

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S CROHNOVOU CHOROBU V MLADÉM VĚKU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MONIKA KRAMLOVÁ

Praha 2019

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

**KOPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S CROHNOVOU CHOROBOU V MLADÉM VĚKU**

Bakalářská práce

MONIKA KRAMLOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2019



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

KRAMLOVÁ Monika

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

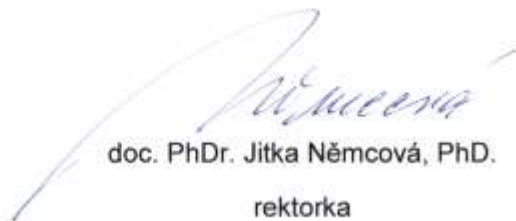
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou v mladém věku

Nursing Care Plan for a Young Adult Patient with Crohn Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2018



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 nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 26. 4. 2019

Podpis

ABSTRAKT

KRAMLOVÁ, Monika. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou v mladém věku*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha 2019. 47 s.

Bakalářská práce se zabývá komplexní ošetrovatelskou péčí o pacienta s Crohnovou chorobou v mladém věku.

Teoretická část se zabývá Crohnovou chorobou – její definicí, příznaky, diagnostikou, komplikacemi a také léčbou. Dále je v teoretické části zahrnuto rozdělení mladého věku a jeho charakteristika. Nedílnou součástí tvoří komplexní ošetrovatelská péče o pacienta.

V praktické části jsou popsány informace o pacientovi s Crohnovou chorobou získané z části z lékařské dokumentace, jako jsou základní údaje, anamnéza, diagnostické metody a terapeutické opatření a z části z rozhovoru s pacientem. Následně je rozpracován ošetrovatelský proces pomocí všech jeho pěti fází, které na sebe plynule navazují. Nedílnou součástí praktické části tvoří diskuze a doporučení pro praxi.

Hlavním cílem této práce je hlouběji proniknout do problematiky Crohnovy choroby a zpracovat ošetrovatelský proces o pacienta s Crohnovou chorobou.

Klíčová slova

Crohnova choroba. Idiopatické střevní záněty. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

KRAMLOVÁ, Monika. *Nursing Care Plan for a Young Adult Patient with Crohn Disease*. Medical College. Degree, degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., Prague. 2019. Pages 47.

The bachelor thesis deals with complex nursing care of a patient with Crohn's disease at a young age.

The theoretical part deals with Crohn's disease - its definition, symptoms, diagnostics, complications and also treatment. Furthermore, the theoretical part includes the division of young age and its characteristics. An integral part is the complex nursing care of the patient.

The practical part describes the information about a patient with Crohn's disease obtained in part from medical documentation, such as basic data, medical history, diagnostic methods and therapeutic measures and partly from a patient interview. Subsequently, the nursing process is elaborated by means of all its five phases, which are continuously connected. Discussions and practice recommendations form an integral part of the practical part.

The main aim of this work is to deeply understand the Crohn's disease and to process the nursing process for a patient with Crohn's disease.

Key words

Crohn's disease. Inflammatory bowel disease. Nursing Care.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	8
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	9
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	10
ÚVOD	12
1 CROHNOVA CHOROBA	14
1.1 Rozdělení mladého dospělého věku	14
1.2 Historie Crohnovy choroby	15
1.3 Etiologie.....	16
1.4 Průběh onemocnění	17
1.5 Hodnocení aktivity Crohnovy choroby	17
1.6 Příznaky	18
1.7 Komplikace u Crohnovy choroby	20
1.8 Plodnost a těhotenství	22
1.9 Diagnostika.....	23
1.10 Léčba	26
1.11 Dietní opatření	29
2 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU.....	31
Identifikační údaje o pacientovi	31
2.1 Anamnéza.....	32
2.2 Základní fyzikální vyšetření sestrou	33
2.3 Utřídění informací dle funkčního modelu zdraví Majory Gordon	35
2.4 Medicínský management	40
2.5 Situační analýza ke dni 20. 1. 2019	43
3 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT DLE NANDA I TAXONOMIE II	45
3.1 Ošetřovatelské diagnózy aktuální.....	45
3.2 Ošetřovatelské diagnózy potencionální.....	50
3.3 Celkové zhodnocení ošetřovatelské péče.....	55
3.4 Doporučení pro praxi.....	55
ZÁVĚR.....	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Bestův index aktivity Crohnovy choroby (CDAI)	20
Tabulka 2: Identifikační údaje o pacientovi	31
Tabulka 3: Farmakologická anamnéza	33
Tabulka 4: Vitální funkce při přijetí	34
Tabulka 5: Výsledky hematologického vyšetření krve	40
Tabulka 6: Výsledky hemokoagulačního vyšetření krve	41
Tabulka 7: Výsledky základního biochemického vyšetření krve	42
Tabulka 8: Medikamentózní léčba	43

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI – body mass index

°C – stupeň celsia

cm - centimetr

CRP – c – reaktivní protein

CT – počítačová tomografie

CŽK – centrální žilní kanyla

EKG - elektrokardiograf

ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie

FF – fyziologické funkce

g – gram

i. m. – intramuskulárně (do svalu)

INR – Quickův test

kg – kilogram

l – litr

mg - miligram

ml - mililitr

mmol/ l – milimol na litr

mm/Hg – milimetr rtuťového sloupce

p. o. – per os (ústy)

RTG – rentgen

s. c. – subkutánně (pod kůží)

TEN – tromboembolická nemoc

TNF – tumor nekrotizující faktor

VAS – vizuální analogová škála

(VOKURKA, HUGO 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces – dutina v těle vyplněna hnisem

Anastomóza – uměle založené spojení mezi dvěma dutými orgány

Degenerace – úpadek schopnosti

Dilatace – rozšíření

Embolie – zaklínění vmetku (trombu) v cévách

Enterální – střevní

Episkleritida – zánět oční bělimy

Eroze – rozrušování částí

Erythema nodosum – zánět podkožní tukové tkáně

Erytém – zarudnutí kůže

Exacerbace – znovu vzplanutí onemocnění

Expirace – doba použitelnosti

Extenzivní – rozsáhlý

Gastroenterolog – lékař zabývající se onemocněním zažívacího traktu

Cholangitida – zánětlivé onemocnění žlučových cest

Infiltrace - pronikání

Indikace – schválení výkonu

Inkontinence – nechtěný únik moči, stolice

Iridocyklitida – zánět oční duhovky

Irigografie – kontrastní rentgenové vyšetření tlustého střeva

Izokorie – stejně velké oční zornice

Klyzma – nálev, sloužící k vyprázdnění stolice

Nauzea – nevolnost

Neonatolog – lékař, který se zabývá léčbou fyziologických i patologických novorozenců

Normocefalie – hlava normálních rozměrů

Parenterální – mimostřevní, vynechání zažívacího traktu

Perforace - protržení

Píštěl – propojení mezi orgány, cévami

Progresivní – vzestupný, postupující

Regresivní – ustupující

Relaps – znovuvzplanutí onemocnění

Remise – bezpříznakové období

Resekce - odstranění

Retroperitoneálně – prostor mezi pobřišnicí a zadní stěnou břišní

Segment – část, díl

Segmentární – ohraničený

Sipping - forma enterální výživy

Sonografie - ultrazvuk

Spasmus - křeč

Stacionární - stabilní

Stenóza - zúžen

Subtotální – neúplný

Terminální - konečný

Trombóza – krevní sraženina

(VOKURKA, HUGO 2015)

ÚVOD

V současné době přibývá stále více pacientů s Crohnovou chorobou. Nově přibývajících nemocných je 1,6 – 2,0 na 100 000 obyvatel za rok. Poměr mezi nemocnými v porovnání mužů a žen činí 1:1 (SOUČEK et al., 2005). Může to být způsobeno zdokonalenou diagnostikou či zlepšením znalostí o tomto onemocnění.

Toto onemocnění se řadí do idiopatických střevních zánětů. Znamená to tedy, že nemá přesnou příčinu vzniku.

Výběr tématu byl ovlivněn mými zkušenostmi z domácího prostředí, jelikož mám babičku, která se s tímto onemocněním léčí. Avšak nejedná se o popis jejího zdravotního stavu, neboť léčba, kterou se začínala léčit, není v dnešní době aktuální. Podklady pro mou závěrečnou bakalářskou práci jsem čerpala z odborných knižních i internetových pramenů.

Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je popsána definice onemocnění, příčiny vzniku, příznaky, diagnostika, komplikace a léčba. V praktické části jsou popsány informace o pacientovi získané z části z lékařské dokumentace, jako jsou základní údaje, anamnéza, diagnostické metody a terapeutické opatření a z části z rozhovoru s pacientem. K rozpracování ošetrovatelského plánu na pět dní byla použita NANDA I Taxonomie II, díky které bylo určeno několik aktuálních a několik potencionálních ošetrovatelských diagnóz. Byly naplánovány intervence, proběhla jejich realizace a na závěr došlo k jejich vyhodnocení.

Tato práce vznikla za účelem prohloubení znalostí o současném onemocnění.

Stanovené cíle pro tvorbu teoretické části bakalářské práce:

Cíl 1: Charakterizovat Crohnovu chorobu, popsat její příčiny vzniku, příznaky, komplikace, diagnostiku a léčbu na základě rešeršní strategie.

Cíl 2: Přiblížit specifika u plodnosti a těhotenství u pacientů, kteří se léčí s Crohnovou chorobou.

Stanovené cíle pro tvorbu praktické části bakalářské práce:

Cíl 1: Detailně popsat komplexní ošetrovatelský proces o pacienta s Crohnovou chorobou v mladém věku hospitalizovaného na interním gastroenterologickém oddělení za využití metodologie ošetrovatelského procesu a koncepčního modelu dle Majory Gordon.

Cíl 2: Komplexně zhodnotit výsledky ošetrovatelské péče u pacienta s Crohnovou chorobou v mladém věku.

Vstupní literatura

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

ČERVENKOVÁ, Renata, c2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*, Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7.

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

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

MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 80-247-1399-3.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání všech odborných zdrojů, které byly použity, jako podklad pro tvorbu teoretické části bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou v mladém věku proběhlo v období od listopadu 2018 do ledna 2019. Rešerše byla zpracována ve spolupráci s Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Odborná literatura měla vymezení od roku 2005 – 2018. Celkově bylo pomocí rešerše vyhledáno 94 záznamů, z toho bylo několik použito.

K praktické části bakalářské práce byly použity data ze zdravotnické dokumentace a rozhovor s pacientem. Realizace komplexního ošetrovatelského procesu proběhla na interním gastroenterologickém oddělení v lednu 2019.

1 CROHNOVA CHOROBA

Crohnova choroba se řadí mezi idiopatické střevní záněty (nespecifické transmulární zánětlivé onemocnění), které může postihovat kteroukoli část zažívacího traktu od úst až po konečník. Také může dojít k postižení mimostřevních orgánů. Nejčastěji se zánět vyskytuje ve spojení mezi tenkým a tlustým střechem, nebo v oblasti konečníku (ANTOŠ, et al., 2013).

Zánět je ohraničený (segmentární) a zachycuje celou tloušťku stěny trávicí trubice (SOUČEK et al., 2005). Zasahuje do sliznice, podslizniční vrstvy, také do vrstvy pojivové a svalové. Způsobuje vředy, zúženiny a píštěle. Mezi částí střeva, které jsou zasaženy zánětem, se mohou vyskytovat části střeva, které jsou zánětem nepostižené (LUKÁŠ, ŠATROVÁ, 2004), (ČERVENKOVÁ, 2009).

Crohnova choroba je celoživotní chronické onemocnění, u kterého se střídá období klidu (remise), kdy nejsou přítomné žádné příznaky a období znovu vzplanutí (relaps), kdy se příznaky onemocnění opět objeví (ČERVENKOVÁ, 2009).

Častěji se Crohnova choroba vyskytuje v severních zemích, jako je Skandinávie a Velká Británie. Nemoc častěji propukne u obyvatel, kteří žijí ve městě namísto těch, kteří žijí na venkově. Nejčastěji se Crohnova choroba objeví u lidí v období dospívání a v mladém dospělém věku. Může se objevit i později a to mezi padesáti až osmdesáti lety (VRÁNOVÁ, 2013), (NAVRÁTIL a kol., 2017).

1.1 Rozdělení mladého dospělého věku

Vývojové, neboli evoluční změny a postupné stárnutí jedince jsou kontinuální změny a jejich rozdělení je do určité míry libovolné. V chování u mladého dospělého po 20. roce života je velký rozdíl v myšlení, cítění a v sociálním chování oproti padesátiletému jedinci či starému člověku kolem 80. let. Rozdělení dospělého věku do určitých etap je velice důležité, neboť se tyto etapy různě překrývají a jejich nástup je rozdílný (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Samostatné rozdělení věku a jejich charakteristika

1. Časná dospělost – období od 20 - 30 let

Počítá se jako přechodné období mezi adolescencí a plnou dospělostí. V tomto období si jedinec upevňuje svou identitu a upřesňuje si své cíle. Také se stává nezávislým na svých rodičích, hledá si životního partnera a dochází k zakládání vlastní rodiny (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ, 2006).

2. Střední dospělost (1. fáze) – 30 – 45 let

V tomto období dochází k dalšímu upevňování si své identity, posiluje se jedincova odpovědnost v životních rolích a přebírá plnou odpovědnost v rodině, zejména ve výchově dětí (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ, 2006).

3. Krize středního věku - 42 – 45 let

Dochází k zproblematizování vlastní identity, nespokojenost se vztahem (někdy) a nespokojenost v manželství. Také se jedinec zabývá blížícím se odchodem svých dětí z domova a může se objevit i nespokojenost s dosaženými výsledky v oblasti práce (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ, 2006).

4. Střední dospělost (2. fáze) – po 45 roku života

Zde se jedinec plně připravuje na odchod dětí z domova a nově si utvrzuje manželský vztah. V oblasti práce je vypětí, které souvisí s blížícím se odchodem na odpočinek (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ, 2006).

