

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S CROHNOVOU CHOROBU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**HANA HAASOVÁ**

**Praha 2017**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S CROHNOVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

HANA HAASOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Eva Murdychová

Praha 2017



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

**Haasová Hana**  
**3. C VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 10. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

*Der Pflegeprozess bei einem Patienten mit Morbus Crohn*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Eva Murdychová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Karolina Moravcová

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala 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**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Evě Murdychové a konzultantce PhDr. Karolině Moravcové za vedení mé práce, za užitečné informace a cenné rady, které mi pomohly při zpracování práce.

## ABSTRAKT

HAASOVÁ, Hana. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Eva Murdychová. Praha. 2017. 53 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce se zaměřuje na charakteristiku onemocnění, etiologii, klinický obraz, formy, fáze a vývoj nemoci, diagnostiku, léčbu a také komplikace nemoci. Dále je v této části práce zmíněna kvalita života u pacienta, protože toto onemocnění ji významně ovlivňuje a má také vliv na psychiku nemocného.

Praktická část se zabývá zpracováním plánu ošetrovatelského procesu s využitím koncepčního modelu Marjory Gordon. Ošetrovatelské diagnózy při tvorbě ošetrovatelského procesu byly sestaveny dle taxonomie II NANDA I International 2015-2017.

Klíčová slova

Biologická léčba. Crohnova choroba. Idiopatické střevní záněty. Ošetrovatelský proces.

## ABSTRAKT

HAASOVÁ, Hana. *Der Pflegeprozess bei einem Patienten mit Morbus Crohn*. Krankenpflegehochschule. Qualifikationsgrad: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Eva Murdychová. Prag. 2017. 53 p.

Das Thema der Bachelorarbeit ist der Pflegeprozess bei einem Patienten mit Morbus Crohn. Die Arbeit ist in einen theoretischen und einen praktischen Teil unterteilt. Der theoretische Teil konzentriert sich auf die Beschreibung der Krankheit, die Ätiologie, das Krankheitsbild, die Formen, die Phasen und die Entwicklung der Krankheit, die Diagnostik, die Behandlung und auch die Komplikationen der Krankheit. Darüber hinaus wird die Lebensqualität des Patienten erwähnt, weil die Krankheit sie signifikant beeinflusst und auch einen Einfluss auf die Psychik des Patienten hat. Der praktische Teil befasst sich mit der Ausarbeitung des Pflegeprozesses unter Verwendung des konzeptionellen Modells von Marjory Gordon. Die Pflegediagnosen bei der Bildung des Pflegeprozesses wurden gemäß der Taxonomie II NANDA I International 2015 - 2017 zusammengestellt.

Schlüsselwörter

Biologische Therapie. Morbus Crohn. Idiopathische Darmentzündungen. Pflegeprozess.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

## SEZNAM TABULEK

ÚVOD .....	13
<b>1 CROHNOVA CHOROBA .....</b>	<b>16</b>
1.1 EPIDEMIOLOGIE .....	17
1.2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE .....	17
1.3 KLINICKÝ OBRAZ .....	17
1.3.1 KLASIFIKACE DLE ANATOMICKÉ LOKALIZACE .....	18
1.4 FORMY NEMOCI .....	19
1.5 VÝVOJ A FÁZE NEMOCI .....	20
1.6 DIAGNOSTIKA .....	20
1.6.1 ANAMNÉZA A FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ .....	20
1.6.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ .....	21
1.6.3 ULTRASONOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ .....	21
1.6.4 KONTRASTNÍ RENTGENOVÉ A ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ .....	21
1.6.5 ENDOSKOPICKÁ VYŠETŘENÍ .....	22
1.6.6 HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ .....	24
1.7 KOMPLIKACE CROHNOVY CHOROBY .....	24
1.7.1 LOKÁLNÍ STŘEVNÍ KOMPLIKACE .....	24
1.7.2 MIMOSTŘEVNÍ KOMPLIKACE .....	25
1.7.3 METABOLICKÉ KOMPLIKACE .....	26
1.8 LÉČBA CROHNOVY CHOROBY .....	26
1.8.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA .....	26
1.8.2 NUTRIČNÍ LÉČBA .....	29
1.8.3 PSYCHOLOGICKÁ LÉČBA .....	31
1.8.4 BIOLOGICKÁ LÉČBA .....	31
1.8.5 CHIRURGICKÁ LÉČBA .....	33
<b>2 KVALITA ŽIVOTA U PACIENTA S CROHNOVOU</b>	
<b>    CHOROBU .....</b>	<b>35</b>



<b>3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CROHNOVOU CHROBOU .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1 SITUAČNÍ ANALÝZA .....</b>	<b>53</b>
<b>3.2 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT .....</b>	<b>53</b>
<b>3.3 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....</b>	<b>62</b>
<b>3.4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>63</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>65</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>66</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>I</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>All-in-one</b> .....	vše v jednom
<b>CD</b> .....	anglická zkratka pro Crohnovu chorobu
<b>CT</b> .....	počítačová tomografie
<b>CRP</b> .....	C - reaktivní protein
<b>CVK</b> .....	centrální venózní katétr
<b>CVT</b> .....	centrální venózní tlak
<b>E.coli</b> .....	bakterie Escherichia coli
<b>FW</b> .....	sedimentace erytrocytů
<b>IBD</b> .....	idiopatické střevní záněty
<b>IBDQ</b> .....	Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (specifický dotazník pro Crohnovu chorobu)
<b>i.m.</b> .....	intramuskulární (nitrosvalový)
<b>MR</b> .....	magnetická rezonance
<b>Tbl.</b> .....	tableta
<b>WHOQOL-100</b> .....	dotazník pro měření a srovnávání kvality života
<b>WHOQOL-BREEF</b> .....	zkrácená verze dotazníku pro měření a srovnávání kvality života

(VOKURKA a kol., 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Absces** - dutina vyplněná hnisem

**Aminosalicyláty** - skupina léků k léčbě některých střevních neinfekčních zánětů

**Analosedace** - tlumení bolesti analgezií

**Anastomóza** - uměle založená spojka mezi dvěma dutými orgány

**Anémie** - chudokrevnost, nedostatek červených krvinek

**Anorexie** - nechutenství

**Crohnova choroba** - zánětlivé střevní onemocnění, postihující různé úseky střeva

**Enteroklýza** - rentgenové vyšetření tenkého střeva

**Erythema nodosum** - onemocnění charakterizované výskytem červenofialových bolestivých uzlů

**Gastrostomie** - chirurgické vyústění žaludku skrz břišní stěnu

**Granulomatózní** - charakterizovaný výskytem granulomů

**Histologie** - věda zabývající se studiem mikroskopické struktury orgánů a tkání

**Idiopatické střevní záněty** - záněty trávicí trubice neznámé příčiny

**Ileocékální** - přechod kyčelníku konečného oddílu tenkého střeva do céka slepého střeva

**Ileus** - střevní neprůchodnost, zástava průchodu tráveniny střevem, náhlá příhoda břišní

**Imunosupresiva** - léky potlačující imunitní reakce

**Infliximab** - používá se k léčení píštělí při Crohnově chorobě

**Iniciační** - počáteční

**Kapslová endoskopie** - vyšetření trávicí trubice kapslí s kamerou

**Kolitida** - zánět tlustého střeva

**Kolonoskopie** - endoskopická metoda k vyšetření tlustého střeva

**Latence** - doba mezi podnětem a zjevným projevem

**Leukocytóza** - zvýšený počet bílých krvinek v krvi

**Magnetická rezonance** - zobrazovací vyšetření využívající snímání tkání pomocí odlišného spinového čísla elektronů

**Malabsorpce** - porucha vstřebávání živin

**Malnutrice** - podvýživa, zejm. ve smyslu špatného složení potravy (nedostatek bílkovin, vitaminů)

**Nazojejunální** - týkající se nosu a jejunu (např. n. sonda k enterální výživě)

**Perforace** - proděravění, protržení, vznik chorobného otvoru v dutém orgánu

**Píštěl** - abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem

**Počítačová tomografie** – rentgenové vyšetření

**Probiotika** - léky nebo potravinové doplňky, obsahující živé bakteriální kmeny

**Proximální** - bližší počátku či vzniku

**Pyoderm gangrenosum** - chronicky probíhající ulcerózní onemocnění kůže

**Rekurence** - návrat, opětovné objevení

**Relaps** - opětovné objevení příznaků nemoci, která byla v klidovém období

**Remise** - vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoliv nemoci samé

**Resekce** - chirurgické odstranění části orgánu

**Segmentální** - částečný

**Sipping** - upíjení tekutého definovaného dietetika

**Stenóza** - abnormální zúžení, chorobné zúžení otvoru, trubicového orgánu či vyústění

**Stomie** - umělé vyústění dutého orgánu na povrch těla

**Striktura** - zúžení trubicového orgánu jícnu, močovodu, průdušnice

**Strikturoplastika** - chirurgický výkon rozšiřující striktury

**Sulfasalazin** - salicylazosulfapyridin, kyselý sulfonamid užívaný k léčbě některých střevních zánětů proktokolitidy

**Syndrom krátkého střeva** - stav, při němž je z různých příčin podstatně zmenšena plocha tenkého střeva

**Toxický megakolon** - rozšíření tlustého střeva

**Transmurální** - procházející celou stěnou

(VOKURKA a kol., 2015)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Posouzení současného stavu .....	42
Tabulka 2 Aktivity denního života .....	45
Tabulka 3 Výsledky hemokoagulačního vyšetření krve ze dne 10. 1. 2017 .....	49
Tabulka 4 Výsledky hematologického vyšetření krve ze dne 10. 1. 2017 .....	49
Tabulka 5 Výsledky acidobazického vyšetření krve ze dne 10. 1. 2017 .....	49
Tabulka 6 Výsledky biochemického vyšetření krve ze dne 10. 1. 2017 .....	50
Tabulka 7 Medikamentózní léčba .....	52

## ÚVOD

V současné době se velmi zvyšuje výskyt Crohnovy choroby, proto tato bakalářská práce bude zpracována na téma ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou. Jedná se o onemocnění zažívacího ústrojí, které je nevléčitelné a často komplikuje jak osobní, tak i pracovní život člověka, a to především v aktivní fázi nemoci. Může postihnout člověka již v rané dospělosti. Vzhledem ke stále nejasné etiologii Crohnovy choroby je léčba tohoto onemocnění velmi složitá. V současné době je však díky pokroku v medicíně možné jej nejen lépe diagnostikovat, ale také léčit. Pokud je onemocnění včas diagnostikováno a je stanovena účinná léčba, existuje předpoklad, že pacient dosáhne období remise a bude moci žít normální život. Důležitá je také spolupráce s pacientem, podání dostatečných informací nejen o nemoci, ale i léčbě a komplikacích, které mohou nastat. Velice důležitá je také psychická podpora pacienta. V současné době existuje občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty, kam mohou docházet nejen pacienti, ale i rodina, blízcí přátelé a další osoby. Pro samotné pacienty s Crohnovou chorobou to může být velká podpora, protože se zde setkávají s lidmi, kteří mají stejný problém a dokáží jim rozumět lépe než ti, kteří touto chorobou netrpí. Mohou si mezi sebou předávat informace, rady, najít si nové přátele a také získat psychickou podporu.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce se zabývá problematikou této choroby. Je zaměřena na etiologii, klinický obraz, diagnostiku a komplikace nemoci, možnosti léčby a kvalitu života pacienta. V praktické části práce je vytvořen plán ošetrovatelského procesu u pacientky trpící Crohnovou chorobou. Na základě získaných anamnestických údajů a dalších potřebných informací byl vypracován ošetrovatelský plán dle modelu Marjory Gordon. Pro tvorbu ošetrovatelského procesu byly použity diagnózy sestavené dle NANDA I taxonomie II 2015-2017, které jsou seřazeny podle priorit.

### **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Předložit dohledané publikované poznatky, které se týkají Crohnovy choroby

### **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Rozpracovat a vyhodnotit ošetrovatelský proces u pacientky s Crohnovou chorobou

**Cíl 2:** Shrnout možnosti využití poznatků pro všeobecné sestry v praxi

### **Vstupní literatura**

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

KLENER, Pavel a kol., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN-978-80-246-1986-6.

ZBOŘIL, Vladimír a kol., 2016. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4035-8.

### **Popis rešeršní strategie**

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně použity k tvorbě bakalářské práce s názvem *Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou*, proběhlo v období od října 2016 do března 2017. Pro vyhledávání byly využity následující elektronické databáze: katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)), Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz)), Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>), Databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz)), Online katalog NCO NZO a volný internet.

Rešerše byla zpracována v knihovně Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze. Časové vymezení bylo zvoleno od roku 2007 až po současnost. Pro jazykové vymezení byla stanovena čeština a němčina.

Klíčová slova zvolená v českém jazyce byla: biologická léčba, Crohnova choroba, idiopatické střevní záněty, ošetrovatelský proces. V německém jazyce byly těmito slovy: Biologische Therapie. Morbus Crohn. Idiopathische Darmentzündungen. Pflegeprozess.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo použito celkem 31 zdrojů. Z toho se jednalo o 20 knižních zdrojů v českém jazyce, 1 knižní zdroj v německém jazyce, 8 článků z odborných periodik a 1 internetový zdroj.



# 1 CROHNOVA CHOROBA

Crohnova choroba neboli také regionální enteritida je onemocnění postihující střevo segmentálně v různých částech a řadí se mezi idiopatické střevní záněty. Jedná se o chronický nespecifický zánět, který postihuje tenké střevo, tlusté střevo nebo obě části zároveň. Vzácně může postihnout i jakoukoliv část trávicí trubice od úst až ke konečníku. Jde o chronický granulomatózní zánět postupně postihující celou tloušťku stěny trávicí trubice, který zde může způsobovat ulcerace, stenózy a píštěle. Onemocnění probíhá v několika fázích (MÜLLER, 2012), (OREL a kol., 2014), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

*Zánětlivá onemocnění střev popsal Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), později polský lékař Antoni Leśniowski v roce 1904 a skotský lékař T. Kennedy Dalziel roku 1913. Nemoc byla pojmenována podle Burrilla Bernarda Crohna, amerického gastroenterologa. Spolu s Ginzbergem a Oppenheimerem ji popsal v roce 1932 u série čtrnácti pacientů v oblasti napojení tenkého střeva k slepému (VÍCHA, 2013, s. 16).*

Jedná se o onemocnění, které je v posledních letech stále čtenější a postihuje především mladé lidi v produktivním věku do 35 let, ale může postihnout i kojence, předškoláky nebo lidi ve věku nad 50 let (ANON, 2016), (VÍCHA, 2013).

