

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Ilona Tyburcová

**Ošetřovatelská péče o nemocného
s Crohnovou chorobou**

Nursing care of a patient with Crohn disease

Bakalářská práce

Praha, březen 2013

Autor práce:	Ilona Tyburcová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	PhDr. Marie Zvoníčková
Pracoviště vedoucího práce:	UK v Praze, 3.LFK, Ústav ošetrovatelství 3. LF
Odborný konzultant:	MUDr. Eva Ježková
Pracoviště odborného konzultanta:	Metabolická jednotka ON Kladno
Předpokládaný termín obhajoby:	červen 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 24. 3. 2013

Ilona Tyburcová

Poděkování:

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí práce PhDr. Marii Zvoníčkové za neocenitelnou pomoc svou vstřícností, ochotou a cennými radami při zpracování práce. MUDr. Evě Ježkové za čas, který strávila čtením a připomínkováním mé práce.

OBSAH

	OBSAH	5
1	ÚVOD	7
2	KLINICKÁ ČÁST	8
2.1	Historie Crohnovy nemoci	8
2.1.1	Charakteristika onemocnění Crohnovy nemoci.....	8
2.1.2	Incidence a prevalence Crohnovy nemoci.....	9
2.2	Klinický obraz Crohnovy nemoci	10
2.2.1	Klinický obraz Crohnovy nemoci v ileocekální oblasti	10
2.2.2	Klinický obraz Crohnovy nemoci v oblasti tenkého střeva	11
2.2.3	Klinický obraz Crohnovy nemoci v oblasti tlustého střeva	12
2.2.4	Klinický obraz oblasti Crohnovy nemoci v oblasti rekta a análního otvoru.....	12
2.2.5	Klinický obraz Crohnovy nemoci v atypické lokalizaci.....	12
2.3	Příčiny Crohnovy nemoci	13
2.3.1	Genetické faktory.....	13
2.3.2	Infekce	13
2.3.3	Vlivy vnějšího prostředí	14
2.3.3.1	Dieta	14
2.3.3.2	Zvýšená spotřeba cukru	15
2.3.3.3	Nižší spotřeba vlákniny	15
2.3.3.4	Vliv pracovního zařazení a sociální struktury	15
2.3.3.5	Vliv hormonální antikoncepce.....	15
2.3.3.6	Kouření cigaret.....	16
2.4	Komplikace Crohnovy nemoci	16
2.4.1	Gastrointestinální komplikace	17
2.4.2	Extraintestinální komplikace	18
2.5	Diagnostika Crohnovy nemoci	19
2.5.1	Anamnéza a fyzikální vyšetření nemocného	20
2.5.2	Laboratorní vyšetření	20
2.5.3	Morfologická vyšetření	21
2.6	Terapie Crohnovy nemoci	22
2.6.1	Konzervativní léčba	23
2.6.1.1	Nutriční postupy.....	23
2.6.1.1.1	Dieta.....	23
2.6.1.1.2	Umělá výživa	24
2.6.1.2	Farmakoterapie	24
2.6.1.3	Endoskopická léčba	26
2.6.1.4	Psychologická a sociální terapie	27
2.6.2	Chirurgická léčba.....	27
2.7	Prevence Crohnovy nemoci	27
2.8	Rizikové faktory	28

3	ANAMNÉZA.....	29
3.1	Údaje o nemocné	29
3.2	Osobní anamnéza	29
3.3	Rodinná anamnéza	30
3.4	Pracovní anamnéza	30
3.5	Sociální anamnéza	30
3.6	Gynekologická anamnéza	30
3.7	Farmakologická anamnéza	30
3.8	Alergologická anamnéza	31
3.9	Nynější onemocnění	31
3.10	Vyšetření	31
3.11	Terapie	31
4	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	32
4.1	Ošetřovatelský proces	32
4.1.1	Fáze ošetřovatelského procesu	32
4.2	Ošetřovatelský model	33
4.2.1	Výběr ošetřovatelského modelu	33
4.2.2	Charakteristika modelu Marjory Gordonové	33
4.3	Ošetřovatelská anamnéza	35
4.4	Ošetřovatelské diagnózy	42
4.4.1	Akutní bolest v pravém hypogastriu v důsledku zánětlivého onemocnění.....	43
4.4.2	Zácpa v důsledku anální stenózy	44
4.4.3	Riziko vzniku infekce a dislokace periferního žilního katetru	47
4.4.4	Snížený příjem tekutin z důvodu bolesti v pravém hypogastriu	49
4.4.5	Neznalost prostředí a chodu oddělení.....	52
4.5	Dlouhodobý plán péče	54
	Hodnocení psychického stavu nemocného	55
4.7	Edukace nemocného a jeho rodiny	55
4.8	Závěr z hlediska prognózy	56
5	SOUHRN	57
6	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
7	POUŽITÉ ZKRATKY	63
8	SEZNAM PŘÍLOH	65

1. Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila popis ošetrovatelské péče o ženu s Crohnovou nemocí. Crohnova nemoc je zánět trávicí trubice, kdy může být zasažena kterákoliv část zažívacího traktu. Toto onemocnění především postihuje osoby mladšího věku. První příznaky tohoto onemocnění se nejčastěji projevují v období dospívání a mladém dospělém věku. Tato nemoc zasahuje do celkového života nemocných. Dotýká se jejich života ve všech oblastech jejich bytí. Zasahuje do společenských, rodinných, sexuálních, pracovních aktivit. Každý, kdo onemocní Crohnovou nemocí, musí svůj život přizpůsobit určitým omezením. Není to jen na samotném nemocném, ale záleží také na pomoci rodiny a blízkého okolí. Příčina vzniku Crohnovy nemoci není dosud známa a prokázána. Za pravděpodobný rizikový faktor onemocnění je považována strava, kdy nemocní mají nižší spotřebu zeleniny a ovoce a naopak více konzumují maso, mléko a vejce. Předpokládá se, že na vzniku onemocnění se dále podílí infekce, nepravidelná pracovní doba, stres, hygienické návyky, alergie. Pro Crohnovu nemoc je typické střídání období klidu, tzv. remisí a obdobím vzplanutím dalších příznaků nemoci tzv. relapsy. Pro každého pacienta s Crohnovou nemocí je důležitý partnerský vztah s lékařem, který by mu měl být oporou při řešení životních situací. Pacienti s prokázanou Crohnovou nemocí by měli být dispenzarizováni a snažit se o dodržování léčebného režimu.

2. Klinická část

2.1 Historie Crohnovy nemoci

Již koncem 19. století byly popsány kazuistiky nemocných s bolestmi břicha, průjmy, hubnutím a horečkami. Počátkem 20. let se v newyorské nemocnici Mount Sinai zabývalo několik pracovníků problematikou zánětlivých onemocnění. Byly vytvořeny pracovní skupiny, které sledovaly nemocné se zánětlivým onemocněním střev. Byl vytvořen soubor 14 pacientů s granulomatózním zánětem terminálního ilea a následně byla připravena publikace do časopisu JAMA. Podle tehdejších pravidel byli autoři seřazeni podle abecedního pořádku počátečního písmena příjmení a nikoliv podle podílu, který měli na vzniku publikace. (1, s. 27)

Náhoda přihrála B.B. Crohnovi, aby se navždy spojila s jeho jménem.

Do konce 50. let se, mělo za to, že regionální enteritida je jedinou lokalizací CN. Až práce Brookovy, Moorsonovy a Lockhart- Mummeryho v letech 1959-1960 definitivně prokazují, že onemocnění postihuje též tlusté střevo. V dalších letech se ukázalo, že se jedná o onemocnění, které postihuje jakoukoliv část trávicí trubice a dokonce jsou popsány případy CN mimo lokalizaci trávicí trubice. (1, s. 28)

V 60. letech publikovali své zkušenosti klinické, histologické, rentgenologické s CN na tenkém a tlustém střevě Herfort, Mařatka, Kudrman a Čapek. Počátkem 90. let se ukázalo, že se jedná o heterogenní onemocnění s rozličnou lokalizací, projevy a komplikacemi.

2.1.1 Charakteristika onemocnění Crohnovy nemoci

Crohnova nemoc je chronický nespecifický zánět tenkého nebo tlustého střeva nebo obou (nebo některé části trávicí trubice), segmentální nebo plurisegmentální, transmurální, v typických případech granulomatózní.

CN patří spolu s ulcerózní kolitidou mezi idiopatické střevní záněty neznámého původu. Idiopatické střevní záněty se též označují anglickou zkratkou IBD- Inflammatory Bowel Diseases. Hlavními symptomy jsou bolesti v oblasti dutiny břišní, průjemy, které nemusí, ale mohou obsahovat stopy krve. Mezi příznaky mimo trávicí ústrojí patří kožní léze, artritidy, výskyt aftů v dutině ústní.

Tento druh onemocnění se vyskytne, pokud funkcí imunitního systému dojde k narušení trávicího ústrojí a tím vzniku zánětu. Přestože příčina choroby není známa, usuzuje se, že se jedná o nemoc autoimunitního charakteru. Postihuje nejčastěji oblast přechodu tenkého a tlustého střeva (tzv. ileocekální oblast), následuje postižení tračnicku (tlustého střeva), lačnicku (tenkého střeva), oblast konečnicku a nejméně častou lokalizací je jícen, žaludek, dvanácterník. Oblasti postižení se mohou kombinovat a vyvíjet. Onemocnění postihuje trávicí trubici nesouvisle, zdravé úseky sousedí s úseky postiženými. (2, s. 13)

2.1.2 Incidence a prevalence Crohnovy nemoci

Incidence je statistický ukazatel v epidemiologii, podíl počtu nově hlášených nemocných jedinců za dané časové období (nových případů) a počtu všech jedinců ve sledované populaci. Poukazuje na dynamiku onemocnění v populaci. Prevalence popisuje daný stav v určitý čas.

Incidence a prevalence v zemích, kde byly prováděné studie u nemocných s CN kolísají v závislosti na řadě činitelů, jako je socioekonomická struktura společnosti, věk, životospráva, životní styl, geografická poloha, rasová nebo etnická příslušnost. CN má vysokou incidenci v severní Evropě a USA. Mezi země s nejvyšším výskytem patří USA, Velká Británie a Švédsko. Z posledních studií, přednesených na 5. mezinárodní konferenci z dubna 2010 vyplývá, že incidence a prevalence se nadále zvyšuje v oblastech, které v minulosti byly považovány za oblasti s nízkou incidencí.

Jedná se o oblast Východní Asie, Latinské Ameriky, Indie a východní Evropy. (3)

V České republice je incidence 1,7-2/100000 obyvatel. Jsou nalézány geografické variace. CN se častěji vyskytují na severu než na jihu a častěji u obyvatelstva městského než venkovského. Vrchol začátku CN je nejčastěji v období dospívání a v mladém dospělém věku. Vyskytují se rasové rozdíly - nemoc se projevuje častěji u bělošského obyvatelstva než u černošského. Vyšší incidence je u židovského obyvatelstva. Onemocnění má familiární výskyt v 15-20 %. (2, s. 16-17)

2.2 Klinický obraz Crohnovy nemoci

2.2.1 Klinický obraz ileocekální oblasti

Crohnova nemoc může postihnout kteroukoliv část trávicí trubice. Oblast ileocekální je klasickým predilekčním místem Crohnovy nemoci (oblast přechodu tenkého a tlustého střeva), následují postižení tračnicku, lačnicku, oblast konečníku a nejméně častou lokalizací je jícen- žaludek-dvanáctník. Zánět postihuje celou střevní stěnu – tedy sliznici, podslizniční vazivo, svalovinu a serosu. Vzhledem k postižení celé střevní stěny mohou vznikat lokální komplikace jako píštěle, abscesy nebo stenózy.

Nemoc se projevuje v této lokalizaci bolestí břicha, průjmy a zvýšenou teplotou. Délka trvání obtíží před stanovením diagnózy se pohybuje v řádech měsíců, někdy i několika let. Postihuje především mladé lidi, kteří mají řadu let obtíže, ale nepřikládají těmto obtížím důležitost. Většinou přicházejí k lékaři až se zhoršujícími se obtížemi. Obvykle pozorují výrazné hubnutí, trpí bolestmi břicha a mají průjmovité stolice. Zánět v oblasti ileocekální vytváří stálé tlakové bolesti v pravém podbříšku.

V době zhoršování dlouhodobé bolesti nabývají křečovitý charakter s lokalizací kolem pupku a vystupňovanými střevními zvuky, nadýmáním, flatulencí a říháním. Obvykle se současně objevují i průjmy. (1, s. 116)

Tlakové bolesti se většinou objevují do 1 h po jídle. Nemocní mají většinou bledý kolorit kůže, sliznic a sklér vzhledem k anémii, projevy sideropenie jako je padání vlasů a zvýšená lomivost nehtů.