1.2 Historie Crohnovy choroby

Crohnova choroba se za chorobu uznala až v roce 1932 B. B. Crohnem. Zmínky o této chorobě jsou již ve starších záznamech, kdy existují popisky nemocných, které připomínají současné pacienty s Crohnovou chorobou. Doktor Fabry informoval v roce 1612 o tom, že při pitvě adolescenta, který zemřel potom, co si začal stěžovat na bolesti břicha a horečku, objevil výraznou stenózu terminálního ilea s nápadně zesílenou střevní stěnou. Právě ta způsobila neprůchodnost střeva s následnou perforací (KOUHOUT, 2004).

Až v roce 1932 popsal Burrill B. Crohn 14 pacientů s neobvyklým zánětem terminálního ilea. Crohn u nich vyloučil možnost mykobakterií. Nově objevenou

chorobu nazval jako regionální ileitidu, která poté po zásluze dostala jeho jméno (KOHOUT, 2004).

Při pozdějším zkoumání této nemoci se zjistilo, že zhruba 20% postihuje tenké střevo, 20% střevo tlusté a 30% střevo tenké i tlusté. Ve 30 % bývá postižen konečník (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ 2006).

1.3 Etiologie

Doposud se nepodařilo zjistit přesnou příčinu. Předpokládá se, že velký vliv na vznik onemocnění mají genetické predispozice (je prokázán zvýšený familiární výskyt), dále také vlivy vnějšího prostředí (stres, kouření, nesprávná strava). V poslední řadě také infekce, ke kterým řadíme *Mycobacterium paratuberculosis*, *Listeria monocytogenes*, *Helicobacter* a spousta dalších (ANTOŠ et al., 2013).

Genetické predispozice

Crohnova choroba se vyskytuje familiárně, což znamená, že v rodinách byl laboratorně prokázán výskyt ANCA protilátek (ŠAFRÁNKOVÁ et al., 2006).

Nejvíce se objevuje u jednovaječných dvojčat. Dědičnost ani přesný gen, který je zodpovědný za onemocnění, však zjištěn nebyl. Můžeme se jen domnívat, že podezřelé chromozomy jsou 3, 6, 7, 12 a 16, kde je změna genomu od značné míry modifikována vlivy vnějšího prostředí (ŠAFRÁNKOVÁ et al., 2006).

Faktory vnějšího prostředí

Kouření představuje pro Crohnovu chorobu rizikový faktor a celkový rozvoj onemocnění. Taktéž negativně ovlivňuje její průběh a následnou léčbu (VRÁNOVÁ, 2013).

Stres, který nás ovlivňuje v každodenním životě, mění naši schopnost imunitního systému reagovat na běžné podněty. Zejména dlouhodobá psychická zátěž může být startovacím faktorem pro vznik onemocnění (VRÁNOVÁ, 2013).

Strava u pacientů, u kterých propukne Crohnova choroba, představuje menší spotřebu ovoce a zeleniny a naopak vyšší spotřebu masa, mléka a vajec. Také mají vysokou spotřebu rafinovaného cukru (cukr, který prochází chemickým procesem, při kterém se bělí a odstraňuje se z něj melasa), sterilovaných a konzervovaných výrobků (ŠAFRÁNKOVÁ et al., 2006).

Vzhledem ke zvýšené úrovni hygieny je v současné době lidský organismus méně vystavován styku s různými mikrobiálními antigeny. Vysoká snaha dnešní populace navodit co nejvíce sterilní prostředí je chybou, neboť je minimalizován kontakt novorozenců, kojenců, batolat i starších dětí s různými mikroby. Právě to může vést k reakcím imunitního systému a vzniku idiopatických střevních zánětů. V minulosti tomu bylo naopak, proto se předpokládá, že právě to je faktor, který může ovlivnit propuknutí onemocnění (VRÁNOVÁ, 2013).

1.4 Průběh onemocnění

U Crohnovy choroby je typická první ataka, neboli první příznaky onemocnění. Dále se nemoc dostává do fáze remise. V této fázi nemocný nepocítuje žádné příznaky, i když je zánět přítomný. Třetí fáze je nazývána jako relaps. Dochází k znovuzplanutí onemocnění za přítomnosti příznaků charakteristických pro Crohnovu chorobu (SOUČEK et al., 2005).

Z dlouhodobého hlediska může být zánět progresivní. Aktivita onemocnění se neupraví ani při intenzivní léčbě. Stacionární, kdy onemocnění zůstává stabilizováno a regresivní, kde onemocnění přechází do klidového stádia (HORÁK et al., 2013).

1.5 Hodnocení aktivity Crohnovy choroby

Pro zhodnocení aktivity Crohnovy choroby slouží Bestův index aktivity Crohnovy choroby (CDAI). Index zahrnuje laboratorní ukazatele a klinický stav pacienta, který je částečně hodnocen na základě subjektivních pocitů. Často se index využívá v klinických studiích, většinou nebývá součástí běžných ambulantních kontrol (VRÁNOVÁ, 2013).

Průběh onemocnění může být progresivní, což znamená, že se aktivita při léčení neupravuje a obtíže se nezhoršují. Dále stacionární, kdy dochází k mírnému stupni aktivity a pacient je v dobrém stavu. Poslední průběh může být regresivní, kdy nemoc přechází do období klidu, neboli období, kdy se neprojevují žádné příznaky (VRÁNOVÁ, 2013).

Stanovení hranice mezi obdobím remise a aktivním obdobím je obtížné. Aktivita se může stanovit pomocí Crohn's Disease Activity Indexu (CDAI). Tento index je složitý, neboť se počítá z četných klinických a laboratorních veličin. Za počátek remise je považována hodnota nižší než 150, mírná aktivita se hodnotí mezi 150 – 250 a střední

aktivita mezi 250 – 400. Silná aktivita nemoci se označuje při hodnotách vyšších než 400 (VRÁNOVÁ, 2013).

Tabulka 1: Bestův index aktivity Crohnovy choroby (CDAI)

<i>KLINICKÉ A LABORATORNÍ UKAZATELE</i>	<i>FAKTOR VÁHY</i>
<i>Součet počtu tekutých nebo měkkých stolic denně po dobu 7 dní</i>	<i>x 2</i>
<i>Součet epizod bolesti břicha denně po dobu 7 dní (stupeň 0 – 3)</i>	<i>x 5</i>
<i>Celkový pocit zdraví – součet denně po dobu 7 dní – stupeň 0 (dobré) až 4 (příšerné)</i>	<i>x 7</i>
<i>Přítomnost komplikací (za každou 1 bod)</i>	<i>x 20</i>
<i>Užívání proti průjmových léků</i>	<i>x 30</i>
<i>Přítomnost infiltrátu v břiše (0 – ne, 2 – sporný nález, 5 – jasný nález)</i>	<i>x 10</i>
<i>Hematokrit < 0,47 u mužů; < 0,42 u žen</i>	<i>x 6</i>
<i>Procento odchylky od standardní osobní hmotnosti</i>	<i>x 1</i>

(VRÁNOVÁ, 2013, s. 33)

Hodnocení indexu aktivity u Crohnovy choroby:

< 150 – dobrá kontrola onemocnění, bezpříznakové období

> 450 – těžká choroba

Pokles o 70 – odpověď na léčbu

(VRÁNOVÁ, 2013, s. 33)

1.6 Příznaky

Nejčastějšími příznaky jsou bolesti břicha, které se objevují u 75 – 85% pacientů, dále průjmy (65 – 72%), pokles tělesné hmotnosti (65 – 78%), nechutenství (75%), čerstvá krev ve stolici (28%) a zvýšená tělesná teplota (22%) (ČIERNÁ a kol., 2015, s. 18).

V dětském věku může docházet ke zpomalenému vývoji jedince, které je zapříčiněno nedostatečným výživovým krytím organismu zejména před stanovením diagnózy. Při průjmech, které jsou několikrát denně, hrozí dehydratace organismu. Pokud jsou stolice s příměsí krve, které přetrvávají několik dní, může dojít k chudokrevnosti (VRÁNOVÁ, 2013).

Všechny příznaky se nevyskytují najednou. Záleží na tom, jaká část trávicí trubice je postižena a v jaké míře ji zánět postihl (LUKÁŠ et al., 2004).

Příznaky podle místa postižení

Postiženo tenké a tlusté střevo

Je to nejčastější místo, které je u Crohnovy choroby postiženo. Vyskytuje se u 40 % nemocných. Mezi příznaky patří bolesti břicha s průjmy a hubnutím. Bolesti pociťuje pacient jako křečovitě a nastávají hlavně po jídle – do 30 - ti až 60 - ti minut. Průjmy úzce souvisí s požitým jídlem, kterým předchází bolesti břicha. Hubnutí je tedy součástí a důsledkem nízkého příjmu potravy (ČERVENKOVÁ, 2009).

Postiženo tlusté střevo

Objevují se bolesti břicha a průjmy, které mohou být doprovázeny hnisavými až krvavými projevy okolo konečníku. Často se objevují mimostřevní projevy, jako jsou záněty kloubů, rohovky či duhovky a zejména kožní změny – erytém) (ČERVENKOVÁ, 2009).

Postiženo tenké střevo

Při postižení tenkého střeva pacient pociťuje bolesti břicha, hubnutí a chudokrevnost. Chybí průjmy a mimostřevní projevy, naopak je pacient ohrožen opakovanou neprůchodností tenkého střeva (ČERVENKOVÁ, 2009), (LUKÁŠ, 2001).

Postižen konečník a řitní kanál

Mezi hlavní příznaky patří hnisavé projevy konečníku, kde se jedná o opakované abscesy, píštěle u konečníku a vředy v řitním kanále. Objevují se infiltrované řitní papily, které se projevují bolestivými výrůstky v konečníku (ČERVENKOVÁ, 2009).

Příznaky mimostřevní

Vyskytují se až u jedné třetiny všech pacientů s Crohnovou chorobou. Rozlišují se dva typy a to mimostřevní příznaky, které nejsou vázány na aktivitu onemocnění a mimostřevní příznaky, které s aktivitou střevního zánětu souvisí. Rozlišení mimostřevních příznaků podle vztahu k aktivitě střevního zánětu je důležitým ukazatelem (VRÁNOVÁ, 2013).

Mimostřevní příznaky závislé na aktivitě střevního zánětu

Tyto příznaky postihují především klouby (artritida, osteoporóza), kůži (erythema nodosum), sliznici dutiny ústní (afty) a oči (záněty rohovky či duhovky) (ČIERNA a kol.,

2015). Mohou se objevit také cévní komplikace, mezi které se obvykle řadí hluboká žilní trombóza dolních končetin a pánve a trombóza či embolie centrální nervové soustavy. Obvykle tyto příznaky dobře reagují na léčbu, která je zaměřena na tlumení zánětlivých procesů (VRÁNOVÁ, 2013).

Mimostřevní příznaky nezávislé na aktivitě střevního zánětu

Tyto příznaky se projeví především na játrech (záněty), žlučovém systému (žlučové kameny), ledvinách, močovém traktu a dýchacím systému. Dále nastávají komplikace kožní, revmatologické a metabolické. Nezřídka tyto projevy probíhají skrytě. Proto je ztíženo jejich odhalení a včasná léčba, která se liší od terapeutických postupů základního onemocnění (VRÁNOVÁ, 2013).

1.7 Komplikace u Crohnovy choroby

Ke komplikacím dochází zejména tehdy, jestliže je ve střevě již těžký zánět, popřípadě je narušeno vstřebávání některých živin nebo žlučových kyselin. Komplikace dělíme na akutní a chronické (ČERVENKOVÁ, 2009).

Akutní komplikace

Krvácení

Krvácení je u Crohnovy choroby vzácné. Dochází k němu při narušení stěny velké cévy v důsledku vředovitého zánětu. Obvykle se nemusí řešit operativně (ČERVENKOVÁ, 2009).

Ileózní stav

Ileózní stav postihuje kličky tenkého střeva. Jedná se o stav, který je způsobený spíše dietní chybou či akutní exacerbací choroby. Tento stav není indikací k operaci a jde zvládnout konzervativní cestou – zavedení nasogastrické sondy, podáním parenterální výživy, antibiotik, kortikoidů (ČERVENKOVÁ, 2009).

Toxická kolika (megakolon)

Tato komplikace postihuje pouze 2 až 4 % pacientů. Dochází k rozpínání části tlustého střeva a následně k střevní neprůchodnosti. Megakolon může zapříčinit perforaci (protržení střeva) a následný zánět pobřišnice (ČERVENKOVÁ, 2009).

Peritonitis

Vzniká z perforace střeva – tento případ je velice vzácný, nebo vzniká na základě dříve vytvořeného intraabdominálního abscesu. Příznaky nemusí být typické jak u peritonitidy. Zapříčiňuje to včasné užívání antibiotik a steroidů. Řešením pro vzniklou peritonitidu je urgentní operace, při které se provádí resekce postižené části tenkého střeva s provedením terminální stomie. Také se může provádět subtotální kolektomie s terminální ileostomií (ANTOŠ et al., 2013).

Intraabdominální absces

Intraabdominální absces může být lokalizován retroperitoneálně (proatický). Taková lokalizace abscesu může napodobit příznaky ortopedického charakteru. U tohoto abscesu se provádí navigovaná (CT, sono) punkce a drenáž abscesu. Pokud by tento zákrok nebyl úspěšný, provádí se drenáž chirurgická (ANTOŠ et al., 2013).

Perianální absces

Obvykle dochází k akutnímu septickému stavu. Lokalizace abscesu může být obtížná, avšak napomáhá nám k tomu řada vyšetření, jako je CT, endosonografie a magnetická rezonance (ANTOŠ et al., 2013).