Velice důležitá je včasná diagnostika a zahájení odpovídající léčby, která může pomoci předejít nevratnému poškození střeva. Crohnova choroba významně ovlivňuje kvalitu života pacienta a znamená velký zásah do života nejen pacienta, ale i jeho nejbližšího okolí. Má vliv jak na studijní možnosti či pracovní uplatnění, tak i na soukromý život a záliby nemocného (ANON, 2016).

## 1.1 EPIDEMIOLOGIE

*Incidence Crohnovy choroby je cca 4-9 případů na 100 000 obyvatel. Prevalence je 27-48 případů na 100 000 obyvatel. Celkový počet onemocnění za období posledních dvaceti let stoupá. Obě pohlaví jsou postižena stejnou mírou. Zároveň byl prokázán vyšší výskyt v rámci příbuznosti v rodinách či etnických skupinách (VÍCHA, 2013, s.19).*

## 1.2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE

Etiologie a patogeneze není doposud jasná, ale předpokládá se působení genetických faktorů, faktorů zevního prostředí a životního stylu. Mezi faktory, které by se mohly podílet na rozvoji CD, jsou autoimunitní procesy, genetické predispozice, kouření, nesprávné stravování (velké množství tučných jídel a polotovarů) nebo také změna střevní mikrobioty (MÜLLER, 2012), (VÍCHA, 2013).

*Abnormální projevy v imunitním systému často provázejí vznik CD. V souvislosti s touto chorobou existují hypotézy o rozšiřování systému T1 v cytokinární odezvě při zánětu. Také proto, že střevní prostředí obsahuje velký počet bakterií, může řada z nich, včetně *Mycobacterium avium*, subspecies *paratuberculosis*, vyvolávat infekce, a být tak rizikovým faktorem vzniku Crohnovy choroby (VÍCHA, 2013, s. 19).*

## 1.3 KLINICKÝ OBRAZ

Klinické projevy u CD mohou být velmi různorodé. Z počátku nemusí být příliš dramatické a pacienti si po dobu měsíců až let mohou stěžovat pouze na neurčité bolesti břicha a na intermitentní průjem. Průměrná doba od začátku výskytu symptomů do stanovení diagnózy je čtyři až pět let. Mezi tři nejčastější příznaky patří průjem, bolesti břicha a úbytek na váze. Průjem se objevuje nejčastěji, liší se pouze v závislosti na lokalizaci CD. Pokud je postižené rektum, bývají stolice málo objemné a mohou být spojené s naléhavým nucením a tenesmy. Objemné stolice se vyskytují při postižení tenkého střeva. Často se ve stolici vyskytuje krev. Ztráta tělesné hmotnosti je někdy důsledkem malabsorpce, ale většinou je důvodem porucha příjmu potravin. Pacienti odmítají potravu, protože přináší bolest nebo průjem, což může často vést k anorexii. Bolesti jsou také ovlivněny lokalizací onemocnění. Většinou se bolesti vyskytují hlavně po jídle a jsou křečovitého charakteru. Pokud pacient trpí stálou bolestí, mohla by již

být signálem nějaké komplikace (LUKÁŠ, 2007a), (OCHTINSKÁ, 2014).

Jako mimostřevní projevy se mohou objevit např. oční záněty (rohovky, duhovky), záněty středního ucha, záněty kloubů, Bechtěrevova nemoc, bolesti kloubů, změny na kůži, jako je zánět podkožní tkáně, nebo akrodermatitis entropatica, která je způsobena nedostatkem zinku. Dále se mohou vyskytnout záněty jater a primární sklerotizující cholangitida (KARGES, 2011), (ŠRÁMKOVÁ, 2013).

U třetiny nemocných se vyskytuje anémie, která je způsobena ztrátami železa, ale může se vyskytnout i při deficitu vitamínu B<sub>12</sub>, způsobeném resekci ilea nebo bakteriálním přerůstáním, méně často při deficitu kyseliny listové u proximálního postižení tenkého střeva nebo při léčbě sulfasalazinem. Mezi další možné příznaky patří nauzea, zvracení a febrilie (KLENER a kol., 2011).

### **1.3.1 KLASIFIKACE DLE ANATOMICKÉ LOKALIZACE**

#### **POSTIŽENÍ TENKÉHO STŘEVA**

##### **Ileitida neboli regionální ileitida**

K postižení dochází často v koncové části tenkého střeva, což bývá u 25-35 % případů. Mnoho let se mohou objevovat pouze kolikovitě bolesti v oblasti břicha a zvýšená sedimentace erytrocytů. Dále se ileitida projevuje krvácením, perforací tenkého střeva, píštělemi, tvorbou abscesů, a také úbytkem tělesné hmotnosti, průjmem, nauzeou, zvracením a horečkami (KLENER a kol., 2011), (VÍCHA, 2013).

##### **Jejunoileitida**

Vyskytuje se u 5 % případů a jde o formu s pomalejším průběhem, která postihuje proximální část tenkého střeva. Vznikají obstrukce, vnitřní píštěle a abscesy, které vedou k opakovaným chirurgickým zákrokům. Mezi projevy patří zvracení, průjmy, křečovitě bolesti břicha většinou brzy po jídle a úbytek tělesné hmotnosti (KLENER a kol., 2011), (LUKÁŠ, 2007a).

#### **POSTIŽENÍ TENKÉHO I TLUSTÉHO STŘEVA**

##### **Ileokolitida**

Vyskytuje se u 45 % případů a patří mezi nejčastější formu CD, která se projevuje

krvácením, perforacemi, tvorbou striktur s následnou obstrukcí, tvorbou píštělí a abscesů. Po chirurgickém zákroku často dochází k opětovnému výskytu. Při perianálním postižení často dochází k destrukci svěrače a následně k inkontinenci (KLENER a kol., 2011), (LUKÁŠ, 2007a).

## **POSTIŽENÍ TLUSTÉHO STŘEVA**

### **Kolitida**

Vyskytuje se u 30 % případů a projevuje se průjmem, urgentním vyprazdňováním, krvácením, snížením tělesné hmotnosti a únavou. Závisí na rozsahu postižení tlustého střeva. Často se vyskytuje perianální postižení, jako jsou např. píštěle, perianální abscesy a jizvy v okolí anu (KLENER a kol., 2011).

## **ANOREKTÁLNÍ ONEMOCNĚNÍ**

Vyskytuje se u 30-40 % případů a často je spojeno s kolitidou nebo ileokolitidou. Jeho projevy mohou být prvním projevem CD (ŠVÁB, 2008).

## **1.4 FORMY NEMOCI**

**Zánětlivá forma (luminální)** - objevuje se dlouhotrvající průjem, bolesti v podbřišku, hubnutí, únava, subfebrilie až febrilie. Tato forma dobře reaguje na konzervativní léčbu.

**Stenozující forma** - je způsobena strikturami v důsledku dlouhodobého zánětu v kterékoli části trávicího systému. Striktury patří mezi charakteristickou komplikaci CD, které se často navracejí i po operaci a vyskytují se po resekci přímo v anastomóze. Striktury mohou být dlouho němé, teprve po vzniku stenózy se projeví křečovitě bolesti a subileózní stav, jako je vzednutí břicha, zástava plynu a stolice, vedoucí k nutnosti chirurgického řešení.

**Fistulující forma** - dochází ke vzniku abscesů a píštělí. Píštěle způsobují porušení tkáně, vytvářejí sinusy a následně pronikají do okolní tkáně. Abscesy mohou způsobit závažné infekce. Často jsou velice rezistentní na konzervativní léčbu, takže je nutné chirurgické řešení (KLENER a kol., 2011).

## 1.5 VÝVOJ A FÁZE NEMOCI

Vývoj CD může být progresivní. V takovém případě se aktivita nemoci při léčbě neupravuje. Pokud je stav nemoci stabilizovaný a aktivita má mírný stupeň, jde o stacionární vývoj. Při regresivním vývoji dochází k úpravě aktivity a nemoc přechází do klidového stádia nebo latence. Nemoc se může objevovat v různých fázích, které se mohou opakovat. Jedná se o tyto fáze:

**Remise** - jde o klidovou fázi, kdy příznaky nemoci vymizí a pacient je bez obtíží.

**Relaps** - jde o fázi, kdy po remisi dojde k výskytu klinických příznaků CD.

**Reaktivace** - zánět se objeví v již v postiženém místě, většinou po ukončení konzervativní léčby.

**Rekurence** - většinou se vyskytuje po resekci postižené tkáně. Zánět se objeví na doposud nepostiženém místě (ČERVENKOVÁ, 2009), (LATA a kol., 2010).

## 1.6 DIAGNOSTIKA

Diagnostika u CD je velice obtížná. Při stanovování diagnózy hraje důležitou roli čas, který má vliv na poškození tenkého střeva, a tím také na prognózu u těchto nemocných. Pokud je diagnóza stanovena pozdě, může dojít k ireverzibilnímu poškození střeva, proto je důležité včasné zahájení léčby (FONG, 2016).

Diagnóza se stanovuje na základě důkladné analýzy anamnestických údajů a dle výsledků klinického, endoskopického, histologického, rentgenového a laboratorního vyšetření. Při endoskopických vyšetřeních se provádí také odběr vzorků na bioptické vyšetření (LATA a kol., 2010).

### 1.6.1 ANAMNÉZA A FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Anamnéza je důležitá při stanovování diagnózy a slouží ke zjišťování stávajících problémů a subjektivních potíží. Crohnova choroba je onemocnění částečně dědičné, proto je velice důležitá také rodinná anamnéza. Zjišťují se i sociální a pracovní aspekty, jelikož stres a nepravidelná pracovní doba mohou onemocnění ovlivnit. Dále se zjišťuje anamnéza alergická a farmakologická, protože užívání některých léků může patřit mezi rizikové faktory. Lékař provádí fyzikální vyšetření pohledem, pohmatem, poslechem

i poklepem. Při vyšetření pohmatem může lékař zjistit bolestivou reakci nemocného či hmatnou rezistenci v oblasti břicha. Pohledem lze zjistit přítomnost píštělí na kůži. Velice důležité je vyšetření per rektum (JAHODA, 2012).

### **1.6.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ**

U CD mají nemocní často nevýrazné obtíže, proto je důležité laboratorní vyšetření, které nás může upozornit na zánět v těle. Vyšetření jsou nespecifická, využívají se tedy pro hodnocení aktivity nemoci.

Provádí se odběr krve na krevní obraz pro vyloučení anémie, sérologické a biochemické vyšetření, kde se zjišťuje hladina minerálů, bílkovin, C-reaktivní protein a sedimentace erytrocytů (FW). Při výskytu zánětu se ve výsledcích objevuje zvýšená koncentrace CRP, leukocytóza, trombocytóza a anémie.

Dále se provádí vyšetření stolice pro vyloučení střevní infekce. Při zánětu se objevuje vyšší koncentrace kalprotektinu, což je bílkovina uvolňující se z leukocytů, které se rozpadají ve střevě (ČERVENKOVÁ, 2009), (KLENER a kol., 2011).

### **1.6.3 ULTRASONOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ**

Jde o vyšetření, které není nepříjemné, je bezbolestné a velkou roli při diagnostikování hrají schopnosti a zkušenosti vyšetřujícího lékaře. Mezi významné nedostatky tohoto vyšetření patří zobrazování hlubokých struktur pánve a vyšetřování obézních pacientů (FONG, 2016).

*Z ultrazvukového obrazu vašich útroh, který se promítá na monitoru, vyčte odborník tloušťku stěny střevní, zánětlivé změny v okolí střeva a šíři průsvitu střeva i reliéf sliznice. Díky tomuto vyšetření by měl lékař zjistit rozsah zánětu a vyloučit možné komplikace, což jsou faktory velice důležité pro správnou volbu terapie (ČERVENKOVÁ, 2009, s. 32).*

### **1.6.4 KONTRASTNÍ RENTGENOVÉ A ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ**

#### **ENTEROKLÝZA**

Jedná se o rentgenové vyšetření tenkého střeva, které trvá přibližně 60 až 90 minut. Pacienti před vyšetřením lační a prospěšné je i vyprázdnění projímavým

roztokem pro lepší přehlednost při vyšetření. Nevýhodou tohoto vyšetření je nutnost zavedení sondy do duodena, kterou je aplikován roztok barya a metylcelulózy. Poté se provádí snímkování v krátkých časových intervalech. Je to metoda, která patří mezi nejspolehlivější dostupné zobrazovací metody této části zažívacího ústrojí (ČERVENKOVÁ, 2009), (LUKÁŠ, 2007 b).

Výhodou vyšetření jsou přesnější informace. Rentgenový obraz je kvalitnější, takže je možné zachytit i minimální změny. Obraz je závislý na stadiu a aktivitě CD. Při podezření na perforaci střeva je podání barya kontraindikací (LUKÁŠ, 2007a).

## **POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE (CT)**

Jedná se o bezbolestné vyšetření, jež má výborné rozlišovací schopnosti a jehož význam v diagnostice střevních onemocnění stoupá. Pacient od půlnoci lační, před vyšetřením je podána perorální kontrastní látka a dále je podána intravenózně jodová kontrastní látka. Mezi výhody vyšetření patří zobrazení celé oblasti a možnost posouzení šíře stěny střeva, přilehlých struktur, mezenteria, zvětšení lymfatických uzlin a parenchymatózních orgánů. Nevýhodou je radiační zátěž pacienta, který by měl mít po vyšetření zvýšený příjem tekutin, aby byla kontrastní látka vyloučena z těla ven (LUKÁŠ, 2007a).

## **MAGNETICKÁ REZONANCE (MR)**

Toto bezbolestivé vyšetření, které trvá přibližně 20 až 30 minut, má největší význam u pacientů, kde byl zánětem postižen konečník či řitní kanál a způsobil hnisavé komplikace, jako jsou abscesy a píštěle. Vyšetření dokonale zobrazuje, kam píštěle směřují a v které oblasti se abscesy vyskytují. Nevýhoda je u pacientů s klaustrofobií, protože vyšetření probíhá v uzavřeném ocelovém tunelu. Mezi kontraindikace patří hlavně kovový materiál v těle pacienta (např. stenty, endoprotéza) a kardiostimulátory (ČERVENKOVÁ, 2009).

### **1.6.5 ENDOSKOPICKÁ VYŠETŘENÍ**

#### **KOLONOSKOPIE**

Jde o vyšetření celého tlustého střeva a konečné části tenkého střeva. Slouží k nejlepšímu stanovení diagnózy CD a rozsahu nemoci. Umožňuje vyšetření slizničních lézí a provedení biopsie pro histologické vyšetření. Před vyšetřením se provádí příprava

tlustého střeva pro lepší viditelnost. Dva dny před kolonoskopií pacient přijímá pouze tekutou stravu a den před ní musí vypít 4 litry projímavé látky (např. fosfátové soli) během 4 hodin. Poté se pacient vyprázdní. Toto vyšetření není zcela příjemné. Může se provádět v analgosedaci, aby nebylo tak bolestivé. Provádí se pomocí endoskopu, který je zaveden konečníkem do tlustého střeva a kromě stanovení diagnózy může lékař také posuzovat, zda podávané léky zabírají, nebo také provést léčebné zákroky, jako je např. dilatace úzkých anastomóz dilatačním balonem. Mezi kontraindikace vyšetření patří toxický megakolon, kde může být riziko perforace vlivem změny střevní stěny způsobené zánětem (ČERVENKOVÁ, 2009), (LUKÁŠ, 2007a).