Celkově jsou nemocní vyhublí, trpící proteinovou a energetickou malnutricí. Na břicho je v typickém případě hmatná rezistence v pravé jámě kyčelní díky zánětlivým infiltrátům. Nemocní si často stěžují na bolesti okolo análního otvoru nebo mohou být přítomny bolestivé anální fisury či perianální píštěle či abscesy. Nemocný má zvýšenou tělesnou teplotu, při vzniku abscesu vysoké horečky. V laboratorním nálezu bývají vysoké známky zánětlivých markerů (CRP).

2.2.2 Klinický obraz Crohnovy nemoci v oblasti tenkého střeva

Rozlišujeme dvě oblasti postižení. První postihuje terminální ileum (viz kapitola výše) a druhá orální ileum a jejunum. Typickým projevem je střevní dyspeptický syndrom se známkami malnutrice a intermitentními bolestmi břicha. Nebývají u nich v popředí průjmy, stolice bývá řidší, ale i formovaná a nejsou obvykle patrné klinické ani laboratorní známky zánětu. (1, s. 118)

Pacienti mají obvykle sníženou chuť k jídlu, trpí nadýmáním, říháním, zvýšeným odchodem větrů, škroukáním a přeléváním střevního obsahu, většinou 1-2 hodiny po jídle.

2.2.3 Klinický obraz Crohnovy nemoci v oblasti tlustého střeva

Zánětlivá ložiska jsou pouze na jedné straně střeva (erytém sliznice, aftoidní vředy, hluboké podélné vředy). Zánět může zasahovat pouze povrchové vrstvy sliznice nebo může být transmurální, vede k píštělím a stenózám. Objevují se hnisavé procesy v oblasti perianální. Dominují průjmy, bolesti břicha a enteroragie. Časté jsou mimostřevní projevy nemoci v podobě episkleritidy, keratokonjunktivitidy, bývají přítomny artritidy.

2.2.4 Klinický obraz Crohnovy nemoci v oblasti rekta a análního otvoru

Lokalizace bývá v současném postižení anorektální oblasti a tlustého střeva. Projevy jsou kožní léze, změny v dolní části análního otvoru. Kožní léze se projevují macerací kůže, erozemi, vředy, abscesy a píštělemi. Následkem těchto defektů a hnisavých procesů jsou stenózy rekta.

2.2.5 Klinický obraz Crohnovy nemoci v atypické lokalizaci

Nejčastější postižení mimo tlusté a tenké střevo bývá v oblasti duodena, žaludku a jícnu. Symptomatologie záleží na postiženém orgánu. Projevem jsou dysfágie s hmotnostním úbytkem. Mohou se objevit nehojící se vředy, pocity plnosti po jídle, nauzea, zvracení. Stenózy a píštěle vedou k projevům maloabsorbce s nadýmáním a hmotnostním úbytkem.

2.3 Příčiny Crohnovy nemoci

Příčiny vzniku Crohnovy nemoci zůstávají dosud nejasné. S rozvojem medicíny a přírodních věd se měnil pohled na etiologii tohoto onemocnění. V současnosti se nejvíce hovoří o vlivech genetických, faktorech vnějšího prostředí a infekce.

Studie v posledních letech zkoumají kvalitu jakosti pitné vody, kvalitu ovzduší, vliv kouření v kombinaci s užíváním HAK, apendektomii jako možný rizikový faktor vzniku CN(3)

2.3.1 Genetické faktory Crohnovy nemoci

O důležitosti genetických vlivů se hovoří především v návaznosti na vysoký familiární výskyt této nemoci, existenci familiárního výskytu některých laboratorních markerů (např. ANCA, ASCA, IgG, ABBA protilátky), vysoké frekvenci vzniku nemoci v dětském věku v rodinách s familiárním výskytem těchto chorob. V roce 1996 Hugot objevil mutaci v lidském genomu na chromozomech 1 a 16. Dříve označovaná NOD-2 mutace (nyní CARD 15). Tento gen není příčinou Crohnovy nemoci, ale vyskytuje se častěji u jedinců s Crohnovou chorobou.

2.3.2 Infekce

V současnosti není znám mikrob, který by byl odpovědný za chronický zánět střeva. Domněnkou zůstává, že spouštěcím zevním faktorem mohou být antigeny z vlastních střevních bakterií v trávicím traktu, které při setkání s vnitřním genetickým faktorem mohou spustit kaskádu, vedoucí k vzniku chronického zánětu trávicí trubice.

Mikrobiální osídlení střeva je podmínkou, aby k chronickému zánětu došlo. Poznatky z experimentálních modelů kolitid ukázaly, že pro vznik Crohnovy nemoci mají význam především anaerobní bakterie (Bacteroides). Aerobní bakterie se uplatňují v etiologii a patogenezi zánětů. Anaerobní bakterie indukují tvorbu zánětlivých mediátorů, jež podporují zvýšenou tvorbu kolagenních depozit ve stěně střeva. Některé kmeny *Eischeria coli* izolované z terminálního ilea nemocných s Crohnovou chorobou produkují cytotoxiny, které poškozují intestinální bariéru se všemi důsledky. (4, s. 20-21).

V posledních letech se epidemiologové zabývají o *Mycobacterium avium subspecies paratuberculosis* (MAP) jako možného primárního patogenního agens, vyvolávající CN či jako průkazného patogena CN. Tyto studie nadále pokračují. U lidí s Crohnovou nemocí byla 7x větší pravděpodobnost výskytu MAP v krvi nebo ve tkáni (3).

2.3.3 Vlivy vnějšího prostředí

2.3.3.1 Dieta

Potrava je nejdůležitější komponenta zevního prostředí, která přichází do úzkého kontaktu s vnitřním prostředím organismu, včetně imunitního systému trávicího traktu. Úpravou a zpracováním jídla dochází k fyzikálním a chemickým změnám vlastností potravy, a tím i ovlivňuje funkci a odolnost střeva. Dietní návyky lidí se během posledních 50 let výrazně změnily. Změnila se technologie zpracování, přípravy a uchování potravy. Dle nárůstu incidence CN podporuje představu, že dietní návyky, úprava stravy, zpracování potravy se mohou podílet na vzniku zánětlivého onemocnění.

2.3.3.2 Zvýšená spotřeba cukru

Spotřeba rafinovaného cukru, zvláště sacharózy je výrazně zvýšena v porovnání se zdravými jedinci dle studií od poloviny 70. let do počátku 90. let. Denní spotřeba cukru se pohybuje okolo 100 g denně. Otázkou dosud nevyřešenou je, zda spotřeba cukru je příčinou vzniku, podpůrným faktorem či průvodním jevem vlastního onemocnění.

2.3.3.3 Nižší spotřeba vlákniny

Studie prokazují snížení denní spotřeby hrubé vlákniny, syrové zeleniny a ovoce.

Vláknina ovlivňuje metabolismus a funkci tenkého a tlustého střeva. Proto se její nedostatek může podílet na etiopatogenezi zánětlivých onemocnění střev. (1, s. 65)

2.3.3.4 Vliv pracovního zařazení a sociální struktury

CN se často vyskytuje u lidí s dobrou nebo vyšší socioekonomickou úrovní. Predisponujícími faktory mohou být sedavá práce v kanceláři či náročné zaměstnání s častými stresy.

2.3.3.5 Vliv hormonální antikoncepce

U hormonální antikoncepce je známá schopnost stimulovat trombogenezi. Přechodná ischemizace střeva by mohla porušovat integritu sliznice, a tak umožňovat vstřebávání některých lumenálních antigenů a podílet se na rozvoji zánětu. (1, s. 66)

2.3.3.6 Kouření cigaret

Změnou životního prostředí a životního stylu je vysoká pravděpodobnost vzniku Crohnovy nemoci. Kouření cigaret je nepříznivým faktorem u Crohnovy choroby, nezávislým rizikovým faktorem relapsu, zvláště u osob, u kterých byla předcházející remise navozena medikamentózní terapií. Kouření cigaret může svým dráždivým účinkem na sliznice, a to nejen respiračního ústrojí, vyvolávat hypersekreci hlenu v trávicí trubici. U CN , kde jsou prokazovány vaskulitické změny v oblasti arteriol, se může kouření uplatňovat jako zhoršující faktor tím, že indukuje vznik drobných trombóz v těchto cévách a může dále zhoršovat perfúzi střevní stěny. (1, s. 66-68)

2.4 Komplikace Crohnovy nemoci

Komplikace u Crohnovy nemoci se rozdělují na gastrointestinální a extraintestinální. Gastrointestinální komplikace rozdělujeme na lokální komplikace 2 skupin. První vyplývají z prudkého průběhu, jsou vyvolány progresí zánětlivého procesu do hlubších vrstev stěny. Patří sem toxické megakolon, perforace střeva a masivní krvácení. Druhou skupinou jsou komplikace představující trvalé následky chronického onemocnění, jsou výsledkem reparačních pozánětlivých pochodů ve tkáni, patří sem vznik dysplazií, stenózy střeva a vznik píštělí.

2.4.1 Gastrointestinální komplikace

Komplikace spojené s prudkým průběhem onemocnění:

masivní krvácení – krevní ztráty, které vyžadují podat více než čtyři krevní konzervy.

toxické megakolon – smrtící komplikace na podkladě destrukce nervové pleteně zánětem progredujícím do hlubších vrstev stěny střeva, vyznačující se naprostou ztrátou napětí svaloviny, vymizení střevní peristaltiky a vznik paralytického ilea s hromaděním velkého množství plynu ve střevě a následnou dilatací tračníku.

perforace střeva – dochází k proděravění stěny střeva s následnou volnou komunikací s peritoneální dutinou.

Komplikace spojené s chronickým průběhem onemocnění:

dysplazie a vznik kolorektálního karcinomu - změny v mikroskopickém uspořádání tkáně - při dysplazii jsou patrné abnormality ve tkáni, která si zachovává původní charakter. Dysplastický epitel tedy vykazuje změny oproti epitelu normálnímu, nejde však o změny nádorové, avšak na jejich podkladě se může nádor vyvinout.

stenóza – zúžení střevního průsvitu, se zhoršenou průchodností tráveniny (subileus), s možností úplného uzavření střeva s následnými projevy střevní neprůchodnosti (ileus) na podkladě otoku střevní sliznice při akutním zánětu či vazivovém zjizvení při hojení.

píštěle – novotvořené spojky mezi jednotlivými střevními kličkami (enteroenterální či enterokolická píštěl), či mezi střevem a jinými orgány (např. pochva (enterovaginální píštěl) nebo močový měchýř (enterovesikální), mezi střevem a povrchem těla (enterokutánní), v komunikaci s konečníkem (rektovaginální, rektokutánní, v okolí konečníku a řitního otvoru (periproktální, perianální).

abscesy – dutiny vyplněné hnisem, které se vytvářejí v břišní dutině- mezi střevními kličkami, v oblasti hýžd'ových svalů či jinde v okolí konečníku. (5, s. 32-33)

2.4.2 Extraintestinální komplikace

Komplikace s projevem nebo postižením jiných orgánů mimo střevo.

Mohou postihovat klouby, kůži, sliznici, oči, cévní systém, játra, žlučový systém, ledviny, srdce.

Revmatologické komplikace

Prudce probíhající zánět infekční nebo neinfekční etiologie může indukovat zánětlivé změny na kloubech axiálního nebo periferního skeletu.

Artritida- postihující asymetricky střední a velké klouby, nejčastěji kloub hlezenní a kolenní. Zánět se projevuje výraznými bolestmi, zhoršujícími se při pohybu.

Spondylartritida – postižení páteře, s destrukcí obratlů, projevující se vleklými bolestmi zad.

Kožní projevy

Pyoderma gangrenosum – nehojící se hnisavé rány

Erythema nodosum – vznik bolestivých uzlů rudé barvy

Afty- tvorbou bělavých puchýřků na sliznici dutiny ústní.

Oční projevy- záněty spojivek, bělma, duhovky i sítnice.

Urolitiáza- tvorba ledvinných kamenů, způsobená zvýšeným vstřebáváním solí kyseliny šťavelové.

Tromboembolické komplikace- ucpání cévy (trombóza) s možností vmetení sraženiny do plicnice (embolie do plicnice).

Deficit magnézia, zinku a selenu- nedostatečné vstřebávání těchto látek sníženým příjmem nebo zvýšenými ztrátami trávicími sekrety.

Osteoporóza- řídnutí kostí při sníženém vstřebávání vápníku a vitamínu D. (5, s. 34-35)

2.5 Diagnostika Crohnovy nemoci

Crohnova nemoc je nemocí celoživotní, nelze ji definitivně vyléčit. Její diagnostika se proto opírá o stanovení diagnózy, odlišení od jiné zánětlivé nemoci střev a podle možností rozpoznat od Ulcerózní kolitidy. Pravidelným dispenzárním systémem kontrol lze zjistit, jak se nemoc vyvíjí, jak se mění rozsah postižení, reakci nemocných orgánů na léčbu a zjistit, zda nedochází k vývoji komplikací onemocnění.