Chronické komplikace

Střevní stenózy

Stenóza je pozdní příznak Crohnovy choroby, která se vyskytuje jak v tenkém tak tlustém střevě. Jedná se o výrazné zúžení průsvitu střeva (lumen), které se projevuje křečemi v břiše, zvracením a nápadnými střevními zvuky. Délka postiženého úseku bývá 3 – 10 cm. Pro přesnější určení stenózy slouží vyšetření zvané irigografie, naopak pro lokalizaci se volí sonografie a CT. K řešení stenózy střeva se volí balonková dilatace (roztažení) střeva, která se provádí při endoskopickém vyšetření. Stenózy se také mohou řešit strikturoplastikou nebo resekcí postiženého střeva (ČERVENKOVÁ, 2009).

Zevní a vnitřní píštěle

Pro Crohnovu chorobu je tvorba píštělí charakteristickým znakem. Jejich přítomnost je příčinou malnutrice, průjmů a septického stavu. Nejčastější místo pro tvorbu píštělí je úsek střeva nazývaný ileokolický. K odhalení píštělí slouží vyšetření

jako je CT, magnetická rezonance, sonografie a další zobrazovací metody. Odstraňování píštělí lze pouze operativní cestou (ANTOŠ et al., 2013).

Karcinom a prekancerózy

Zhoubná přeměna u Crohnovy choroby se vyskytuje častěji, než u rakoviny tlustého střeva. Obvykle je nádor nalezen při zánětlivém extenzivním postižení tračníku, nebo při chronickém zánětu v oblasti anorektální. Zhoubná přeměna bývá obvykle diagnostikována u pacientů, kteří se léčí s Crohnovou chorobou více jak 10 let a také u těch, u kterých se choroba diagnostikovala před dvacátým rokem života. Díky pravidelným endoskopickým kontrolám lze karcinom zachytit včas (LUKÁŠ et al., 2004).

1.8 Plodnost a těhotenství

Plodnost u žen, které se léčí s Crohnovou chorobou je normální nebo je narušena minimálně. Operační zákrok na střevě, který proběhl dříve než otěhotnění, nemá na těhotenství značný vliv. Pokud se porucha plodnosti potvrdí má na to vliv zejména těžká aktivita onemocnění, přestup střevního zánětu na vejcovody nebo vaječníky či píštěle, které postihují zevní genitál (LUKÁŠ et al., 2004).

Pokud se pacientka s Crohnovou chorobou rozhodne otěhotnět, měla by se vždy poradit se svým ošetřujícím lékařem. Těhotenství by pak mělo být počato v klidovém období choroby a mělo by být sledováno týmem specialistů, jako jsou gynekolog, gastroenterolog a neonatolog. Jestliže je Crohnova choroba v klidovém období v době oplodnění, je pravděpodobné, že celé těhotenství zůstane choroba v klidu. Naopak je – li těhotenství počato v aktivní fázi je těžké průběh choroby předvídat. Aktivita onemocnění ale obvykle zůstává stejná jako v době oplodnění (LUKÁŠ et al., 2004).

Pokud to aktuální stav dovoluje, jsou dávky léků v těhotenství co nejnižší. V některých případech lze zvažovat i úplné vysazení léků a to zejména v prvních třech měsících těhotenství (LUKÁŠ et al., 2004).

Plodnost u mužů může být snížena, díky užívání léku jako je sulfasazin. Po vysazení se plodnost vrací do několika měsíců (LUKÁŠ et al., 2004).

1.9 Diagnostika

Někdy se onemocnění diagnostikuje až za několik měsíců či let po objevení prvních příznaků jako jsou například bolesti břicha bez dalších symptomů (ČIERNA a kol., 2015).

Lékař se při diagnostice v první řadě zaměřuje na zpracování důkladné anamnézy. Poté následuje další vyšetření. Provádí se vyšetření laboratorní, endoskopické a zobrazovací. Může se odebírat vzorek biologického materiálu (KOHOUT et al., 2006).

Anamnéza a fyzikální vyšetření

Při vyšetřování pacienta lékař dbá na důkladnou anamnézu. Měl by se zaměřit na střevní i mimostřevní příznaky, které se u pacienta vyskytují. Dále se pacienta ptá, zda má nebo měl v poslední době zvýšenou teplotu nebo zda došlo k většímu váhovému úbytku (SOUČEK a kol., 2005).

Důležité je také fyzikální vyšetření, které lékař provádí pomocí svých smyslů (pohledem, pohmatem, poslechem a poklepem). Nemělo by chybět i vyšetření konečníku neboli vyšetření per rektum (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření je velice důležité, neboť někteří pacienti netrpí příznaky, jako jsou bolesti břicha, časté průjmy, hubnutí nebo zvýšené teploty. Přesto jejich střevu ničí zánět (KOHOUT et al., 2006).

Řadíme zde rozbor krve, kde se zaměřujeme hlavně na imunoglobuliny a rozbor krevního obrazu a vyšetření stolice (ČERVENKOVÁ, 2009).

U pacientů s Crohnovou chorobou se objevuje chudokrevnost neboli anémie, snížená hladina železa v séru (sideropenie), zvýšená hladina sedimentace červených krvinek a zvýšená hladina bílých krvinek a krevních destiček (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Do laboratorního vyšetření řadíme také vyšetření stolice, které je v poslední době častou vyšetřovací metodou. Známkou toho, že má pacient zánět ve střevech nám prokáže vyšší koncentrace kalprotektinu. Jedná se o bílkovinu, která se uvolňuje z bílých krvinek, které se rozpadají ve střevě (ČERVENKOVÁ, 2009).

Endoskopické vyšetření

Koloskopie

Je to jedno z nejdůležitějších endoskopických vyšetření, kdy se zavádí endoskop (koloskop) konečníkem do tlustého střeva až k jeho spojení se střechem tenkým. U pacientů s Crohnovou chorobou se toto vyšetření provádí opakovaně. Koloskopie lékaři umožňuje prohlédnout si vnitřek tlustého střeva. Lékař může vidět zánětlivou tkáň, patologické výrůstky, vředy, krvácení nebo svalové spazmy (ČERVENKOVÁ, 2009).

Koloskopii se žádný z pacientů nevyhne, neboť slouží k určení přesné diagnózy onemocnění. Lékaři se také při prováděných opakovaných koloskopiích přesvědčují, zda dochází ke správným účinkům podaných léků, popřípadě k zhodnocení zánětu. U některých pacientů se zároveň při koloskopii provádí dilatace úzkých anastomóz balónkem nebo odběry biotického vzorku (ČERVENKOVÁ, 2009).

Kapslová endoskopie

Kapslová endoskopie slouží k prohlédnutí zažívacího traktu od začátku až do konce. Kapsle je vybavena minifotoaparát, který umožňuje pořizovat dva snímky za vteřinu po dobu 6 až 8 hodin. Obraz se přenáší pomocí snímacího zařízení, které je umístěno na pacientovo břicho. Lékař tak získá dostatek informací o zánětlivých změnách na střevě. Riziko, že kapslová endoskopie neprojde stenózovaným úsekem je značné. Dalším rizikem pro pacienta je uvíznutí kapsle v trávicím traktu. Tento problém lze vyřešit endoskopicky – operativní zásah je výjimečný (ČERVENKOVÁ, 2009).

Enteroskopie

Enteroskopie se využívá jako endoskopické vyšetření celého tenkého střeva. Touto metodou je možné vyšetřit ještě alespoň 30 – 60 cm jejunu – úsek tenkého střeva za dvanáctníkem (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006, s. 28). Výhoda oproti kapslové endoskopii je, že enteroskopie umožňuje odebrání vzorků tkáně. Tato vyšetřovací metoda je však nesmírně bolestivá, proto probíhá ve velmi vysoké analgosedaci (ČERVENKOVÁ, 2009).

ERCP

ERCP, neboli endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie, využívá endoskopické a rentgenologické metody zároveň. Dokáže zobrazit vývody žlučových cest a slinivky břišní. U pacientů s Crohnovou chorobou využíváme metodu ERCP jen tehdy,

je – li podezření na mimostřevní komplikace, při kterých dochází k postižení žlučvodů a slinivky břišní (ČERVENKOVÁ, 2009), (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2006).

Zobrazovací metody

Ultrasonografické vyšetření

Ultrasonografické vyšetření lékaři umožňuje určit tloušťku stěny střevní, zánětlivé změny v okolí střeva a šířku průsvitu střeva. Lékař by měl také podle ultrazvuku zjistit rozsah zánětu a vyloučit další možné komplikace. Toto zjištění je velice důležité, neboť se podle něj volí terapie a sleduje se, jak na ni reaguje pacientův organismus. Ultrasonograf není určen pro každého. U pacientů s vysokou nadváhou brání ve vzhledu střeva (ČERVENKOVÁ, 2009).

Počítačová tomografie (CT)

Tato metoda nahrazuje již klasické rentgenové snímkování a přináší tak kvalitnější snímky. Lékař získává podrobnější obraz dutiny břišní, který je nesrovnatelně kvalitnější oproti snímku rentgenovému. Toto vyšetření je již standard diagnostiky u Crohnovy choroby (ČERVENKOVÁ, 2009).

CT vyšetření je důležité při vyhledávání hnisu, abscesů a píštělí v břišní krajině (ČIERNA a kol., 2015).

Magnetická rezonance

Magnetická rezonance je přínosem hlavně u pacientů, kterým zánět postihl konečník či řitní otvor a způsobil zde hnisavé komplikace (abscesy, píštěle). Tato metoda dokonale prostorově a přesně ukáže, kudy píštěle probíhají a kde se nacházejí abscesy. Metoda má jedno velké plus a tím je, že lze využít i u těhotných pacientek. Zároveň má velké mínus a to v tom, že pacienti, kteří mají v těle cizorodý kovový materiál (například endoprotézu) se této metodě podrobit nesmějí (ČERVENKOVÁ, 2009).

Enteroklýza

Při enteroklýze dochází k dvojkontrastní náplni střeva plynem i báriem. Nález je díky této metodě přesnější. Před vyšetřením je nutné mít den předem vyprázdněné střeva projímavým roztokem.

V den zákroku přichází pacient nalačno. Při enteroklýze rentgenolog zavede tenkou cévku ústy do žaludku a poté dál do dvanáctníku. Poté cévkou vpustí do těla

speciální řídký roztok bária a metylcelulózy. V následujících krátkých intervalech dochází ke snímkování (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.10 Léčba

Průběh onemocnění se nedá předvídat. Mohou nastat období klidu, nebo nemoc začne divoce bouřit. Fáze klidu, kdy onemocnění bývá takřka bez příznaků, většinou udržujeme pomocí správné terapie s kombinací se správným životním stylem. Nejdůležitější na léčbě je stanovit ji tak, aby byla pro daného pacienta individuální. Stanovuje se podle lokalizace střevního zánětu, průběhu a aktivity (VRÁNOVÁ, 2013).

Léčba se dělí na léčbu konzervativní, která zahrnuje užívání léků, správnou výživu i některé endoskopické zákroky a léčbu chirurgickou. Také se dělí na léčbu udržovací (využívá se v období klidového stádia) a léčbu nárazovou (zahrnuje zahájení léčby) (ČERVENKOVÁ, 2009).

Léčba konzervativní

Cílem konzervativní léčby je snížit aktivitu zánětu natolik, aby ho vystřídalo období remise – klidu, kdy pacienta nebudou trápit nepříjemné příznaky. V téhle fázi pacient dostane co nejvíce možné dávky léků – nejčastěji více typů najednou. Po nějaké době dochází u pacientů ke zklidnění každodenních příznaků a lékař volí léčbu udržovací. Ta spočívá v udržení příznaků na uzdě co nejdéle (ČERVENKOVÁ, 2009).

Na léčbu lékaři volí aminosalicyláty a imunosupresiva. Dále se na léčbě Crohnovy choroby podílí hormonální léčba, kam se řadí kortikosteroidy a topické steroidy. Velká pozornost se v dnešní době dává léčbě biologické (ČERVENKOVÁ, 2009).

Aminosalicyláty

Jsou to léky s protizánětlivým účinkem, které se používají při lehkém až středně těžkém postižení střeva. Jejich forma je v podobě tablet, kapslí, čípků či nálevů (klyzmat). Forma léku se volí podle místa postižení zánětu (ČIERNA a kol., 2015). *Pro celé tenké i tlusté střevo jsou určeny tablety Pentasa, pro oblast ilea a počátek tlustého střeva jsou určeny tablety Salofalk, Sulfasazin a pro tlusté střevo tablety Asacol, Colazide (ČIERNA a kol., 2015, s. 36).*

Imunosupresiva

Tyto léky blokují činnost imunitního systému (systém zodpovědný za obranu organismu proti cizorodým látkám). Používají se jen v udržovací fázi léčby Crohnovy choroby. Jejich účinek nastupuje až po 8 až 14 – ti týdnech (ČIERNÁ a kol., 2015).

Kortikosteroidy

Kortikosteroidy jsou léky, které rychle navodí zklidnění stavu. Používají se při léčbě střední až vysoké aktivity onemocnění. Jsou velice účinné, avšak mají i velké množství nežádoucích účinků, mezi které se řadí osteoporóza (řidnutí kostí), vznik cukrovky, akné a ztloustnutí. Tyto nežádoucí účinky jsou způsobeny jejich celkovým účinkem, proto jsou jednou z možností topické kortikoidy (místní). Působení těchto látek ovlivňuje sliznici střeva. Minimálně se vstřebávají do krve, proto se nedostávají do celého organismu (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2015).

Biologické léčba

Biologická léčba se někdy nazývá jako léčba cílená, jelikož spočívá ve využití potenciálu obranyschopnosti organismu a zacílení léčebného efektu na konkrétní typ buněk, které onemocnění způsobují. Je především určena pacientům, u kterých selhala předchozí léčba kortikosteroidy a imunosupresivy (ČERVENKOVÁ, 2009).

