tím obnovenou integritu tkáně do 1 měsíce

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- Pacient spolupracuje v péči při převazech operační rány do 12 hodin
- Pacient má asepticky ošetřenou ránu - 1 krát denně
- Pacient dodržuje léčebný režim podle ordinace lékaře

Ošetrovatelské intervence 22 – 23.4 2015

1. Pacientovi vysvětlí důležitost aseptického ošetřování rány denně, všeobecná sestra
2. Převazuj rány asepticky, aby se zamezilo vzniku komplikací denně, všeobecná sestra
3. Kontroluj vzhled, velikost a známky infekce operační rány denně, všeobecná sestra

4. Doporučte pacientovi důležitost odpočinku a spánku, všeobecná sestra
5. Spolu s fyzioterapeutem naučte úlevové polohy a správnou techniku vstávání z lůžka, všeobecná sestra, fyzioterapeut
6. Vše pečlivě a pravidelně zaznamenávejte do ošetřovatelské dokumentace pacienta stav operační rány, všeobecná sestra

Realizace 22 – 23.4 2015

Pacient přeložen 22.4 2015 z JIP na standardní oddělení. Dle ordinace lékaře byl proveden toho dne aseptický převaz operační rány v pravém hypogastriu o velikosti 11cm. Ránu jsme ošetřili Betadine roztokem a následně byla operační rána zakryta suchým sterilním krytím. Pacientovi jsme doporučili důležitost pravidelného odpočinku a spánku. Spolu s fyzioterapeutem jsme pacientovy doporučili pro něj nejvhodnější polohy, aby operační rána nebyla nadměrně zatěžována. Vše bylo pečlivě zaznamenáno do zdravotní dokumentace pacienta.

Hodnocení 22 – 23.4 2015

Krátkodobý cíl byl splněn částečně. Rána se doposud hojí bez komplikací. Ke splnění cíle dlouhodobého je zapotřebí plnění intervencí 1,2,3,4,5,6, které je nutné stále dodržovat, aby došlo k obnovení narušené integrity tkáně.

Ošetřovatelská diagnóza 3

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

- Nedostatečná primární obrana: porušená kůže (I. V. katetrizace, invazivní postupy)

Cíl krátkodobý: pacient chápe nutnost zavedení invazivních vstupů do 2 hodin.

Cíl dlouhodobý: U pacienta nevznikla infekce po dobu zavedení invazivních vstupů.

Priorita: střední

Očekávané výsledky

- Pacient rozumí nutnosti zavedení invazivních vstupů do 1 hodiny
- U pacienta nejsou známky infekce po dobu jeho hospitalizace
- Pacient je schopen rozpoznat známky počínající infekce do 1 hodiny
- Pacient dodržuje správné hygienické zásady zamezující vzniku infekce, denně

Ošetřovatelské intervence 22.4- 23. 4. 2015

1. Vysvětlí pacientovi nutnost zavedení invazivních vstupů do 2 hodin, všeobecná sestra
2. Edukuj pacient o nutnosti dodržování správných hygienických návyků (mytí rukou před a po jídle, po použití toalety), do 2 hodin, všeobecná sestra
3. Sleduj možné rizikové faktory výskytu infekce, denně, sestra
4. Mysli na možnost vzniku sepse, ke které patří horečka, třesavka, pocení, porucha vědomí, pozitivní hemokultivace, průběžně, všeobecná sestra
5. Kontroluj pečlivě místo vpichu a jeho okolí pokaždé při manipulaci s centrálním žilním katetrem, denně, všeobecná sestra
6. Ke všem invazivním zákrokům přistupuj přísně asepticky, vždy, všeobecná sestra
7. Vysvětlí pacientovi možné počínající známky infekce do 12 hodin, všeobecná sestra
8. Udržuj lůžko čisté, dohlížej na pravidelnou hygienu pacienta, asistuj při hygieně, denně, všeobecná sestra
9. Pokud se objeví počínající známky infekce, ihned proved' odběry biologického materiálu na vyšetření, dle ordinace lékaře, všeobecná sestra

10. Dle standardu oddělení prováděj aseptický převaz centrálního žilního katetru, všeobecná sestra

11. Vše pečlivě zapiš do zdravotní dokumentace pacienta, průběžně, všeobecná sestra

Realizace 22.4- 23. 4. 2015

Po příchodu na standardní oddělení jsem pacientovi zkontrolovala místo vpichu CŽK a jeho funkčnost, který byl zavedený dne 16. 4. 2015 při převazu. Nebyly zjištěny žádné známky počínající infekce. Pacient si na bolest v místě vpichu a při podávání parenterální výživy na bolest neztěžoval. Podle ordinace jsem prováděla při každé manipulaci s CŽK pravidelnou kontrolu okolí místa vpichu a zároveň jsem pacienta edukovala o nutnosti zavedení CŽK. Dne 22. 4. 2015, jsem pacientovi vysvětlila možnost vzniku infekce a jaké jsou její počínající známky. Pacient získaným informacím plně porozuměl. Každý den po dobu mého sledování pacienta jsem pravidelně pečovala o jeho čisté lůžko a asistovala při jeho hygieně. Všechny intervence jsem důsledně zapsala do zdravotní dokumentace pacienta.

Hodnocení 22.4- 23. 4. 2015

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient zcela pochopil nutnost zavedení invazivního vstupu a doposud se u něj nevyskytly komplikace spojené s invazivním vstupem. Byl informován o rizicích, které mohou nastat ve spojitosti s invazivním vstupem. Pacient plně dodržoval zásady správné hygieny a pacientovo lůžko jsme udržovali v čistotě. Ke splnění dlouhodobého cíle je nutné stále dodržovat tyto intervence 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 po dobu, než bude zaveden centrální žilní katetr.

Ošetřovatelská diagnóza 4

Riziko pádů (00155)

Doména 11: bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.