2.5.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření nemocného

Anamnézou získáváme údaje od pacienta. Sběr dat zahrnuje rodinnou, sociální, pracovní, farmakologickou, sociální, alergologickou anamnézu. Fyzikálním vyšetřením, vyšetřením s použitím smyslů- pomocí pohledu, poslechu, poklepu, pohmatu a vyšetřením per rectum získáváme informace o zdravotním stavu nemocného. Fyzikální vyšetření sleduje výskyt extraintestinálních příznaků typických na kůži, sliznici, očích či kloubech.

2.5.2 Laboratorní vyšetření

Úkolem laboratorního vyšetření je provedení diferenciální diagnostiky jiného střevního onemocnění, vyloučení přítomnosti infekce, která by mohla idiopatický střevní zánět napodobit či komplikovat. Dalším úkolem je zhodnotit stav laboratorní zánětlivé aktivity nemoci a přítomnost výživových komplikací.

U CN se objevuje anemie, snížená hladina Fe v séru, zrychlená FW, zvýšená hladiny leukocytů a trombocytů, což je typické pro aktivní zánět.

Při rozsáhlém postižení střeva zánětlivým onemocněním dochází k maloabsorbčnímu syndromu na podkladě poruchy vstřebávání živin potřebných pro tělo pacienta a následným otokům. Bývá snížena hladina bílkovin dalších ukazatelů výživy (albumin, prealbumin) v séru. K vyloučení infekčního původu střevního zánětu je vhodné provést mikrobiologické a parazitologické vyšetření stolice.

Přesná diagnostika a rozlišení idiopatických střevních zánětů je důležitá pro naplánování strategie léčby.

2.5.3 Morfologická vyšetření

Jsou to vyšetření, která představují vyšetření orgánů trávicí trubice. Důležité je zmapovat tračník, lačník, oblast jícnu a žaludku.

K získání diagnózy je možné využít **endoskopická vyšetření, rentgenologická vyšetření, ultrazvuková** a ostatní zobrazovací vyšetření.

Endoskopické vyšetření - vyšetření trávicí trubice ohebným či tuhým přístrojem s odběrem vzorku tkáně na histologické vyšetření- biopsii. Endoskopická vyšetření jsou velmi důležitá pro klasifikaci slizničních zánětlivých změn v trávicí trubici a hodnocení účinnosti léčby na jejich hojení.

Gastroskopie - endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanácterníku.

Enteroskopie - vyšetření tenkého střeva ohebným přístrojem.

Rektoskopie - vyšetření konečníku tuhým přístrojem, kterým vyšetříme 20-25 cm konečníku od svěračů.

Sigmoideoskopie - vyšetření konečníku a esovité kličky ohebným přístrojem.

Koloskopie - vyšetření celého tlustého střeva, kterým lze kompletně zhodnotit stav sliznice konečníku, tlustého střeva a terminálního ilea.

Virtuální chromoendoskopie - endoskopie , která se opírá o počítačovou barevnou technologii, která zvyšuje kontrast slizničních detailů. Je to moderní endoskopická metoda s vysokým rozlišením. Je nepochybným diagnostickým přínosem v identifikaci slizničních změn v oblasti jícnu, žaludku a střev. (6, s. 141)

Ze studií prováděných v USA se zkoumala užitečnost tohoto vyšetření v diagnostice CN. K detekci CN a diferenciací mezi CN a ulcerosní kolitidou na duodenu se tato metoda jeví jako vhodná díky vysokému rozlišení. (7, s. 122 - 123)

Ultrazvukové vyšetření břicha - ultrazvukové vyšetření trávicí trubice využívá různé schopnosti tkání propouštět či odrážet zvukové vlny. Tímto vyšetřením můžeme odhalit infiltráty v břiše, posoudit tloušťku stěn jednotlivých úseků střeva.

Rentgenologické vyšetření břicha - s použitím kontrastní látky používáme k zobrazení jednotlivých úseků střeva. **Irigoskopie** - kontrastní vyšetření tlustého střeva pomocí nálevu kontrastní látky konečníkem. **Enteroklýzou** - kontrastní látka podávána tenkou sondou zavedenou do tenkého střeva, lze zobrazit možná zúžení střeva či vznik píštěle mezi jednotlivými úseky trávicí trubice. **Fistulografií** zobrazení píštěle podáním kontrastní látky do ústí píštěle.

Vyšetření břicha CT - při podezření na nitrobřišní abscesy, kombinujeme s CT enteroklýzou (podáním kontrastní látky do tenkého střeva sondou).

K přesnému průběhu píštělí využíváme **MR**, nejlépe v oblasti konečníku.

2.6 Terapie Crohnovy nemoci

V případě prokázání Crohnovy nemoci se léčba konzultuje a řídí gastroenterologem nebo vybraným gastroenterologickým pracovištěm. Volí se individuální postup léčby, nejvhodnější v každém jednotlivém případě. Nemocný je pravidelně podrobován kontrolám u gastroenterologa, který vyhodnotí výsledky léčby. Léčba zahrnuje léčbu konzervativní a chirurgickou. Léčba IBD se liší dle aktivity onemocnění, podle odpovědi na léčbu, zda léčíme akutní vzplanutí nemoci (relaps) či nemoc v klidovém stadiu (remise).

2.6.1 Konzervativní léčba

Léčba konzervativní zahrnuje podávání léků s protizánětlivým, protibakteriálním účinkem, léčbu dietou, podávání parenterální výživy nebo působením psychoterapeutickými prostředky. Metody léčby se kombinují a časově korigují dle aktuálního stavu pacienta.

2.6.1.1 Nutriční postupy

2.6.1.1.1 Dieta

U pacientů s CN jsou doporučena vhodná dietní opatření, ale neexistuje takové složení a úprava stravy, které by prokazatelně pozitivně působily na toto onemocnění. Vhodnými dietními opatřeními lze zlepšit u pacienta stav výživy a tím i průběh léčby. Ve stadiích malnutrice může úprava diety posloužit jako opatření pro její řešení, doplnit minerály a živiny, které pacient v průběhu relapsu onemocnění není schopen absorbovat, či ztratí stolicí. Nutností u těchto pacientů je zhodnocení nutričního stavu a podání plnohodnotné diety, která doplní důležité živiny pacientovi, který je touto nemocí ztratil nebo je potřebuje pro normální funkci metabolismu. Dieta se neliší od racionální diety, pouze omezuje různé důležité živiny.

Dieta by měla být vždy lehce stravitelná, v akutní fázi s omezením nerozpustné vlákniny - tzn. čerstvé zeleniny, ovoce a luštěnin, preferovány jsou polysacharidy na bázi škrobů. (4, s. 76-77)

Dieta by měla obsahovat plnohodnotné bílkoviny, tzn. lehce stravitelná masa (bílá masa- ryby, drůbež), vejce, mléko, mléčné výrobky. V dietě by mělo být omezeno množství nasycených tuků a cholesterolu. Naopak by měla obsahovat dostatek vitamínů a minerálních látek.

2.6.1.1.2 Umělá výživa

Umělou výživu je nutné podat, pokud příjem potravy cestou perorální není dostatečný. Umělá výživa slouží ke zlepšení zdravotního stavu pacienta, což vede k lepší odpovědi na léčbu, snížení počtu komplikací. Umělá výživa se u nemocných s CN používá i k navození střevního klidu, při kterém pacient dostává pouze umělou výživu. Je podávána parenterální cestou (do žilního systému) nebo enterální cestou (do střeva). Dochází ke snížení příjmu antigenů, které nemocný přijímá s potravou. Enterální výživa může být podávána sondou do žaludku (nasogastrická) či sondou do tenkého střeva (nasojejunální sonda). Enterální výživu lze podávat i v domácím prostředí pod kontrolou lékaře. U nemocných s CN je možné podání doplňků výživy s kompletním složením sacharidů, tuků, bílkovin, minerály, vitamínů a stopových prvků - sipping (Nutridrink, Fresubin, Resource).

2.6.1.2 Farmakoterapie

Při léčbě CN využíváme preparátů kyseliny 5- aminosalicylové (5-ASA), které podáváme enterálně v podobě tablet nebo lokálně v klysmatech nebo čípcích. K léčbě jsou dále využívány účinky kortikoidů (kortikosteroidy), které mají účinky protizánětlivé a imunosupresivní. Podávají se perorálně nebo intravenózně. Intravenózní podání vede k systémovému účinku (na celý organismus). Využívají se i místně, které působí cíleně v místě zánětu. Imunosupresiva jsou látky, které potlačují imunitní odpověď. Odpověď obranného imunitního systému lidského těla na tělu cizí látky, toxiny, bakterie). Využívány jsou látky s protibakteriálním účinkem, antibiotika, chemoterapeutika, případně probiotika, která dodávají organismu živou mikrobiální flóru.

Aminosalicyláty

Do této skupiny řadíme léky, které obsahují kyselinu aminosalicilovou (5-ASA)- sulfasalazopyridin a mesalazin. Tyto léky ovlivňují zánětlivou odpověď v místě zánětu sliznice střeva. Jejich hlavní indikací je léčba udržovací tak i léčba indukční. Preparáty 5- ASA se liší podle místa působení a rozsahu postižení. Pro oblast konečníku a esovité kličky se používají klysmata a čípky. Pro zbylou část trávicího traktu se volí perorální podání. Pro celé tenké i tlusté střevo je vhodným lékem **Pentasa**, pro oblast ilea a počátek tlustého střeva tablety **Asacol, Salofalk, Sulfasalazin**. U Sulfosalazinu, který obsahuje ještě sulfapyridin je větší pravděpodobnost vzniku nežádoucích účinků.

Kortikoidy

Kortikoidy neboli kortikosteroidy jsou hormony kůry nadledvin. Využívají se především v akutní fázi onemocnění, pro udržovací léčbu jsou nevhodné. Léky jsou to velice účinné, ale s velkým množstvím nežádoucích účinků - vzniku osteoporózy, možnost vzniku DM, akné, ztloustnutí a minerálnímu rozvratu. V akutním stadiu nemoci rychle navozují zklidnění stavu. Kortikoidy je možné podávat jak perorálně tak lokálně.

Imunosupresiva

Jsou to látky, které blokují činnost imunitního systému, který je odpovědný za obranu organismu před cizorodými látkami. Azathioprin, 6-merkaptopurin, metotrexát a cyklosporin patří k základním imunosupresivům v léčbě CN. Účinky cyklosporinu nastupují rychle, proto se využívá u akutních fází nemoci. Ostatní imunosupresiva působí až po několikaměsíčním užívání, proto jsou vhodná k udržovací léčbě CN.

Biologická léčba

Biologická léčba se využívá v terapii CN u pacientů, kteří mají těžký průběh onemocnění, u nemocných s kortikorezistencí a nemocných s fistulizující formou CN. Jsou to látky různého složení a mechanismu účinky, které zasahují do imunitních a zánětlivých dějů. Jedná se o látky na bázi biologických produktů, tedy produktů živé přírody. Jako produkty živých organismů obsahují biologické přípravky látky, které mohou navodit alergickou reakci. Z léků je nejčastěji využíván infliximab (Remicade) a adalimumab (Humira).

Protibakteriální léky

Účinky protibakteriálních léků (antibiotika, chemoterapeutika) jsou především ve snižování množství antigenů a tím i možné vyvolávající momenty zánětu, mohou měnit obsah a složení bakterií ve střevě. Využívají se přípravky chinolonové řady - ***Ofloxacin, Ciprofloxacin*** a chemoterapeutikum - ***Metronidazol***.

Probiotika

Preparáty, které obsahují živé mikroby, mají pozitivní účinek na zdravotní stav pacienta. Užíváním probiotik dochází ke změně střevní mikroflory.

2.6.1.3 Endoskopická léčba

Pomocí endoskopických vyšetření mohou být provedeny léčebné výkony na trávicím traktu např. polypektomie nebo dilatace stenóz.

2.6.1.4 Psychologická a sociální terapie

U nemocných s CN je důležitá pomoc psychologická a sociální. Mnoho nemocných s CN má psychické a psychosociální problémy. Nemoc jim zasahuje do pracovního, rodinného života. Vhodnou terapií při řešení individuálních potřeb pacienta je psychoterapie. Někdy je zapotřebí využít i léků s uklidňujícími účinky.

2.6.2 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je využívána u pacientů, kteří nereagují na konzervativní léčbu, v případě akutních či dlouhodobých komplikací nemoci. Chirurgická léčba u nemocných s CN je plánována, s cílem odstranit stav, který není možné zvládnout konzervativně. U chirurgické léčby je nežádoucím účinkem více pooperačních komplikací a zhoršené hojení ran.