Na rozdíl od farmaceutické léčby užívá biologická léčba čistě přírodní léčiva, které se nazývají modifikátory imunitní odpovědi (ČERVENKOVÁ, 2009).

U biologické léčby se předpokládá, že nasazení v časných stádiích onemocnění bude mít vliv na celkový průběh nemoci. Také se předpokládá, že významně sníží aktivitu zánětu, výskyt komplikací i celkovou dobu hospitalizace (VRÁNOVÁ, 2013).

Při léčbě mohou nastat nežádoucí účinky, mezi které patří riziko vzniku infekčních onemocnění (virové, bakteriální), vznik alergických reakcí nebo také autoimunitní projevy kloubů a kůže (VRÁNOVÁ, 2013).

U pacientů, u kterých je biologická léčba přínosná, lékaři mohou nejpozději do roka vysadit kortikosteroidy (VRÁNOVÁ, 2013).

Léčba má stanovených šest cílů:

- 1. Odstranit závažné zdravotní obtíže provázející agresivní záněť*
- 2. Omezit nutnost hospitalizace*
- 3. Snížit rizika chirurgické léčby*

4. *Uzavřít píštěle nebo alespoň snížit sekreci z nich*
5. *Zahojit vředy a tím zabránit trvalým změnám na trávicí trubici*
6. *Zlepšit kvalitu života*

(ČERVENKOVÁ, 2009, s. 46)

Nežádoucí účinky biologické léčby

Nejčastějším nežádoucím účinkem je alergická reakce jedince, která se může objevit v průběhu aplikace infuze, nebo za 2 – 10 dní po aplikaci. Proto se u většiny pacientů podávají současně antihistaminika – azathioprin, nebo kortikosteroidy. Dále se může objevit bolení hlavy, závratě nebo návaly. Největším nežádoucím účinkem je vyvolání skryté tuberkulózní infekce. Proto před každým zahájením biologické léčby každý pacient absolvuje nezbytná vyšetření, jako je rentgenogram hrudníku a tuberkulínový kožní test (ČERVENKOVÁ, 2009).

Léčba chirurgická

U pacientů, kteří se dlouhodobě léčí s Crohnovou chorobou, je chirurgický zákrok nezbytný. Podstoupí ho 70 až 90 % nemocných, někteří i několikrát po sobě. Chirurgickým výkonem však není Crohnova choroba vyléčena. Je určena v případech, kdy už nezabírá léčba konzervativní (nelze navodit remisi), nebo je nutné řešit vzniklé situace urgentně a efektivně (ANTOŠ et al., 2013).

Chirurgický výkon u pacientů s Crohnovou chorobou by měl být co nejšetrnější. Pokud se u pacienta provádí odstranění části tenkého či tlustého střeva, mělo by být co nejmenší (KOHOUT, PAVLÍČKOVÁ, 2015).

Chirurgické výkony

Ileocekální resekce

Provádí se nejčastěji při stenóze lumen tenkého nebo tlustého střeva. Pokud dojde k většímu poškození tlustého střeva, rozhodne lékař o provedení pravostranné hemikolektomie a ileo – transverzo – anastomóze. Lépe řečeno dochází k vyjmutí úseku na tenkém střevě a úseku přilehlém tlustém střevě a zformuluje se tak nové spojení obou střev (ČERVENKOVÁ, 2009).

Strikturoplastika

Strikturoplastika se provádí při postižení tenkého střeva mnohočetnými krátkými stenózami, které mají od 5 - ti do 7 - mi centimetrů. Lékař při operaci stenózu podélně protne a příčně sešije. Obnoví se tak velikost střevního průsvitu bez zmenšení plochy tenkého střeva, které je schopno nadále vstřebávat živiny (ČERVENKOVÁ, 2009).

Perianální píštěle

Při této operaci se lékař snaží spojit píštěle v jeden kanál a zajistit tak jejich trvalou drenáž (ČERVENKOVÁ, 2009).

1.11 Dietní opatření

Dieta je u Crohnovy choroby důležitou součástí léčebného režimu. Pacientovi se může podávat umělá výživa, která docílí zklidnění střeva a jeho dočasné vyřazení z funkce. Tato výživa se může podávat parenterální cestou (do žíly), nebo enterální cestou (ústy). Při podávání enterální výživy, která se podává pitím nebo slabou sondou zavedenou do horní části tenkého střeva, dochází ke vstřebávání v horní části lačníku (LUKÁŠ et al., 2004).

Umělá výživa je plnohodnotně výživná a pokrývá celkovou potřebu minerálů, energie a vitamínů. Lze ji podávat dlouhodobě i v domácím prostředí. Tato výživa lze kombinovat i s běžnou dietní stravou (LUKÁŠ et al., 2004).

U pacientů s Crohnovou chorobou je velice důležité, aby si v prvních dnech onemocnění vedli seznam požitých jídel. Do seznamu si musí zapisovat veškeré jídlo a nápoje a je nezbytné, aby si zapisovali i intervaly mezi jídly. K tomuto seznamu pacienti připojí i vlastní komentář, například počet stolic, jejich konzistence, bolesti i nadýmání v závislosti na požitě jídlo. Takto vytvořený seznam umožní zjistit, jaké potraviny dělají či nedělají pacientovi potíže a jaké potraviny by měl pacient ze svého jídelníčku vyloučit (LUKÁŠ et al., 2004).

Z různých výzkumů je známo, že špatně jsou snášeny tyto potraviny a nápoje: luštěniny, syrová zelenina, pomeranče, mandarinky, citrony, nakládané zelí, cibule, mléko a ořechy (LUKÁŠ et al., 2004).

Dieta v aktivní fázi onemocnění

V této fázi je důležitá bezezbytková strava, která by měla zajistit odpočinek střevní aktivity. Ve stravě by se nemělo vyskytovat mléko a také vysoký obsah cukru. Strava se může podávat cestou enterální či parenterální (LUKÁŠ et al., 2004).

Výživa musí mít vysokou energetickou hodnotu, neboť vzplanutí nemocnění je pro organismus velkým stresem, který vyžaduje zvýšené množství energie (LUKÁŠ et al., 2004).

Při přechodu z parenterální nebo enterální výživy je z počátku pacientovi podáván čaj, suchary nebo bílé pečivo. Pokud pacient jídlo snáší, začíná se v menším množství přidávat vařené ovoce, zelenina, brambory, rýže, těstoviny, maso, drůbež a ryby (LUKÁŠ et al., 2004).

Dieta v klidové fázi onemocnění

Dieta by měla být nedráždivá a šetřící. Měla by být dostatečně kaloricky vydatná a měla by obsahovat vysoké procento bílkovin a dostatek vitamínů. V tomto období je vhodná volba jednotlivých potravin dle jejich snášenlivosti. Pokud se u pacienta objeví nesnášenlivost mléka je zapotřebí mléko z jídelníčku vyloučit. Pacient by měl naopak zařadit mořské ryby, neboť látky obsažené v rybím mase působí proti střevním zánětům (LUKÁŠ et al., 2004).

2 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CROHNOVOU CHOROBOU

Časová data a identifikační údaje pacienta byly změněny z důvodu dodržení díkce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.

V praktické části bakalářské práce je zpracována komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou chorobou v mladém věku. K rozpracování ošetrovatelského procesu u vybraného pacienta byla využita metoda ošetrovatelského procesu, který má pět fází. 20. 1. 2019 byl pacient s Crohnovou chorobou přijat na interní gastroenterologické oddělení, pro přetrvávající bolesti břicha spojené s poruchou defekace. Udával nauzeu a pocit nechutenství k jídlu.

První den hospitalizace, tedy 20. 1. 2019, byla od pacienta odebrána anamnéza podle funkčního modelu zdraví dle Majory Gordon. Informace byly získány ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace pacienta. Také rozhovor s pacientem a jeho sledování sloužily jako zdroj informací. Pacient se podrobil vyšetřením, která jasně prokazovala rozsáhlý zánět v ileocekální oblasti. Lékař indikoval operaci, ke které byl pacient dostatečně připraven. Ta proběhla 21. 1. 2019. V tento den byly stanoveny ošetrovatelské problémy a nalezeny ošetrovatelské diagnózy. K jejich stanovení byla použita NANDA I Taxonomie II. Tentýž den byly stanoveny cíle, kterých by se mělo dosáhnout po dobu hospitalizace pacienta. 22. 1. 2019 došlo k plánování intervencí a jejich postupné realizaci. Realizace probíhala následující dva dny, neboť některé cíle se nedaly splnit ihned. 24. 1. 2019 došlo k celkovému vyhodnocení ošetrovatelských diagnóz spolu s vyhodnocením všech stanovených cílů.

Identifikační údaje o pacientovi

Tabulka 2 Identifikační údaje o pacientovi

Jméno a příjmení: P.N.	Pohlaví: muž
Datum narození: XX. XX. 1985	Věk: 33
RČ: XXXXXX/XXXX	Číslo pojišťovny: 111
Adresa: Brno	Zaměstnání: automechanik
Stav: ženatý	Státní příslušnost: česká

Datum přijetí: 20. 1. 2019	Čas přijetí: 10:00
Typ přijetí: neplánované	Oddělení: interní gastroenterologické

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2019

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Lékaři mi před dvěma lety diagnostikovali Crohnovu chorobu. Nemoc byla od té doby v klidovém stádiu. Nyní přicházím pro bolesti břicha a celkové zhoršení zdravotního stavu.“

Medicínská diagnóza hlavní:

K500 Crohnova choroba tenkého střeva

Medicínská diagnóza vedlejší:

Pacient se neléčí s dalším onemocněním.

2.1 Anamnéza

Základní anamnéza

Pacient udává, že jeho matka se s tímto onemocněním léčí již od svých 18 - ti let. Otec je zdravý. Sourozenci prodělali v dětství běžné infekční onemocnění, jako je chřipka či angína. Na závažnější onemocnění si nevzpomíná.

Osobní anamnéza

Pacient si nevzpomíná na závažnější onemocnění, které by prodělal. V dětství měl zlomenou pravou horní končetinu. Crohnova choroba mu byla diagnostikována před dvěma lety. Očkovaný je proti žloutence typu A i B. Každý rok se pacient přeočkovává proti chřipce.

Sociální anamnéza

Pacient je ženatý. Se svou přítelkyní mají dvě děti, které jsou zdravé.

Pracovní anamnéza

Pacient je vystudovaný automechanik. V současné době má svou firmu, ve které je hlavním vedoucím. Vztahy na pracovišti jsou v pořádku. Pacient sám udává, že jsou jako jedna velká rodina.

Abúzus

Pacient udává, že s kouřením přestal, když mu bylo dvacet let. Alkohol pije příležitostně. Víno nepije vůbec – nedělá mu dobře na zažívání.

Alergologická anamnéza

Sezonní alergie zejména na jaře a na podzim. Alergický na pyl, prach, roztoče.

Urologická anamnéza

Pacient doposud nepotřeboval ošetření od urologa. Urologické onemocnění neprodělal. Samovyšetření varlat neprovádí.

Farmakologická anamnéza

Tabulka 3 Farmakologická anamnéza

Název léku	Způsob podání	Gramáž	Léková skupina
Pentasa	p. o.	500 mg	Antirheumatica
Imasup	p. o.	50 mg	Azathioprinum

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2019

2.2 Základní fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava, hygiena

Pacient je při vědomí, reaguje na všechny dotazy, je čistý, upravený, na sobě má nemocniční pyžamo, vlasy krátce střižené, dbá o svůj vzhled.

Hlava a krk

Bez patologických deformací, lebka normocefalická, bulby volně pohyblivé, hlava na pohmat nebolestivá, normální držení, bolestivost trojklanného nervu neguje, paréza lícního nervu není přítomna, štítná žláza nezvětšena, zornice izokorické, spojivky prokrvené, bez sekrece, pacient nosí brýle na dálku, sluch v pořádku, uši čisté, bez sekrece, v pravém ušním boltci patrná dírka po náušnici, jazyk bez povlaku, plazí středem.

Hrudník a dýchací systém

Symetrický, dýchání klidné, spontánní, bez dechových fenoménů, počet dechů 18/ min, saturace kyslíkem 100%.

Srdeční a cévní systém

Srdeční ozvy pravidelné, jasné, bez šelestu, hodnota krevního tlaku je 128/85 torrů, puls dobře hmatný, 84/ min, pravidelný.

Břicho a gastrointestinální trakt

Dobře prohmatné, na dotyk bolestivé, peristaltika přítomná, pacient přichází s nauzeou, nechutenstvím k jídlu, potíže při defekaci, úbytek hmotnosti za posledních 3 měsíců kolem 10 - ti kilogramů, 2-3 centimetry od pupku v dolní části břicha patrné menší modřiny po aplikaci antikoagulancia (Fraxiparinu), zatvrdnutí nejsou přítomny.

Močový a pohlavní systém

Pacient močí spontánně, barva a hustota moči fyziologická, pohlavní systém bez patologických deformit.

Kosterní a svalový systém

Končetiny a klouby ohebné, pohyblivé, prokrvené, bez patologických deformit, držení těla fyziologické, svalové napětí v normě.

Nervový a smyslový systém

Pacient při vědomí, orientován místem, osobou i časem, spolupracuje, klidný, reflexy zachovány, třes není přítomen, paměť zachována, bez poruch.

Endokrinní systém

Pacient bez potíží, štítná žláza nezvětšena, prohmatná.

Imunologický systém

Pacient alergický na prach, pyl, roztoče, v současné době bez potíží, lymfatické uzliny bez patologického nálezu, nezvětšeny.

Kůže a její adnexa

Prokrvená, hydratace dobrá, bez ikteru, bez cyanózy, kůže bez otoků a patologických defektů, na kůži zaveden centrální venózní katetr v oblasti klíční kosti na levé straně dne 20. 1. 2019, použito transparentní semipermeabilní krytí, převazováno po třech dnech, při poruše krytí převaz dle potřeby.