## **GASTROSKOPIE**

Crohnova choroba může postihnout jakoukoliv část zažívacího ústrojí, proto se provádí i gastroskopie, aby se vyloučilo postižení jícnu, žaludku a dvanáctníku. Provádí se pomocí ohebného endoskopu (KOUHOUT, 2006).

## **KAPSLOVÁ ENDOSKOPIE**

Kapslová endoskopie patří mezi vysoce specializovaná vyšetření, která se provádí v případě, kdy jsou vyčerpány všechny diagnostické metody, jako je např. gastroskopie, kolonoskopie, enteroklýza (KOHOUT, 2006).

Jde o bezdrátovou metodu, která byla poprvé provedena v roce 2000 a slouží k diagnostice CD na tenkém střevě. Dále slouží k hodnocení hojení sliznice u pacientů s imunomodulační nebo biologickou léčbou. Pokud je to možné, provádí se následně endoskopické vyšetření s biopsií (FONG, 2016).

Kapslová endoskopie vyšetřuje celý trávicí systém. Před vyšetřením pacient lační a musí užít projímavé prostředky, aby došlo k pročištění střeva. Vyšetření se provádí ambulantně, pacient spolkně malou kapsli s kamerou a ta postupuje všemi částmi trávicího systému a následně je vyloučena ven z těla. V průběhu vyšetření se doporučuje lačnění, ale je možno 2 hodiny po spolknutí kapsle pít vodu a po 4 hodinách může pacient přijímat lehkou stravu (ŠPIČÁK, 2008).

Vyšetření trvá přibližně 6 až 8 hodin, kdy se provádí dva snímky za vteřinu. Pacient má na břicho upevněno snímací zařízení, které zaznamenává celý průběh. Po ukončení je tento záznam vyhodnocen lékařem pomocí počítačového programu. Toto



vyšetření monitoruje zánětlivé změny na tenkém střevě. Mezi nevýhody patří nemožnost provedení biopsie a občasná uvíznutí kapsle v trávicím systému. V tom případě je nutné ji odstranit pomocí endoskopie nebo chirurgického zákroku (ČERVENKOVÁ, 2009), (ŠPICÁK, 2008).

### 1.6.6 HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

V dřívější době byla histologie jediným kritériem pro stanovení diagnózy, což v současné době díky řadě moderních metod již neplatí. Odběr bioptického vzorku se provádí buď při endoskopickém vyšetření, nebo při chirurgickém výkonu. Slouží ke stanovení nebo potvrzení diagnózy, ale také k posouzení odpovědi organismu na podávanou léčbu, včetně léčby biologické. Velice důležitá je pro stanovení přednádorových a nádorových změn, které se vyskytují u těchto pacientů častěji než u běžné populace. Mezi charakteristický znak, který při histologii napomáhá ke stanovení diagnózy, patří granulomatózní zánět (ČERVENKOVÁ, 2009).

## 1.7 KOMPLIKACE CROHNOVY CHOROBY

### 1.7.1 LOKÁLNÍ STŘEVNÍ KOMPLIKACE

**Stenóza** – vyskytuje se u 30 až 40 % pacientů s CD a jde o zúžení průsvitu střeva, které může způsobit až střevní neprůchodnost. Často je postiženo tenké střevo a mezi projevy patří křečovitá bolest břicha, zvracení a nápadné střevní zvuky.

**Perforace** – patří mezi časté a vážné komplikace, vznikající při silném zánětu, kdy vředovitý defekt pronikne skrz střevní stěnu a dojde ke vzniku píštěle a abscesu. Řeší se resekci postiženého střeva (ČERVENKOVÁ, 2009).

**Obstrukce** – jedná se o zúžení průsvitu střeva, a to nejčastěji tenkého, které vyžaduje chirurgický zákrok. Příčinou mohou být zánět, srůsty nebo zvětšené mízní uzliny.

**Abscesy** – vyskytují se u 15 až 20 % nemocných. Jde o dutiny vyplněné hnisem, které se tvoří mezi střevními kličkami nebo střevem a parietální pobříšnicí. Mezi projevy patří subfebrilie a bolesti břicha (LUKÁŠ, 2007a).

**Píštěle** – jsou častou komplikací, kdy vzniká propojení mezi dvěma částmi střeva

nebo mezi střevem a okolními orgány, jako je např. močový měchýř nebo vagina. Vznikají hlavně v období aktivní nemoci (VÍCHA, 2013).

**Toxické megakolon** - může vzniknout u těžkého zánětu tlustého střeva. Jde o vzácnou, ale velice nebezpečnou komplikaci ohrožující život pacienta. U CD se vyskytuje méně často než u ulcerózní kolitidy. Dochází k dilataci střeva s možností následné neprůchodnosti, která může způsobit perforaci a následně hnisavý zánět pobřišnice. Mezi příznaky patří febrilie, tachykardie, leukocytóza, anemie, porucha vědomí, porucha elektrolytů a hypotenze (ČERVENKOVÁ, 2009).

**Masivní krvácení** - patří mezi vzácné komplikace, kdy dojde k narušení cévní stěny vlivem vředovitého zánětu (ČERVENKOVÁ, 2009).

**Karcinom** - může se vyskytnout v oblasti postižené CD, jako prevence slouží pravidelné endoskopické kontroly. Většinou se vyskytuje při delším trvání nemoci (více než 20 let), a to především u nemocných, kde byla nemoc diagnostikována před 21. rokem života (LUKÁŠ, 2007a), (VÍCHA, 2013).

## 1.7.2 MIMOSTŘEVNÍ KOMPLIKACE

**Kožní manifestace** - vyskytují se častěji u žen než u mužů. Může se objevit např. erythema nodosum, což je bolestivé zduření podkoží a kůže, obvykle v oblasti bérce. Další manifestací může být pyoderma gangrenosum, což je drobný vředovitý defekt vznikající v místě drobného poranění kůže, který se postupně zvětšuje a prohlubuje (ČERVENKOVÁ, 2009).

**Kloubní manifestace** - může se vyskytnout např. kolitická artritida, což je jednostranné postižení velkých kloubů, především dolních končetin. Dále je to polyartritida, kdy dochází k symetrickému postižení více periferních kloubů. Sarkolitida, která postihuje křížokyčelní skloubení, může probíhat asymptomaticky a vyskytuje se nezávisle na aktivitě střevního zánětu (LUKÁŠ, 2007a).

**Oční manifestace** - vyskytují se přibližně u 10 % pacientů s CD. Objevují se např. záněty spojivek, rohovky, duhovky, řasnatého tělíska nebo záněty tkání v okolí skléry. Bývají bolestivé, ale většinou nezanechávají trvalé následky (ČERVENKOVÁ, 2009).

### 1.7.3 METABOLICKÉ KOMPLIKACE

**Osteoporóza** - většinou vzniká dlouhodobým užíváním kortikoidů, méně často poruchou vstřebávání vápníku a vitamínu D (ČERVENKOVÁ, 2009).

**Anémie** – je častou komplikací, která může být život ohrožující. Akutní anémie vzniká při masivním krvácení, chronická při deficitu kyseliny listové, ztrátách železa, vitamínu B<sub>12</sub>, malnutrici a hemolýze. Je ovlivněna aktivitou CD (LUKÁŠ, 2007a).

**Žlučové kameny** – občas vznikají u pacientů po resekci tenkého střeva, kdy dojde k poruše vstřebávání žlučových kyselin a ty se dostávají do tlustého střeva, kde usnadňují vstřebávání bilirubinu, který se podílí na vzniku pigmentových kamenů ve žlučníku (ČERVENKOVÁ, 2009).

## 1.8 LÉČBA CROHNOVY CHOROBY

Z dnešního pohledu se na počátku 20. století aplikovala spíše „experimentální“ léčba. Předpokládalo se, že tyto záněty vyvolává např. E. Colli, Salmonella typhi nebo Shigella dysenteriae, které byly zodpovědné za horečnaté průjmy. Jako léčebné prostředky se zkoušely různé extrakty např. z prasečích žaludků a střev, jater, genciánová violet a jodové tinktury (HRABÁK a kol., 2016).

### 1.8.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Cílem této léčby je zklidnění aktivního zánětu a poté dosažení období remise, což je poklidné období bez příznaků nemoci. Léčba aktivního onemocnění vyžaduje dlouhodobé podávání několika léků současně, a to ve vysokých dávkách. Poté nastává relativní klid od nepříjemných potíží a nastává léčba udržovací, která se snaží udržet nemoc ve fázi bez příznaků (LUKÁŠ, 2012).

Před správným zahájením léčby je důležité stanovení rozsahu postižení, lokalizace aktivity onemocnění a zjištění komplikací, které jsou u pacienta přítomny (LUKÁŠ, 2007a).

### AMINOSALICYLÁTY

Od roku 1942 jsou aminosalicyláty základem léčby CD. Sulfasalazin se v současné době používá v minimální míře z důvodu nežádoucích vedlejších účinků.

Často u pacientů vyvolává bolesti hlavy, bolesti v nadbřišku, nauzeu, u jiných pacientů zvyšuje hodnoty jaterních testů nebo vyvolává alergie na slunce. Velmi pomáhá u nemocných, kde se vyskytují nejen záněty střeva, ale i záněty kloubů. Jeho účinnou složkou je kyselina 5-aminosalicylová (mesalazin = mesalamin). V akutní fázi nemoci se podávají 4 g/den a v udržovací fázi 2-3 g/den. K dosažení udržovací terapie dochází přibližně za 8-12 týdnů. Tento časový limit závisí na efektivitě stanovené léčby. Mesalazin se vyrábí ve formě čípků a nálevů. Jeho použití závisí na lokalizaci nemoci. U těhotných a kojících žen patří tyto léky mezi bezpečné (ČERVENKOVÁ, 2009), (ZBOŘIL a kol., 2016).

## **KORTIKOSTEROIDY**

Kortikosteroidy neboli kortikoidy jsou synteticky vyrobené hormony a používají se od roku 1954. Jsou důležité při léčbě aktivní fáze nemoci. 90 % pacientů, kteří kortikoidy nikdy neužívali, na tuto léčbu reaguje velice dobře a rychle. Mezi nejčastěji používané léky patří Prednison a Metylprednisolon (Medrol). Léčba se zahajuje ve vysokých dávkách a to 0,5-1,0 mg/kg/den, poté se dávka postupně snižuje, až se léčba ukončí. Doba podávání těchto léčiv by neměla přesáhnout tři měsíce (LUKÁŠ, 2012), (ZBOŘIL a kol., 2016).

Při léčbě kortikoidy je velice nebezpečné náhlé přerušení po dlouhodobém užívání vysokých dávek, které může vést ke vzniku adisonské krize, výjimečně až k úmrtí pacienta. Proto je velice důležité šetrné a individuální vysazení těchto léků (ANON, 2011).

Kortikoidy jsou léky s protizánětlivým účinkem. Jejich nevýhodou jsou nežádoucí účinky, mezi něž patří např. závislost na kortikoidech, osteoporóza, rozvrat minerálů (kalium, magnezium) nebo zvýšení krevního tlaku. Přispívají ke vzniku cukrovky a způsobují kosmetické problémy (akné, vypadávání vlasů). Kosmetické problémy patří mezi nejméně škodlivé, protože po ukončení léčby zase vymizí (ČERVENKOVÁ, 2009).

K dispozici jsou také topické kortikosteroidy (např. budesonid), které mají minimální vedlejší účinky. Vyskytují se ve formě tablet a rektálních nálevů. Orální forma je indikována u ileocekální lokalizace, která má mírnou nebo střední aktivitu. Pokud se vyskytuje vysoká aktivita CD nebo je rozsah postižení velký, je nutné použít

systemové kortikoidy (ZBOŘIL a kol., 2016).

## **IMUNOSUPRESIVA**

Jedná se o léky, které snižují imunitní odpověď organismu na antigenní stimulaci. K léčbě se využívají thiopuriny (azatioprin, 6-merkaptopurin), cyklosporiny A a metotrexát (ZBOŘIL a kol., 2016).

U thiopurinu musí být léčba dlouhodobá, efekt se dostavuje za tři až šest měsíců, takže je vhodný spíše v udržovací fázi nemoci, nebo pokud je třeba vysadit kortikoidy. Mezi nežádoucí účinky patří porušení krvetvorby, alergická reakce a nesnášenlivost (ČERVENKOVÁ, 2009).

Metotrexát se u pacientů aplikuje intramuskulárně v dávce 25 mg 1x týdně po dobu tří měsíců. Podává se jako alternativa pacientům, kteří nemohou užívat thiopuriny. Cyklosporiny se v současné době nepovažují za vhodný prostředek pro léčbu CD (ZBOŘIL a kol., 2016).

## **ANTIBIOTIKA A PROBIOTIKA**

Antibiotická léčba u pacientů s CD bývá dlouhodobější, a to přibližně šest až dvanáct týdnů. Antibiotika hrají významnou roli při léčbě píštělí, které patří mezi projevy akutní CD. Mezi nejpoužívanější patří chinolony (především ciprofloxacin) a aminoglykosidy (např. gentamicin, amikacin). Ampicilin, klindamycin, oxacilin a cefalosporiny patří mezi riziková antibiotika, která mohou způsobit prudké vzplanutí zánětu. Dobrou prevencí klostridiové superinfekce trávicího systému jsou kombinace zvoleného antibiotika s metronidazolem (ČERVENKOVÁ, 2009), (ZBOŘIL a kol., 2016).

Probiotika jsou bakterie lidského původu, které jsou pro člověka prospěšné a mají pozitivní účinek na zdravotní stav pacienta. Mají vliv na zklidnění klinických potíží a oddalují návrat aktivního zánětu. Jde o léky ve formě tablet, které se užívají jako léčivo, nebo jako dietní doplněk. Mezi bakterie s probiotickým účinkem patří např. *Escherichia coli* a *Lactobacillus acidophilus* (ČERVENKOVÁ, 2009).