2.7 Prevence Crohnovy nemoci

Nemocní CN mohou aktivně ovlivnit zlepšení prognózy své nemoci a umocnit pozitivní výsledky léčby. Stravovacími návyky, tím, že omezí stravu s nadbytkem rafinovaných cukrů a nedostatkem rozpustné vlákniny. Nekuřáctvím, neužíváním hormonální antikoncepce, jež má v kombinaci s kouřením negativní vliv na průběh CN. Vyloučením užívání nesteroidních antirevmatik, které mohou způsobit akutní zhoršení IBD. Užíváním ATB, která mohou narušit střevní mikroflóru. Vyvarovat se nadměrné psychické zátěži, naučením se autogennímu tréninku. Nepřeceňovat své fyzické schopnosti, kdy velká fyzická i psychická zátěž může být spouštěcím faktorem zhoršení CN. Snažit se vyvarovat infekčním onemocněním, které vedou k akutnímu vzplanutí IBD.

2.8 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory, které prokazatelně zhoršují průběh CN nebo ovlivňují léčbu, patří infekční onemocnění, užívání NSA, kouření, hormonální antikoncepce.

3. Anamnéza

3.1 Údaje o nemocné

Jméno a příjmení:	PK
Rok narození:	1978
Pohlaví:	žena
Povolání:	invalidní důchodce (dříve operátorka)
Hospitalizace:	Metabolická jednotka ON Kladno
Datum přijetí:	3. 8. 2012
Důvod hospitalizace:	zhoršení zdravotního stavu- relaps Crohnovy nemoci

3.2 Osobní anamnéza

Paní PK se léčí s Crohnovou nemocí od svých 21 let. Má postižen úsek tenkého i tlustého střeva v chronicky aktivní fistulizující formě se stenózou Bauhinské chlopně, stenózou terminálního ilea, anální stenózou a perianálním píštělěm s intermitentní sekrecí vlevo. 2x byla hospitalizována na Metabolické jednotce ON Kladno pro nález zánětlivého infiltrátu v oblasti distálního ilea. Během hospitalizací obtíže ustoupily následkem přechodného vyřazení střeva, následně dlouhodobé domácí enterální výživě v kombinaci s navýšenou dávkou biologické terapie a pokračující terapií azathioprinem a systémovými kortikoidy. V r. 1999 st.p. rozsáhlé ileokolitidě a terminální ileitidě. V roce 2004 byla u paní PK provedena extirpace levé parotidy pro bazocelulární adenom. V srpnu 2005 byla paní PK provedena incise abscesu labia vlevo. Paní PK dochází pravidelně do metabolické poradny 1x měsíčně.

3.3 Rodinná anamnéza

Matka se také léčila s Crohnovou nemocí, ale neví, jak dlouho. Zemřela ve věku 50 let na srdeční selhání po prodělaném zápalu plic. O otci nic neví, odešel od jejich rodiny, když jí byly 4 roky. Sestra, 28 let, zdravá.

3.4 Pracovní anamnéza

Paní PK vystudovala rodinnou školu. Pracovala na pozici operátorky do jara r. 2004. Z důvodu dlouhodobé pracovní neschopnosti byla ze zaměstnání propuštěna. Na podzim r. 2004 jí byl přidělen plný invalidní důchod.

3.5 Sociální anamnéza

Paní PK je vdaná, žije s manželem a dcerou ve společné domácnosti. Žijí s rodiči manžela v rodinném domě, obývají patro rodinného domu, rodiče manžela obývají přízemí.

3.6 Gynekologická anamnéza

Pacientka porodila jedno zdravé dítě, neměla žádný potrat, menstruaci má pravidelnou od svých 14 let, bez obtíží, trvající 5 dní. Na gynekologické prohlídky dochází pravidelně 1x ročně.

3.7 Farmakologická anamnéza

Paní PK pravidelně užívá:

Medrol 16 mg (tbl)	1/2 - 0 - 0
Imuran	1 - 0 - 0
Pentasa 2 g	1 - 0 - 0
Humira 40 mg s.c.	1 x za 14 dní

3.8 Alergologická anamnéza

Neudávala žádné alergické reakce, není si vědoma žádné alergie.

3.9 Nynější onemocnění

Pacientka byla hospitalizována z důvodu bolestí břicha v epigastriu a pod pravým žeberním obloukem s pocity nauzey, zimnicí, třesavkou a bolestmi kloubů. Z ultrazvukového vyšetření břicha bylo zjištěno postižení terminálního ilea zánětem s počínajícím abscesem v blízkosti ilických cév.

3.10 Vyšetření

1. Celkové fyzikální vyšetření (příloha č. 2)
2. Rentgenologické vyšetření (RTG hrudníku na lůžku vleže)
3. Sonografie břicha
4. Gastroduodenoskopie
5. EKG
6. Laboratorní vyšetření (příloha č. 5)

3.11 Terapie

U pacientky byl nastaven klidový režim, dieta NPO, nasazena kortikoterapie, parenterální výživa, plánována enterální výživa dle laboratorních výsledků a zdravotního stavu klientky.

4. Ošetrovatelská část

4.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je výslednicí myšlení sestry při plánování a realizaci všech aktivit při ošetrování nemocného. Jedná se o sérii činností, které na sebe navazují a vytvářejí tak celek. Každá z fází ošetrovatelského procesu má nezastupitelné místo v péči o nemocného a správnost provedení ovlivňuje další z fází ošetrovatelského procesu. Odráží se v aktivních činnostech sestry, k nimž se rozhoduje na základě hlubšího poznání nemocného, jeho potřeb, které není schopen, neumí nebo nechce uspokojit.

Úkolem sestry je nemocného lépe poznat, zjistit jeho základní problémy z ošetrovatelského hlediska, rozhodnout se ve spolupráci s nemocným či rodinou pro správný postup při ošetrování.

Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. (10, s. 7)

4.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu:

1. zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity
2. stanovení ošetrovatelských problémů (ošetrovatelských diagnóz)
3. plánování ošetrovatelské péče
4. realizace ošetrovatelské péče
5. vyhodnocení poskytované ošetrovatelské péče

4.2 Ošetřovatelský model

4.2.1 Výběr ošetřovatelského modelu

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala model interpersonálních vztahů. Model "Fungujícího zdraví" – Marjory Gordonové. Pomocí něj lze zhodnotit bio-psycho-sociální potřeby klientky a její zdravotní stav. Stanovit ošetřovatelské diagnózy, naplánovat ošetřovatelské intervence, realizovat a zhodnotit plnění ošetřovatelských cílů v ošetřovatelské péči o pacientku. Co neoptimálněji uspokojit její potřeby v nemoci.

4.2.2 Charakteristika modelu Marjory Gordonové

Model slouží k celkovému zhodnocení klientova zdravotního stavu sestrou. Tento model je odvozen z interakcí osoby a prostředí. Slouží k získávání informací a k sestavení ošetřovatelské anamnézy. Popisuje jednotlivé úseky chování jedince v určitém čase.

Vzorci jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetřovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě. Umožňují sestře rozeznat, zda se jedná u pacienta o funkční chování (ve zdraví) či dysfunkční (v nemoci). Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění jedince, nebo může být znakem potenciálního problému. Pokud sestra takový vzorec identifikuje, musí ho označit, zformulovat ošetřovatelskou diagnózu a pokračovat v ostatních krocích ošetřovatelského procesu. Základní strukturu modelu tvoří 12 oblastí / 12 funkčních vzorců zdraví/. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční. (11, s. 100-101)

Ošetřovatelský model M. Gordon:

Osoba - všechny lidské bytosti jsou holistické, mají společné určité funkční vzorce, které se podílejí na jejich zdraví, kvalitě života a dosahování lidského potenciálu.

Prostředí - v integraci s osobou se podílí na funkčních vzorcích zdraví.

Zdraví - je vyjádřením rovnováhy bio-psycho-sociálních interakcí a je ovlivňované vývojovými, kulturními, duchovními a dalšími faktory, když dojde k poruše zdraví, i potencionální, označuje se tento stav jako dysfunkce.

Ošetřovatelství - se zabývá funkčními a dysfunkčními vzorci zdraví.

(11, s. 100)

12 vzorců zdraví M. Gordon obsahuje:

- a) vnímání zdraví - udržování zdraví, vnímání zdraví a pohody jedincem a způsob, jakým se stará o své vlastní zdraví
- b) výživa – metabolismus - způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu
- c) vylučování - exkreční činnost střev, močového měchýře, kůže
- d) aktivita- cvičení - způsob udržování tělesné kondice cvičením nebo aktivitami, aktivity denního života, volného času, rekreační aktivity
- e) spánek a odpočinek - způsoby spánku, oddechu a relaxace
- f) citlivost- poznávání - schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti, kognitivní schopnosti jedince: orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování
- g) sebepojetí- sebeúcta - způsob, jak jedinec vnímá sám sebe, představa o sobě samém
- h) role- vztahy - způsob, plnění životních rolí, úroveň interpersonálních vztahů

- i) reprodukce – sexualita - reprodukční období, sexualita, spokojenost, změny
- j) stres, zátěžové situace- zvládání, tolerance - způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací
- k) víra- životní hodnoty - způsob vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry
- l) jiné

4.3 Ošetřovatelská anamnéza

Vnímání zdraví- snaha o udržení zdraví

Pacientka přišla do nemocnice s bolestmi břicha, které u ní přetrvávají asi měsíc. Pravidelně chodí 1x měsíčně do Metabolické poradny. Myslela, že bolesti do té doby ustoupí a zvládne je bez pomoci lékaře. Se zhoršujícími se bolestmi vyhledala svou obvodní lékařku, která jí následně doporučila hospitalizaci. V nemocnici jí bylo provedeno ultrazvukové vyšetření břicha. Vyšetřením bylo zjištěno zánětlivé postižení terminálního ilea s počínajícím abscesem v blízkosti ilických cév. Byla seznámena lékařem s důvodem hospitalizace, s nutností parenterální terapie a následnou enterální terapií. Klientka se s Crohnovou nemocí léčí od 21 let. Klidová období jsou u ní střídána s relapsy, kdy se její zdravotní stav zhorší a musí být hospitalizována v nemocničním zařízení. Na Metabolické jednotce Oblastní nemocnice Kladno je nyní hospitalizována již poněkolikáté.

Pokud jí netrápí žádné obtíže, cítí se nejlépe doma, ve svém prostředí s manželem a dcerou. Je schopna vykonávat běžné domácí práce, starat se o domácnost a věnovat se výchově dcery. Žije ve společné domácnosti s manželem a dcerou, které jsou 4 roky. Bydlí v rodinném domě společně s rodiči manžela. Manželé obývají horní patro rodinného domu, rodiče manžela obývají přízemí. Nejvíce ji mrzí, že již nemůže pracovat.

Vystudovala rodinnou školu. Po studiu na střední škole, nastoupila do zaměstnání jako operátorka, kde pracovala do svých 25 let.

Od zaměstnavatele po 7 letech dostala výpověď, vzhledem k častým pracovním neschopnostem. Práce jí bavila, ráda byla mezi lidmi. V roce 2003 jí byl přidělen invalidní důchod. Ví, že vzhledem k chronicitě jejího onemocnění nemůže nikde trvale pracovat. Komunikace s lidmi jí chybí. V počátku onemocnění tuto indispozici vnímala velmi negativně. Cítila se méněcenná, zbytečná. Bála se, že nebude moci otěhotnět. Podařilo se jí otěhotnět a dnes má radost ze své zdravé dcery. Pokud nemá zdravotní obtíže, těší se z běžných činností v domácnosti a na zahrádce. V období remise vnímá svou nemoc jako nepříjemnou záležitost, která se dá díky dodržování určitých opatření zvládnout. Nepředvídatelné jsou pro ni relapsy. V období relapsu ví, že potřebuje lékařskou péči.

Pacientka se cítí slabá, unavená. Doufá v zlepšení svého zdravotního stavu. Nechce být na nikom závislá. Bojí se, že její stav bude vyžadovat dlouhodobější hospitalizaci.

Výživa- metabolismus

Při příjmu pacientka udávala nechutenství s bolestmi břicha. Vyzorovala, že bolesti se u ní projevují nezávisle na příjmu potravy. Při prvních projevech nechutenství se snažila o příjem menšího množství potravy. Se zhoršujícími se potížemi, přestala konzumovat i toto malé množství potravy. Snažila se vypít alespoň 2 litry tekutin. Pila čistou nesyacenou vodu nebo slabý odvar čaje. Toto množství bylo asi okolo 1 litru, více tekutin nevypila. Během posledního měsíce došlo u pacientky k váhovému úbytku o 5 kg na současných 48 kg. V domácím prostředí se klientka snažila dodržovat dietní režim/ vyšší obsah vlákniny v potravě, nižší obsah nasycených tuků, nižší obsah rafinovaného cukru/.