Invazivní vstupy: centrální venózní katetr zaveden 20. 1. 2019

Vývody/ cévky: redonův drén zaveden 21. 1. 2019

Chybění části těla: -

Stav výživy: pacient je s váhou v normě, stav výživy dobrý

Výška: 185 cm

Hmotnost: 72,1 kg

BMI: 21,04 (optimální)

Fyziologické funkce při přijetí:

Tabulka 4 Vitální funkce při přijetí

TK: 128/ 85 mm/ Hg	D: 18/ minutu (pravidelný)
P: 84/ minutu (pravidelný)	TT: 37, 9 °C

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2019

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací:

Orientace: pacient orientován, spolupracující

Vědomí: pacient spolupracuje, reaguje na podněty

Hlas a způsob řeči: pacient mluví dostatečně nahlas, srozumitelně a spisovně

Chápe myšlenky a otázky: pacient chápe, co se po něm žádá, na otázky odpovídá srozumitelně, spolupracuje

Úroveň slovní zásoby: dostatečná, snaží se mluvit spisovně

Oční kontakt: při komunikaci oční kontakt navazuje

Aktivní/ pasivní: pacient je první dny spíše pasivní, další dny se jeho aktivita lepší

Vzájemná spolupráce se členy rodiny nebo osobou doprovázející: pacient spolupracuje se svou manželkou

Test základních všedních činností dle Barthelové (ADL)

Při přijetí byl proveden test základních všedních činností dle Barthelové (viz příloha). Po zaškrtnutí všech odpovědí vyšel výsledek, který poukazoval na úplnou soběstačnost pacienta. Pacient tedy nepotřeboval pomoc zdravotnického personálu.

2.3 Utřídění informací dle funkčního modelu zdraví Majory Gordon

1. Podpora zdraví:

Subjektivně: Pacient udává, že se dříve v jídle neomezoval. Doma se stravuje spíše dietněji. Jídla, která nedělají pacientovi dobře na zažívání, vynechává. Jí pravidelně minimálně 4 x denně. Alkohol pije příležitostně. Cigarety nekouří již od svých dvaceti let. Pacient chodí na pravidelné kontroly ke svému obvodnímu lékaři každé dva roky. Také chodí na pravidelné kontroly ke svému gastroenterologovi.

Objektivně: Během hospitalizace pacient stravu toleruje. Dodržuje léčebný režim. Chce dělat vše pro to, aby byl co nejdříve v domácí péči.

Ošetřovatelský problém: /

Priorita: /

2. Výživa a metabolismus:

Subjektivně: Doma se snaží jíst dietněji. Omezuje tučná a mastná jídla. Jí minimálně 4 porce denně. Chut' k jídlu v posledním období neměl. Objevila se i nauzea, zvracení až nechut' k jídlu. Za poslední tři měsíce udává úbytek na váze kolem deseti kilogramů.

Objektivně: Pacientovi byla při přijetí stanovena dieta 0s (čajová) a parenterální výživa intravenózně. Potíže s nadváhou či podváhou pacient nemá. BMI je u pacienta 21,04. Kůže je hydratovaná, kožní turgor v normě. Dolní končetiny bez otoků.

Měřicí technika: BMI

Ošetrovatelský problém: větší úbytek na váze za poslední období tří měsíců

Priorita: střední

3. Vylučování a výměna:

Subjektivně: Pacient neudává žádné potíže při močení. Nevzpomíná si na žádné otoky těla. Udává potíže při vyprazdňování stolice. Stolice je nepravidelná. Kůže okolo konečníku je začervenalá a bolestivá díky nadměrné snaze o defekaci. Udává potíže s dýcháním zejména na jaře, kdy se mu objevují příznaky alergie. Pociťuje nadměrné zadýchávání se při sportovních aktivitách, lechtání a pálení v krku i nose. Tyto potíže vždy doprovází kýchání a rýma vodnatého charakteru.

Objektivně: Moč je u pacienta fyziologického zabarvení, bez zápachu a patologické příměsi. Bilance tekutin nebyla po dobu hospitalizace u pacienta kontrolována, neboť je pacient zcela soběstačný a močení ovládá vlastní vůlí. Přítomnost otoků není. U pacienta je přítomnost nepravidelné stolice. Poslední stolice byla čtyři dny před hospitalizací. Snaží se zvyšovat denní příjem tekutin. Vypije okolo 2 litrů za den. Pocení je přiměřené k denním aktivitám. Nadměrné pocení se objevuje pouze při zvýšené teplotě, která bývá až 38 °C. Potíže s dýcháním se během hospitalizace nevyskytly.

Ošetrovatelský problém: nepravidelné vyprazdňování, pocity plného břicha

Priorita: Střední

4. Aktivita a odpočinek:

Subjektivně: Spánek má pacient v domácím prostředí klidný, bez větších změn. Udává, že v nemocnici je spánek zhoršený, vlivem neznámých zvuků a pacientů okolo něj. Nemůže si dostatečně odpočinout, často se budí, převaluje se. Také si stěžuje na bolest, která mu brání se dostatečně vyspat. Udává, že jsou dny, kdy nemá na nic náladu, je mrzutý a unavený. Přesto se snaží být aktivní a každý víkend bere svou rodinu na výlet. Také rád chodí na procházky se svým psem.

Objektivně: Po dobu hospitalizace si pacient nevyžádal léky na spaní. Spánek má narušený vlivem operace a bolesti, která ho trápí hlavně ve večerních hodinách. První den

po operaci měl pacient klidový režim, kdy u něj byl prováděn pouze nácvik sedu v lůžku. Druhý den po operaci chodil pouze s rehabilitační sestrou. Postupně pomoc při chůzi nevyžadoval. Pacient působil vždy veselý a vyrovnaný. Dýchání má pacient klidné. Žádné potíže se u něj nevyskytují. Při příjmu měl pacient hodnoty krevního tlaku 128/85mm/ Hg, pulzu 84/ min, 37, 9 °C tělesné teploty a 18 dechů za minutu. Pacient měl zvýšenou tělesnou teplotu. Hodnota se chýlila od normy. Ostatní naměřené hodnoty nepoukazují na odchylky od normy. Dle klasifikační škály určení funkční úrovně sebepéče dle Bartelové se potvrdilo, že pacient není závislý na svém okolí. Je zcela samostatný při běžných denních činnostech.

Ošetrovatelský problém: zhoršený spánek vlivem operační rány, částečná imobilizace pacienta

Priorita: Střední

5. Vnímání – poznávání:

Objektivně: Pacient udává, že nosí brýle na dálku. Proto je jeho orientace bez kompenzačních pomůcek obtížná.

Subjektivně: Pacient zvládá udržet pozornost, pokud s ním komunikuje pro něj cizí i známá osoba. Je zcela orientován místem, časem i svou osobou. Poruchy kognitivních funkcí se u pacienta neprojevují. Komunikace s ním je na dobré úrovni. Při používání verbální komunikace volí spíše spisovná slova, vulgarismy neužívá. Při neverbální komunikaci zapojuje svou mimiku ve tváři i pohyby celého těla.

Ošetrovatelský problém: /

Priorita: /

6. Vnímání sebe sama:

Subjektivně: Pacient je se svým vzhledem spokojen. Po operaci se obával jizvy na břicho. Ale na sobě by nic neměnil. Váží si sebe samotného.

Objektivně: Po dobu hospitalizace byl pacient vždy veselý a dobře naladěný.

Ošetrovatelský problém: /

Priorita: /

7. Vztahy:

Subjektivně: Když bylo pacientovi patnáct let, jeho rodiče se rozvedli. I přes to, že zůstal bydlet s matkou, má s oběma rodiči velmi dobrý vztah. Pacient má staršího bratra a mladší sestru. Se starším bratrem vychází velice dobře. S mladší sestrou má pacient chladnější vztah, neboť je nevlastní. Udává, že si více rozumí s bratrem. Nyní žije se svou manželkou a dětmi v rodinném domě na okraji Brna. Neudává žádné potíže v sexuálních funkcích. Po stránce sexuální je zcela spokojený. Pacient je heterosexuál. Je ženatý od svých 28 let. Má dvě děti, kterým jsou 2 a 5 let.

Objektivně: Pacient po dobu hospitalizace nemá konflikty mezi zdravotnickými pracovníky. Všechny respektuje a nemá problémy s plněním daných pokynů. Pravidelně ho navštěvuje jeho manželka, která mu vždy o kousek zlepší i tak dobrou náladu.

Ošetřovatelský problém: /

Priorita: /

8. Sexualita

Subjektivně: Pacient uvádí, že je jeho sexuální život v pořádku. Samovyšetření varlat neprovádí. Na pravidelné kontrole u lékaře zatím nebyl.

Objektivně: Pacient má dvě zdravé děti. Problémy se sexualitou nemá. Je heterosexuál.

Ošetřovatelský problém: /

Priorita: /

9. Zvládání/ tolerance zátěže:

Subjektivně: Významnou změnou v životě pacienta bylo onemocnění, které ho těžce zasáhlo. Onemocnění mu bylo diagnostikováno před dvěma lety, v době, kdy se jim narodil druhý syn. Díky onemocnění si prošel krizí se svou manželkou. Tvrdí, že tato krize byla přínosem ke zlepšení a utužení jejich dosavadního vztahu. Dříve bral zátěžové situace jako obtěžování svého okolí. Nyní se při velké zátěžové situaci obrací na manželu a ví, že v ní má stoprocentní podporu. Změny prostředí pacientovi nevadí. Neudává žádné traumatické zážitky. Pacient je cholerik, proto zvládá stres více emočně. Nikdy by zátěžové situace neřešil sklonem k návykovým látkám. Pacient se obává toho, co ho očekává po operaci. Má strach, jak bude operace probíhat. Hlavně ho trápí myšlenka smrti, jelikož má dvě malé děti. Tyto myšlenky se pokouší zahnat, i když je to pro něj těžké.

Objektivně: Pacient působí navenek velice vyrovnaně. Strach ani stres na sobě nedává znát.

Ošetrovatelský problém: strach z operačního výkonu, vyděšení ze smrti

Priorita: Střední

10. Životní principy:

Subjektivně: Pacientovi se po zjištění onemocnění přehodnotily hodnoty. Před onemocněním měl na prvním místě vydělávání peněz za účelem zabezpečení rodiny. Nyní udává na prvním místě zdraví. Od života očekává, že se jeho nemoc dostane do fáze, která je bezpříznaková a tam také zůstane. Uvědomuje si, že nebude moct dělat stejné věci jako doposud. Avšak udává, že hlavní věc je být naživu. Pacient neuznává žádnou víru i přes to, že je pokřtěn. Náboženství pro něj nic neznamená.

Objektivně: Duchovní potřeby během hospitalizace nevyhledával. Snažil se co nejvíce rehabilitovat, aby se jeho stav zlepšil a mohl být popuštěn do domácí péče.

Ošetrovatelský problém: /

Priorita: /

11. Bezpečnost – ochrana:

Subjektivně: Pacient udává, že svou osobní hygienu udržuje denně. Je výbušné povahy, avšak nikdy by nikomu neublížil. Obranné procesy se u pacienta vyskytují při alergické reakci na kvetoucí rostliny zejména v jarních měsících. Proto pacient užívá farmaka během alergických potíží.

Objektivně: U pacienta je přítomno riziko infekce z důvodu zavedení centrální žilní kanyly a redonova drénu. Proto se kanyla preventivně přelepuje dle zvyklosti oddělení. Pravidelně se také kontroluje operační rána. Pacient je poučen o možnosti vzniku infekce. Při sebemenším náznaku musí vše hlásit zdravotnickému personálu. Rizikové chování se u pacienta neprojevují. Tělesná teplota je u pacienta v prvních dnech hospitalizace zvýšená, postupně klesá až do normálních hodnot. Příčinou je aktivní střevní zánět.

Ošetrovatelský problém: možnost propuknutí infekce při zavedení CŽK a redonova drénu, možnost vzniku infekce pro operační ránu

Priorita: Střední

12. Komfort:

Subjektivně: Tělesný komfort pacientovi narušuje bolest, kterou lokalizuje kolem pupku. Také udává zvýšené pocení z důvodu zvýšené tělesné teploty. Pro domácí komfort nebylo třeba upravovat pacientovo prostředí. V oblasti sociálního komfortu si pacient na nic nestěžuje. Udává, že je vše v pořádku. Mezi přáteli se cítí bezpečně.

Objektivně: Příčinou bolesti je rozšířený zánět Crohnovy choroby ve střevě. Aby se pacientovi ulevilo od bolesti, zaujímá úlevovou polohu, kterou si volí sám – na boku s pokrčenými dolními končetinami. Dalším faktorem, který ovlivňuje pacientův komfort je nadměrné pocení při zvýšené teplotě. Pacient si několikrát denně vyžaduje nemocniční pyžamo, aby se cítil lépe. U pacienta byla vždy patrná dobrá nálada.

Ošetrovatelský problém: nepříjemná bolest v oblasti břicha, nadměrné pocení

Priorita: Střední

13. Růst/ vývoj:

Subjektivně: Pacient se narodil jako druhorozený syn fyziologickým porodem bez komplikací. V dětství prodělal běžná infekční onemocnění, jako je chřipka či angína. Na závažnější onemocnění si nevzpomíná. Ve svých osmi letech došlo ke zlomenině pravé horní končetiny. Od té doby bez úrazu.

Objektivně: Depresemi pacient netrpí. Je veselý a vždy dobře naladěný. Nyní pacient váží 72 kg a měří 185 cm. Postavu má sportovního typu. Pacient za poslední tři měsíce ubyl na váze okolo 10 - ti kilogramů. Podvýživou netrpí. Pacient není omezen na hybnosti. Jeho vývoj je fyziologický.