## 1.8.2 NUTRIČNÍ LÉČBA

Důležitou součástí této léčby je nutnost uvědomit si, že u těchto zánětů je třeba dodržovat dietní opatření, která jsou nedílnou součástí života pacientů. U některých pacientů musí být podána výživa parenterální nebo enterální. Úplná parenterální výživa se podává u pacientů s komplikacemi, jako jsou píštěle a stenózy. Tyto komplikace způsobují závažné poruchy pasáže. Mnoho pacientů má deficit ve výživě, který může být způsoben nechutenstvím. Důvodem nechutenství mohou být bolesti břicha nebo urputné průjmy, nebo může být důvodem farmakologická léčba. Dochází k nedostatečnému energetickému příjmu, ztrátě bílkovin, hypovitaminóze a deficitu minerálních prvků. Pacienti ubývají na váze a objevuje se celková sešlost. Nutriční příprava je velice důležitá před plánovanou operací CD (LATA a kol., 2010), (VRÁNOVÁ, 2013).

### DIETNÍ OPATŘENÍ

Dietní opatření patří mezi trvalou součást léčby CD. Velice důležitý je individuální přístup lékaře, nutričního terapeuta, ale i samotná spolupráce pacienta. Dietní léčba může být komplikována psychickými změnami. V některých případech se vyskytuje sekundární intolerance laktózy. V souvislosti s opakovanými průjmy hrozí dehydratace pacienta (HOLUBOVÁ, 2013).

Základem této léčby je vytvoření lehce stravitelného jídelníčku, který by měl být sestaven pro pacienta nutričním terapeutem podle doporučení gastroenterologa. Jídelníček by měl obsahovat dostatek sacharidů, plnohodnotné bílkoviny, kvalitní nenasycené tuky, minerální látky a vitamíny. Doporučuje se také konzumace mléčných výrobků, u pacientů s intolerancí laktózy se doporučují kysané mléčné výrobky. Měl by být omezen příjem nezdravých nasycených tuků. Důležitý je dostatečný příjem tekutin, který by měl být u těchto pacientů 2 až 2,5 litru za 24 hodin. Prevencí nutričního deficitu je přijímání pestré a kvalitní potravy. Pokud je dieta správně nastavená, vylučuje riziko nedostatečného příjmu základních živin, vitamínů, minerálních a stopových prvků. Příjem bílkovin a energie závisí na stupni zátěže a fyzické činnosti nemocného. Dieta v akutní fázi nemoci má dobrý vliv na procesy hojení a zkracuje dobu rekonvalescence. Při tvorbě jídelníčku se vychází z několika zásad. Dieta musí mít racionální charakter a je nutná lehká stravitelnost. Dále je třeba respektovat celkový zdravotní stav a zohlednit závažnost a stupeň nutričního deficitu. Dieta je zpracována

podle přidružených chorob, případně komplikací, a podle fáze nemoci. Dále se respektuje stupeň a průběh nemoci. Dieta by měla být vypracována podle stravovacích návyků pacienta a podle jeho chutí. Pokud dojde ke stenóze střeva, je potřeba pacientovi podávat bezsezbytkovou stravu s dodržováním určitých pravidel. Pacient by měl jíst menší porce 5 až 6krát denně v klidu bez hltání a jídlo dostatečně rozkousat. Není vhodné kombinovat pevnou stravu s tekutinami. U tekutin se doporučuje spíše pokojová teplota a je vhodné se vyvarovat sycených nápojů, nutný je zákaz alkoholu. Je třeba vyloučit příjem potravin s vysokým obsahem vlákniny (např. čerstvé ovoce, luštěniny, výrobky z celozrnné mouky), těžce stravitelná jídla (smažená a grilovaná jídla). Upřednostňuje se příprava jídla vařením, dušením nebo v páře. Nutné je snížit příjem aditiv, která mohou způsobit podráždění střeva (VRÁNOVÁ, 2013).

## **ENTERÁLNÍ VÝŽIVA**

Jde o komplexní výživu, která se podává u pacientů se záněty střev tak dlouho, jak je potřeba k dosažení efektu léčby. Podávání enterální výživy sondou po dobu několika týdnů, může vést k přechodnému vymizení příznaků nemoci. Tato metoda nemá závažné nežádoucí účinky, proto se doporučuje především u dětí (ANON, 2011).

Léčba je zahájena u pacientů s vleklým a aktivním zánětem, kdy částečně nebo úplně nahrazuje běžné potraviny. Je přirozeně vyvážená, obsahuje vitamíny, stopové prvky, ionty, oligopeptidy, aminokyseliny, cukry a tuky, které jsou snadno vstřebatelné, takže nezatěžuje trávicí trakt (ČERVENKOVÁ, 2009).

Enterální výživa snižuje příjem potravinových antigenů-alergenů včetně chemických aditiv a je omezen příjem bakterií v potravě, což vede ke snížení zánětlivé reakce a k nástupu hojení. Dále slouží k celkovému zlepšení nutričního stavu pacienta. Navození remise pomocí enterální výživy má srovnatelný efekt jako farmakologická léčba kortikoidy. Výživa je podávána buď sondou, nebo ve formě perorální, kdy pacient dostává tzv. sipping. Může být jediným zdrojem výživy nebo jen doplňkem (ZBOŘIL a kol., 2016).

Sipping je hyperkalorický přípravek, který zvyšuje energetický příjem pacienta. V současnosti se vyskytuje řada přípravků, které mohou být ochucené nebo neutrální. Denně se předepisují dva přípravky a pacient je během dne pomalu popíjí (ANON, 2011).

Výživa se může podávat buď sondou nazogastrickou, nazoduodenální, nazojejunální, nebo může být provedena perkutánní endoskopická gastrostomie. Výživa je aplikována kontinuálně pomocí enterální pumpy. V prvních dnech je omezený příjem enterální výživy, podává se 50-70 ml/hod, proto je výživa kombinována s výživou parenterální (LUKÁŠ, 2007a).

## **PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA**

Jedná se o podání výživných roztoků, minerálů, stopových prvků a vitamínů do periferní nebo centrální žíly po nezbytně nutnou dobu. Tato výživa se podává u pacientů, u kterých je třeba zklidnění střeva, v předoperační přípravě, v pooperačním období nebo pokud je pacient podvyživen a má nedostatečný příjem potravy. Využívá se u rozsáhlého poškození střeva s výskytem píštěle nebo u stenóz střeva (ANON, 2011).

Složení parenterální výživy závisí na energetických potřebách pacienta. Příjem aminokyselin by měl být vyšší než 30 %, lipidů 30-50 % a cukrů 50 %. Existují přípravky all-in-one, které jsou vhodné u pacientů se střevními záněty, kteří musí být metabolicky stabilní, jelikož vaky obsahují ionty, které není možné během dne měnit (LUKÁŠ, 2007a).

### **1.8.3 PSYCHOLOGICKÁ LÉČBA**

Jedná se o formu léčby, která je důležitá pro podporu psychiky u pacientů s CD. Hlavním úkolem lékaře je navázání důvěryhodného vztahu s pacientem a jeho uklidnění. Velice důležité je poučení pacienta formou léčebného pohovoru, při kterém pacient dostane dlouhodobý léčebný plán (MAŘATKA, 2007).

Psychické problémy a stres mohou ovlivnit průběh onemocnění a míru imunitní reakce. Na základě zkušeností pacientů a lékařů mohou vyvolat akutní vzplanutí nemoci nebo naopak způsobit hlubokou imunosupresi. Provádění vhodné psychoterapie může napomoci nemoc zklidnit. Někdy se jako pomoc pro psychické zklidnění používají sedativa (KOHOUT, 2006).

### **1.8.4 BIOLOGICKÁ LÉČBA**

Biologická léčba je chápána jako cílená terapie, která se využívá u střední a vysoké aktivity nemoci. Jedná se o moderní a velice účinnou terapii hrazenou zdravotní pojišťovnou. Zároveň je to však metoda, která je velice drahá. Celoroční



léčení jednoho pacienta stojí přibližně 500 000 korun. Doba podávání není omezena, léčba se ukončuje v okamžiku, kdy je navozena remise. Je možné ji kdykoliv znovu zahájit, pokud dojde k dalšímu vzplanutí nemoci (ANON, 2011).

Jde o vysoce účinné látky biologické povahy, které jsou shodné s látkami produkovány v organismu, nebo jsou jim velmi podobné. Na lepší terapeutické účinky má značný vliv včasné zahájení biologické léčby. Hlavním cílem biologické léčby je zasáhnout do biologických procesů, které probíhají v poškozeném nebo nemocném organismu (ZBOŘIL a kol., 2016).

Mezi indikace k zahájení biologické léčby patří agresivní CD. Pacient je ve špatném stavu, který je spojen s nepříznivými laboratorními výsledky, dále rentgenologickými a endoskopickými výsledky. U pacientů se vyskytují průjemy s hleny a krví, bolesti břicha, subfebrilie, v oblasti konečníku a na hrázi tvorba píštělí. Dalším důvodem k zahájení léčby je nemožnost využití léků jako jsou aminosalicyláty, kortikosteroidy a imunosupresiva (VÍCHA, 2013).

Mezi kontraindikace patří těžká alergická reakce, náhlá příhoda břišní (toxický megakolon) a virová hepatitida B a C. Absolutní kontraindikací jsou pokročilá srdeční selhání, sepse, přítomnost abscesu, autoimunitní onemocnění a karcinom (ZBOŘIL a kol., 2016).

Nežádoucí účinky, jako je alergická reakce, se mohou objevit v průběhu biologické léčby nebo později, a to za 2 až 10 dnů po její aplikaci. Někdy se preventivně podávají antihistaminika nebo kortikosteroidy. U některých pacientů se objevují bolesti hlavy, závratě, návaly horka, někdy se mohou vyskytnout virové nebo herpetické infekce a skrytá tuberkulózní infekce. Proto se před zahájením léčby provádí plicní vyšetření, které se při dlouhodobé léčbě pravidelně opakuje (ČERVENKOVÁ, 2009).

V České republice jsou k dispozici dva léky: adalimumab a infliximab.

**Adalimumab (Humira):** jedná se o plně lidskou monoklonální protilátku, která se připravuje mechanismem tzv. rekombinace. První aplikační dávka je dle ordinace lékaře mezi 80-160 mg. Jedna ampulka má 40 mg, takže pokud má být aplikována nejvyšší dávka, je rozdělena na dvě dávky po 80 mg a pacient přichází další den na druhou aplikaci. Další dávky se aplikují každých 14 dnů po jedné ampulce, v některých

případech je druhá dávka dvojnásobná. Jde o lék, který je nutné chránit před mrazem, je uchováván v lednici při teplotě 2-8 °C. Injekce se aplikuje do podkoží v oblasti břicha nebo stehén. Pokud do 12. týdne od aplikace látky nedojde k příznivé odpovědi organismu na léčbu, je důležité její pokračování zvážit. Při zahájení léčby by pacienti měli být léčeni kortikosteroidy, které jsou postupně vysazeny.

**Infliximab (Remicade):** jde o monoklonální protilátku ze 75 % lidskou a 25 % myší. Léčba má dvě fáze, iniciační (počáteční) a udržovací. V iniciační fázi se podávají tři infuze. Dávka je 5 mg/ kg tělesné hmotnosti. Po aplikaci první dávky se za 14 dnů aplikuje druhá dávka a třetí poté za 4 týdny. Největší efekt by se měl objevit 8 týdnů po aplikaci třetí infuze. V udržovací fázi se lék podává v pravidelných intervalech, a to jednou za 8 týdnů. Výjimečně může lékař naordinovat dvojnásobnou dávku. Pokud stejně jako u adalimumab nevznikne do 12. týdne od aplikace látky příznivá odpověď organismu na léčbu, je důležité její pokračování zvážit (VÍCHA, 2013).

### 1.8.5 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Mezi hlavní cíle chirurgické léčby patří zlepšení kvality života nemocných a snížení projevů nemoci se snahou oddálit její opakování. Pokud CD postihuje tenké střevo, je snahou chirurga odstranit pouze nezbytně nutnou část postiženého střeva s ohledem na možnost dalších operací. Tenké střevo slouží k výživě nemocného, proto je důležité jeho zachování, aby nedošlo k syndromu krátkého střeva. Pokud CD postihuje tlusté střevo, provede se odstranění postižené části a spojí se s částí zdravého střeva. U těžkého postižení konečníku a oblasti kolem něj, kdy není možné učinit chirurgický zákrok, který by zachoval průběh střeva a neúčinkuje ani konzervativní léčba, je nutné provést střevní vývod neboli stomii. Kvalita života pacienta se tímto výkonemlepší, ale naruší se jeho psychika (ANON, 2011).

Chirurgická léčba se provádí v okamžiku, kdy organismus na medikamentózní léčbu nereaguje nebo pokud se objeví komplikace. Pacienti jsou často operováni, pokud se vyskytne stenóza, abscesy (radiologicky neřešitelné), ileus, karcinom tenkého či tlustého střeva nebo konečníku (VÍCHA, 2013).

V posledních desetiletích došlo k rozšíření možností konzervativní léčby a k chirurgickému zákroku dochází v pozdější fázi, což může ovlivnit její úspěch a zvýšit riziko vzniku pooperačních komplikací. Chirurgický výkon může být ovlivněn

předchozí farmakoterapií. Na vzniku infekčních komplikací a zhoršeném hojení se mohou podílet vysoké dávky kortikosteroidů. Pokud pacient užívá denně 20 mg Prednisonu déle než 6 týdnů, zvyšuje se riziko výskytu pooperačních komplikací. Ty se nevyskytují u imunosupresivní léčby, pokud není kombinována s biologickou léčbou či kortikoidy (ZBOŘIL a kol., 2016).

**Ileocékální resekce** se provádí u pacientů, u kterých došlo ke komplikaci, jako je stenóza v oblasti přechodu tenkého střeva do tlustého, nebo pokud se zde vyskytují píštěle či abscesy. Při výkonu chirurg odstraní konec tenkého střeva a začátek tlustého a provede napojení zdravého tenkého střeva obvykle na vzestupný tračník. Toto spojení se nazývá jako ileoascendentální anastomóza (ANON, 2011).

**Strikturoplastika** se provádí u tenkého střeva, které je postiženo mnohočetnými krátkými stenózami. V místě, kde se vyskytují krátké stenózy, se provede podélné protětí a následně příčné sešití. Tímto výkonem dojde k obnovení velikosti průsvitu střeva, aniž by došlo ke zkrácení střeva. Někdy se provádí i více strikturoplastik (ČERVENKOVÁ, 2009).