Do jídelníčku zařazovala potraviny s vyšším obsahem bílkovin / 1-1,2 g na 1 kg hmotnosti /. Jídlo si rozdělovala do 5 denních dávek. Nekouří ani nepije alkohol. Dietní jídlo si připravovala sama. Při přípravě jídla využívala převážně parního vaření. Snažila se o zvýšený příjem ovoce a zeleniny. Nevhodné potraviny / nadýmavé potraviny, tučná masa / ze svého jídelníčku vyřadila. Udávala, že někdy bylo obtížné stravovací návyky a doporučení lékařů dodržet. Několikrát již nedodržela dietní opatření a tak je znala důsledků dietní chyby. Výsledkem bylo nadýmání, bolesti, tlak v břiše.

Příjem tekutin se snažila dodržet, asi okolo 1 litru, má normální kožní turgor, bez kožních lézí. Vlasy má klientka jemné, nehty neroztřepené.

Vylučování

Klientka udávala, že má v domácím prostředí pravidelnou stolicí 1x denně hnědé barvy, řidší konzistence. Při tužší stolici mívá bolesti při vyprazdňování. Problémy s močením nikdy neměla, Na otázku vzhled a zápach moče uváděla barvu žlutou, bez výrazného oděru. Trápí ji to, že má vyrůstky na konečníku, což se jí zdá z estetického hlediska velice ošklivé, v den příjmu neměla a nepocítovala žádnou sekreci z místa píštěle. Někdy musí používat vložky na ochranu prádla při sekreci z píštěle. Uváděla, že někdy je jí to velice nepříjemné, ale hlavně, že se jí to nelíbí, že by to chtěla nějakým způsobem řešit. Nadměrné pocení nepocítovala.

V den příjmu měla zimnici s třesavkou. Tělesná teplota byla 38,6C. Stolicí pacientka měla v odpoledních hodinách, před vyprázdněním pocítovala nutkání na stolicí a bolest v anální části. Vyprázdnění pocítovala jako nepříjemné, bolestivé.

Aktivita- cvičení

V klidovém stadiu nemoci se cítí zdravá, s dostatkem životních sil. Pravidelně již nesportuje, dříve před vznikem onemocnění pravidelně cvičila Aerobic 3 x týdně. Volný čas tráví většinou volnočasovými aktivitami s dcerou a manželem, vycházkami do přírody a občasnými návštěvami plaveckého areálu.

Při příjmu udávala pocit slabosti, cítila se unavená. Z hodnocení stavu soběstačnosti dle Barthelové testu- dotazníku zhodnocení základních všedních činností bylo bodové skóre 90, lehká závislost při základních všedních činnostech / viz příloha č. 4 /.

Pacientka potřebuje pomoc s obstaráním pomůcek k hygienické péči pro nemožnost opustit lůžko. Cvičení nebylo možné z důvodu klientčiných bolestí. Po úpravě zdravotního stavu jí bude realizována návštěva fyzioterapeuta.

Spánek- odpočinek

V domácím prostředí spí pacientka, pokud nemá zdravotní potíže asi 6 hodin. To považuje za přiměřený čas odpočinku. Pokud spí méně než 6 hodin, cítí se unavená. Má ráda vyvětraný pokoj před ulehnutím na lůžko. V místnosti, kde spí, vypínají na noc topení. Nemá ráda přetopený pokoj. Udává, že nikdy nebyla velký spáč. Spánek měla poslední tři dny narušen nutkáním na stolici a bolestmi břicha. Spánek měla nekvalitní, často se budila, byla ospalá.

Pacientka byla unavená, po uložení na lůžko ihned usnula v poloze na pravém boku. Měla strach a obavy z toho, pokud bude potřebovat v noci na stolici, zda tím nebude obtěžovat zdravotnický personál. Byla informována, že nebude problém pro zdravotnický personál jí s touto potřebou pomoci.

Vnímání / citlivost/- poznání

Pacientka byla hospitalizována opakovaně na Metabolické JIP. Z důvodu rekonstrukce Metabolické jednotky, která byla otevřena v roce 2011 pacientka, neznala toto prostředí. Neorientovala se, bylo nutné ji seznámit s prostředím jednotky. Lékaře Metabolické jednotky a převážnou část středního zdravotnického personálu znala. Měla obavy, jak bude provádět osobní hygienu, že nebude mít dostatek pohybu z důvodu dlouhodobého pobytu na lůžku.

Klientka nosí brýle na korekci krátkozrakosti s dioptriemi – 1,75 D. Poslední kontrola u očního lékaře byla v červnu 2012.

Problémy se sluchem nemá. Do nemocničního zařízení si přinesla knížky, které v současné chvíli odložila z důvodu nesoustředěnosti a nezájmu. Naší snahou bylo klientku dostatečně seznámit s prostředím jednotky, vysvětlit a podat informace, které by jí zpříjemnily pobyt na v nemocničním zařízení.

Sebepojetí- sebeúcta

Před onemocněním Crohnovou nemocí se pacientka cítila vitální, ráda cvičila. Pečovala o svůj vzhled. Pravidelně navštěvovala kadeřnické zařízení, chodila na kosmetické a manikérské ošetření. Udržovala zdravý životní styl. Se svým manželem se seznámili v tanečních. Rádi tancovali. Často podnikali výlety, oba mají zájem o přírodní památky. Je pro ni velkou oporou.

Při příjmu se pacientka cítila neupravená. Neměla čas ani náladu se lépe upravit. Z důvodu dlouhodobého užívání kortikoidů byl její obličej cushingoidního tvaru, sebe viděla jako ošklivou, starou. Věděla, že je to z dlouhodobého užívání kortikoidů. Pacientka mi sdělila problém, který jí trápí. Měla zaplacenou zahraniční dovolenou a z důvodu hospitalizace ji bude muset zrušit. Měla obavy, že o finanční hotovost přijde. Měla jet se sestrou, které teď zkažila dovolenou.

Připadala si k ničemu, bála se, že ji sestra bude považovat za nespolehlivou. V době hospitalizace jsou pro ni důležité návštěvy manžela a sestry, kteří jí sdělují informace o dceři. Je jí smutno, že dceru dlouho neuvidí.

Role- mezilidské vztahy

Bydlí s manželem, dcerou v patře rodinného domu společně s rodiči manžela, kteří obývají přízemí. Dcera dochází do městské školky, která je vzdálena asi 10 km od místa bydliště. Klientka ji každý den vozí autem. O svém otci neví a matka klientky nežije. Rodina manžela se jim snaží pomáhat.

Nyní neví, jak to manžel bude zvládat. Starost o domácnost a o dceru. Má obavy, zda manžel tyto činnosti obstará. Bojí se, aby z časové vytíženosti nepřišel o práci. Velkou podporou je pro ni její kamarádka.

Sexualita- reprodukční schopnost

Potíže s manželem v této oblasti neměli, antikoncepci nikdy neužívala. První menstruace se u klientky dostavila ve 14 letech. Porody 1, spontánní, bez komplikací. Menstruuje pravidelně. Nyní má obavu o dostatečnou hygienu v nemocničním prostředí. Snahou bylo, aby pacientka měla dostatek intimity na hygienickou péči.

Stres - / zátěžové situace / - jejich zvládnání, tolerance

Pacientka neužívala nikdy žádné návykové látky, nepije alkohol, nekouří. Zátěžové situace se snaží řešit pobytem v přírodě procházkami s manželem a dětmi, pokud nemá zdravotní potíže, snaží se s rodinou podnikat výlety po kulturních památkách Čech a Moravy. Léky užívá pouze k léčbě Crohnovy nemoci, předepsané ošetřujícím lékařem. Zátěžovou situací pro ni byl nástup k hospitalizaci, zařízení nezbytných telefonátů. Zajištění

hygienických potřeb od své rodiny. Pro pacientku byl důležitý kontakt a komunikace se zdravotnickým personálem.

Víra / přesvědčení /- životní hodnoty

Pacientka nevyznávala nikdy žádné náboženské přesvědčení. Nejdůležitější je pro ni rodinné zázemí a věří, že časem selepší i vztahy s manželovými rodiči. Klientčino přání do budoucna je dekompenzovat onemocnění, vzhledem k péči o dítě a domácnost. Přáním je být, co nejméně hospitalizována v nemocničním zařízení.

4.4 Ošetrovatelské diagnózy

Pro ošetrovatelský proces- plánování jednotlivých činností, realizaci a zhodnocení ošetrovatelské péče jsem si zvolila u pacientky 1. den hospitalizace. Den příjmu klientky do nemocničního zařízení na metabolickou jednotku byl v 11: hodin.

U pacientky byla neodkladná hospitalizace na metabolické jednotce z důvodu zhoršení příznaků Crohnovy nemoci. Pacientka pociťovala bolesti již při každé konzumaci potravy, mohla pouze přijímat omezené množství tekutin. Z důvodu nemožnosti enterálního příjmu byla přijata pro nasazení parenterální výživy, zhodnocení jejího současného zdravotního stavu a předejití možným komplikacím, které jsou u Crohnovy nemoci typické v období relapsu.

- 1. Akutní bolest v pravém hypogastriu v důsledku zánětlivého onemocnění***
- 2. Zácpa v důsledku anální stenózy***
- 3. Riziko vzniku infekce a dislokace periferního žilního katetru***
- 4. Snížený příjem tekutin z důvodu bolesti v pravém hypogastriu***
- 5. Neznalost prostředí a chodu oddělení***

4.4.1 Akutní bolest v pravém hypogastriu v důsledku zánětlivého onemocnění střev

Cíl:

- bolest bude pacientkou hodnocena jako snesitelná
- pacientka bude pociťovat úlevu od bolesti do 24 hodin

Intervence:

- zhodnotit míru bolesti dle numerické škály bolesti
- ukázat pacientce vhodnou úlevovou polohu
- zajistit pacientce vhodné kompenzační pomůcky k uložení do úlevové polohy (např. molitanové podložky a klíny)
- udržovat s pacientkou slovní kontakt, ptát se na její pocity
- umístit signalizační zařízení tak, aby pacientka mohla kdykoli požádat o pomoc
- seznámit veškerý ošetrovatelský personál s potřebami klientky

Realizace:

Pacientce jsem zhodnotila míru bolesti dle numerické škály bolesti s výsledkem bolesti střední intenzity a provedla jsem záznam do ošetrovatelské dokumentace. Informovala jsem jí o možných úlevových polohách. Pro pacientku byla nejpohodlnější poloha na pravém boku, kde pociťovala bolest v pravém hypogastriu mírnějšího charakteru. Nabídla jsem jí kompenzační pomůcky - molitanové podložky a klíny, kterými jsem jí vypodložila dolní končetiny. Ukázala jsem jí, jak tyto pomůcky využít v případě, když se uvolní a jak si znovu tyto pomůcky může uzpůsobit dle své potřeby. Sledovala jsem každou hodinu fyziologické funkce pomocí monitorovacího zařízení, které je součástí našeho oddělení. Do dokumentace

jsem zaznamenávala hodnoty fyziologických funkcí: TT,TK, P a saturace kyslíkem. Pacientka měla hypertermii 38,6 ° C, ostatní fyziologické funkce byly u pacientky v normálních hodnotách.

Analgetika / léky na snížení bolesti / nebyly podány. Hlavní lékař Metabolické jednotky je ordinuje pouze v krajních případech. Analgetika nebyla podávána i z důvodu neslučitelnosti s podáváním kortikoidů. S pacientkou jsem udržovala slovní kontakt otázkami na její pocity, na intenzitu bolesti. Vzhledem k členění jednotky do boxového systému a počtu lůžek je kontakt s klienty perspektivnější než na standardních odděleních. Klientce jsem umístila signalizační zařízení tak, aby na něj v případě potřeby dosáhla a mohla jej použít, pokud bude potřebovat s čímkoli pomoci. Ošetrovatelský personál jsem seznámila s tím, že pacientka bude potřebovat pomoci se základními fyziologickými potřebami.

Hodnocení:

Během 24 hodin u pacientky došlo ke zmírnění bolesti v pravém hypogastriu především díky úlevové poloze na pravém boku, kdy pociťovala bolest mírnější intenzity. Monitorováním fyziologických funkcí nebyly zjištěny odchylky fyziologických funkcí.

4.4.2 Zácpa v důsledku anální stenózy

Cíl:

- pacientka se vyprázdní bez bolesti alespoň 1x denně
- pacientka nebude mít zarudlou kůži v okolí konečníku

Intervence:

- umístit podložní mísu pacientce tak, aby ji mohla v případě potřeby použít
- vysvětlit možnosti k přivolání pomoci v případě potřeby
- umístit hygienické potřeby v dosahu pacientky
- podat informace o dostatečné hygieně po každém vyprázdnění střev
- zajistit intimitu prostředí pro vyprázdnění střev
- zajistit pomůcky k ošetření kůže po každém vyprázdnění střev
- nabídnout možnosti snadnějšího vyprázdnění (např. podložní mísa na židli)
- podat laxativa k optimálnějšímu vyprázdnění

Realizace:

Pacientce jsem umístita podložní mísu na židli k lůžku, tak, aby ji v případě potřeby mohla použít. Vysvětlila jsem jí, pokud by potřebovala pomoc ošetrovatelského personálu k bezpečnému opuštění lůžka, může použít signalizačního zařízení. K dosažení pohody a k dostatečnému soukromí při hygieně při vyprazdňování střev, jsem jí nabídla možnost uzavření boxového systému.