Rizikové faktory:

Medikace: Antihypertenziva

Fyziologické: Zhoršená tělesná pohyblivost

Pooperační stav

Cíl krátkodobý: pacient zná bezpečně nemocniční prostředí, ve kterém pobývá a dodržuje zásady spojené s jeho bezpečným pohybem, do 3 dnů

Cíl dlouhodobý: pacient neupadne po dobu jeho hospitalizace

Priorita: střední

Očekávané výsledky

- Pacient zná bezpečně nemocniční prostředí, ve kterém pobývá do 2 dnů
- Pacient ví, jak se bezpečně dostane do koupelny a na toaletu, do 1 dne
- Pacient se řídí jemu doporučeným preventivním opatření (bezpečné vstávání z lůžka, pomalá chůze, denně
- Pacient je poučený užívat signalizační zařízení v jeho blízkosti a umí jej používat, denně
- Pacient je poučený o nutnosti doprovodu (toaleta, hygiena, chůze), denně

Ošetřovatelské intervence 22. 4. – 23.4 2015

1. Pacientovi ukaž prostředí, ve kterém se bude po dobu jeho hospitalizace pohybovat (pokoj, chodbu, toaletu, koupelnu) do 2 hodin, všeobecná sestra
2. Všimni si všech rizikových faktorů, které by mohly být příčinou možné pádu do 1 hodiny, všeobecná sestra
3. Zhodnoť riziko možného pádu a proved' zápis do škály rizika pádu do jeho ošetřovatelské dokumentace, při příjmu, pak každé 2 dny hospitalizace, všeobecná sestra
4. Pacienta edukuj o preventivních opatření, které ho mohou ochránit před možným pádem do 2 hodin, všeobecná sestra

5. Pacienta edukuj o přítomnosti signalizačního zařízení u lůžka a edukuj ho jak s ním správně zacházet, kdykoliv bude potřebovat. Proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace do 1 hodiny, všeobecná sestra
6. Vždy včas reaguj na signalizační zařízení a zajisti pacientovi pomoc, denně, ošetrovatel, všeobecná sestra
7. Pacient je poučen o nutnosti doprovodu tam a zpět kdykoliv to bude potřeba (mimo pokoj, koupelna, toaleta) zdravotnického personálu do 2 hodin, ošetrovatel, všeobecná sestra
8. Ujistí se, zda pacient všem zmiňovaným intervencím porozuměl, průběžně, všeobecná sestra
9. Spolu s fyzioterapeutem prováděj nácvik bezpečné chůze, do 1 dne, všeobecná sestra, fyzioterapeut

Realizace 22. 4. - 23. 4. 2015

Ihned po příjmu na standardní oddělení 22. 4. 2015 jsme pacientovi ukázali prostředí, ve kterém bude pobývat po dobu jeho hospitalizace na oddělení. Při příjmu jsme prošli společně z pokoje na toaletu a do koupelny. Pacient se obával možného pádu, jelikož se cítil slabý hlavně po zvednutí z lůžka. Následně jsme si všimli možných rizikových faktorů, které by pacienta mohly ohrozit. Dále jsme zhodnotili a zapsali stupeň možného pádu dle škály hodnotící riziko pádu (5 bodů – riziko pádu) stavu pacienta do jeho zdravotní dokumentace. Pacienta jsme edukovali o nutnosti použití signalizačního zařízení, kdykoliv bude potřeba a o dalších možných preventivních opatření. První den v odpoledních hodinách se pacient zdráhal použít signalizační zařízení, protože nechtěl obtěžovat zdravotnický personál. Během rozdávání medikace jsme si všimli, že pacient se nezdržuje na pokoji. Vyhledali jsme ho na toaletě. Důsledně jsme mu ještě jednou vysvětlili, že je nutné bez obav signalizační zařízení využívat. Ujistila jsem se, že pacient intervencím plně porozuměl a vědomosti jsem si několikrát ověřila několika otázkami. Po zbytek dne pacient využíval signalizační zařízení bez problému. Dne 23. 4. 2015 pacient bez obav využíval signalizační zařízení. Znovu jsme se ujistili, zda pacient všechny intervence zcela pochopil. Vše jsme zapsali do ošetrovatelské dokumentace pacienta.

Hodnocení 22. 4. - 23. 4. 2015

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient první den nevyužil signalizačního zařízení, jelikož nechtěl být personálu na obtíž. Na základě toho byl znovu informován o nutnosti používání signalizačního zařízení. Dále po dobu mého sledování prokázal nabyté vědomosti o možných rizicích pádu a plně se řídí preventivními opatřeními, která mu byly doporučena. Bez problému používá signalizační zařízení. Ke splnění dlouhodobého cíle, je zapotřebí dodržovat po dobu hospitalizace intervence 2,3,4,5,6,7,8 a 9.

Ošetrovatelská diagnóza 5

Strach (00148)

Doména 9: zvládnání/ tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládnání zátěže

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

Určující znaky:

- Uvádí obavy
- Uvádí strach
- Uvádí sníženou sebejistotu

Související faktory:

- Oddělení od podpůrného systému v potencionálně stresující situaci (hospitalizace, nemocniční procedury)

Cíl krátkodobý: Pacient bude bez obtíží vyjadřovat své emoce do 2 dnů,

Cíl dlouhodobý: U pacienta dojde ke snížení pocitu strach na minimum do konce jeho hospitalizace

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- Pacient verbalizuje příčinu svého strachu do 1 dne
- Pacient je plně informovaný o svém zdravotním stavu, denně
- Pacient má možnost návštěvy psychologa, vždy
- Pacient zná předběžný vývoj jeho další léčby, denně

Ošetřovatelské intervence 22. 4. – 23. 4. 2015

1. Získej pacientovo důvěru do 2 dnů, všeobecná sestra
2. Zjistit faktory, které u pacienta vyvolávají strach do 2 dnů, všeobecná sestra
3. Sleduj verbální i neverbální projevy strachu, které se u pacienta projevují, vždy, všeobecná sestra
4. Buď pacientovi na blízku a vyslechni ho kdykoliv bude potřeba, všeobecná sestra
5. Dle potřeby pacientovi zajisti konzultaci jeho stavu s lékařem, vždy, všeobecná sestra
6. Informuj pacienta o možnosti návštěvy psychologa, vždy, všeobecná sestra
7. Doporuč vhodné relaxační techniky, které mohou strach zmírnit
8. Zajisti zapojení členů rodiny, dle potřeby, všeobecná sestra
9. Poskytni pacientovi dostupné informační brožury o jeho onemocnění, dle potřeby, všeobecná sestra
10. Doporuč pacientovi, dostupné organizace sdružující pacienty se stejným onemocněním, dle potřeby, všeobecná sestra
11. Zajisti klidné prostředí, ve kterém pacient pobývá, vždy, všeobecná sestra
12. Vše pečlivě zaznamenej do ošetřovatelské pacienta, všeobecná sestra