Ošetrovatelský problém: úbytek na váze

Priorita: Střední

Zdroj: rozhovor s pacientem, ošetrovatelská a zdravotnická dokumentace, 2019

2.4 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření ze dne 20. 1. 2019

EKG

Výsledek: Pacient měl EKG v pořádku. Pulz pravidelný. Křivka EKG bez patologie.

Laboratorní vyšetření

Tabulka 5 Výsledky hematologického vyšetření krve

Hematologické vyšetření	Hodnoty pacienta	Jednotka	Rozmezí
Leukocyty	25,2	$10^9/l$	4 – 10,0
Erytrocyty	3,17	$10^{12}/l$	4,2 – 5,8
Trombocyty	185	$10^9/l$	150 – 300
Hemoglobin	135	g/l	130 – 170
Hematokrit	0,42	-	0,37 – 0,50

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacienta 2019

Tabulka 6 Výsledky hemokoagulačního vyšetření krve

Hemokoagulační vyšetření	Hodnota pacienta	Jednotka	Rozmezí
Fibrinogen	3,49	g / l	1,80 – 4,20
aPTT	0,94	l	0,80 – 1,20
Quickův test	0,93	INR	0,80 – 1,20

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacienta 2019

Tabulka 7 Výsledky základního biochemického vyšetření krve

Biochemické vyšetření	Hodnota pacienta	Jednotka	Rozmezí
Draslík (K)	3,8	mmol/ l	3,5 – 5,2
Sodík (Na)	142	mmol/ l	136 - 145
Urea (močovina)	3,5	mmol/ l	2,9 – 8,3
Kyselina močová	223	$\mu\text{mol}/l$	150 - 350
Kreatinin	64	$\mu\text{mol}/l$	44 - 80
ALT	0,37	$\mu\text{kat}/l$	0,00 – 0,55
AST	0,29		
Glukóza v séru	5,2	mmol/ l	3,3 – 5,6
CRP	120	mg/ l	0 – 5

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacienta 2019

CT břicha

Po přijetí na oddělení pacient podstoupil CT vyšetření, které potvrdilo rozsáhlý zánět v ileocekální krajině. Lékař tedy indikoval ileocekální resekci střeva.

Interní vyšetření

U pacienta bylo nutné provést interní vyšetření z důvodu plánované ileocekální resekce. Všeobecná sestra zavolala internímu lékaři, který si vzal pacientovu dokumentaci, zkontroloval krevní výsledky a EKG křivku. Pacienta poslechl fonendoskopem a vyžádal si hodnoty FF. Na základě zkontrolování všech hodnot a zhodnocení pacientova stavu sepsal lékař závěr, který nebránil operaci pacienta v celkové anestezii.

Anesteziologické vyšetření

Před operací byla nutná konzultace s anesteziologem. Pacient za pomoci všeobecné sestry vyplnil anesteziologický dotazník, který sloužil jako podklad pro vypsání premedikace a předoperační přípravu. Anesteziologický lékař provedl rozhovor s pacientem a následně s ním podepsal souhlas s celkovou anestezí. Pacienta poučil o celkové anestezii a průběhu péče před operací. Do dokumentace zapsal předoperační přípravu, která zahrnovala následující opatření. Pacient bude od půlnoci lačný, večerní i ranní premedikaci zapije douškem vody, prevence TEN. Premedikace večer zahrnovala Dormicum 7, 5 mg p. o. Ráno v den operace Dormicum 7, 5 mg p. o.

Konzervativní léčba

Dieta:

- 20. 1. 2019** – dieta 0s (čajová), parenterální výživa Aminomix II. novum 1500 ml
- 21. 1. 2019** – pacient lačný z důvodu čekání na operaci, dvě hodiny po operaci podáno pití, čtyři hodiny po operaci napojena parenterální výživa
- 22. 1. 2019** – parenterální výživa, sipping v podobě nutridrinků
- 23. 1. 2019** – parenterální výživa, sipping v podobě nutridrinků, rozjídací dieta
- 24. 1. 2019** – dieta číslo 5 (bezezbytková)

Pohybový režim a rehabilitace:

- 20. 1. 2019** – pacient se pohyboval samostatně, bez dopomoci zdravotnického personálu
- 21. 1. 2019** – po operaci klidový režim na lůžku

22. 1. 2019 – klidový režim na lůžku, postupná mobilizace, posazování pacienta přes bok

23. 1. 2019 – posazování pacienta přes bok, nácvik chůze, dopomoc při chůzi

24. 1. 2019 – nácvik chůze, dopomoc při chůzi

Medikamentózní léčba

Tabulka 8 Medikamentózní léčba

Název léku	Způsob podání	Síla	Dávkování	Skupina
Metronidazol	i. v.	500 mg	á 8 hodin	Antibiotikum
Tazocin	i. v.	4,5mg/100ml	á 8 hodin	Antibiotikum
Nolpaza	p. o.	20 mg	1 – 0 – 0	Antacida
Biopron	p. o.		1 – 0 – 1	Laktobacilus
Hylak	p. o.		2ml–2ml – 2ml	Digestiva
Dipidolor	s. c.	2ml	Při VAS 7-10	Opiát
Novalgín	i. m.	2 ml	á 6 hodin	Analgetikum
Fraxiparine	s. c.	0,6 ml	18:00 hodin	Antikoagulancia

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2019

Chirurgická léčba

Ileocekální resekce která proběhla druhý den hospitalizace, tedy 21. 1. 2019 v 8:00 hodin.

2.5 Situační analýza ke dni 20. 1. 2019

Pan P. N., hospitalizován 20. 1. 2019. Pacientovi byla před dvěma lety diagnostikována Crohnova choroba. Nyní byl přijat pro zhoršení zdravotního stavu. Cítil se být často **unavený** i při menších denních aktivitách, neboť pociťoval **méně kvalitní spánek**. Poslední dny ho sužovaly **bolesti** v oblasti břicha, které si spojoval s **nepravidelnou stolicí**, která ho v posledních dnech trápila. Také udával **nechut'** k jídlu, které jsou spojeny s větším **úbytkem na váze**. Ten činí za období posledních tří měsíců okolo 10 ti kilogramů. Pacient při přijetí pociťoval **strach**, který ho trápil díky obavám z toho, co s ním bude.

V den příjmu, tedy 20. 1. 2019, byla od pacienta odebrána ošetřovatelská anamnéza, po které následně podepsal souhlas s hospitalizací a byl seznámen s provozem oddělení a poučen o právech pacientů a vnitřním řádu nemocnice. Všeobecná sestra provedla monitoraci fyziologických funkcí, které činily následující

hodnoty: TK: 128/ 85 mmHg, P: 84/minutu, D: 18/minutu, TT: 37, 9 °C. Pacient byl pro jeho velký **úbytek na váze** zvážen a změřen (72, 1 kg a 185 cm). Z těchto hodnot všeobecná sestra vypočítala BMI, které vyšlo 21, 04. Pacient měl tedy optimální váhu. Dále zhodnotila bolest dle stupnice VAS, kterou pacient hodnotil na stupnici od 0 do 10 číslem 5.

Pacientovi byla přidělena dieta 0s a od lékaře předepsána parenterální výživa. Proto mu byla zavedena centrální žilní kanyla do veny jugularis z důvodu špatného žilního řečiště. Všeobecná sestra dbala na správný aseptický postup, aby nedošlo k propuknutí **infekce**. Byly mu odebrány kontrolní odběry krve. Poté mu bylo natočeno EKG, CT břicha a provedeno předoperační vyšetření, což zahrnuje interní vyšetření a konzultaci s anesteziologem, který mu předepsal premedikaci před operací. Na tu byl pacient chystán na 21. 1. 2019.

3 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT DLE NANDA I TAXONOMIE II

Hlavní ošetřovatelské diagnózy, které byly v práci rozpracovány, byly stanoveny 21. 1. 2019, což znamená první den po operaci. Dále jsou v práci určeny diagnózy, které rozpracovány nebyly, avšak pacienta trápily. Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I Taxonomie II.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- **akutní bolest (00132)**
- porušený spánek (00095)
- zácpa (00011)
- nauzea (00134)
- **nedostatečná výživa (00002)**
- zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
- strach (00148)
- zhoršený komfort (00214)

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

- riziko krvácení (00206)
- **riziko infekce (00004)**
- riziko zácpy (00015)
- **riziko pádu (00115)**

3.1 Ošetřovatelské diagnózy aktuální

Tyto diagnózy byly rozpracovány z důvodu aktuálního stavu pacienta. Po operaci pociťoval akutní bolest, která byla nutná řešit. Jelikož pacient pociťoval nechutenství k jídlu, byla rozpracována diagnóza nedostatečná výživa.

AKUTNÍ BOLEST – 00132

Doména 12 – Komfort

Třída 1 – Tělesný komfort

Definice: Akutní bolest je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců.

Určující znaky:

- pacient upozorňuje na bolest v oblasti břicha
- pacient určuje bolest na stupnici VAS
- pacient vyhledává úlevovou polohu
- má svíravý výraz v obličeji
- při dotyku na břicho vydává bolestivé zvuky, svírá se
- pacient má patrné krůpěje potu na čele
- pacient udává nechut' k jídlu

Související faktory:

- základní onemocnění pacienta
- změna polohy
- operační výkon

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient sníží bolest z VAS 10 alespoň na VAS 2 do pěti dní.

Cíl dlouhodobý: Pacientovi bolesti se zmírní do konce jeho hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- pacient chápe příčiny vzniku bolesti ihned při přijetí na oddělení
- je schopen určit místo bolesti a označit ji na stupnici VAS při každém dotazu na bolest
- je schopen využít úlevovou polohu ke zmírnění bolesti pokud ji bude potřebovat
- pacient bude udávat zmírnění bolesti na konci hospitalizace

Plán intervencí:

- edukuj pacienta o sledování bolesti pomocí stupnice VAS třikrát denně
- edukuj pacienta o faktorech vyvolávacích bolest při přijetí na oddělení
- pravidelně se pacienta všeobecná sestra dotazuje na bolest třikrát denně
- akceptuj pacientovu bolest při každé jeho stížnosti
- zhodnot' bolest pacienta pomocí měřicí škály VAS třikrát denně
- zhodnot' intenzitu, délku trvání, charakter bolesti dle stupnice VAS třikrát denně
- doporuč pacientovi úlevovou polohu
- podávej léky na zmírnění bolesti dle ordinace lékaře po dobu hospitalizace
- zaznamenávej intenzitu bolesti do dokumentace při každém sdělení bolesti

Realizace:

20. 1. 2019 – Pacient si stěžuje na bolest v okolí břicha (pupku). Při dotazu, aby bolest zhodnotil na stupnici VAS od 1 do 10, určuje číslo 5. V 15:00 mu byly podány analgetika dle ordinace lékaře (Novalgin 2 ml i.m.) a doporučena úlevová poloha, kterou zaujímal sám. Za dvě hodiny od aplikace, tedy v 17:00 hodin, udával číslo 2. Pacientova bolest se zmírnila.

21. 1. 2019 – Po operačním výkonu byl pacient ospalý a bolest ho netrápila. Po probuzení byl opocný. Při dotazu na bolest udává číslo 10. Ve 14:00 mu byl podán opiát dle ordinace lékaře (Dipidolor 2 ml s.c). Při kontrolním efektu analgetik za 1 hodinu od podání pacient pocíval úlevu. Při dotazu na zhodnocení bolesti udával číslo 5. Proto mu byl aplikován v 17:00 Novalgin 2 ml i.m. Bolest klesla na číslo 2. Analgetizace zapůsobila. Pacientova bolest se zmírnila.

22. 1. 2019 – Pacient po probuzení stále udával silné bolesti a to na stupnici 7. V 7:00 mu byl aplikován Dipidolor 2ml s.c, dle ordinace lékaře. Za hodinu od aplikace udával bolest na stupnici 3. Ve 12:00 odpovídal na dotaz ohledně bolesti stále číslo 3. Od bolesti nic nevyžadoval. Při večerním rozdávaní léků udával bolest na stupnici 4. Na noc si tedy vyžádal od bolesti Novalgin 2 ml i.m. Po kontrolním dotazu na bolest udával číslo 1.

23. 1. 2019 – Pacient ráno udával bolest na stupnici 4. Od bolesti si vyžádal injekci, která mu byla aplikována dle ordinace lékaře (Novalgin 2ml i.m). Za dvě hodiny od aplikace udával bolest na stupnici 1. Po celý den hospitalizace hodnotil bolest na stupnici 1. Nebyla mu tedy aplikována žádná další dávka analgetik.

24. 1. 2019 – Při ranním dotazu na bolest udával pacient číslo 1. Od bolesti nic nechtěl po celý den. Pacientova bolest se zmírnila.

Hodnocení:

Po dobu hospitalizace pacient pochopil příčinu bolesti, byl schopen lokalizovat bolest a určit její intenzitu na vizuální analogové škále bolesti. Cíle byly splněny částečně. Pacientova bolest se po dobu hospitalizace snížila z VAS 10 na VAS 1. Cíl krátkodobý byl tedy splněn. Cíl dlouhodobý byl také splněn. Pacient pokračoval nadále v hospitalizaci, proto se pokračovalo v plnění intervencí a to zejména ve sledování bolesti dle VAS třikrát denně, pravidelně byl pacient dotazován na bolest, všeobecná sestra hodnotila bolest dle VAS škály, podávala léky na zmírnění bolesti dle ordinace lékaře.

NEDOSTATEČNÁ VÝŽIVA - 00002

Doména 2 - Výživa

Třída 1 – Přijímání potravy

Definice: Nedostatečná výživa je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, jehož příjem živin nekryje metabolickou potřebu.

Určující znaky:

- pacient má menší chuť k jídlu
- pacient není schopen přijímat potravu z důvodu nauzei
- pacient si stěžuje na nauzeu při pozření sousta potravy
- pacient ztratil chuť k jídlu
- pacientovi se změnila chuť k jídlu
- pacient pociťuje bolesti břicha

Související faktory:

- pacient není schopen pozřít potravu z pocitu nechutenství k jídlu
- při pohledu na jídlo pociťuje nauzeu
- pacienta omezuje v konzumaci potravy bolest
- úbytek váhy o 10 kilogramů

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacientovi se vrátí chuť k jídlu do pěti dnů od začátku hospitalizace.