U klientky jsem sledovala, zda se u ní neprojevují křeče při vyprazdňování a zda bolesti v hypogastriu ustoupily po vyprázdnění střev. Hygienické prostředky k provedení očisty po vyprázdnění jsem jí umístita na stolek (ručník, žínky, buničitá vata) tak, aby mohla provést hygienu. K ošetření kůže v okolí análního otvoru jí byl nabídnut Menalind krém, kterým si potírala kůži po každém vyprázdnění. Vyprazdňování střev pro ni bylo neoptimálnější v pozici na židli vedle lůžka. V lůžku měla pocit, že to „nepůjde“. Podala jsem pacientce Lactulosu 5 ml v 12:00 a 18:00 hod. Lactulosa Biomedica je sirup, účinné projímadlo, které působí v tlustém střevě.

Zvyšuje kyselosti střevního obsahu a následné zvýšení obsahu vody způsobuje zvětšení obsahu střev a zlepšení jejich vyprazdňování. Nenarušuje fyziologickou činnost střev. Laktulosa rovněž vykazuje prebiotický účinek (prebiotika jsou látky selektivně podporující růst a aktivitu zdravích prospěšných bakterií žijících v tlustém střevě).

V případě obtížného vyprázdnění střev jsem nabídla pacientce čípky Suppositoria Glycerini .

V den příjmu měla pacientka stolicí v odpoledních hodinách, hnědé barvy bez příměsi. Pacientka se lépe vyprázdnila na podložní míse uložené na židli. Pacientce jsem po vyprázdnění dala k lůžku na stolek hygienické potřeby, umyvadlo s vlažnou vodou. Pacientka se po vyprázdnění omyla, osušila a k ošetření konečníku použila ochranný krém Menalind. Chápala nutnost po každém vyprázdnění střev provést hygienu k zabránění nepříjemných pocitů, jako svědění, pálení a jako prevenci před možnostmi vzniku trhlin po nedostatečné hygieně a řádném osušení.

Hodnocení:

Pacientka po vyprázdnění střev udávala jen slabý tlak v konečníku. Nutkání na stolicí jako silný tlak, který udávala, že má doma, nebyl. V okolí konečníku pacientka neměla zarudlou kůži, řádně si ošetřila kůži ochranným krémem. Po vyprázdnění udávala mírné zlepšení svých bolestí na pravé straně břicha. Sekrece z píštěle nebyla.

4.4.3 Riziko vzniku infekce a dislokace periferního žilního katetru

Cíl:

- budou včas identifikovány známky zánětu

Intervence:

- asepticky zavést periferní žilní katetr do žíly horní končetiny
- dodržovat aseptický přístup při manipulaci s kanylou
- sledovat vstupní místo i.v. vpichu
- odhalit včas počínající infekci
- informovat pacientku o možných komplikacích i.v. vpichu
- informovat pacienta a popsat možnost zavlečení infekce do místa i.v. vpichu
- asepticky podávat léky i.v.

Realizace:

Klientka byla poučena o nutnosti kanylace periferní žíly z důvodu podávání parenterální výživy. Při příjmu jsem zavedla permanentní žilní katetr za aseptických podmínek. Před zavedením žilního katetru jsem si odezinfikovala ruce a predilekovala místo vpichu. Ke kanylaci jsem si připravila rukavice, odezinfikovala místo vpichu a kanylovala žílu venae basilicae na pravé horní končetině. Klientku jsem poučila o možných komplikacích, které mohou kanylací nastat. Pocity horka, pálení končetiny, bolesti, zčervenání okolo místa vpichu, zarudnutí či zvětšování objemu končetiny neprodleně hlásit ošetřujícímu personálu. Pacientku jsem informovala i možnosti vytrhnutí kanyly v případě nešetrné manipulace. K dispozici měla klientka ochranný prubanový obvaz, kterým si kanylu chránila před možným poškozením. Před každou manipulací s žilním katetrem jsem dodržovala aseptické podmínky. Sledovala jsem funkčnost

kanyly. Do ošetrovatelské dokumentace jsem provedla zápis o provedené kanylaci (lokalizace vpichu, datum kanylace, datum výměny kanyly).

Ve 12:00 jsem podala Solumedrol i.v. 20 mg naředený do 20 ml fyziologického roztoku. Lék byl podáván po 8 hodinách v dávce 40 mg -20 mg -20 mg i.v. Lék Solumedrol patří ke kortikoidům (hormonální preparát), který může mít řadu nežádoucích účinků.

Při dlouhodobém podávání kortikoidů se mohou vyskytnout nežádoucí účinky: zvýšení krevního tlaku, možnost vzniku DM, může dojít ke změně vzhledu- přibývání na váze, zakulacení obličeje nebo vzniku jizev na kůži, které jsou jevem trvalým, vyskytující se nejčastěji v břišních partiích. Může dojít i k osteoporóze (řídnutí kostí), což znamená zvýšení rizika zlomenin kostí při úraze či samovolně. Při podávání kortikoidů za současného podávání salicylátů nebo nesteroidních analgetik se může zvýšit náchylnost ke krvácení do zažívacího traktu. Vzhledem k nežádoucím účinkům kortikoidů jsem u pacientky měřila krevní tlak kontinuálně, hladinu glukózy v krvi- odběrem krve z prstu 3x denně.

Poučila jsem jí, že nemá vstávat z lůžka bez pomoci, aby se ochránila před možným pádem z lůžka. Ve 14:00 jsem podala ATB léčbu Ciphin 400 mg i.vo obsahu 250 ml. Dále byl podáván každých 12 hodin i.v. ve stejné gramáži. V době nasazení ATB jsem pozastavila podávání infuzního roztoku glukózy, dle nařízení ošetřujícího lékaře. Současným podáváním tohoto ATB s glukózou mohlo dojít k ucpání permanentního žilního katetru.

Hodnocení:

Během dne nedošlo u pacientky v místě vpichu k místním komplikacím. Otok ani zarudnutí v místě vpichu nebyla. Permanentní žilní katetr byl během dne průchodný a řádně zafixovaný náplastí Omnifix. Ordinované léky jsem podávala za aseptických podmínek. Sledovala jsem fyziologické funkce a zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace. Nedošlo k žádným odchylkám ve fyziologických funkcích pacientky.

4.4.4 Snížený příjem tekutin z důvodu bolesti v pravém hypogastriu

Cíl:

- pacientka má vlhké sliznice
- pacientka má normální kožní turgor

Intervence:

- zjistit nutriční skóre pacientky
- informovat pacientku o dodržování zvýšené hygienické péče o dutinu ústní
- podat infuzní roztoky
- vysvětlit důvod, proč nesmí pacientka přijímat nic ústy
- zavést asepticky permanentní močový katetr
- pečovat o permanentní katetr, sledovat průchodnost katetru
- zajistit dostatečnou hygienu genitálií
- sledovat příjem a výdej tekutin
- odebrat moč, krev k biochemickému vyšetření

Realizace:

Podle anamnestických údajů a celkového hodnocení u klientky se předpokládal problém v oblasti výživy, zejména v oblasti s příjmem potravy, trávením, resorpcí a metabolismem živin. Při příjmu jsem zhodnotila nutriční stav klientky pomocí nutričního skóre - Hodnocení nutričního stavu se skórem 5 / viz příloha č. 3 /. Nutriční terapeutku jsem informovala o tomto stavu. Dle anamnestických údajů byl tento stav klientky způsoben z důvodu neschopnosti přijímat a absorbovat látky, potřebné pro výživu organismu. Vzhledem k omezení příjmu potravy za poslední tři týdny, je potřeba pacientce doplnit látky pro výživu organismu. Z tohoto důvodu bylo nutné zahájit parenterální příjem a vyřadit GIT z perorálního příjmu. Při příjmu jsem klientku poučila o tom, že ústy nebude přijímat vůbec nic. Pouze jí bude podávána pouze parenterální výživa. Klientka měla obavy, že bude mít žízeň. Vysvětlila jsem jí, že podáváním infuzních roztoků jí budou doplněny tekutiny a pocit žízně nebude tak nutkavý. K péči o hygienu dutiny ústní jsem jí nabídla prostředky ke zvlhčení a ošetření sliznice dutiny ústní.

Nabízela jsem jí možnost ošetřování dutiny ústní Skinseptem Mucosa, pokud by jí tyto štětičky nevyhovovaly, nabídla jsem jí Pagavit (s příchutí citronu a vitamínu B). Při příjmu jsem pacientku zvažila, změřila a vypočetla BMI index. Váha byla 48 kg, výška 168 cm, BMI index 17,01.

$$\text{BMI} = \frac{\text{tělesná hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)}^2}$$

Seznámila jsem jí s nutností každodenní kontroly hmotnosti. Každé ráno bude odpojena od infuzní soupravy sestrou, ošetřovatelský personál jí pomůže se vstáním z lůžka a odvedením k váze.

Provedla jsem odběr krve ze žíly a odebrala moč na vyšetření. Odběr krve jsem provedla na biochemické vyšetření: iontů, jaterních testů, CRP, S-

AMS, glukózy, urey, kreatininu, vyšetření hemokoagulační: INR, fibrinogen, vyšetření hematologické: KO, vyšetření acidobazické rovnováhy - ASTRUP.

Moč jsem odeslala do laboratoře na biochemické vyšetření M+S, U-AMS. Informovala jsem jí o pravidelných každodenních odběrech krve, a to odběrem krve ze žíly, které bude prováděno v ranních hodinách a vyšetření krve na acidobazickou rovnováhu / ASTRUP / vpichem do bříška prstu, které bude prováděno i několikrát za den.

Do periferního žilního katetru jsem podala 5% glukózu o obsahu 1000 ml s 40 ml NaCl 10 % a 10 ml KCl 7,5% kontinuální rychlostí 160 ml/hod.

Pacientce jsem v den příjmu zavedla permanentní močový katetr č. 16. Diurézu (množství moče) u pacientky jsem měřila každou hodinu, sléváním moče ze sběrného sáčku, pomocí nádoby na moč (šampusky). Moč jsem slévala do objemné nádoby, ze které se provedl odběr vzorku moče za 24 hodin. V případě pacientky se jednalo o 19 hodin, vzhledem k času příjmu klientky na oddělení. Jednalo se o odběr moče na ionty, ureu, kreatinin. Na ošetření a hygienu genitálií jsem doporučila Skinsept, kterým si bude omývat zevní genitál a ústí močové trubice. Dále jsem provedla zápis o zavedení PMK. Datum zavedení, velikost katetru, datum výměny katetru a stvrdila svým podpisem. Do sběrného sáčku odváděla moč žluté barvy o celkovém množství 1590 ml za 19 hodin s průměrnou hodinovou diurézou 83 ml. Hodinové diurézy jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

U pacientky nedošlo k žádným odchylkám ve fyziologických funkcích, které byly monitorovány každou hodinu. Zaznamenala jsem tyto hodnoty do ošetrovatelské dokumentace. Pacientka si ošetřovala dutinu ústní několikrát za den pomocí Pagavitu, tyto tyčinky jí více chutnaly. Pacientčin parenterální příjem v den příjmu činil 3040 ml. Vzhledem k tomu, že pacientka poslední tři týdny pila alespoň 1000 ml tekutin denně, její kůže nebyla suchá, dehydratovaná. Kůži si promazávala Menalind olejem.

4.4.5 Neznalost prostředí a chodu oddělení

Cíl:

- pacientka ví, co dělat v případě potřeby
- pacientka zná pohybový, nemocniční režim
- pacientka zná chod oddělení
- pacientka ví, na koho se obrátit

Intervence:

- ukázat pacientce box, ve kterém bude umístěna
- ukázat pacientce pomůcky potřebné k hygieně
- naučit manipulaci s lůžkem
- naučit manipulaci se signalizačním zařízením
- edukovat pacientku o pohybovém režimu
- edukovat pacientku o nemocničním řádu
- podat informace o možnosti používání televizoru
- ukázat pacientce osvětlení boxu
- povzbudit pacientku, aby se ptala
- zhodnotit schopnosti pacientky, jak rozumí instrukcím a její schopnost spolupráce
- udržovat oční kontakt

Realizace:

Klientku jsem umístila na box, číslo 1. Tento box je vybaven vlastním sprchovým koutem a toaletou. Klientku jsem informovala, že první dny hospitalizace bude muset dodržovat režim bez možnosti opuštění lůžka. Po upravení jejího zdravotního stavu toto zařízení bude sloužit její potřebě. Na hrudník jsem jí přilepila snímače na měření EKG srdce, které se nám zobrazuje na monitorovacím zařízení. Informovala jsem jí, že pokud se jí některý odlepí, přístroj nás upozorní zvuky o jejich nefunkčnosti a, že není

třeba se obávat, pokud se to stane. Vysvětlila jsem jí, že díky pocení a mobilizaci na lůžku se to stává velice často. Na horní končetinu, na stranu, kde nebyla zavedena kanyla, jsem jí umístila manžetu k tlakoměru, kterým měříme krevní tlak. Upozornila jsem jí, že se manžeta bude nafukovat každou hodinu po dobu 24 hodin, že může mít pocit silného zaškrcení. V tom případě jsem jí navrhla, že lze manžetu trochu povolit a uvolnit silný tlak. Ukázala jsem jí pomůcky k hygieně, které jsou součástí každého boxu.