Realizace 22. 4. – 23. 4. 2015

Po příjmu 22. 4. 2015 na standardním oddělení při vyplňování ošetřovatelské dokumentace jsme si všimli, že pacient verbalizuje strach. Sdělili jsme mu, že nám může své pocity nebo důvody svého strachu bez obav sdělit. Pacient byl velmi komunikativní a velmi rychle jsme získali jeho důvěru. Pacient projevoval obavy spojené s dalším vývojem jeho onemocnění a nemožnosti

plnění pracovních povinností. Dále projevovat strach ze špatného zabezpečení rodiny z finanční stránky a to z důvodu jeho nutné hospitalizace a následné rekonvalescence. Doporučili jsme mu, aby se jeho rodina více zapojila a poskytli jsme mu informace o možné konzultaci s psychologem či jeho ošetřujícím lékařem. Projevil zájem o setkání s jeho ošetřujícím lékařem, které jsme zprostředkovali do 3 hodin od našeho rozhovoru. Pacientovi lékař vysvětlil vše týkající se jeho onemocnění a seznámil ho s dalším vývojem jeho léčby. Zajistili jsme mu klidné prostředí v jeho okolí. Následujícího dne jsme pacientovi poskytli informační brožury týkající se onemocnění, kterým trpí a ukázali mu organizaci sdružující pacienty se stejným onemocněním. Vše jsme zapsali do ošetřovatelské dokumentace pacienta.

Hodnocení 22. 4. – 23. 4. 2015

Krátkodobý cíl byl splněn. Cíl dlouhodobý byl splněn částečně. U pacienta došlo ke snížení strachu. Přesto, že se pocit strachu snížil, tak stále přetrvávají obavy z dostatečného finančního zabezpečení rodiny v případě další nutné hospitalizace. Ošetřovatelské intervence stále pokračují 3,4,5,6,8,10, 11 a 12.

Ošetřovatelská diagnóza 6

Snaha zlepšit management vlastního zdraví (00162)

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Definice: Vzorec regulace a integrace do každodenního života léčebného režimu pro léčbu onemocnění a jeho následků., který postačuje ke splnění cílů souvisejících se zdravím a lze jej posílit.

Určující znaky:

- Volby v každodenním životě jsou dostatečné pro splnění cílů (např. léčba, prevence)
- Popisuje snížení rizikových faktorů
- Vyjadřuje touhu zvládnout nemoc (např. léčbu, prevenci následků)
- Nevyjadřuje velké potíže s předepsanými režimy

Související faktory:

- Dostatečná informovanost
- Podpora rodiny
- Účast na plánování změny

Cíl krátkodobý: Pacient si plně uvědomí aspekty, které přispějí ke zlepšení jeho zdravotního stavu, do 3 dnů

Cíl dlouhodobý: Pacient si stanoví cíle, které povedou k podpoře jeho zdravotního stavu, do konce hospitalizace

Priorita střední

Očekávané výsledky:

- Pacient si uvědomí důležitost zdravého životního stylu do 2 dnů
- Pacient bude mít dostatečné informace o zdravém životním stylu do 2 dnů
- Pacient se bude znát vhodné metody směřující ke zlepšení jeho zdravotního stavu do 2 dnů

Ošetřovatelské intervence 22. 4. – 23. 4. 2015

1. Posud aspekty, které jsou nutné u pacienta změnit, do 2 dnů, všeobecná sestra
2. Posud specifické aspekty, které mohou do jisté míry ovlivnit pacientovo zdravotní styl 2 dnů, všeobecná sestra
3. Zjistí všechny nežádoucí faktory, které pacient konal před zhoršením jeho zdravotního stavu do 2 dnů, všeobecná sestra
4. Zhodnot pacientovo dosavadní znalosti spojené se zdravým životním stylem
5. Doporuč pacientovi pro něj nejvhodnější metody jak podpořit jeho zdravotní styl do 2 dnů, všeobecná sestra
6. Navrhni pacientovi konzultaci s nutričním terapeutem do 2 dnů, všeobecná sestra
7. Poskytni pacientovi informační brožury o zdravém životním stylu a stravování, do 2 dnů, všeobecná sestra, nutriční terapeut

8. Pacienta povzbuzuj v jeho činnostech spojených se změnou jeho životního stylu pokaždé, bude-li třeba, všeobecná sestra
9. Vše pravidelně zapisuj do ošetřovatelské dokumentace pacienta

Realizace 22. 4. – 23. 4. 2015

Při příjmu na standardní oddělení 22. 4. 2015 jsme s pacientem spolupracovali při tvorbě ošetřovatelské anamnézy. Při rozhovoru s pacientem jsme pozorovali snahu zlepšit své znalosti o zdravém životním stylu a stravování. Zjišťovali jsme negativní aspekty, které pacient dělal a tím nepříznivě ovlivňoval svůj zdravotní stav. Pacient se stravoval nevhodně, jelikož se stravoval ráno a následně pak až v pozdějších večerních hodinách. Pil 2 - 3 litry slazeného nápoje denně. Po zhoršení pacientovo stavu došel pacient k rozhodnutí, že se pokusí o zlepšení svého zdravotního stavu nastolením zdravého životního stylu a stravování. S pacientem jsme se domluvili, že mu následující den připravíme informační brožury s tématem zdravého životního stylu a stravování. Doporučíme pro něj vhodné relaxační metody k navození relaxace. Dále jsme mu domluvili setkání s nutričním terapeutem. Dne 23. 4. 2015 jsme pacientovi donesli informační brožury, které si ihned pročítal. Setkal se s nutričním terapeutem, který podal velké množství pro pacienta nových informací. Pacient si pomalu stanovuje cíle, které bych chtěl realizovat po propuštění z nemocnice. Pravidelně jsme ověřovali jeho nově nabyté znalosti a pacienta jsme pravidelně povzbuzovali v jeho činnostech a rozhodnutích.