Přestane trpět nechutenstvím k jídlu do pěti dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacient nadále nebude ubývat na váze.

Očekávané výsledky:

- pacient bude chápat příčiny nechutenství, nauzei první den hospitalizace
- u pacienta vymizí známky nechutenství do tří dnů od hospitalizace
- pacient nebude nadále klesat na váze od začátku hospitalizace
- pacient dosáhne přírůstku na váze alespoň o jeden kilogram po dobu hospitalizace

Plán intervencí:

- pravidelně sleduj pacientovu váhu pomocí digitální váhy každé dva dny
- sleduj denní příjem potravy po každém požitém jídlu
- podávej parenterální výživu dle ordinace lékaře kontinuálně každý den
- pouč pacienta jak se správně stravovat v domácím prostředí při propuštění
- sleduj vyprazdňování pacienta každý den

Realizace:

20. 1. 2019 – Pacient byl při přijetí zvážen a změřen. Byl mu vypočítán BMI (body mass index), který měl pacient v normě 21,04 i přes to, že v posledním období ubyl na váze kolem deseti kilogramů. Také podstoupil nutná předoperační vyšetření, po kterých byla od lékaře naordinována parenterální výživa, která mu byla aplikována na 60 ml za hodinu a dieta 0s (čajová). Tato výživa se podávala pacientovi kontinuálně 24 hodin.

21. 1. 2019 – Z důvodu operace byl ráno pacient lačný. Po zavolání lékařů z operačních sálů byla pacientovi všeobecnou sestrou odpojena parenterální výživa. Na oddělení si pro něj přijel zřízenec, který ho odvezl na operační sál. Ze sálu se pacient vrátil kolem 11 té hodiny dopolední. Po uplynulých dvou hodinách dostal pacient napít (v 13:00 hodin), po čtyřech hodinách mu byla napojena parenterální výživa (v 15:00 hodin). Vzhledem k operačnímu výkonu dostal pacient k večeři pouze sipping v podobě nutridrinků. Na ten neměl chuť, avšak upil alespoň půlku.

22. 1. 2019 – Pacientova výživa se opět skládala z parenterální výživy, která mu byla podávána 24 hodin denně. Třetí den hospitalizace mu lékař naordinoval rozjídací dietu (viz příloha), která byla doplněna o sipping v podobě nutridrinků. Pacient se mohl posadit v lůžku, s rehabilitační sestrou, zkoušel i vstát. Proto byla provedena kontrola váhy, která ukazovala 72,6 kilogramů. Pacient tedy přibral od začátku hospitalizace půl kilogramu.

23. 1. 2019 – Pacient se snažil dodržovat všechny dietní opatření pro udržení si své váhy. Rozjídací i kontinuální dietu toleroval. Cítil se lépe, dokonce dostal i chuť k jídlu. Nechutenství nepociťoval. Proto mu byla od lékaře změněna dieta z rozjídací na dietu číslo 5 (bezezbytkovou), kterou mohl konzumovat následující den.

24. 1. 2019 – Na snídani byla pacientovi přidělena bezezbytková strava, kterou doplňovala stále kontinuální výživa. Pacientův stav se zlepšil. Udával chuť k jídlu, nauzea zcela vymizela. V odpoledních hodinách byla provedena kontrola váhy. Ta ukazovala 73,2 kilogramů, tedy o 1,1 kilogramu více, než při přijetí.

Hodnocení: Cíl krátkodobý se podařilo splnit třetí den hospitalizace, kdy se pacientovi navrátila chuť k jídlu. Nauzeu ani nechutenství pacient nepociťoval. Pacient nadále neubýval na váze, naopak přibral o 1,1 kilogram. Cíl dlouhodobý se podařilo splnit také.

3.2 Ošetřovatelské diagnózy potencionální

Diagnóza riziko infekce byla vybrána z důvodu zavedení centrálního žilního katetru. Z důvodu každodenní aplikace parenterální výživy a léků dle ordinace lékaře, hrozilo vysoké riziko propuknutí infekce. Také hrozila infekce díky operační ráně a zavedení redonova drénu. Diagnóza riziko pádu byla zvolena z důvodu pooperačního stavu a postupného nácviku chůze.

RIZIKO INFEKCE - 00004

Doména 11 – Bezpečnost - ochrana

Třída 1 – Infekce

Definice: Riziko infekce je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organismů do těla.

Určující znaky:

- zavedení invazivního vstupu – CŽK
- operační rána
- zavedení redonova drénu

Rizikové faktory:

- porušení kůže (invazivní vstupy, operační rána)
- chronické onemocnění

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient je bez známek infekce do konce hospitalizace. Zná rizikové faktory vzniku infekce. Je poučen o možném vzniku infekce.

Cíl dlouhodobý: Pacient je bez známek infekce po dobu hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- pacient chápe rizikové faktory vzniku infekce po zavedení centrální žilní kanyly
- pacient je poučen o možném vzniku infekce po operačním výkonu
- pacient ví jakými způsoby předcházet infekci během pobytu v nemocnici i doma
- pacient je poučen o péči v okolí operační rány po propuštění do domácí péče

Plán intervencí:

- sleduj rizikové faktory vzniku infekce každý den
- sleduj okolí centrálního žilního katetru, pravidelně ho převazuj dle potřeby či vypršení expirace krytí
- udržuj centrální žilní katetr průchodný každý den

- sleduj okolí operační rány každý den při ranní i odpolední vizitě
- převazuj operační ránu každý den, dále dle potřeby
- ptej se pacienta na pocity v okolí invazivních vstupů (CŽK, redonův drén)
- dodržuj aseptický přístup při převazování invazivních vstupů
- sleduj odpad z redonova drénu každý den
- zapisuj přibývajícím obsah z redonova drénu třikrát denně

Realizace:

20. 1. 2019 – Při přijetí byl pacientovi zaveden centrální žilní katetr z důvodu špatného žilního řečiště. Tento výkon proběhl dle standardů a za přísně aseptických podmínek. Byl zaveden pod kontrolním ultrazvukem. Po výkonu byl pacientovi udělán kontrolní RTG, zda je kanyla tam, kde má být. Po zavedení bylo místo přelepeno krytím, které se nechalo na místě vpichu do dalšího dne. Všeobecná sestra aplikovala do CŽK parenterální výživu a antibiotika dle ordinace lékaře za aseptických podmínek. Centrální žilní kanyla byla průchodná. Okolí vstupu nejevilo známky infekce. Zarudnutí ani svědění se u pacienta neobjevily.

21. 1. 2019 – Po ranní hygieně pacienta se místo vpichu centrální žilní kanyly přelepilo transparentním semipermeabilním krytím s expirací na 3 dny, tedy do 24. 1. 2019. Z důvodu operace byl pacient lačný. Proto mu lékař předepsal hartmanův roztok 500 ml intravenózně, aby byl pacient dostatečně hydratovaný. Všeobecná sestra ho tedy aplikovala pacientovi do CŽK za aseptických podmínek. Kanyla nejevila známky infekce. Byla průchodná. Po návratu ze sálu byl pacient dvě hodiny lačný. Nemohl nic jíst ani pít. Proto mu lékař ponechal hartmanův roztok, se kterým přijel ze sálu, dokapat. Poté mu všeobecná sestra aplikovala antibiotika vždy po osmi hodinách. Prováděla kontrolu okolí CŽK a průchodnosti. Po čtyřech hodinách od operace napojila všeobecná sestra dle pokynů lékaře parenterální výživu. Centrální žilní katetr byl průchozí. Okolí nejevilo známky infekce. Všeobecná sestra pravidelně kontrolovala operační ránu a odchod odpadu z redonova drénu. Při příjezdu pacienta ze sálu činil odpad v redonově drénu 120 ml. Všeobecná sestra pravidelně zapisovala přibývajícím množství do dokumentace. Na konci dne činil odpad 260 ml. Okolí rány bylo klidné, bez známek infekce. Pacient byl edukován o hygienických zásadách.

22. 1. 2019 – Druhý den od operace byly pacientovi nadále ponechány antibiotika po osmi hodinách, které všeobecná sestra aplikovala za aseptických podmínek do CŽK. Kanyla byla průchozí, nejevila známky infekce. Okolí centrální žilní kanyly bylo klidné. Transparentní krytí bylo ponecháno, bez výměny. Pacient si nestěžoval na pálení

či svědění okolo kanyly. Kůže byla fyziologického zbarvení, bez zarudnutí. Všeobecná sestra aplikovala parenterální výživu, která byla aplikována dle ordinace lékaře na 60 ml/hodinu. Všeobecná sestra u ranní vizity za odborného dohledu lékařů provedla převaz rány, která byla s mírným prosakem. Rána nejevila známky infekce. Byla klidná, bez patologického sekretu. Také zkontrolovala odpad v redonově drénu, ve kterém přibylo 50 ml. Byla provedena jeho výměna. Lékaři se rozhodli redonův drén ponechat do dalšího dne. Všeobecná sestra pečlivě kontrolovala přibývající množství, které na konci dne činilo 140 ml.

23. 1. 2019 – Všeobecná sestra zkontrolovala okolí CŽK, které bylo klidné. Nejevilo známky infekce, krytí nebylo třeba vyměňovat. Aplikovala parenterální výživu dle lékaře a antibiotika po osmi hodinách. Kanyla byla průchodná. Při ranní vizitě všeobecná sestra za asistence lékařů převázala ránu, která byla bez prosaku. V redonově drénu od předešlého dne nepřibyl žádný odpad, proto se lékaři rozhodli drén vytáhnout. Rána nejevila známky infekce. Okolí rány bylo klidné, bez zarudnutí. Pacient si nestěžoval na pálení či svědění okolo rány.

24. 1. 2019 – Po ranní hygieně pacienta sestra provedla výměnu transparentního semipermeabilního krytí, na které opět napsala datum expirace tedy 27. 1. 2019. Provedla kontrolu okolí místa vpichu, které bylo klidné a nejevilo známky infekce. Všeobecná sestra aplikovala antibiotika po osmi hodinách, dále parenterální výživu dle ordinace lékaře. Kanyla byla průchozí. Za pomoci lékaře provedla převaz rány. Rána byla klidná, okolí rány čisté bez známek infekce. Pacient si nestěžoval na pálení či svědění v okolí rány.

Hodnocení:

U pacienta se po dobu hospitalizace neprojevíly známky infekce. Okolí centrální žilní kanyly bylo klidné, bez zarudnutí a známek infekce. Kanyla se během hospitalizace převazovala jedenkrát z důvodu vypršení expirace. Rána na břicho byla klidná. Pacient si během hospitalizace nestěžoval na známky infekce. Všeobecná sestra pravidelně kontrolovala odpad z redonova drénu. Pravidelně zapisovala přibývající obsah. Cíle byly splněny.

RIZIKO PÁDŮ – 00155

Doména 11 – Bezpečnost – ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Riziko pádů je standardizovaný název ošetrovatelského problému dospělého nebo dítěte se zvýšenou náchylností k pádům, které mu mohou navodit zranění.

Rizikové faktory:

- akutní nemocnění
- pooperační stav
- zrakové potíže (krátkozrakost)
- nechutenství, slabost
- nevhodná obuv

Určující znaky:

- slabost
- únava
- zrakové potíže (krátkozrakost)

Očekávané výsledky:

- pacient bude znát rizikové faktory vzniku pádu ihned při přijetí na oddělení
- prostředí okolo pacienta bude bezpečné každý den
- denně bude kontrolován pacientův zdravotní stav

Intervence:

- zajisti bezpečné okolí pacienta během rehabilitace
- kontroluj pravidelně hodnoty TK dvakrát denně
- edukuj pacienta o rizikových faktorech pádu ihned po operaci
- edukuj pacienta o vhodné obuvi při přijetí na oddělení
- kontroluj pacientův zdravotní stav každý den

Cíl krátkodobý: U pacienta nedojde k pádu do pěti dní.

Cíl dlouhodobý: Pacient neupadne v nemocničním zařízení do konce hospitalizace.

Realizace:

20. 1. 2019 – První den hospitalizace byl pacient zcela soběstačný. Po oddělení se pohyboval samostatně bez pomoci ošetrovatelského personálu. Naměřená hodnota krevního tlaku při přijetí činila 128/85 mm/Hg. Při večerním přeměření byla hodnota 132/82 mm/Hg.

21. 1. 2019 – Ráno byl pacientovi všeobecnou sestrou změřen krevní tlak, jehož hodnoty byly 135/92 mm/Hg. Podstoupil operaci (ileocekální resekci), po které měl klidový režim na lůžku. Jelikož byl po celkové anestezii omámen, byly mu na obě strany postele přiděleny postranice z bezpečnostních důvodů. Pacient byl poučen o tom, že nebude v následujících hodinách vstávat z lůžka. Následně podepsal protokol, kde s klidovým

režimem souhlasil. Pohybový režim a nácvik sebeděče měl povolen až následující den. Při večerní kontrole krevního tlaku byla naměřená hodnota 130/78 mm/Hg.

22. 1. 2019 – První den po operaci se pacient učil s fyzioterapeutkou posazovat v lůžku. Nejprve mu vše vysvětlila teoreticky, poté si to pacient zkusil prakticky. Při posazování se pacientovi mírně zamotala hlava. Byla přivolána všeobecná sestra, která pacientovi změřila hodnotu krevního tlaku, která byla 105/56 mm/Hg. Pacienta ranní kolaps nerozhodil, proto si vyžádal fyzioterapeutku, aby to s ním zkusila ještě jednou. Před dalším pokusem byl všeobecnou sestrou pacient přeměřen. Hodnota činila 136/85 mm/Hg. Tentokrát to bylo lepší. Pacient byl stabilní. Hlava se nemotala. K pádu nedošlo.