K hygieně jí s pomůckami potřebnými k provedení hygieny pomohl ošetrovatelský personál, který ji připravil pomůcky na stolek. Mýdlo, ručník, žínka a pomůcky k ošetření kůže umístili tak, aby na ně pacientka dosáhla a provedla hygienu na lůžku. Pacientka část ošetrovatelského personálu znala z předchozích hospitalizací na jednotce. Tento box nemá okno, chybí zde přirozené denní světlo. Poučila jsem jí, že může pociťovat stavy úzkosti, zmatenosti a hlásit toto ošetřujícímu personálu, který by se snažil tuto situaci řešit přemístěním do jiného boxu. Ukázala jsem jí možnost osvětlení boxu, tak, aby jí vyhovovalo. Je zde možnost silného umělého osvětlení nebo stínového. Signalizační zařízení jsem jí po uložení na lůžko dala na polštář a ukázala možnost přivolání pomoci ošetrovatelského personálu zmáčknutím červeného tlačítka na spodní části signalizace. Pro zpříjemnění dne je možnost na tomto zařízení poslouchat i hudbu. Na lůžku je umístěno v záhlaví pacienta ovládání lůžka, které jsem pacientce ukázala, jak se dá měnit poloha hlavy na lůžku, poloha dolních končetin.

Každý box má televizní přijímač, který je možno neomezeně používat, ovladač jsem pacientce dala na stolek a ukázala jak, jej zapnout.

Pacientku jsem seznámila s tím, že nesmí opouštět nemocniční lůžko. Kdykoli bude potřebovat pomoci, využít signalizačního zařízení. Edukovala jsem ji o možnosti návštěv na jednotce, které jsou každý den od 14:00 do 16:00 hodin. Přátelé, známí, rodina se před příchodem na oddělení musí chránit empírem, čepicí a návleky, které jsou umístěny v místnosti před vstupem na oddělení.

Dále jsem pacientce vysvětlila, pokud by chtěla mít soukromí, boxový systém je možno uzavřít.

Záznam o provedené edukaci jsem zapsala do edukačního listu s datem edukace, časem a mým podpisem, který je součástí ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Pacientka se vyjádřila, že jí tento box vyhovuje, že zde oceňuje možnost vlastní toalety a sprchového koutu. Box bez okna jí nevádí, pokud by měla potřebu změny, nahlásí to ošetřujícímu personálu. Verbalizovala informace, které jsem jí podala. Zmínila se, pokud by něčemu nerozuměla, zeptá se znovu. Pacientka po uložení na lůžko, usnula. Cítila se unavená.

4.5 Dlouhodobý plán péče

Pacientka byla seznámena s tím, že dle aktuálního zdravotního stavu bude převedena z parenterální výživy na výživu enterální. Bude ji zavedena NGS sonda. Bude nutné pacientku seznámit s informacemi o EV, slovně s pomocí edukačních materiálů . Vše jí vysvětlit a ukázat v edukačních materiálech a následně jí tyto materiály předat. Pacientka dostane enterální pumpu Infinity na kontinuální příjem enterální výživy Nutrison. S enterální pumpou bude propuštěna do domácího ošetřování. Bude se muset naučit ovládat mechanismus enterální pumpy, vyměňovat enterální výživové sety, pravidelně proplachovat NGS sondu. Nadále nebude moci přijímat žádnou jinou potravu, pouze pít tekutiny, neperlivou vodu a sipping Nutridrink bez vlákniny. Bude docházet na pravidelné kontroly k lékaři do metabolické poradny. V případě jakýkoliv potíží se pacientka bude moci obrátit přímo na metabolickou jednotku. Pacientka byla informována o možné operaci pro stenózu distálního ilea lékařem.

4.6 Hodnocení psychického stavu nemocného

Pokud je 35 letá pacientka v období remise Crohnovy nemoci, je soběstačnou ženou. Pokud prochází relapsem onemocnění a vyžaduje její onemocnění hospitalizaci v nemocničním zařízení, stává se v sebeobsluze při každodenních činnostech částečně nesoběstačnou a je nutná potřebná pomoc ošetrovatelského personálu. S nemocí, se již naučila žít. Je si vědoma toho, že její nemoc je nevléčitelná, ale snaží se dodržovat léčebný řád.

Užívá léky předepsané lékařem pravidelně. Z rozhovoru s ní, jsem zjistila, že ráda cestuje, plánuje dovolené. Obává se jen, aby se její zdravotní stav nezhoršil. Pokud její stav dovolí, přemýšlí o dalším těhotenství. Chtěla by pracovat, ale ví, že v dnešní době je hodně těžké sehnat práci, chtěla by pracovat alespoň na 1/4 úvazku. Z našeho rozhovoru vyplynulo, že přemýšlí o studiu. Snažila jsem se jí v tomto záměru podpořit. Ví, že by jej zvládla. K práci jsem se jí snažila vysvětlit, že pracovní stres by mohl její onemocnění zhoršovat. Co je pro ni nejhorší? Odpověď zní, že je strašně stydlivá. Při vyšetření má nepříjemné pocity, pokud lékaře nezná. Před svým ošetřujícím lékařem, kam dochází na pravidelné kontroly, se nestydí, mají velmi dobrý vztah a svého lékaře si velice váží.

4.7 Edukace nemocné a její rodiny

Klientka se léčí s Crohnovou nemocí od svých 21 let. S touto nemocí se léčila i její matka. Měla zájem o přečtení nových edukačních materiálů, které jí byly nabídnuty. Byla seznámena s tím, že jí bude po určitou dobu zavedena NGS, kterou bude přiváděna enterální výživa enterální pumpou. Bude nutné klientku edukovat o enterální výživě a obsluze enterální pumpy.

4.8 Závěr z hlediska prognózy

Předpověď průběhu Crohnovy nemoci je dána oblastí a rozsahem postižení, průběhem nemoci, četostí klidových období, jejich délkou a trváním. Pokroky v konzervativní a chirurgické léčbě výrazně zlepšily prognózu a kvalitu života nemocných s Crohnovou nemocí. Léčba je to dlouhodobá, náročná na psychický a fyzický stav jedince. U klientky vzhledem ke komplikacím a výskytem postižení v dalších orgánech se předpokládají opakované hospitalizace. Snahou je prodloužit klidová období vhodnou medikamentózní léčbou, pravidelnými kontrolami u lékaře, zabývajících se léčbou Crohnovy nemoci.

5. Souhrn

Crohnova nemoc je chronické zánětlivé onemocnění nespecifického původu. Toto onemocnění postihuje především pacienty mladšího věku. Vzhledem k tomu, že u tohoto onemocnění není znám původce, zabývá se tímto onemocněním stále více lékařů- odborníků. Hledají se nové metody a způsoby k diagnostice a léčbě tohoto onemocnění, stejně tak se stále diskutuje o možné vyvolávající příčině vzniku CN. Vzhledem k tomu, že toto onemocnění provázejí četné komplikace, které mohou ústít až v chirurgické řešení, následované dlouhodobými hospitalizacemi, hledají se nové metody a způsoby úspěšnější léčby. Na základě přibývání nemocných s diagnózou Crohnovy nemoci vznikají organizace zabývající se IBD.

Mezinárodní organizace ECCO (European Crohn's Colitis Organization) vznikla ve Vídni v r. 2001. Je to organizace, která sdružuje odborníky se zaměřením na výzkum, terapii a další vzdělávání v oblasti idiopatických střevních zánětů (IBD), Crohnovy nemoci (CN) a ulcerózní kolitidy (UC). Součástí ECCO je sesterská sekce označovaná jako NECCO (Nurses ECCO) a sekce sdružující mladé výzkumníky do 35 let YECCO (Young ECCO). Sesterská sekce vznikla na základě potřeby edukace středních zdravotnických pracovníků, kteří s nemocnými CN úzce spolupracují (8 s. 31-36).

V časopisu Gastrologie a Hepatologie mě zaujal článek „Nové standardy v léčbě Crohnovy nemoci“, autorem je P. Drastich a M. Lukáš. V článku se zmínili o projektu IMPACT, který představil předseda patientské organizace EFCCA – (European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Association) Marco Greco na 5. ECCO kongresu v Praze ve dnech 25-27. 2. 2010.

Projekt se zúčastnilo 5000 respondentů většinou s Crohnovou nemocí. Ze závěru tohoto projektu vyplynulo, že některé výsledky byly alarmující. 64 % nemocných s IBD vyžadovalo neodkladnou péči ještě před stanovením diagnózy, 20 % pacientů čekalo na správnou diagnózu více než 5 let, 85 % nemocných potřebovalo nemocniční péči během posledních 5 let, 42 % léčených kortikoidy zaznamenalo nějaký závažný nežádoucí účinek této léčby, 24 % respondentů mělo pocit, že svůj stav nemůže konzultovat s příslušným specialistou, více než 40 % z nich mělo pocit, že IBD jim brání v intimním soužití, 83 % nemocných má pocit slabosti a únavy i v období remise. 21 % pacientů trpí diskriminací v důsledku onemocnění. (9, s. 68-70)

Nezbytnou součástí v úspěšné léčbě je především kladný vztah mezi nemocným, sestrami, lékaři i rodinou. Součástí léčby je vzdělávání nemocných, zaškolování IBD sester a účast samotných nemocných na léčbě. Nutností je neustále nemocného informovat, být otevřený pro všechny jeho otázky. V komunikaci s nemocným nesmíme zapomínat na problematiku únavy, kosmetických aspektů, sexuální oblasti a metabolické komplikace. Pro nemocné je především důležitá vzájemná důvěra mezi nemocným a lékařem, bez tohoto kladného vztahu nelze očekávat úspěchy v léčbě nepříjemného, zatěžujícího onemocnění, jakým je Crohnova nemoc.

6. Použitá literatura

- [1] LUKÁŠ, Milan. *Idiopatické střevní záněty: Nejistoty, současné znalosti a klinický přístup*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998, 363 s. ISBN 80-85824-79-5.
- [2] LUKÁŠ, Karel. *Idiopatické střevní záněty: Minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2001, 84 s. ISBN 80-7254-173-0.
- [3] LOFTUS, E. V. 5th International Meeting on Inflammatory Bowel Diseases, Capri, April 8-10, 2010: Environment and disease pathogenesis. *Journal of Crohn's & Colitis Supplements* [online]. April 2010, roč. 4, č. 1, s. 1-2 [cit. 2013-03-07]. ISSN: 1873-9954.
Dostupné z:
<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S187399541000011X>
- [4] KOHOUT, Pavel et al. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. 1. vyd. Praha 4: MAXDORF s.r.o., 2004, 174 s. ISBN 80-7345-023-2.
- [5] KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Forsapi s.r.o., 2006, 80 s. ISBN 80-903820-0-2.
- [6] DÍTĚ, Petr. *Pokroky v gastroenterologii*. [online]. Olomouc: Solen, 2009, roč. 11, č. 3, s. 146 [cit. 2013-03-07]. ISSN - 1803-5256 (online verze).
Dostupné z:
<http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2009/03/11.pdf>
- [7] HUNDORFEAN, Gheorghe, Abbas AGAIMY, Mircea T. CHIRIAC, Markus F. NEURATH a Jonas MUDTER. *High-definition endoscopic imaging with*

i-Scan for the detection and characterization of duodenal Crohn's disease. Journal of Crohn's and Colitis [online]. April 2013, roč. 7, č. 3, s. 122-123 [cit. 2013-03-07]. ISSN: 1873-9954. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S1873994612003704>