Hodnocení 22. 4. – 23. 4. 2015

Krátkodobý cíl byl splněn. Cíl dlouhodobý byl splněn částečně, protože u pacienta došlo k uvědomění aspektů, které přispívají k podpoře jeho zdravotního stavu. Dozvěděl se mnoho informací ohledně zdravého životního stylu a stravování. Ke splnění cílů dlouhodobého je důležité pokračovat v těchto intervencích 2,4, 5, 8 a 9.

Celkové zhodnocení

Navržený individuální plán ošetrovatelské péče o pacienta s Crohnovou chorobou za využití metody ošetrovatelského procesu lze z celkového pohledu zhodnotit jako efektivní a celkové přínosný pro léčbu i péči o pacienta.

Z pohledu sestry došlo u pacienta k uvědomění si závažnosti svého onemocnění. Stanovili jsme si cíle, které spočívají zejména v oblasti výživy a stravování. Pacient si uvědomil důležitost svého zdraví. Byl velmi otevřený a neodmítal nastolené rady intervence, které byl schopný bez potíží přijmout.

Po 5 dnech hospitalizace je pacient téměř soběstačný. Je nutné ho ovšem doprovázet na toaletu či do koupelny, jelikož stále přetrvává riziko možného pádu. Pacient je schopný provést celkovou hygienu.

Pacientovo operační rána se dosud hojící per primam a není příznak počínající infekce. Pacient má stále zavedený CŽK z důvodu nadále nutné parenterální výživy CŽK, který je zcela průchodný a bez známek infekce.

U pacienta je zaznamenán nedostatek znalostí o zdravém životním stylu. Z tohoto důvodu pacient trpí nadváhou. Podle doporučení jeho ošetřujícího lékaře není doporučeno tělesnou hmotnost dočasně snižovat. Po doporučených intervencích u pacienta došlo ke snížení strachu. Přesto, že se u pacienta pocit strachu snížil, tak nadále přetrvávají obavy z dostatečného finančního zabezpečení rodiny a další možné hospitalizace.

Zvolený model funkčního zdraví podle Marjory Gordonové zcela vyhovoval a dokázal pacienta zhodnotit v holistickém pojetí. U námi zkoumaného pacienta je předpoklad, že bude schopen zlepšit svůj životní styl, který napomůže ke zlepšení zdravotního stavu. Správné dodržování zásad kvalitního životního stylu a doporučení lékařů umožní pacientovi žít s tímto onemocněním co nejkvalitnější život.

Doporučení pro praxi

Doporučení pro pacienty:

- Pacienti při Crohnově chorobě by měli dodržovat nastolený léčebný režim od svého ošetřujícího lékaře či gastroenterologa.
- Je nutné dodržovat medikamentózní léčbu a užívat jí v předepsaném množství.
- Jakmile se u pacienta objeví neobvyklé příznaky, např. bolest v dutině břišní či při vyprazdňování, dále zvýšené teploty, měl by ihned vyhledat svého ošetřujícího lékaře.
- Při tomto druhu onemocnění by měl pacient využívat vhodné relaxační techniky, např. poslech relaxační hudby, dostatečné množství spánku apod.
- Pacient by měl pozorovat, jaké potraviny mu dělají či naopak nedělají dobře a v závislosti na tom se stravovat.
- Velmi vhodná je bezsezbytková dieta – strava při této dietě nesmí být tučná, nadýmavá, kořeněná a pro tělo dráždivá.
- Při Crohnově chorobě je vhodné konzumovat např. vařené nebo dušené drůbeží, hovězí nebo telecí maso, ryby, libové uzeniny, zakysané mléčné výrobky apod.
- Nevhodné jsou naopak zejména potraviny, které obsahují velké množství zrníček, soli, dále je nutné se vyhnout kůrkám a slupkám.
- Je nutné se vyhnout nadměrnému stresu, který by přispěl ke zhoršení zdravotního stavu.

Doporučení pro vrchní/staniční sestry:

- Vrchní/staniční sestry by se měly průběžně v tomto oboru vzdělávat, docházet na různé semináře a informovat se o nových možnostech.
- Je nutné, aby vrchní spolu se staniční sestrou zajistily přednášky pro všeobecné sestry o Crohnově chorobě.

Doporučení pro všeobecné sestry:

- Všeobecné sestry by se měly vzdělávat, absolvovat přednášky, semináře či různé kurzy o tomto typu onemocnění.
- Je nutné, aby přijímaly nové informace a byly schopny je aplikovat v praxi.
- Je vhodné, aby byly pacientovi poskytnuty edukační materiály o Crohnově chorobě.
- Je velmi důležitý jejich empatický přístup, naslouchání pacienta a komunikace s ním.
- Všeobecné sestry by měly rovněž vnímat pacienta jako biopsychosociální jednotku.
- Nebagatelizovat pacientovo subjektivní vyjádření obtíží

Doporučení pro rodinu pacienta:

- Rodina by měla pacientovi zajistit klidné rodinné zázemí.
- Dále je nutné, aby ho rodina podporovala, zapojila se do léčebného režimu.
- Pacientovi by měla být dodávána naděje a síla.
- Rodina by měla s pacientem hovořit o jeho problémech a nebrat je na lehkou váhu.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo poskytnout základní, tj. nezbytné informace o Crohnově chorobě a vytvoření ošetrovatelského procesu. V teoretické části jsme se zabývali zejména vytvořením základního přehledu, pomocí kterého můžeme jednoznačně chorobu dále zkoumat. Základní přehled zahrnuje základní popis choroby, epidemiologii, etiologii, průběh, klinický obraz, možné komplikace, diagnostiku a léčbu. Dále jsme se zabývali jednotlivými specifiky ošetrovatelské péče, které u pacientů mohou nastat.