23. 1. 2019 – Ranní hodnota krevního tlaku byla 128/84 mm/Hg. Čtvrtý den hospitalizace, tedy druhý den po operaci zkoušela fyzioterapeutka s pacientem chůzi v chodítku. Pacient se opět posadil v lůžku, při kterém bylo všechno v pořádku. Při vstávání z lůžka mírně zakolísal, avšak fyzioterapeutka byla pacientovi po ruce. Bylo vidět, že se chce pacient zlepšovat. Proto trénoval chůzi i sám, bez doprovodu fyzioterapeutky v chodítku. Večerní hodnota krevního tlaku dosahovala 132/79 mm/Hg.

24. 1. 2019 – Ranní i večerní hodnota krevního tlaku činila 125/85 mm/Hg. Pacient oznámil, že by rád vyzkoušel místo chodítka francouzské hole. Proto mu fyzioterapeutka zařídila kompenzační pomůcky a chodítko vyměnila. Nacvičila s ním chůzi, která pacientovi šla velice dobře. Jelikož byl pacient soběstačný, nepotřeboval od nikoho pomoc. Chodil pěkně. K pádu nedošlo.

Hodnocení: Pacientův stav byl po celou dobu hospitalizace kontrolován. Prostředí pro chůzi pacienta volila fyzioterapeutka vždy bezpečně. Všeobecná sestra pacienta vždy upozornila na kluzkou podlahu. Edukovala ho o možném pádu na kluzké podlaze. Cíle se podařilo splnit. U pacienta nedošlo k pádu během hospitalizace.

3.3 Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacient byl přijat 20. 1. 2019 pro udávání bolestí v oblasti břicha a poruchu defekace. Při přijetí podstoupil CT vyšetření břicha, které bylo stěžejní, pro rozhodnutí o provedení ileocekální resekce. Operace tedy proběhla 21. 1. 2019, neboť pacient musel projít řadou předoperačního vyšetření. Po operaci bylo všeobecnou sestrou stanoveno 11 aktuálních ošetrovatelských diagnóz a 4 potencionální ošetrovatelské diagnózy. V bakalářské práci byly podrobně zpracovány a rozepsány 2 ošetrovatelské diagnózy aktuální a 2 ošetrovatelské diagnózy potencionální. U všech diagnóz byly stanoveny očekávané výsledky spolu s krátkodobým a dlouhodobým cílem. Byly stanoveny ošetrovatelské intervence, na základě kterých proběhla realizace. Na závěr každé stanovené diagnózy proběhlo zhodnocení ošetrovatelské péče a vyvrácení či potvrzení stanovených cílů. Po dobu hospitalizace se některé cíle podařilo splnit částečně, některé se podařilo splnit úplně. Částečně, jelikož byl pacient nadále v péči lékařů.

Ošetrovatelská péče o pacienta probíhala během pěti dní. Pacient byl plně při vědomí. Byl orientován místem, časem i osobou. Spolupracoval se zdravotnickým personálem a nebránil se změnám v jeho stanovené medikaci. Také spolupracoval se svou manželkou, která ho chodila pravidelně navštěvovat. I ta se aktivně podílela na jeho péči a následné rekonvalescenci.

Po operaci byl pacientův stav stabilizovaný. Nedošlo ke komplikacím. Proto byl pacient zpět odvezen na standartní lůžkové oddělení. Zde byl dostatečně zaléčen. Pacient po propuštění do domácí péče bude od všeobecné sestry edukován o možném vzniku infekce v okolí rány. Bude edukován o dostatečné tělesné hygieně. Také bude pro propuštění z hospitalizace předán do péče gastroenterologa, kterého bude pravidelně navštěvovat.

3.4 Doporučení pro praxi

Crohnova choroba se řadí k onemocněním, které nelze zcela vyléčit. Avšak v současné době lze toto onemocnění natolik potlačit, že s ním mohou pacienti žít, aniž by si Crohnovu chorobu připouštěli. Aby se pacient dostal do bezpříznakového stádia, hraje zde velkou roli jeho pečlivost a vůle při dodržování všech nutných opatření, mezi které se řadí správná životospráva, vyloučení nadměrného stresu a v neposlední řadě dodržování medikamentózní terapie. Také doporučení pro praxi jak pro samotného pacienta, jeho rodinu či všeobecné sestry hraje důležitou roli.

Doporučení pro pacienta

- mějte dostatek informací o Crohnově chorobě
- dodržujte doporučený léčebný režim
- dodržujte správné stravovací návyky
- veďte si seznam jídel, která vám nevyhovují
- pravidelně chodte na prohlídky ke gastroenterologovi
- pravidelně užívejte předepsané léky
- vyhýbejte se většímu stresovému vypětí
- pečujte o svou duševní i fyzickou kondici
- dodržujte dostatečný pitný režim, který činí minimálně 2 litry tekutin denně

Doporučení pro rodinu pacienta

- sledujte pravidelné kontroly pacienta u gastroenterologa
- dohlížejte na pravidelné užívání léků
- povzbuzujte pacienta, buďte mu oporou
- začleňte pacienta do každodenních činností
- sledujte pacientovo chování, příznaky onemocnění

Doporučení pro všeobecné sestry

- mějte dostatek informací o Crohnově chorobě
- dostatečně edukujte rodinu pacienta o psychické podpoře
- mějte empatický přístup k pacientovi
- poskytněte pacientovi dostatek informací
- podporujte nemocného v jeho léčbě
- nabídněte pacientům dostupné webové stránky
- zodpovídejte pacientovi dotazy ohledně onemocnění

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla členěna na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části bylo hlavním cílem charakterizovat Crohnovu chorobu z hlediska medicínské problematiky a nahlédnutí do problematiky plodnosti u žen i u mužů. Byla zde popsána definice, příčiny vzniku, příznaky, diagnostika, její komplikace a léčba. Také zde bylo popsáno dietní opatření při onemocnění ve fázi remise i relapsu. Cíle pro teoretickou část byly splněny.

Druhá část bakalářské práce byla zaměřena na zpracování komplexního ošetrovatelského procesu u pacienta s Crohnovou chorobou v mladém věku. Hlavními cíly bylo detailně popsat a vyhodnotit komplexní ošetrovatelský proces u pacienta s tímto onemocněním. Cíle byly splněny.

Pacient byl přijat pro udávání bolestí břicha a nechutenství na interní gastroenterologickou kliniku v Brně. Po přijetí byl proveden sběr dat ze zdravotnické dokumentace a také za pomoci rozhovoru s pacientem. Byla provedena ošetrovatelská anamnéza dle koncepčního modelu Majory Gordon, ze které se vycházelo při stanovení ošetrovatelských diagnóz. Ty byly převážně stanoveny v den přijetí na oddělení a poté první operační den. Celkově bylo stanoveno 11 aktuálních a 4 potencionální diagnózy. V bakalářské práci byly podrobně rozebrány 2 aktuální a 2 potencionální ošetrovatelské diagnózy. Aktuální ošetrovatelské diagnózy nedostatečná výživa a akutní bolest byly rozpracovány dopodrobna, jelikož se jednalo o problém, které pacienta trápily nejvíce. Potencionální ošetrovatelské diagnózy riziko infekce a riziko pádu byly rozpracovány z důvodu aktuálního stavu pacienta. U každé z těchto diagnóz byly stanoveny cíle krátkodobé i dlouhodobé a očekávané výsledky. Dále byl sestaven plán ošetrovatelské péče, na jehož základě proběhla následná realizace a vyhodnocení ošetrovatelské péče. U všech rozebraných diagnóz byly krátkodobé cíle i očekávané výsledky splněny. U cílů dlouhodobých nedošlo ke splnění, jelikož byl pacient nadále hospitalizován. Proto se ve zvolených intervencích pokračovalo všeobecnou sestrou.

Výstup bakalářské práce je určen pro nelékařské zdravotnické pracovníky, kteří pečují o pacienty s Crohnovou chorobou. Také pro rodinu a blízké přátelé, kteří mají někoho ve svém okolí s tímto onemocněním.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANTOŠ, F., D. KACHLÍK a P. ŠLAUF, 2013. *Koloproktologie I.*, Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-13-6.

ČERMÁKOVÁ, Jitka, 2009. *Zásady stravování u pacientů s Crohnovou chorobou. Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry.* **19**(9), 37. ISSN 1210-0404.

ČERVENKOVÁ, Renata, c2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*, Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-600-7.

ČIERNA, Iveta a kol., 2015. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida u dětí a adolescentů*, Brno: Grifart. ISBN 978-80-905337-9-0.

FREJ, David a Jiří KUCHAR, 2016. *Zdravé střevo: komplexní prevence a terapie trávicích a střevních potíží a onemocnění*, Praha: Eminent. ISBN 978-80-7281-510-4.

HLAVATÝ, Tibor, 2013. *Život s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou: kniha o črevných zápalových ochoreniach pre pacientou*, Brno: Grifart. ISBN 978-80-905337-1-4.

HORÁK, Ladislav, 2013. *Praktická proktologie*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3595-5.

KOHOUT, Pavel, 2004. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*, Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-023-2.

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

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie 2., aktualizované vydání*, Havlíčkův Brod: Grada. ISBN 80-247-1284-9.

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

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

MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 80-247-1399-3.

- NAVRÁTIL, Leoš a kolektiv, 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*, Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0210-5.
- NEJEDLÁ, Marie a kol., 2010. *Klinická propedeutika*, Praha: Informatorium. ISBN 978-80-7333-078-1.
- PROCHÁZKOVÁ, Martina, 2018. *Crohnova nemoc*. (online). Praha: Ferring Pharmaceuticals. (cit. 20. 1. 2019). ISSN 1803-5485. Dostupné z: <https://www.strevni-zanety.cz>
- SOUČEK, M., J. ŠPINAR, P. SVAČINA, 2005. *Vnitřní lékařství pro stomatology*, Praha: Grada. ISBN 80-247-1367-5.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství I*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník 10. aktualizované vydání*, Praha: Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.
- VRÁNOVÁ, Dagmar, 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*, Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-788-1.
- ŽÁDOROVÁ, Zdena, 2018. Endoskopie u idiopatických střevních zánětů. *Postgraduální gastroenterologie & hepatologie*. 4(1), 22 – 26. ISSN 2336-4998.

PŘÍLOHY

Příloha 1: Test základních všedních činností dle Barthelové	I
Příloha 2: Ukázka jídelníčku na jeden den	II
Příloha 3: Rozjídací dieta	III
Příloha 4: Rešeršní protokol	IV
Příloha 5: Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	V

Příloha 1: Test základních všedních činností dle Barthelové (ADL)

	Činnost:		Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití		Samostatně bez pomoci	<u>10</u>
			S pomocí	05
			Neprovede	00
02.	Oblékání		Samostatně bez pomoci	<u>10</u>
			S pomocí	00
			Neprovede	00
03.	Koupání		Samostatně nebo s pomocí	<u>05</u>
			Neprovede	00
04.	Osobní hygiena		Samostatně nebo s pomocí	<u>05</u>
			Neprovede	00
05.	Kontinence moči		Plně kontinentní	<u>10</u>
			Občas inkontinentní	05
			Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice		Plně kontinentní	<u>10</u>
			Občas inkontinentní	05
			Inkontinentní	00
07.	Použití WC		Samostatně bez pomoci	<u>10</u>
			S pomocí	05
			Neprovede	00

08.	Přesun na lůžko, židli		Samostatně bez pomoci	<u>15</u>
			S malou pomocí	10
			Vydrží sedět	05
			Neprovede	00
09.	Chůze po rovině		Samostatně nad 50 metrů	<u>15</u>
			S pomocí 50 metrů	10
			Na vozíku 50 metrů	05
			Neprovede	00
10.	Chůze po schodech		Samostatně bez pomoci	<u>10</u>
			S pomocí	05
			neprovede	00

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2019

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	<u>96 – 100 bodů</u>

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta, 2019

Příloha 2: Ukázka jídelníčku na jeden den

Snídaně	Zelený čaj, rohlík, máslo, jogurt
Svačina	Švédský čaj, žemle, máslo
Oběd	Polévka rajská s rýží, pečené kuře, bramborová kaše, hlávkový salát
Svačina	Jablečná přesnídávka
Večeře	Karlovarský kotouč, dušená rýže

Zdroj: LUKÁŠ et al., 2004, s. 77

Příloha 3: Rozjídací dieta

1. den

Snídaně	2 kusy rohlíku, med nebo džem
Oběd	Kuřecí nebo zeleninový bujón, 2 kusy rohlíku
Večeře	2 kusy rohlíku, pudink

2. den

Snídaně	2 kusy rohlík, med nebo džem
Oběd	Dietní polévka, bramborová kaše, výživa
Večeře	2 kusy rohlík, šunka

3. den – dieta 5 (bezezbytková)

Zdroj: zdravotnická dokumentace, 2019

Příloha 4: Rešeršní protokol



Národní centrum ošetrovatelství a neblízkých zdravotnických oborů

Vinohradská 750, 602 00 Brno
IČ: 0003860, DIČ: CZ003860
IT: databáze knihy NCO NZO a Zdravě
www.ncozo.cz



Rešerše

Komplexní ošetrovatelský proces o pacienty s Crohnovou chorobou v mladém věku

Z databází: katalog knihovny NCO NZO Brno
Bibliographia medica Českoslovaca
CASLIN
Google Scholar
Google Knihy

Časový rozsah: 2005-2018

Celkový počet záznamů: 94

15.11.2018

Zpracovala: Michaela Musilová

Telefon:
543559111

Fax:
543211177

ID datové schránky:
a55vw2c

Příloha 5: Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/ podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelský proces o pacienta s Crohnovou chorobou v mladém věku v rámci studia/ odborné praxe.

V Praze dne 26. 4. 2019

podpis