## **2 KVALITA ŽIVOTA U PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU**

Pro stanovení kvality života je možné využít několik obecných a specifických dotazníků. U specifických dotazníků se zjišťují informace z oblastí, jako jsou střevní potíže, systémové, psychické a sociální obtíže, což vede k lepšímu zhodnocení celkového stavu pacienta. Aktivita střevního zánětu patří mezi nejdůležitější faktory, které ovlivňují kvalitu života u pacienta s CD. Pokud je nemoc v klidové fázi, pacient může žít plnohodnotný aktivní život, aniž by se výrazně omezoval. Při dobré odpovědi organismu na biologickou léčbu dochází u mnoha pacientů k minimalizaci klinických projevů nemoci, snížení počtu hospitalizací v nemocnici a chirurgických výkonů, což vede ke zlepšení kvality života. Mezi další vlivy patří také psychická pohoda pacienta, jeho důvěra ke svému lékaři a nutričnímu terapeutovi, kontakt s lidmi se stejnou diagnózou, dostatek informací o dané problematice, informovanost pacienta a jeho rodinných příslušníků o aktuálním stavu pacienta (VRÁNOVÁ, 2013).

Stejně jako ostatní choroby má i CD zcela jistě negativní dopad na tělesnou pohodu, která ale není zasažena jako jediná. Strach, deprese nebo narušené prožívání radosti a štěstí patří mezi psychické projevy, které se často kombinují s těmi tělesnými a mají negativní vliv na psychickou pohodu. Pokud je narušena sociální pohoda, je narušen i přátelský a partnerský vztah a sociokulturní život. Pacienti často uvádějí strach ze zúčastňování se společenských akcí, z důvodu poruchy vyprazdňování. Spirituální pohoda zahrnuje smysl utrpení a bolest, který je ovlivněn duchovní vírou jedince (RENDL, 2013).

### **Kvalita života u pacienta se stomií a vliv na sexuální život**

U některých pacientů je nutno provést dočasný nebo trvalý vývod (stomií). U pacientů dochází k velkému zásahu do osobního, pracovního i sexuálního života. Dochází ke snížení sebevědomí a sebejistoty, proto je důležitá psychologická pomoc, aby došlo ke zlepšení pacientova sebevědomí a aby se vyrovnal se změnou tělesného schématu. V této fázi je pacientovi oporou také stomická sestra. Velice důležitá je totiž adaptace na stomii. Stomická sestra poučí pacienta, jak pečovat o stomii a jaké stomické pomůcky existují.

U žen se stomií se může objevit porucha vzrušivosti, snížení sexuální apetence, dysfunkce orgasmu, snížení sexuální touhy. U mužů s IBD se může objevit bolestivá erekce, dysfunkce orgasmu, erektilní dysfunkce a ztráta sexuální apetence. Sexuální funkce mohou být také ovlivněny podávanými léky. Psychosociální faktory a deprese mají také vliv na sexuální funkce.

Před pohlavním stykem je možné u kolostomie provést irigaci (výplach tlustého střeva) a na stomii přiložit speciální krytku nebo použít speciální pomůcku ve tvaru disku (ŠRÁMKOVÁ, 2013).

### **Nástroje pro hodnocení kvality života**

Měření a srovnávání kvality života se provádí pomocí dotazníku WHOQOL-100 a jeho zkrácené verze WHOQOL-BREEF. Tyto dotazníky se využívají pro různá onemocnění, především ale chronická, a to u všech osob, bez ohledu na jejich zdravotní stav.

Specifický dotazník pro Crohnovu chorobu se nazývá Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ). Vznikl na kanadské univerzitě McMaster v roce 1988. Dotazník obsahuje 32 otázek, které jsou rozděleny do čtyř domén (střevní, systémová, psychická a sociální), kdy je každá otázka hodnocena sedmistupňovou Likertovou škálou. Celkový počet bodů je v rozmezí 32 až 224 bodů, přičemž více bodů znamená vyšší kvalitu života. Dnes existuje i modifikovaná verze (IBDQ-36), která obsahuje 36 otázek rozdělených do pěti domén, jež se liší od předchozího jmenovaného dotazníku. V tomto dotazníku se zjišťují celkové příznaky, střevní příznaky, funkční a sociální zhoršení a zhoršení emočních funkcí (RENDL, 2013).

### **Úloha sestry v péči o nemocné**

Sestra se při poskytování ošetrovatelské péče zaměřuje na problémy pacientů a následně sestavuje ošetrovatelské diagnózy. Mezi nejčastější problémy patří bolesti břicha, porucha vyprazdňování, porucha výživy, snížení objemu tělesných tekutin, změny na kůži a sliznici v oblasti anu, poruchy v sociální oblasti, nejistota, bezmocnost a nedostatek informací. U těchto zjištěných diagnóz se sestra snaží stanovit cíle a následně jich i pomocí kvalitní ošetrovatelské péče dosáhnout. Cílem je snaha o normální vyprazdňování, odstranění pacientovy bolesti, úpravu stravování, případně

doplnění výživy, navození psychické pohody a spolupráci s rodinou, u deficitu informací o podání dostatečných informací.

Pacienti se do nemocnice dostávají na počátku svého onemocnění, nebo když jsou dekompenzováni. Sestra vyhodnotí stupeň soběstačnosti, podle kterého plánuje dopomoc u základních potřeb. Pokud má pacient bolesti, zaujímá úlevovou polohu a sestra se mu snaží napomoci vhodnou úpravou lůžka. Sleduje četnost, vzhled a zápach při vyprazdňování stolice a vše zaznamenává do dekurzu. Dále sleduje bolest, včetně charakteristiky, vzhled kůže, hlavně v okolí anu, která může být porušena vlivem četných průjmů, psychický stav, výživu, hydrataci a hmotnost pacienta. Dvakrát týdně se provádí kontrola tělesné hmotnosti, vždy za stejných podmínek. Pacienti s CD často užívají velké množství léků, ať už ve formě tablet, klyzmat či čípků, proto je důležité zachování intimity pacienta. Soběstační pacienti si mohou tyto léky aplikovat sami po předešlé instruktáži sestrou. Pokud se léky podávají v infúzích, musí sestra zajistit funkční intravenózní katétr (případně lékař centrální venózní katétr) a následně sleduje a hodnotí jeho stav. Příjem výživy by měl řešit lékař spolu s nutričním terapeutem. Sestra se musí k pacientovi chovat vstřícně, být mu oporou, pečovat o jeho psychický stav, podat mu dostatek informací, pokud je potřebuje, případně zajistit, aby ho lékař dostatečně informoval o jeho stavu.

Crohnova choroba patří mezi závažná celoživotní onemocnění, která výrazně ovlivňují kvalitu života, a to nejen nemocného, ale také celé jeho rodiny. Proto je hodnocení kvality života velice důležité, neboť přináší cenné informace, které lze při práci s těmito nemocnými využít (RENDL, 2013).

### **Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty**

Toto bezplatné sdružení bylo založeno v Praze roku 2008 díky iniciativě řady pacientů a lékařů. Mezi jeho hlavní poslání patří podpora a pomoc nejen pacientům s CD, ale i jejich rodinným příslušníkům. Členy tohoto sdružení se mohou stát nejen pacienti s CD, ale i jejich příbuzní, lékaři, sestry a ostatní lidé, kteří se zajímají o problematiku těchto nemocí. Sdružení spolupracuje s Pracovní skupinou lékařů pro IBD a s dalšími patientskými organizacemi, jako je např. Klub stomiků nebo Sdružení pro psychosomatiku. Občanské sdružení organizuje semináře a Svatováclavskou IBD konferenci, kde se klade za cíl vzdělávat pacienty a informovat je o novinkách v léčbě IBD (např. biologická léčba, chirurgická léčba, výživa, psychosomatika nebo

i těhotenství u IBD pacientek). Svatováclavská konference se pořádá jednou ročně a v tomto dni je možné navštívit sérii odborných přednášek různých témat. (PFEIFEROVÁ, 2012).

Díky těmto organizacím mohou lidé najít nové přátele, někdy i životního partnera nebo potkat lidi, kteří mají stejný problém a dokáží si proto v některých ohledech vzájemně porozumět mnohem lépe než s nejbližšími osobami. Mohou si mezi sebou předávat informace a zkušenosti, což vede nejen k podpoře, ale i ke zlepšení informovanosti (ČERVENKOVÁ, 2009).

### **3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CROHNOVOU CHROBOU**

V praktické části byl zpracován ošetřovatelský proces u pacientky s Crohnovou chorobou. Vypracování ošetřovatelského procesu proběhlo na oddělení ARO v Turnově. Sběr anamnestických údajů byl realizován dle modelu Marjory Gordon. Na základě zjištěných ošetřovatelských problémů byly stanoveny aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy dle NANDA I taxonomie II 2015-2017, které byly seřazeny dle priority. Byl vytvořen plán ošetřovatelské péče, který byl v závěrečné části práce zhodnocen. Zdrojem informací bylo pozorování, rozhovor s pacientkou, lékařská a sesterská dokumentace. Pacientka byla ochotna spolupracovat a souhlasila s uvedením údajů v této bakalářské práci.

#### **POSOUZENÍ**

##### **Identifikační údaje**

Jméno a příjmení: X. Y.	Datum narození: 1970
Rodné číslo: 70.....	Věk: 46
Pohlaví: žena	Bydliště: X. Y.
Zaměstnání: invalidní důchodkyně	Vzdělání: středoškolské
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
Stav: vdaná	
Jméno příbuzného: X. Y.	Bydliště příbuzného: X. Y.
Datum příjmu: 10. 1. 2017	Čas příjmu: 8:00 hodin
Typ přijetí: akutní dobrovolný	Účel příjmu: terapeutický
Oddělení: ARO	Přijal: MUDr. X. Y.
Ošetřující lékař: MUDr. X. Y.	Obvodní lékař: MUDr. X. Y.

Pacientka byla poučena o léčebném řádu: 10. 1. 2017

Informovaný souhlas k léčbě: pacientka podepsala

Medicínská diagnóza při příjmu: K 509 - Crohnova nemoc NS



Vedlejší medicínské diagnózy:

I694 Následky cévní příhody mozkové, neurčené jako krvácení n. infarkt

Z988 Jiné určené pooperační stavy

E838 Jiné poruchy metabolismu minerálů

E46 Neurčitá podvýživa

E876 Hypokalemie

Důvod příjmu udávaný pacientkou: „ V poslední době nemám vůbec chuť k jídlu, občas mám nauzeu“

### **Vitální funkce při příjmu**

P: 78/min., pravidelný

Hmotnost: 54 kg

TK: 87/60 torr

BMI: 19,1

TT: 36,7

Stav vědomí: orientovaná, při vědomí

D: 15/min.

Pohyblivost: neomezená

Výška: 168 cm

Krevní skupina: A Rh+

Pacientka souhlasí s realizací lékařských vyšetření a výkonů. Prohlašuje, že byla dostatečně a pro ni srozumitelným způsobem poučena o povaze svého zdravotního stavu, postupně navrhovaného způsobu vyšetření či lékařských výkonů a o výsledku a možných komplikacích spojených se způsobem vyšetření.

Pacientka bere na vědomí zákaz kouření.

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

### **Nynější onemocnění**

Pacientka ve věku 46 let byla akutně odeslána z IBD pro malnutrici, dehydrataci a minerálový rozvrat při těžké formě Crohnovy choroby.

### **Anamnéza**

#### ***Rodinná anamnéza***

Matka (75 let) se léčí s vysokým krevním tlakem, je po operaci kolenního kloubu.

Otec (79 let) se léčí s cukrovkou, v roce 2011 prodělal cévní mozkovou příhodu.

Manžel se s ničím neléčí.

Děti: starší dcera (27 let) je na mateřské dovolené, mladší dcera (25 let) pracuje jako prodavačka. Obě děti jsou zdravé.

### ***Osobní anamnéza***

V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Od roku 1993 je léčena pro Crohnovu chorobu. Drží částečnou bezlepkovou dietu pro hraniční nález celiakie.

Hospitalizace a operace: v roce 1993 těžká fistulující perianální forma, v roce 1993 ileocekální resekce, v roce 2003 provedena cholecystektomie, v roce 2005 prodělala CMP - lehká levostranná paresa, resekce anastomozy v roce 2008, v roce 2011 provedena sigmoideostomie pro inkontinenci.

Úrazy: žádné

Transfúze: žádné

Očkování: běžná očkování podle očkovacího kalendáře, očkování proti tetanu v roce 2014

### ***Léková anamnéza***

KCl, Pentasa 1000 mg, Sab Simplex, Vigantol, Warfarin 3 mg, Humira

### ***Gynekologická anamnéza***

2 děti

UPT: 0

Aborty: 2

Menarche: ve 13 letech

Cyklus: nepravidelný

Antikoncepci neužívá.

Samo vyšetřování prsou: občas

Na gynekologické vyšetření chodí každý rok.

### ***Alergologická anamnéza***

Penicilin, tetracyklin

### ***Abúzy***

Alkohol neguje, káva pouze občas, nekouří.

Léky: žádná závislost, drogy neguje.

### ***Psychologická anamnéza***

Vývojové období: vysoký dospělý věk, premorbidní osobnost: melancholik, emoční oblast: labilita, podpora rodiny.

### ***Sociální a pracovní anamnéza***

Pacientka je vdaná, žije s manželem v panelovém bytě 3+1, ve 4. poschodí s výtahem. Má dvě děti a jedno vnuče. Vztahy v rodině jsou dobré. Děti ji pravidelně navštěvují. Vztahy mimo rodinu jsou také dobré. Má 3 dobré kamarádky, které ji navštěvují, pomáhají jí a doprovázejí ji na procházky. Jejimi zálibami jsou procházky v přírodě, luštění křížovek, čtení, poslouchání hudby a sledování filmů. Je v invalidním důchodu.