Po teoretické části, ve které jsme získali teoretické penzum znalostí, jsme pokračovali do praktické části výzkumu. V praktické části jsme sestavili kompletní ošetrovatelský proces ve všech jeho pěti krocích u konkrétního pacienta, kterému byla diagnostikována Crohnova choroba. Konkrétně jsme uvedli základní data o celkovém stavu pacienta. Následně jsme sestavili ošetrovatelské diagnózy, poté jsme zpracovali plán ošetrovatelské péče, který jsme aplikovali a následně zhodnotili. Z tohoto hlediska můžeme konstatovat, že stěžejní cíl této bakalářské práce byl splněn.

Velmi podstatným výstupem této práce je i vypracování edukační karty pro pacienta s onemocněním Crohnovou chorobou se zaměřením na možné komplikace. Tato edukační karta bude sloužit jako informační dokument v nemocničních zařízeních.

Na základě výše uvedeného textu můžeme konstatovat, že Crohnova choroba je velmi závažný druh onemocnění, který se neustále vyvíjí a ani moderní medicína mu zatím nedokáže úplně čelit. Nicméně je v našich silách, abychom dokázali u takto nemocných pacientů správným přístupem a péčí dosáhnout alespoň částečně plnohodnotný život.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BUREŠ, J., HORÁČEK, J., MALÝ, J., et al., 2014a. *Vnitřní lékařství*. Díl 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-145-2.

BUREŠ, J., J. HORÁČEK, a J. MALÝ, et al., 2014b. *Vnitřní lékařství*. Díl 2. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-145-2.

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

DRASTICH, P., 2010. Mimostřevní komplikace idiopatických střevních zánětů. In: *Lékařské listy*. **59** (11), 7-9.

DOUDA, T., 2010. Kapslová endoskopie u IBD. In: *Endoskopie*, **19** (3-4), 117-120. ISSN 1211-1074.

FARKAŠOVÁ, D., a kol., 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin: OSVETA. ISBN 80-8063-227-8.

FRIČ, P. a M. ZAVORAL, 2013. Idiopatické střevní záněty a kolorektální karcinom. In: *Onkologie*, **7** (4), 167-171. ISSN 1802-4475.

HERDMAN, T. (ed), 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

HLOCH, O., 2016. Metody při vyšetření stolice. In: *New.propedeutika.cz* [online] [cit. 2015-12-19]. Dostupný z: <http://new.propedeutika.cz/?p=489>.

HORÁK, L., a kol., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. ISBN 970-80-247-3595-5.

JŮZLOVÁ, K., a J. HERCOGOVÁ, 2014. Kožní projevy u pacientů s nespecifickými střevními záněty. In: *Crohn.cz* [online]. [cit. 2015-11-19]. Dostupný z: <http://www.crohn.cz/informace-o-onemocnenich/ostatni-onemocneni/kozni-projevy-u-pacientu-s-nespecifickymi-strevnimi-zanety/>

KEIL, R. a kol., 2012. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1970-5.

KLENER, P., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-705-9.

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

KOLEKTIV AUTORŮ, 2015. Doporučené postupy chirurgické léčby pacientů s idiopatickými střevními záněty – 2. část: Crohnova nemoc. In: *Gastroenterologie a hepatologie*, **69** (3), 223-233. ISSN 1804-7874.

LATA, J., J. BUREŠ a T. VAŇÁSEK, et al., 2010. *Gastroenterologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.

LUKÁŠ, K., et al., 1999. *Idiopatické střevní záněty*. Praha: Triton. ISBN 80-85875-31-4.

LUKÁŠ, K., 2001. *Idiopatické střevní záněty: minimum pro praxi*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-173-0.

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

LUKÁŠ, K., 2011. Idiopatické střevní záněty. In: *Zdravotnické noviny*, **60** (10), 28 - 29. ISSN 1805-2355.

LUKÁŠ, M., et al., 1998. *Idiopatické střevní záněty – Nejistoty, současné znalosti a klinický přístup*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-79-5.

LUKÁŠ, M., 2013. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida: klinický obraz, diagnostika a biologická léčba. In: *Acta medicae*, **2** (1), 69-73. ISSN 1805-398X.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. ISBN 978-80-904955-9-3.

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PACIENTŮ S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY, 2011. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat*. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty. ISBN 978-80-905120-0-9.

PACIENTSKÁ ORGANIZACE PACIENTI IBD, 2013. Kolonoskopické vyšetření – základní popis. In: *Crohn.cz* [online]. 7. 4. 2013 [cit. 2015-12-20]. Dostupné z: <http://www.crohn.cz/informace-o-onemocnenich/ulcerozni-kolitida/kolonoskopicke-vysetreni-zakladni-popis/>.

PELCOVÁ, Š., 2015. Crohnova choroba nepostihuje jen střeva. In: *Grand hospital*, 9, 16-19.

PRACOVNÍ SKUPINA PRO NESPECIFICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY, 2010. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*: Připraveno ve spolupráci s pracovní skupinou pro nespecifické střevní záněty. Praha: Medimport.

RENDL, L. a V. TÓTHOVÁ, 2013. Možnosti zlepšení kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou z pohledu sestry. In: *Kontakt*, **15** (2), 128 -134. ISSN 1212 - 4117.

KLININICKÉ A VÝZKUMNÉ CENTRUM PRO IDIOPATICKÉ ZÁNĚTY, 2016. Jak probíhá Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. In: *Strevni-zanety.cz*, [online]

[cit. 2016-01-11]. ISSN 1803-5485. Dostupný z: <http://www.strevni-zanety.cz/novinky/jak-probiha-crohnova-nemoc-a-ulcerozni-kolitida-198>.

SVITKOVSKÁ, V. a L. KOBER, 2014. Kvalita života s Crohnovou nemocí. In: *Sestra*, **24** (5), 38-40. ISSN 1210-0404.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.

VOKURKA, M. a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

ZBOŘIL, V., a kol., 2007. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1

PŘÍLOHY

Příloha A – Historie	I
Příloha B – Extraintestinální komplikace	II
Příloha C – Edukační karta	III
Příloha D – Rešerše	IV
Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	V

Příloha A - Historie

V roce 1769 byl popsán první případ Crohnovy nemoci tenkého a tlustého střeva. Byl popsán významným lékařem G. G. Morgnagnem v jeho velmi významné práci „De Sedibus et Causis Morborum“. O mnoho let později, konkrétně v roce 1806 zaznamenali Combe a Saunders velmi zajímavý případ mladého muže trpícího bolestmi břicha a malnutricí. Combe a Saunders odhalili při pitvě tohoto muže výrazně ohraničené ztluštění a stenózu distálního ilea a tračníku. Za zmínku dle mého názoru stojí první prezentace mikroskopického vzhledu choroby z roku 1882 (LUKÁŠ, 1999).

Název tato choroba získala podle B. B. Crohna, který byl členem pracovní skupiny zabývající se tématem zánětlivých onemocnění střev v nemocnici newyorské Mount Sinai počátkem dvacátých let dvacátého století. Do této skupiny patřili také Ginzburg s Oppenheimerem a v té době již uznávaný chirurg A. A. Berg. Klemperer, v té době hlavní šéf patologie ve výše zmíněné nemocnici vyzval, aby se skupina Ginzburga a Oppenheimera se svými 12 nemocnými spojila s B. B. Crohmem, který léčil své 2 pacienty. Dohromady se tedy jednalo o 14 pacientů se stejnou diagnózou, a to tedy s granulomatózním zánětem v oblasti terminálního ilea.

Tento nově vytvořený tým měl za úkol vypracovat článek, který měl být uveden v prestižním časopisu JAMA. Pod článkem byli podepsaní všichni, kromě A. A. Bergra, jenž to odmítl, ačkoliv operoval všechny tyto pacienty. Své rozhodnutí odůvodnil tím, že publikaci sám nepsal. V roce 1932 bylo zařazené téma regionální enteritidy na zasedání America Medical Association, kde byl B. B. Crohn uveden jako jediný autor, a proto byla po něm choroba pojmenována (LUKÁŠ, 1998).

Vedle názvu Crohnova choroba se také v odborné literatuře objevovaly názvy regionální a terminální ileitida. Tyto názvy můžeme, co se týče obsahu, považovat za naprosto stejný popis onemocnění, který byl popsán právě doktorem Crohmem a jeho týmem (BORTLÍK, 2010), (PRACOVNÍ SKUPINA PRO NESPECIFICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY, 2010).

Mezi další významná data patří rok 1913, kdy se podařilo doktoru T. K. Dalzielovi vyjádřit nejen klinický, ale i patologický obraz choroby. To znamenalo další významný posun. Naproti tomu až v roce 1960 byla popsána Crohnova choroba v oblasti tlustého střeva a následně došlo k odlišení od ulcerózní kolitidy (KOHOUT, 2006).

V dnešní době se Crohnova choroba poměrně liší od projevů, které byly pozorovány v počátku 30. let dvacátého století. Nyní se totiž již tak často nesetkáváme s hmatným infiltrátem v oblasti pravé jámy kyčelní. Setkáváme se více s dlouhotrvajícími průjmy, úbytkem hmotnosti a mimo střevními projevy bez jasně vyjádřené břišní symptomatologie. Výzkumy od devadesátých let poukazují na skutečnost, že Crohnova choroba má nestejnorodý podklad s nespecifickou lokalizací, projevy a komplikacemi (ČERVENKOVÁ, 2009).

V České republice se Crohnovou chorobou převážně zabývali Mařatka, Herfort, Kudrman a Čapek. Tito lékaři v šedesátých letech u nás i ve světě publikovali řadu textů, v nichž popisovali své zkušenosti s Crohnovou chorobou, a to nejen v tenkém, ale i tlustém střevě (LUKÁŠ, 1998).

Příloha B – Extraintestinální komplikace

Tyto komplikace mohou být v mnoha případech závažnější než při samotném střevním onemocnění, jelikož mohou do velké míry narušovat kvalitu života nemocného, například při postižení kloubu Crohnovou chorobou. Pacienta mohou dokonce přímo ohrožovat na životě (DRASTICH, 2010).

Kožní projevy - kožní projevy často souvisejí s postižením tlustého střeva a úzce souvisejí s aktivitou onemocnění.

Erythema nodosum - vyskytuje se velmi často u pacientů s Crohnovou chorobou. Jedná se o zduřelá ložiska v podkoží a na kůži vyskytující se především na bérkách.

Pyoderm gangrenosum – velmi často se vyskytující kožní onemocnění u pacientů léčících se s Crohnovou chorobou převážně s chronickým průběhem. Charakteristické jsou zpočátku patrné puchýřky na kůži vyplněné hnisem a uzly, které nakonec vyústí v plošně se šířící vředy postihující především dolní končetiny.

Aftozní stomatitida – toto vředové onemocnění v dutině ústní je u Crohnovy choroby velmi často přítomné. Afty se mohou projevovat ještě před začátkem střevního zánětu (JŮZLOVÁ, 2014), (KOHOUT, 2006).

Oči - záněty spojivek, rohovek, bělma ale i závažnější záněty v oblasti duhovky či v lokalizaci řasnatého tělíska jsou velmi častou komplikací Crohnovy choroby. Projevující se výraznou bolestivostí (ČERVENKOVÁ, 2009), (KOHOUT, 2006).

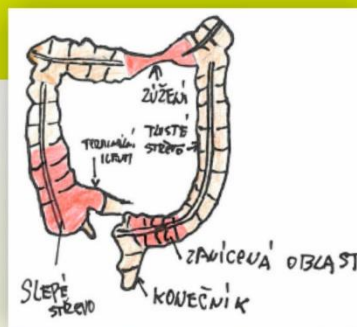
Klouby - postižení kloubů je u Crohnovy choroby jednou z nejčastějších mimo střevních projevů. Postihuje jak velké, tak i malé periferní klouby a páteř. Nejčastěji bývá postižen kloub holenní a hlezenní.