### **Posouzení současného stavu ze dne 10. 1. 2017 v 13:00 hodin**

Tabulka 1 Posouzení současného stavu

<b>Systém</b>	<b>Subjektivní údaje</b>	<b>Objektivní údaje</b>
<b>Hlava a krk</b>	<i>Bolesti hlavy nemám.</i>	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá, bez deformit, vlasy lehce prořídlé.  Tvář: oči - spojivky růžové, bez zánětu, skléry bílé, bulby volně pohyblivé, ve středním postavení, zornice izokorické,

		<p>fotoreakce ++.</p> <p>Uši a nos bez deformit a výpotku, naslouchací přístroj nepoužívá.</p> <p>Kůže prokrvená, bez známek cyanózy, rty souměrné bez ragád.</p> <p>Chrup - používá protézu horní i dolní, jazyk bez povlaku, vlhký, plazí ve střední čáře. Zápach z úst nepřítomný.</p> <p>Krk - souměrný, bez otoků, volně pohyblivý, náplň krčních žil v normě, karotidy tepou symetricky, štítná žláza a uzliny nezvětšeny.</p>
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	<i>Dýchá se mi dobře, ale cítím nucení k suchému dráždivému kašli.</i>	<p>Hrudník symetrický bez deformit a bez kožních eflorescencí. Prsa bez patologických změn.</p> <p>Poslechově dýchání sklípkové, vlevo ojediněle drobné chrupky a vrzoty. Občas pokašlává, kašel suchý bez expektorace.</p> <p>Dechová frekvence je pravidelná 18/ min. Saturace bez podaného kyslíku 99%.</p>
<b>Srdeční a cévní systém</b>	<i>Žádné potíže se srdcem nepociťuji.</i>	<p>Srdeční akce pravidelná, puls dobře hmatný, frekvence 70/ min.</p> <p>TK 87/60 torrů.</p> <p>Pulsace na dolních končetinách dobře hmatná. Dolní končetiny bez otoků a bez zánětlivých změn.</p> <p>Centrální venózní katétr zavedený 10. 1. 2017 do v. subclavia dx, kvůli dostatečnému vyživení pomocí parenterální výživy.</p>

<p><b>Břicho a gastrointestinální trakt</b></p>	<p><i>Břicho mě nebolí, pouze okolí stomie je trochu bolestivé.</i></p>	<p>Břicho měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, bez rezistence.</p> <p>Peristaltika poslechově přítomná. Stomie odvádí velké množství řídké stolice a plynů.</p> <p>Játra, slezina a pankreas nezvětšeny.</p> <p>Pacientka nyní bez nauzey a zvracení.</p> <p>Úbytek hmotnosti za posledních 5 měsíců cca 20 kg. Nyní nemá vůbec chuť k jídlu.</p> <p>Na břicho zahojené jizvy po cholecystektomii a ileocekální resekci.</p>
<p><b>Močový a pohlavní systém</b></p>	<p><i>S močením problémy nemám.</i></p>	<p>Genitál ženský, při příjmu zavedený permanentní močový katétr pro sledování diurézy.</p> <p>Močení v normě, barva moči světle žlutá bez příměsí.</p> <p>Tapotement oboustranně negativní.</p>
<p><b>Kosterní a svalový systém</b></p>	<p><i>Snažím se chodit na procházky do přírody, ale v poslední době jsem zesláblá, tak jsem raději doma.</i></p>	<p>Pacientka aktivní a soběstačná. Hrubá i jemná motorika je v normě.</p> <p>Páteř bez patologických změn. Svalový aparát - normotonus.</p> <p>Klouby bez patologie, bolestivost kloubů nepřítomná. Kosterní aparát bez deformit.</p>
<p><b>Nervový a smyslový systém</b></p>	<p><i>Nosím brýle na čtení, jiné problémy nemám.</i></p>	<p>Při vědomí. Orientovaná místem, časem, osobou a prostředím.</p> <p>Tremor a tiky nepřítomné.</p> <p>Čich a sluch bez patologie.</p> <p>Staropaměť i novopaměť bez problémů.</p> <p>Smyslová citlivost v normě.</p>

		Reflexy výbavné.
<b>Endokrinní systém</b>	<i>Cukrovku nemám a ani se štítnou žlázou se neléčím.</i>	Bez zevních projevů endokrinních poruch. Štítná žláza je nezvětšená a nebolestivá.
<b>Imunologický systém</b>	<i>Mám alergii na penicilin a tetracyklin.</i>	Lymfatické uzliny nezvětšené. Infekty horních a dolních dýchacích cest nejsou časté.  TT: 36,7 °C
<b>Kůže a její adnexa</b>	<i>Mám dvě jizvy. Kůže je normální, pouze v okolí stomie je podrážděná.</i>	Kůže bez patologických defektů, růžová, bez ikteru a cyanózy. Turgor snížený. Pokožka dehydratovaná.  Otoky nepřítomné.  V okolí stomie je podráždění kůže, zarudnutí a bolestivost.  Dekubity nepřítomné.  Ochlupení přiměřené ženskému pohlaví. Vlasy krátké, lehce prořídle, udržované.  Nehty čisté a upravené.  Jizvy na břicho zhojené per primam.

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

## Aktivity denního života

Tabulka 2 Aktivity denního života

	<b>Subjektivní údaje</b>	<b>Objektivní údaje</b>
<b>Stravování a pitný režim</b>	<i>Posledních 5 měsíců nemám vůbec chuť k jídlu, piji cca 1 litr tekutin denně. Částečně dodržuji bezlepkovou dietu.</i>	Doma dieta – částečně bezlepková, za posledních 5 měsíců úbytek 20 kg.  BMI: 19,1 – podvýživa. Kožní turgor snížený.  Naordinována parenterální výživa,

		sipping 2x denně a dieta č.5 bílkovinná, bezezbytková.  Pacientka se musí nutit k jídlu i pití.
<b>Vylučování moče a stolice</b>	<i>Mám stomii, která odvádí velké množství řídké stolice a plynů. Okolí stomie je zarudlé a lehce bolestivé. S močením potíže nemám.</i>	Pacientka má zavedený močový katétr pro sledování diurézy. Vyprazdňování bez obtíží a komplikací.  Péči o stomii provádí zdravotnický personál. Vypouštění stomie a plynů se provádí dle potřeby několikrát denně pro velký odchod stolice a plynů. Okolí stomie je macerované. Aplikována ochranná pasta do okolí stomie.
<b>Spánek a bdění</b>	<i>Mám problémy se spánkem, pokud jsem v cizím prostředí. Doma většinou spím bez problémů.</i>	Zajištěno klidné prostředí pro spánek.  V případě potřeby naordinován lék na spaní.
<b>Aktivita a odpočinek</b>	<i>Když jsem doma, snažím se chodit na procházky do přírody, teď v nemocnici si krátím čas čtením, luštěním křížovek, hraním her na PC a sledováním filmů. Také za mnou chodí rodina. Poslední měsíce jsem dost unavená, tak se snažím odpočívat.</i>	Pohybový režim omezený pouze z důvodu kontinuálního podávání parenterální výživy do CVK. Několikrát denně je pacientka odpojena, aby se mohla projít po chodbě. Rehabilitaci má každý den s rehabilitačním pracovníkem. Během dne odpočívá a věnuje se aktivitám, které má dostupné v nemocnici.

<b>Hygiena</b>	<i>Doma se postarám o všechno sama. Sprchuji se každý večer.</i>	Pacientka je v oblasti hygieny zcela soběstačná. Hygienu provádí sama ve sprše.
<b>Samostatnost</b>	<i>Snažím se být samostatná, vše zvládat sama. Teď jsem více unavená, tak mi vše trvá delší dobu. Když je nejhorš, pomůže mi rodina.</i>	Pacientka je soběstačná a spolupracuje. Zdravotnický personál provádí péči o stomii.

Zdroj: rozhovor s pacientkou

### ***Posouzení psychického stavu***

Vědomí: lucidní.

Orientace: pacientka je správně orientovaná v čase, prostoru, osobě a situaci.

Nálada: má obavy z dlouhodobé hospitalizace, doufá, že se její zdravotní stav brzy zlepší a bude mít zase chuť k jídlu.

Paměť: staropaměť i novopaměť je výbavná bez poruch.

Myšlení: logické.

Temperament: melancholik.

Sebehodnocení: *Jsem pyšná na to, jakou mám rodinu, snaží se mi hodně pomáhat. Nerada jsem někomu na obtíž.*

Vnímání vlastního zdraví: *Bojím se o své zdraví, chci být ještě aktivní, užitečná a nechci být někomu na obtíž. V poslední době jsem dost unavená. Snažím se dodržovat zdravý životní styl, držím částečně bezlepkovou dietu pro hraniční celiakii. Chodím na pravidelné preventivní prohlídky.*



### ***Popis sociálního stavu***

Komunikace: pacientka využívá verbální i neverbální komunikaci. Komunikace je bezproblémová, řeč je srozumitelná.

Sociální role:

Primární: 46letá žena – bez patologií.

Sekundární: matka, manželka, babička – role momentálně nenaplněné.

Terciární: jako pacientka chápe svoji situaci a snaží se adaptovat.

Sociální interakce: Dobře vychází se zdravotnickým personálem. Nyní pociťuje sociální izolaci. Má ráda klid a pohodlí domova, proto by se co nejdříve ráda vrátila domů. Má velkou podporu ve své rodině.

Pacientka je plně informována o onemocnění, o diagnostických metodách a léčbě. Důvěřuje zdravotnickému personálu a má také pozitivní vztah k léčbě. Snaží se maximálně dodržovat léčebný režim.

Péči po propuštění poskytne rodina. Pacientka bydlí v bytě s manželem a děti ji pravidelně navštěvují. Má ráda domácí prostředí, do kterého by se chtěla co nejdříve vrátit. Chodí ráda na procházky do přírody s kamarádkami, dětmi a vnučkou.

### ***Jak hospitalizace ovlivní ekonomickou situaci***

Pacientka je v invalidním důchodu. Hospitalizace neovlivní její ekonomickou situaci.

### ***Popis spirutálního stavu***

Pacientka je bez vyznání.

### **Medicínský management**

Ordinovaná vyšetření: odběry krve - biochemie, krevní obraz, hemokoagulace, ASTRUP, EKG, RTG srdce a plic, ultrazvukové vyšetření břicha, vyšetření nutričním terapeutem.

## Výsledky:

Tabulka 3 Výsledky hemokoagulačního vyšetření krve ze dne 10. 1. 2017

Hemokoagulace	Hodnota pacientky	Referenční hodnoty
INR	3,50	0,80-1,20
APTT	41,10	22,00-32,00
APTT <sub>r</sub>	1,62	0,80-1,20

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

Tabulka 4 Výsledky hematologického vyšetření krve ze dne 10. 1. 2017

Hematologie – KO	Hodnota pacientky	Referenční hodnoty
Erytrocyty	$3,50 \times 10^{12}/l$	$3,80-5,20 \times 10^{12}/l$
Leukocyty	$6,20 \times 10^9/l$	$4,00-10,00 \times 10^9/l$
Trombocyty	$129 \times 10^9/l$	$150-400 \times 10^9/l$
Hemoglobin	114 g/l	120-160 g/l
Hematokrit	0,33 %	0,35-0,47 %

Zdroj: zdravotnická dokumentace

Tabulka 5 Výsledky acidobazického vyšetření krve ze dne 10. 1. 2017

ASTRUP	Hodnota pacientky	Referenční hodnoty
pH	7,282	7,35-7,44
pCO <sub>2</sub>	3,95 kPa	5,3±0,5 kPa
cHCO <sub>3</sub>	13,6 mmol/l	24±2 mmol/l
ABE,c	-11,7 mmol/l	0±2 mmol/l
pO <sub>2</sub>	5,21 kPa	5,0-5,5 kPa

<b>sO<sub>2</sub></b>	77,5 %	90-100 %
<b>cLac</b>	0,9 mmol/l	0,5-2,0 mmol/l

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

Tabulka 6 Výsledky biochemického vyšetření krve ze dne 10. 1. 2017

<b>Biochemie</b>	<b>Hodnota pacientky</b>	<b>Referenční hodnoty</b>
<b>Na</b>	139 mmol/l	135-145 mmol/l
<b>K</b>	3,2 mmol/l	3,6-5,4 mmol/l
<b>Cl</b>	116 mmol/l	96-109 mmol/l
<b>Ca</b>	1,69 mmol/l	2,20-2,70 mmol/l
<b>P</b>	0,46 mmol/l	0,70-1,62 mmol/l
<b>Mg</b>	0,60 mmol/l	0,65-1,10 mmol/l
<b>Fe</b>	22,4 µmol/l	10,0-24,0 µmol/l
<b>Glukóza</b>	4,6 mmol/l	3,5-5,6 mmol/l
<b>Bilirubin</b>	10 µmol/l	5-20 µmol/l
<b>Urea</b>	4,6 mmol/l	2,0-7,5 mmol/l
<b>Kreatinin</b>	135 µmol/l	59-108 µmol/l
<b>ALT</b>	0,22 µkat/l	0,10-0,60 µkat/l
<b>AST</b>	0,20 µkat/l	0,10-0,66 µkat/l
<b>ALP</b>	0,91 µkat/l	0,50-2,86 µkat/l
<b>AMS</b>	0,62 µkat/l	0,50-1,80 µkat/l
<b>Albumin</b>	17g/l	32-47 g/l
<b>Prealbumin</b>	0,130 g/l	0,100-0,400 g/l

<b>CRP</b>	4,40 mg/l	0,00-9,90 mg/l
<b>Proteiny</b>	39 g/l	64-85 g/l
<b>Cholesterol</b>	1,8	3,0-5,2

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

***Výsledek vyšetření EKG:***

SR, akce pravidelná, tepová frekvence 74/min., převodní intervaly v normě, bez akutních ischemických změn.

***Výsledek RTG srdce a plic :***

Bez čerstvých ložiskových změn, vpravo baze volná, vlevo drobná bazální adheze, srdce přiměřené velikosti. Stav po zavedení CVK via vena subclavia dx. paravertebrálně vpravo do výše Th6/7.

***Výsledek UZ břicha:***

Játra přiměřené velikosti, echogenity a struktury, bez ložiska, okraje ostré hladké, stav po CHCE, IH a EH žlučovody bez dilatace. Pankreas ostře konturován, přiměřené velikosti a echostruktury. Slezina má normální uložení i velikost, bez patologického nálezu. Pravá ledvina má normální uložení i velikost, parenchym normální šíře i echogenity, korová cysta 11 mm s čirým obsahem v oblasti dolního pólu, bez měštnání a litiázy. Levá ledvina má normální uložení i velikost, parenchym přiměřené šíře, bez měštnání a litiázy. Močový měchýř s menší homogenní anechogenní náplní. Malá pánev špatně přehledná pro artefakty z jizvy.