Enteropatická artritida - jedná se o akutní zánět nitrokloubní blány, který má za následek přítomnost výpotku v kloubu. Okolí i samotný kloub je velmi zarudlý a velmi bolestivý, ale po odeznění akutního stavu dojde k absolutnímu zhojení a stavu bez následků (ČERVENKOVÁ, 2009).

Sakroillitis - zánět postihující křížokyčelní skloubení, objevující se zcela nezávisle na aktivitě zánětu přítomného ve střevech. Rozdílné je to u postižení velkých periferních kloubů, které jsou závislé na aktivitě zánětlivého onemocnění ve střevech (ČERVENKOVÁ, 2009).

Edukační karta pro pacienta s onemocněním Crohnovou chorobou se zaměřením na možné komplikace

Tato edukační karta je výstupem bakalářské práce, na téma „Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou“, na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s.



Zdroj: FENCLOVÁ, 2016

Crohnova choroba

- Crohnova choroba je nejčastěji definována jako zánět procházející celou stěnou střeva, který má tendence vytvářet píštěle (abnormální kanálek, který vzniká mezi dutinou a jejím povrchem) různých závažností (LUKÁŠ, 2004).
- Postihuje tenké a tlusté střevo současně, a to okolo 40%. Zhruba z 25% je postiženo pouze tlusté střevo. Konečník a řiť jsou chorobou postižené vzácně, bývá to okolo 5%.
- Samotné postižení dutiny ústní a jícnu, žaludku a dvanáctníku je ojedinělé. Projevy mohou mít charakter nespecifických dyspeptických obtíží, např. nechutenství, pocity plnosti v oblasti nadbříšku. Postižení jícnu se projevuje postupujícím ztížením polykání. Crohnova choroba v oblasti žaludku se projevuje bolestí v oblasti břišní dutiny, kde může nastat problém s poruchou vyprazdňování žaludku a v dvanáctníku se může projevit bolestmi v nadbříšku či obstrukcí (KLENER, 2011), (KEIL, 2012), (LATA, 2010).
- Crohnovu chorobu řadíme mezi tzv. idiopatické střevní záněty (ISZ), známé také pod zkratkou IBD, která znamená Inflammatory Bowel Diseases. Idiopatické střevní záněty jsou charakteristické tím, že postihují střevo zánětem, avšak stále nejsou jasné etiologie. Mezi idiopatické střevní záněty řadíme především Crohnovu chorobu a Ulcerózní kolitidu (ČERVENKOVÁ, 2009).

- Více informací o této chorobě naleznete na internetových stránkách:

www.crohn.cz

www.strevni-zanety.cz

www.crohnovanemoc.cz



Zdroj: FENCLOVÁ, 2016

Lokální střevní komplikace

Zúžení střeva a akutní střevní neprůchodnost:

Dochází k zúžení střevního průsvitu, což má za následek ztíženou průchodnost střeva, popřípadě jeho úplného uzavření, pokud dojde k otoku ve střevní sliznici zapříčiněném akutním zánětem nebo stavu zhojení na podkladě vazivového zhojení. Tyto potíže dále doprovází silné bolesti křečovitého charakteru v oblasti břicha. Dále se vyskytuje zvracení a objevují se i nápadné střevní zvuky. Velmi podobný problém představuje neprůchodnost střeva, která vzniká na podkladě přítomného zánětu ve střevě (ČERVENKOVÁ, 2009), (KOHOUT, 2006), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2015).

Perforace:

Perforace znamená proděravění stěny střeva a následné vylití střevního obsahu do okolních struktur. Tato komplikace se velmi často vyskytuje na podkladě postupného rozvoje zánětu. Defekt v podobě hlubokého vředovitého charakteru prostoupí celou stěnou střeva. To má za následek vytvoření vazivové blány, která ohraničuje šířící se zánět. Perforace může být případně zakončena vznikem píštělí, abscesu, nebo jde o perforaci volnou do oblasti dutiny břišní s následným vznikem rozsáhlého zánětu pobříšnice. Volná perforace je u tohoto typu onemocnění velmi vzácná (LUKÁŠ, 2013), (ČERVENKOVÁ, 2009).

Píštěl a perianální absces:

Perianální - jedná se o oblast řiti.

Tvorba píštělí je při tomto druhu onemocnění velmi častou komplikací. Jedná se o novotvořené spojky v rámci jednotlivých střevních kliček. Dále se může píštěl objevit mezi střevem a dalším orgánem. Jedná se například o pochvu či močový měchýř. Další možností je vytvoření píštělí mezi střevem a povrchem těla. Velmi často jsou píštěle zaznamenány v oblasti konečníku a řitního otvoru. Nezřídka dochází ke vzniku neohraničeného hnisavého zánětu, což může mít za následek poškození funkčnosti análního svěrače (KOHOUT, 2006), (ČERVENKOVÁ, 2009), (LUKÁŠ, 2013).

Abscesy:

Jedná se o dutiny, které jsou naplněny hnisem. Mohou se vytvořit v břišní dutině, především mezi střevními kličkami, dále v oblasti hýžďových svalů nebo v okolí konečníku. Vytvořit se ovšem mohou i v jiných oblastech, které ani nemusí mít přímou souvislost se střevem.

Septický průběh střevního zánětu:

V dnešní době je poměrně méně častý. Při této komplikaci je typický především hořečnatý průběh a celková schvácenost.

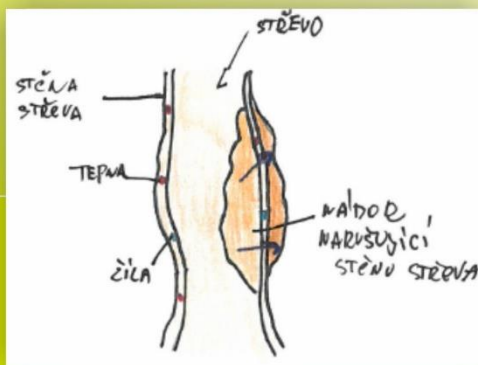
Krvácení:

Tato komplikace se u Crohnovy choroby vyskytuje poměrně vzácně. Příčinou krvácení je především porušení celistvosti stěny některé větší cévy, která je zapříčiněna přítomností zánětu vředovitého charakteru. Je velmi důležité, aby zdroj krvácení byl dobře lokalizován, jelikož je nezbytné vyloučit krvácení z možného vředu v oblasti žaludku a duodena (ČERVENKOVÁ, 2009), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2015).

Karcinom tlustého střeva:

Crohnova choroba do jisté míry může přispět ke vzniku kolorektálního karcinomu. Záleží zde ovšem na trvání onemocnění a rozsahu zánětlivým změn. Karcinom tlustého střeva se mnohem častěji vyskytuje u nemocných s Ulcerózní kolitidou (ČERVENKOVÁ, 2009), (KOHOUT, 2006), (FRIČ, 2013).

Karcinom tlustého střeva:



Zdroj: FENCLOVÁ, 2016

Mimostřevní komplikace:

Tyto komplikace mohou být v mnoha případech závažnější než při samotném střevním onemocnění, jelikož mohou do velké míry narušovat kvalitu života nemocného, například při postižení kloubu Crohnovou chorobou. Pacienta mohou dokonce přímo ohrožovat na životě (DRASTICH, 2010).

Kožní projevy:

Kožní projevy často souvisejí s postižením tlustého střeva a úzce souvisejí s aktivitou onemocnění.

Erythema nodosum:

Vyskytuje se velmi často u pacientů s Crohnovou chorobou. Jedná se o zduřelá ložiska v podkoží a na kůži vyskytující se především na bérkách.

Pyoderm gangrenosum:

Velmi často se vyskytující kožní onemocnění u pacientů léčících se s Crohnovou chorobou převážně s chronickým průběhem. Charakteristické jsou zpočátku patrné puchýřky na kůži vyplněné hnisem a uzly, které nakonec vyústí v plošně se šířící vředy postihující především dolní končetiny.

Aftózní stomatitida:

Toto vředové onemocnění v dutině ústní je u Crohnovy choroby velmi často přítomné. Afty se mohou projevovat ještě před začátkem střevního zánětu (JŮZLOVÁ, 2014), (KOHOUT, 2006).

Oči:

Záněty spojivek, rohovek, bělma ale i závažnější záněty v oblasti duhovky či v lokalizaci řasnatého tělíska jsou velmi častou komplikací Crohnovy choroby. Projevují se výraznou bolestivostí (ČERVENKOVÁ, 2009), (KOHOUT, 2006).

Klouby:

Postižení kloubů je u Crohnovy choroby jednou z nejčastějších mimostřevních projevů. Postihuje jak velké, tak i malé periferní klouby a páteř. Nejčastěji bývá postižen kloub holenní a hlezenní.

Enteropatická artritida:

Jedná se o akutní zánět nitrokloubní blány, který má za následek přítomnost výpotku v kloubu. Okolí i samotný kloub je velmi zarudlý a velmi bolestivý, ale po odeznění akutního stavu dojde k absolutnímu zhojení a stavu bez následků (ČERVENKOVÁ, 2009).

Sakroilitis:

Zánět postihující křížokocelní skloubení, objevující se zcela nezávisle na aktivitě zánětu přítomného ve střevěch. Rozdílne je to u postižení velkých periferních kloubů, které jsou závislé na aktivitě zánětlivého onemocnění ve střevěch (ČERVENKOVÁ, 2009).

Zdroje:

- ČERVENKOVÁ, R., 2009. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7.
DRASTICH, P., 2010. Mimostřevní komplikace idiopatických střevních zánětů. In: Lékařské listy, 59 (11), 7-9.
FRÍČ, P. a M. ZAVORAL, 2013. Idiopatické střevní záněty a kolorektální karcinom. In: Onkologie, 7 (4), 167-171. ISSN 1802-4475.
JŮZLOVÁ, K., a J. HERCOGOVÁ, 2014. Kožní projevy u pacientů s nespecifickými střevními záněty. In: Crohn.cz [online]. [cit. 2015-11-19]. Dostupný z: <http://www.crohn.cz/informace-o-onemocnenich/ostatni-onemocneni/kozni-projevy-u-pacientu-s-nespecifickymi-strevnimi-zanety/>
KEIL, R. a kol., 2012. Vybrané kapitoly z gastroenterologie. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1970-5.
KLENER, P., 2011. Vnitřní lékařství. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-705-9.
KOHOUT, P. a J. PAVLIČKOVÁ, 2006. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida. Praha: Forsapi. ISBN 80-903820-0-2.
KOLEKTIV AUTORŮ, 2015. Doporučené postupy chirurgické léčby pacientů s idiopatickými střevními záněty – 2. část: Crohnova nemoc. In: Gastroenterologie a hepatologie, 69 (3), 223-233. ISSN 1804-7874.
LATA, J., J. BUREŠ a T. VAŇÁSEK, et al., 2010. Gastroenterologie. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.
LUKÁŠ, K., ŠATROVÁ, J., 2004. Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci. Praha: Triton. ISBN 80-7254-473-X.
LUKÁŠ, M., 2013. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida: klinický obraz, diagnostika a biologická léčba. In: Acta medicae, 2 (1), 69-73. ISSN 1805-398X.
FENCLOVÁ, P., Ošetrovatelský proces pacienta s Crohnovou chorobou. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.).
Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha. 2016. 78 s.

Příloha D - Rešerše

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

Pavλίna Fenclová

Jazykové vymezení:	čeština, angličtina, slovenština
Klíčová slova:	Crohnova choroba - Nonspecific intestinal inflammations, Nespecifické střevní záněty - Bowel disease, Ulcerózní kolitida - Ulcerative colitis.
Časové vymezení:	2005-2015.
Druhy dokumentů:	Knihy, vysokoškolské práce, články a příspěvky ve sbornících.
Počet záznamů:	608 (knihy: 47, vysokoškolské práce 35, články a příspěvky ve sborníku).
Použitý citační styl:	Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů).
Základní prameny:	Katalog Středočeská vědecká knihovna Kladno, Jednotná informační brána, Bibliographica medica Czechoslovaca, Google Scholar.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne 15. 3. 2016

Pavína Fenclová