***Konzervativní léčba:***

Dieta: bílkovinná bezezbytková

Pohybový režim: pacientka je zcela soběstačná

RHB: dechová cvičení, prevence TEN, chůze

Výživa: perorální, parenterální

Medikamentózní léčba:

Tabulka 7 Medikamentózní léčba

Způsob podání	Název léku	Dávkování	Aplikace	Léková skupina
<b>Per os</b>	Pentasa 500mg	2-0-2	tbl.	intestinální antiflogistikum
	Ambrobene	1-1-1	tbl.	expektorans, mukolytikum
	Vigantol	1gtt denně	gtt.	vitamin
	SAB Simplex	p.p.	susp.	deflatulens
	Diazepam 5 mg	0-0-0-1	tbl.	anxiolytikum
	Supportan	2x denně	sipping	enterální výživa
<b>Intravenózně</b>	Smofkabiven 1970 ml + NaHPO <sub>4</sub> 8,7% 80 ml, + MgSO <sub>4</sub> 20% 1 amp., + KCl 7,45% 100 ml, + Soluvit 2 amp., + Vitalipid 1 amp., + Addaven 1 amp., + Thiamin 1 amp.	na 24 hod.	i.v.	parenterální výživa
	Plasmalyte 1000 ml	na 24 hod.	i.v.	infuzní terapie
	Novalgin 2,5 g / 100ml F1/1	à 12 hod.	i.v.	analgetikum, antipyretikum
<b>Subkutánně</b>	Clexane 0,4 ml	à 24 hod.	s.c.	antikoagulans

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

**Chirurgická léčba:**

Nyní žádná

### **3.1 SITUAČNÍ ANALÝZA**

Pacientka ve věku 46 let byla 10. 1. 2017 v 8 hodin akutně odeslána z IBD poradny k hospitalizaci na oddělení ARO pro malnutrici, hypokalemii a dehydrataci při těžké formě Crohnovy choroby. Crohnova choroba jí byla diagnostikována v roce 1993. Pacientka dochází pravidelně jednou za 14 dní na biologickou léčbu. Po uložení na lůžko bylo zahájeno pravidelné monitorování fyziologických funkcí. Pacientka byla vyšetřena lékařem, seznámena s chodem oddělení, domácím řádem, podepsala souhlas s hospitalizací a byl jí přiložen identifikační náramek na ruku. Pacientka je při vědomí, orientovaná a spolupracuje. Pulz je pravidelný 70/min., krevní tlak 87/60, tělesná teplota 36,7 °C, saturace O<sub>2</sub> 99%, dech pravidelný 15/ min. Dýchání sklípkové, vlevo se slyšitelnými chrupkami a vrzoty. Občas pokašlává, kašel suchý bez expektorace. Pacientka částečně dodržuje bezlepkovou stravu pro hraniční nález celiakie. Od roku 2011 má stomii, která nyní odvádí velké množství řídké stolice a plynů. Pacientka uvádí, že okolí stomie je lehce bolestivé. Za poledních pět měsíců zhubla přibližně 20 kg. Nemá chuť k jídlu, necítí chuť z jídla, občas má nauzeu, zvracení jen minimálně. Pro dostatečné vyživení byl zaveden centrální venózní katétr do vena subclavia dextra. Byla zajištěna konzultace s nutričním terapeutem. Zaveden permanentní močový katétr pro sledování diurézy. Hygienickou péči pacientka provádí sama. Na návštěvu za ní chodí rodina, která je její psychickou oporou. Pacientka je v posledních dnech značně unavená, proto se snaží více odpočívat. Má strach z dlouhodobé hospitalizace, ráda by šla co nejdříve domů. Pokud se vyskytuje v cizím prostředí, má problémy se spánkem. Doma spí většinou normálně, jen občas nemůže večer usnout.

### **3.2 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT**

Diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL, 2016. Ošetrovatelské diagnózy : definice a klasifikace 2015-2017.

Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)

Snížený objem tekutin (00027)

Narušená integrita kůže (00046)

Únava (00093)

Strach (00148)

Průjem (00013)

Porucha výměny plynů (00030)

Snaha zlepšit výživu (00163)

Narušený vzorec spánku (00198)

Sociální izolace (00053)

Riziko infekce (00004)

Plán individuální ošetrovatelské péče byl vypracován u čtyř prioritních ošetrovatelských diagnóz, které pacientku nejvíce trápily: Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002), Snížený objem tekutin (00027), Narušená integrita kůže (00046), Únava (00093).

## **NEVYVÁŽENÁ VÝŽIVA: MÉNĚ NEŽ JE POTŘEBA ORGANISMU (00002)**

**Doména 2:** Výživa

**Třída 1:** Příjem potravy

**Definice:** Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu

**Určující znaky:** průjem, odpor k jídlu, příjem potravin je menší, než je doporučená denní dávka

**Související faktory:** nedostatečný přísun potravy

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** U pacientky dojde ke zlepšení výživových parametrů – do konce hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** U pacientky dále neklesne tělesná hmotnost – do 7 dnů.

**Očekávané výsledky:**

Pacientka zná všechny informace pro zvolené dietní a nutriční opatření.

Pacientka si uvědomuje nutnost podávání parenterální výživy.

Pacientka dodržuje naordinovanou dietu.

Pacientka má větší chuť k jídlu.

Pacientka nemá další úbytek tělesné hmotnosti.

U pacientky se zlepšily známky malnutrice.

Pacientka užívá dvakrát denně sipping (Fresubin, Supportan, Fresubin creme).

### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Zajisti nutričního terapeuta – všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.
2. Edukuj pacientku o zvolené dietní a nutriční terapii – všeobecná sestra, nutriční terapeut, lékař, 1. den hospitalizace.
3. Edukuj pacientku o nutnosti podávání parenterální výživy – všeobecná sestra, lékař, 1. den hospitalizace.
4. Zjisti stravovací návyky, včetně oblíbených jídel – všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.
5. Motivuj pacientku, aby měla dostatečný příjem jídla a tekutin – všeobecná sestra, denně.
6. Zajisti dostatečný příjem tekutin po celou dobu hospitalizace – všeobecná sestra.
7. Prováděj kontrolní laboratorní odběry dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
8. Podávej infuzní terapii dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, denně.
9. Podávej léky dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, denně.
10. Nabídní pacientovi denně různé příchutě nutričních doplňků dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, denně.
11. Sleduj a zaznamenávej do dokumentace tělesnou hmotnost a hydrataci pacientky – všeobecná sestra, ob den.
12. Hodnot' a zapisuj do dokumentace příjem potravy a tekutin – všeobecná sestra, denně.

### **Realizace (1. den hospitalizace, 10. 1. 2017):**

Pacientka byla při příjmu edukována o nutnosti zvolené dietní a nutriční terapie. Byla zajištěna konzultace s nutričním terapeutem. Dále byla pacientka edukována o nutnosti podávání parenterální výživy, kvůli které jí byl při příjmu zaveden centrální venózní katétr. Do CVK byl podáván dle ordinace lékaře Smofkabiven spolu s vitamíny, minerály a fosfáty. S pacientkou byl proveden rozhovor pro zjištění stravovacích návyků a jídel, která pacientce chutnají i přes její nechutenství. Pacientka byla



motivována, aby dostatečně jedla a pila a v průběhu dne popíjela 2 nutriční doplňky (Supportan) dle ordinace lékaře. Voleno bylo především jídlo a pití, které pacientce chutná, v rámci naordinované bílkovinné bezzbytkové diety. Sledovala se tělesná hmotnost, hydratace a příjem potravy a vše bylo důkladně zaznamenáno do dokumentace.

**Realizace (7. den hospitalizace, 16. 1. 2017):**

Pacientce byl dle ordinace lékaře stále podáván do CVK Smofkabiven spolu s vitamíny, minerály a fosfáty. Byla motivována, aby měla dostatečný příjem jídla a tekutin a během dne popíjela 2 nutriční doplňky. Dle ordinace lékaře byly provedeny laboratorní odběry a kontrola tělesné hmotnosti a vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

**Hodnocení:**

U pacientky došlo ke zlepšení příjmu potravy i tekutin. Důsledně dodržovala dietní i nutriční opatření a pitný režim. Denně popíjela 2 nutriční doplňky (Supportan), které jí příliš nechutnaly, ale vypila je. Měla na výběr z několika druhů. Po celou dobu hospitalizace jí byla podávána parenterální výživa, kterou tolerovala bez problémů.

Cíl krátkodobý se podařilo splnit. Při kontrole tělesné hmotnosti, která byla provedena 7. den hospitalizace, vzrostla její tělesná hmotnost o 1 kg.

Cíl dlouhodobý se podařilo splnit. Při kontrole laboratorních odběrů se výživové parametry jako je albumin, prealbumin a proteiny mírně zlepšily.

**Dále pokračují intervence 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12.**

**SNÍŽENÝ OBJEM TEKUTIN (00027)**

**Doména:** Výživa

**Třída 5:** Hydratace

**Definice:** Snížení intravaskulárních, intersticiálních nebo intracelulárních tekutin.

**Určující znaky:** změna kožního turgoru, snížený krevní tlak, náhlý úbytek tělesné hmotnosti

**Související faktory:** aktivní pokles objemu tělesných tekutin

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka bude dostatečně hydratována – do 7 dnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka vypije 1,5-2 litry tekutin za 24 hodin.

**Očekávané výsledky:**

Pacientka chápe důležitost dodržování pitného režimu.

Pacientka má zlepšený turgor kůže.

Pacientka vypije denně alespoň 1,5 litru tekutin.

Pacientka má normální hodnoty vitálních funkcí.

Pacientka má příjem a výdej tekutin v rovnováze.

**Ošetrovatelské intervence:**

1. Edukuj pacientku o důležitosti dodržování pitného režimu – všeobecná sestra 1. den hospitalizace.
2. Zajisti pacientce dostatečný pitný režim – všeobecná sestra, denně.
3. Motivuj pacientku k dostatečnému příjmu tekutin – všeobecná sestra, denně.
4. Podej pacientce takové tekutiny, které má ráda – všeobecná sestra, denně.
5. Podej infuzní terapii dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, denně.
6. Sleduj vitální funkce pacientky – všeobecná sestra, denně.
7. Sleduj bilanci tekutin pacientky – všeobecná sestra, denně.
8. Měř u pacientky CVT – všeobecná sestra, denně.
9. Kontroluj stav sliznic a turgor kůže – všeobecná sestra, denně.
10. Hodnoť a zapisuj do dokumentace příjem tekutin – všeobecná sestra, denně.

**Realizace (1. den hospitalizace, 10. 1. 2017):**

Pacientka byla při příjmu edukována o nutnosti dodržovat pitný režim. Pacientka byla motivována k dostatečnému příjmu tekutin. Dle rozhovoru bylo zjištěno, že má ráda minerální vody a sladký čaj, který byl po celý den zajištěn. Dle ordinace lékaře byla podána infuzní terapie a sledovala se bilance tekutin. Jednou za 6 hodin se kontroloval CVT pro zjištění hydratace pacientky a vitální funkce. Byla provedena i kontrola sliznice a turgoru kůže. Vše bylo důkladně zaznamenáno do dokumentace.

**Realizace (7. den hospitalizace, 16. 1. 2017):**

Pacientka byla stále motivována k dostatečnému příjmu tekutin. Po celý den měla na pokoji dostatečné množství tekutin. Dle ordinace lékaře byla podána infuzní terapie,

sledovala se bilance tekutin, CVT, hydratace a vitální funkce. Všechny zjištěné hodnoty byly zaznamenány do dokumentace.

### **Hodnocení:**

Pacientka po edukaci chápala důležitost příjmu tekutin. Snažila se denně vypít alespoň 2 litry. Bilance tekutin byla vyrovnaná, v některých dnech i pozitivní bilance. Dle ordinace lékaře měla pacientka dostatečný příjem i ve formě parenterální výživy. Dle pravidelné kontroly byly vitální funkce v pořádku. TK 100/50, P 74' a CVT +3. Pacientka byla po celou dobu hospitalizace dostatečně hydratována. Turgor kůže se zlepšil.

Cíl krátkodobý se podařilo splnit. Pacientka denně vypila 2 litry tekutin, v některých dnech i více.

Cíl dlouhodobý se podařilo splnit. Pacientka byla dostatečně hydratována po celou dobu hospitalizace.

**Dále pokračují intervence 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10.**

### **NARUŠENÁ INTEGRITA KŮŽE (00046)**

**Doména 11:** Bezpečnost/ochrana

**Třída 2:** Tělesné poškození

**Definice:** Změna v epidermis a/nebo dermis.

**Určující znaky:** změna integrity

**Související faktory:** vnější - mechanické faktory, vlhkost; vnitřní - změny objemu tekutin, změny metabolismu, změny turgoru, nevyvážená strava

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka má zmacerovanou kůži v okolí stomie v lepším stavu – do konce hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Kůže v okolí stomie je méně bolestivá – do 3 dnů.

### **Očekávané výsledky:**

Pacientka zná a používá různé stomické pomůcky pro zlepšení integrity kůže.

Pacientka nepocítuje bolest z důvodu macerace kůže.

### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Zajišťuji pacientce konzultaci se stomickou sestrou – všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.
2. Edukuj pacientku o různých stomických pomůckách – stomická sestra, všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.
3. Prováděj šetrně výměnu stomických pomůcek – všeobecná sestra, denně.
4. Používej ochranné krémy a pasty pro zlepšení integrity kůže – všeobecná sestra, denně.
5. Používej výpustné sáčky pro velký odchod řídké stolice – všeobecná sestra, dle potřeby pacientky.
6. Podávej léky dle ordinace lékaře (na bolest) – všeobecná sestra, dle potřeby pacientky.
7. Zaznamenávej do dokumentace množství stolice – všeobecná sestra, denně.
8. Prováděj záznam bolesti pacientky do dokumentace – všeobecná sestra, denně.

### **Realizace (1. den hospitalizace, 10. 1. 2017):**

Pacientce byla při příjmu zajištěna konzultace se stomickou sestrou, kterou byla edukována o používání stomických pomůcek. Výměna stomických pomůcek a vyprazdňování stomie bylo prováděno všeobecnou sestrou. Pro zlepšení integrity kůže v okolí stomie byly použity ochranné krémy a pasty. Pro velký odchod řídké stolice byly použity výpustné stomické pomůcky. Do dokumentace bylo zaznamenáno množství stolice. Dle ordinace lékaře byly podány léky na bolest, které byly zaznamenány do dokumentace spolu s intenzitou bolesti.

### **Realizace (7. den hospitalizace, 16. 1. 2017):**

Výměna stomických pomůcek a vyprazdňování stomie bylo prováděno podle potřeby všeobecnou sestrou. Pro zlepšení integrity kůže v okolí stomie byly použity při výměně destičky ochranné krémy a pasty. Pro velký odchod řídké stolice byly použity výpustné stomické pomůcky. Do dokumentace bylo zaznamenáno množství stolice. Dle ordinace lékaře byly podány léky na bolest, které byly zaznamenány do dokumentace spolu s intenzitou bolesti.

**Hodnocení:**

Pacientka po edukaci stomickou sestrou zjistila, které pomůcky lze používat pro zlepšení integrity kůže. Po týdenním používání ochranných past došlo ke zlepšení kůže v okolí stomie, ale kůže je stále macerovaná. Jednou denně si pacientka nechala podat lék na bolest dle ordinace lékaře a po zbytek dne bolesti v okolí stomie nebyly. Stomie stále odváděla velké množství řídké stolice a plynů.

Cíl krátkodobý se podařilo splnit. Bolesti v okolí stomie byly minimální nebo žádné.

Cíl dlouhodobý byl splněn částečně. Kůže v okolí stomie je i přes malé zlepšení stále značně macerovaná.

**Dále pokračují intervence 3., 4., 5., 6., 7., 8.**

**ÚNAVA (00093)**

**Doména 4:** Aktivita/odpočinek

**Třída 3:** Rovnováha energie

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

**Určující znaky:** zhoršená schopnost zachovat běžnou úroveň fyzické činnosti, zhoršená schopnost zachovat běžný denní režim, zvýšení požadavků na odpočinek, únava

**Související faktory:** fyzický stav, fyziologický stav (onemocnění)

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nepocítuje únavu a vyčerpanost – do konce hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka se zapojuje do aktivit oddělení a osobních aktivit, které jsou pro pacientku dostupné – do 3 dnů.

**Očekávané výsledky:**

Pacientka chápe nutnost zapojování do aktivit a režimu oddělení a účastní se jich – do 24 hodin.

Pacientka se denně účastní léčebného režimu.

Pacientka nemá denně narušený spánek.

Pacientka má denně k dispozici klidné prostředí k odpočinku.

### **Ošetrovatelské intervence:**

1. Edukuj pacientku a motivuj ji, proč je důležité se zapojovat do aktivit oddělení – všeobecná sestra, fyzioterapeut, denně.
2. Pozoruj známky únavy pacientky po celou dobu hospitalizace – všeobecná sestra.
3. Sleduj celkový stav pacientky (stav výživy, hydratace) – všeobecná sestra, denně.
4. Sleduj psychický stav pacientky a zaznamenávej ho do dokumentace – všeobecná sestra, denně.
5. Podporuj pacientku k účasti na jejích osobních aktivitách – všeobecná sestra, denně.
6. Zajisti prostředí zmírňující únavu (teplota, vlhkost vzduchu) – všeobecná sestra, denně.
7. Vyslechni pacientku, zda ví, co zmírňuje její únavu – všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.
8. Zajisti klidné a příjemné prostředí pro spánek – všeobecná sestra, denně.
9. Plánuj péči tak, aby na ni měla pacientka dostatek času – všeobecná sestra, denně.
10. Zaznamenávej kvalitu spánku do dokumentace – všeobecná sestra, denně.
11. Podej léky na spaní dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, dle potřeby pacientky.

### **Realizace (1. den hospitalizace, 10. 1. 2017):**

Pacientka byla při příjmu edukována o důležitosti zapojení do aktivit oddělení. U pacientky byly sledovány známky únavy, psychický stav i její celkový stav. Každý den byla motivována k zapojování do aktivit, včetně jejích osobních aktivit. Pacientka byla umístěna na samostatný pokoj, aby bylo zajištěno klidné prostředí. Večer před spaním byl pokoj dostatečně vyvětrán, aby bylo zajištěno příjemnější usínání. Ranní hygiena byla plánována tak, aby na ni byl dostatek času a na pacientku nebyl vyvíjen tlak. Na spaní byly podány léky dle ordinace lékaře. Kvalita spánku byla zaznamenána do dokumentace.

### **Realizace (7. den hospitalizace, 16. 1. 2017):**

Pacientka byla motivována k zapojování do aktivit. Bylo jí zajištěno klidné prostředí, během dne byl pokoj větrán podle potřeby pacientky. Na spaní byly podány léky dle ordinace lékaře. Kvalita spánku byla zaznamenána do dokumentace.

### **Hodnocení:**

Pacientka se obeznámila s chodem oddělení a zapojovala se do aktivit. Během dne, kdy byla připoutána na lůžko z důvodu podávání infuzní výživy, se věnovala čtení, sledovala filmy na notebooku, hrála hry, odpočívala a v odpoledních hodinách chodila na návštěvu rodina, se kterou se pacientka chodila projít i mimo oddělení. Pacientka se cítila méně unavená, vyhovoval jí samostatný pokoj, který jí zajistil větší klid při spánku a odpočinku. Psychická pohoda se také zlepšila, hodně jí pomáhala komunikace s personálem a návštěva rodiny.

Cíl krátkodobý se podařilo splnit. Pacientka se během dne zapojovala do aktivit.

Cíl dlouhodobý se podařilo splnit částečně. Pacientka zatím únavu pociťovala, ale již v menší míře než na začátku hospitalizace.

**Dále pokračují intervence 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11.**

### **3.3 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Pacientka byla přijata pro malnutrici, dehydrataci a minerálový rozvrat. Při příjmu byla plně informována o zdravotním stavu a důležitosti léčby. Byla edukována o nutnosti zahájení intravenózní terapie. Proto jí byl zaveden centrální venózní katétr, pro podávání parenterální výživy. Dále byla edukována o dietních a nutričních opatřeních. Enterální výživa byla podávána ve formě sippingu, který popíjela dvakrát denně dle ordinace lékaře. Bylo nutné, aby pacientka dodržovala dostatečný pitný režim. Pacientka se vším souhlasila a dodržovala všechny léčebné postupy nutné pro zlepšení jejího zdravotního stavu, malnutrice a dehydratace. Po celou dobu hospitalizace pacientka dodržovala dietní i pitný režim. Každý den vypila minimálně 2 litry tekutin a dostávala kontinuálně parenterální výživu.

První den hospitalizace byly u pacientky stanoveny ošetřovatelské diagnózy, které byly seřazeny dle priority. Plán individuální ošetřovatelské péče byl vypracován u čtyř prioritních ošetřovatelských diagnóz, které pacientku nejvíce trápily. Většina stanovených cílů byla splněna, některé byly splněny částečně.

Pacientka byla i přes únavu, která ji trápila od příjmu, samostatná, soběstačná a hygienu prováděla sama. Pouze výměnu stomických pomůcek a vypouštění stomie

prováděla všeobecná sestra. Pacientka měla již dlouhou dobu macerovanou kůži v okolí stomie. Tento problém byl po dobu hospitalizace řešen používáním ochranných krémů či past, při vyměňování stomické destičky. Pro šetrnější zacházení se stomií byly použity vypouštěcí stomické sáčky.

Pacientka se aktivně zapojovala do aktivit oddělení, 2x denně jí byla zajištěna rehabilitace, během dne se věnovala osobním aktivitám, odpočívala a odpoledne za ní chodila na návštěvu rodina, která pro ni byla velkou oporou.

Během jednoho týdne došlo ke zlepšení zdravotního stavu. Pacientka se cítila méně unavená. Kontrolní laboratorní odběry ukázaly malé zlepšení nutričních parametrů. Za jeden týden došlo u pacientky i ke zvýšení tělesné hmotnosti o 1 kg.

### **3.4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

V současné době se s Crohnovou chorobou setkáváme stále častěji. Proto byla shrnuta doporučení a opatření, která jsou určena pro zdravotnický personál, pacienta a pro jeho rodinu. Život s touto chorobou je velice nevyzpytatelný. V současné době již existuje i občanské sdružení pro pacienty s idiopatickými střevními záněty, což je pro pacienty velkým přínosem. Toto sdružení není pouze pro pacienty trpící Crohnovou chorobou, ale i pro rodinné příslušníky, jejich známé a pro všechny, kteří se zajímají o tuto problematiku. Je vhodné pacienty upozornit, že toto sdružení existuje. Mohou zde najít nové přátele nebo partnera, ale především si předávat své zkušenosti a rady a mohou zde najít i porozumění u lidí, kteří mají stejný problém.

#### **DOPORUČENÍ PRO OŠETŘUJÍCÍ PERSONÁL**

- Získejte důvěru pacienta
- Přistupujte k pacientovi empaticky a individuálně
- Naslouchejte pacientovi, dostatečně komunikujte a psychicky jej podporujte
- Poskytujte pacientovi dostatek informací
- Zajistěte dostatečné soukromí a klid pro odpočinek pacienta
- Rozšiřte své vědomosti o této nemoci



## **DOPORUČENÍ PRO PACIENTA**

- Dodržujte zásady hygieny – mytí rukou před jídlem, po toaletě a manipulaci se stomií
- Dodržujte dietní a pitný režim
- Dostatečně odpočívejte
- Pečujte o své duševní zdraví, psychiku, snažte se vyhýbat stresu
- Rozšiřujte své vědomosti o nemoci a sledujte novinky
- Navštěvujte občanská sdružení pro pacienty s IBD
- Snažte se navázat kontakt s pacienty, kteří řeší podobný problém
- Udržujte dobré vztahy s rodinou a přáteli
- Nebojte se na cokoliv zeptat

## **DOPORUČENÍ PRO RODINU**

- Snažte se být pro pacienta oporou
- Aktivně vyhledávejte informace o nemoci
- Pozitivně motivujte pacienta
- Doprovázejte pacienta do sdružení pacientů s IBD

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřená na pacienty s Crohnovou chorobou, což je onemocnění, které postihuje stále více lidí a často přináší potíže tělesné, psychické ale i sociální. Důležitý je empatický přístup zdravotnického personálu k pacientovi, naslouchání a podání dostatečných a srozumitelných informací. Velkým přínosem může být občanské sdružení pro pacienty s IBD, kde se mohou setkávat s lidmi, kteří mají stejný problém. Toto sdružení vzniklo v roce 2008, má sídlo v Praze a je bezplatné. Spolupracuje nejen se skupinou lékařů pro IBD, ale také s jinými organizacemi, jako je Klub stomiků nebo Sdružení pro psychosomatiku. Tato sdružení spolu velice úzce souvisí u Crohnovy choroby. Crohnova choroba je onemocnění, které má velký vliv na psychiku. Pacienti mají často i stomie, takže jim toto sdružení může velice pomoci.

V současné době je mnoho způsobů léčby této choroby. Velice rozšířená je biologická léčba, které má velice dobré výsledky. Její velkou nevýhodou jsou finanční náklady. Cílem úspěšné léčby je nejen dodržování léčebných postupů, ale také dietní a pitný režim a psychická pohoda.

Teoretická část práce byla zaměřena na základní onemocnění, etiologii, klinický obraz, formy, vývoj a fáze nemoci, diagnostiku, komplikace, léčbu a kvalitu života.

V praktické části byl zpracován ošetrovatelský proces u vybrané pacientky dle koncepčního modelu Marjory Gordon. Posouzení pacientky proběhlo první den hospitalizace. Ošetrovatelské diagnózy byly sestaveny dle NANDA I taxonomie II 2015-2017, které byly seřazeny dle priorit pacientky. Bylo stanoveno 11 ošetrovatelských diagnóz. Detailnější rozbor byl proveden u 4 prioritních diagnóz. U těchto diagnóz byl navrhnut a realizován plán ošetrovatelské péče.

Cíle bakalářské práce stanovené v úvodu byly splněny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANON, 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.
- ANON, 2016. Pacientů s chronickým zánětem střev přibývá, včasná diagnostika může předejít nevratnému poškození střeva. *Zdravotnické noviny*, **65**(2), 2. ISSN 0044-1996.
- ČERVENKOVÁ, Renata, 2009. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7.
- FONG, Steven C. M. a Peter M. IRVING, 2016. Odlišnosti a specifika Crohnovy nemoci na tenkém střevě. *Current opinion in gastroenterology*, **1**(1), 14-19. ISSN 1805-711X.
- HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6.
- HORÁK, Ladislav a kol., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3595-5.
- HRABÁK, Petr, Pavel HRABÁK, Markéta ŠTAJNEROVÁ a kol., 2016. Vývoj znalostí o idiopatických střevních zánětech. *Časopis lékařů českých*, **155**(2), 30-33. ISSN 0008-7335.
- JAHODA, David, c2012. Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou. *Vysoká škola zdravotnická: Podklady k výuce* [online]. Intranet Vysoké školy zdravotnické [cit. 19.11.2016]. Dostupné na intranetu Vysoké škol zdravotnické z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/9.3%20Diagnostika.aspx>
- KARGES, Wolfram a Sascha Al DAHOUK, 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978- 80- 247- 3108- 7.
- KLENER, Pavel a kol., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-246-1986-6.

KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 80-903820- 0-2.

LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK a kol., 2010. *Gastroenterologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.

LUKÁŠ, Karel, 2007a. *Idiopatické střevní záněty*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-051-8.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK, 2007b. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.

LUKÁŠ, Milan, 2012. Moderní farmakoterapie Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. *Zdravotnické noviny*, **20**(5), 5-9. Příloha Lékařské listy. ISSN 0044-1996.

MAŘATKA, Zdeněk, 2007. *Trávicí obtíže v lékařské praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-472-0.

MÜLLER, Sven-David a Christiane WEISSENBERGER, 2012. *Ernährungsratgeber Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Geniessen erlaubt*. Hannover: Schlütersche. ISBN 978-3-8426-8356-3.

NANDA INTERNATIONAL, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-904955-9-3.

OCHTINSKÁ, Hana, 2014. Ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou na interním oddělení. *Florence*, **10**(9), 23-25. ISSN 1801-464X.

OREL, Miroslav a kol., 2014. *Somatopatologie: nauka o nemocech těla*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4714-9.

PFEIFEROVÁ, Martina, 2012. Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty – Pacienti IBD. *Gastroenterologie a hepatologie*, **66**(6), 489-490. ISSN 1804-7874.

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

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.

ŠPIČÁK, Julius, 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1783-8.

ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4453-7.

ŠVÁB, Jan, 2008. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2604-5.

VÍCHA, Jan, 2013. Vliv biologické léčby na invalidizaci u Crohnovy choroby. *Revizní a posudkové lékařství*, **16(1)**, 16-26. ISSN 1214-3170.

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

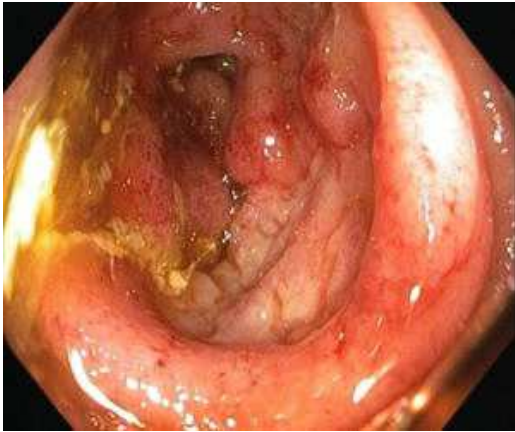
VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

ZBOŘIL, Vladimír a kol., 2016. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4035-8.

# PŘÍLOHY

Příloha A – Endoskopický obraz Crohnovy choroby .....	I
Příloha B – Rešeršní protokol .....	II
Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů .....	III

Příloha A – Endoskopický obraz Crohnovy choroby



Zdroj: HORÁK, 2013, s. 206



## Ošetrovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

**Klíčová slova:** Crohnova choroba, IBD, idiopatické střevní záněty, ošetrovatelství, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces

**Rešerše č. 56/2016**

### **Bibliografický soupis**

<b>Počet záznamů:</b>	<b>celkem 38 záznamů</b> (vysokoškolské práce – 4, knihy – 17, ostatní – 17)
<b>Časové omezení:</b>	2007-2016
<b>Jazykové vymezení:</b>	čeština, němčina
<b>Druh literatury:</b>	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
<b>Datum:</b>	8. 11. 2016

### **Základní prameny:**

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))
- Online katalog NCO NZO



## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne .....

.....

Hana Haasová