- [8] LUKÁŠ, Milan a Martin BORTLÍK. *5. ECCO kongres, Kongresové centrum v Praze, 25- 27. 2. 2010. Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Ambit Media, 2010, roč. 64, č. 6, s. 44. ISSN 1213-323X.
- [9] DRASTICH, Pavel a Milan LUKÁŠ. *Nové standardy v léčbě Crohnovy nemoci. Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Ambit Media, 2012, roč. 66, č. 1, s. 150. ISSN 1804-7874.
- [10] STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999, 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
- [11] PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. DOTISK 2010. Praha: Grada, 2006, 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.
- [12] STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 4: Jak provádět ošetřovatelský proces*. 1. DOTISK. Brno: IDVPZ, 2005, 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
- [13] STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 6: Hodnocení a měřící techniky v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
- [14] TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2.nezměněné - DOTISK. Brno, 2005, 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

- [15] ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha 5: Galén, 2009, 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
- [16] ČERVINKOVÁ, Eliška et al. *Ošetřovatelské diagnózy*. 3. nezměněné, DOTISK. Brno: NCONZO, 2005, 165 s. ISBN 80-7013-358-9
- [17] [online]. [cit. 2013-03-12]. Dostupné z:

http://www.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/osetrovatelstvi/vyuka/studijni-materialy/CNS001P2/studijni-materialy/Oxetxovatelckx_anamnxza_3_LF_UK.pdf
- [18] NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1150-8.
- [19] [online]. [cit. 2013-03-17]. Dostupné z:
<https://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=326&detailSubCatCode=115>
- [20] [online]. [cit. 2013-03-17]. Dostupné z:
<https://sites.google.com/site/gracemedicalschool/2.1.3.10intestinalinflammation>
- [21] [online]. [cit. 2013-03-17]. Dostupné z:
<http://vimed.pl/centrum-wiedzy/slowniczek/choroby-ukladu-pokarmowego/>

- [22] [online]. [cit. 2013-03-17]. Dostupné z:
<http://www.childrenshospital.vanderbilt.org/services.php?mid=5806>
- [23] [online].[cit. 2013-03-17]. Dostupné z:
<http://www.miedzymolami.pl/uklad.pokarmowy.1.jpg>
- [24] MARTINŮ, Jana. *Dieta při Crohnově nemoci v klidovém období*. Jesenice u Prahy: FERRING-LÉČIVA a.s., 2002. [informační leták]
- [25] [informační leták], odborná spolupráce Doc. MUDR. Milan Lukáš

7. Seznam použitých zkratk

ALB	albumin
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	aminotransferáza
ABBA	sérové protilátky
AMS	amylázy
ANCA	sérové protilátky
ASCA	sérové protilátky
AST	aspartátaminotransferáza
ATB	antibiotikum
BAKT	bakterie
BE	base exces
B_HCO3	aktuální bikarbonáty
B_PO2	parciální tlak kyslíku
B_PCO2	parciální tlak oxidu uhličitého
BILI	bilirubin
BMI	index tělesné hmotnosti
Ca	vápník
Cl	chloridy
CN	Crohnova nemoc
CRP	celkově reaktivní protein
CT	počítačové vyšetření
DM	Diabetes Mellitus
EKG	elektrokardiogram
EPIT	epitelie
ERY	erytrocyty
EV	enterální výživa
Fe	železo
FW	sedimentace erytrocytů
GIT	gastrointestinální trakt
GLUK	glukóza
GMT	glutamyltransferáza
HAK	hormonální antikoncepce
HB	hemoglobin
HUST	hustota
CHOL	cholesterol
IBD	Inflammatory Bowel Diseases (zkratka pro nescifické střevní záněty)
ID	invalidní důchod
INR	International Normalized Ratio
i.v.	podání intravenózní
JIP	jednotka intenzivní péče
K	draslík (kalium)
KETO	ketolátky

KCl	chlorid draselný
KO	krevní obraz
LEU	leukocyty
MAP	Mycobacterium avium subspecies paratuberculosis
Mg	magnesium (hořčík)
M+S	moč + sediment
MR	magnetická rezonance
Na	natrium (sodík)
NaCl	chlorid sodný
NGS	nasogastrická sonda
NPO	nic per os (nic ústy)
NSA	nesteroidní antirevmatika
ON	oblastní nemocnice
P	puls
pH	potenciál vodíku
PROT	proteiny
RTG	rentgenologické vyšetření
s.c.	podkožní podání
S_	v séru
AMS	amylázy
TAG	triglyceridy
tbl	tableta
TK	tlak krve
TROM	trombocyty
TT	tělesná teplota
U_	v moči
UBG	urobilinogen
UC	Ulcerózní kolitida

8. Seznam příloh

1. Ošetřovatelská anamnéza
2. Celkové fyzikální vyšetření
3. Hodnocení nutričního stavu
4. Barthelové test základních všedních činností
5. Laboratorní vyšetření

Obrázkové přílohy

Edukační materiály

Obrázky

Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení: Metabolická jednotka ON Kladno

Datum a čas odběru anamnézy: 2. 8. 2012, 13:00

Jméno: PK **Pohlaví:** žena **Věk:** 35 let

Datum přijetí: 2. 8. 2012 **Datum propuštění:** 15. 8. 2012

Stav: vdaná **Povolání:** ID

Rodina informována: ano

Diagnóza při přijetí: Crohnova nemoc - K 50.9

Chronická onemocnění: 0

Infekční onemocnění: 0

Režimová opatření: ČM

Léčba:

Farmakoterapie:

Medrol 16 mg (tbl) 1/2 - 0 - 0

Imuran 1 - 0 - 0

Pentasa 2 g 1 - 0 - 0

Humira 40 mg s.c. 1 x za 14 dní

Operační výkon: 0

Pooperační den: 0

Jiné léčebné metody: 0

Má nemocný informaci o nemoci: ano

Alergie: 0

Fyziologické funkce: P 110' TK 105/70 mm Hg

D 16' SPO2 98 %

TT 38,6° C

Hmotnost: 48 kg

Výška: 168 cm

1. VĚDOMÍ

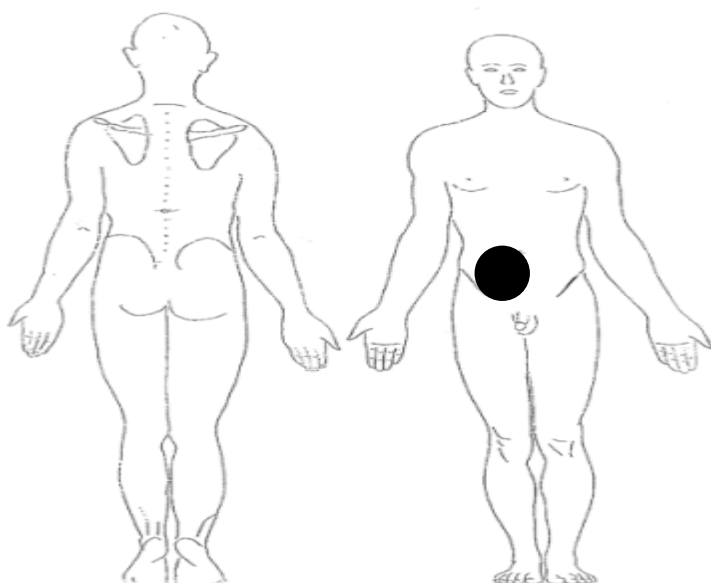
stav vědomí: při vědomí

2. BOLEST

bolest: ano

typ bolesti: bodavá

lokalizace: v pravém hypogastriu



intenzita bolesti: /-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. DÝCHÁNÍ

potíže s dýcháním: 0

dušnost: 0

kuřák: 0

4. STAV KŮŽE

změny na kůži: 0

5. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

celková úroveň zdraví:	Crohnova nemoc s častými relapsy
úrazy:	0
prodělaná dětská onemocnění:	plané neštovice v 10 letech, spála v 6 letech
infekční onemocnění:	0

6. VÝŽIVA A METABOLISMUS

Dieta:	NPO
Nutriční skóre:	5
Chuť k jídlu:	ne
Potíže s přijímáním potravy:	ano, bolesti břicha nezávisle na jídle
Jakým druhům potravin dává přednost:	lehká strava s omezením tuků
Užívá doplňky výživy:	nyní ne
Enterální výživa:	ne
Parenterální výživa:	ano
Denní množství tekutin:	1000 ml
Druh tekutin:	voda nebo hořký čaj
Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době:	ano, o kolik kg: 5 kg
Umělý chrup:	ne
Potíže s chrupem:	ne

7. VYPRAZDŇOVÁNÍ

Problémy s močením:	ne
Problémy se stolicí:	bolesti při stolici
Stolice pravidelná:	ano
Poslední stolice:	1. 8. 2012
Způsob vyprazdňování:	na toaletě

8. AKTIVITA, CVIČENÍ

Pohybový režim:	ČM
Barthelové test:	90 bodů- lehká závislost
Pohyblivost:	chodí samostatně

9. SPÁNEK, ODPOČINEK

Počet hodin spánku:	6
Poruchy spánku:	ano, během posledních 3 týdnů buzena bolestí
Hypnotika:	0
Návyky spojené se spánkem:	předem vyvětrat místnost, raději nižší teplota v místnosti na spaní

10. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Potíže se zrakem:	ano, na obě oči -1,75 D
Potíže se sluchem:	0
Porucha řeči:	0
Kompenzační pomůcky:	ano, brýle
Orientace:	orientovaná místem i časem

11. SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA

Je raději sama:	v kolektivu
Co si myslí o svém zevnějšku:	myslí si, že má velkou hlavu a je ošklivá
Pocit zlosti, vzteku:	ano, na své onemocnění, zabránilo jí v uskutečnění dovolené, na kterou se velice těšila
Pocit strachu:	ano, z dlouhodobé hospitalizace
Pocit úzkosti:	ano, starost o manžela a dceru
Jak klient vyjadřuje negativní emoce:	neverbálně, zamračeným obličejem
Emocionální stav:	negativní
Úroveň komunikace a spolupráce:	dobrá, snaží se spolupracovat

12. ROLE, VZTAHY

Vztah klientky k ostatním lidem: dobrý, vstřícný
Bydlí doma sama: ne
Kdo bude o klienta pečovat po propuštění: rodina
Kontakt s rodinou: ano

13. REPRODUKCE, SEXUALITA

Počet porodů: 1
Počet potratů: 0
Antikoncepce: 0
Pravidelnost menstruace: ano
Pohlavní onemocnění: 0

14. STRES, ZÁTĚZOVÉ SITUACE

Psychický stav: rozrušená
Prožívá nějaké napětí: ano, obavy o manžela, jak zvládne péči o dceru
Způsob odreagování: sledování televize, četba
Kouření: 0
Alkohol: 0
Drogy: 0

15. VÍRA

Víra: 0

16. INVAZIVNÍ VSTUPY

Drény: 0
Permanentní močový katetr: ano, číslo 16
i.v. vstupy: ano, periferní lokalizace: PHK datum zavedení: 2. 8. 2012
stav: bez známek infekce
Sonda: 0

Stomie:	0
Endotracheální kanyla:	0
Tracheotomie:	0
Arteriální katetr:	0
Epidurální katetr:	0
Jiné invazivní vstupy:	0

Zdroj [17] [online]. [cit. 2013-03-12]. Dostupné z:

http://www.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/osetrovatelstvi/vyuka/studijni-materialy/CNS001P2/studijni-materialy/Oxetxovatelskx_anamnxza_3_LF_UK.pdf

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Vyšetření při přijetí:

Pacientka při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou, odpovídá bez latence, přiléhavě. Saturace kyslíkem 98 %, febrilní TT 38,6 °C, třes +, hydratace přiměřená, kožní turgor normální, kůže bez ikteru a cyanosy / výška 168 cm, váha 48 kg, BMI 17,01- podváha /, spojivky růžové, skléry bílé, zornice izokorické, karotidy bez šelestu, AS pravidelná, mírná tachykardie, ozvy ohraničené, TK 105/70 Hg/mm, puls pravidelný 110/min, bez šelestu. Dýchání sklípkové bilaterálně, čisté, bez vedlejších fenoménů, bez oslabení, klidově eupnoická 16 /min. Břicho měkké, bolestivé v epigastriu a citlivé v podbříšku, peristaltika +, bez známek NPB, játra a slezina nehmatné. DK bez otoků a zn. zánětu. Řeč plynulá.

Hlava: lebka mezocefalická, poklepově nebolestivá, výstupy trigeminu nebolestivé, inervace facialis správná, držení hlavy přirozené, kůže bpn, vlasy jemné

Oči: víčka bez edému, bulby ve středním postavení, pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé, rohovka průhledná, zornice izokorické

Uši, nos: bez sekrece, slyší dobře

Rty: růžové, souměrné, bez cyanosy

Jazyk: růžový, vlhký, bez povlaku, plazí ve střední čáře

Patrové oblouky: růžové

Tonzily: malé, hladké

Dásně: růžové

Chrup: vlastní, sanován

Krk: krční páteř volně pohyblivá, symetrická pulzace karotid, náplň jug. žil není zvýšená, lymfatické krční uzliny nezvětšené, jizva po extirpaci parotidy vlevo, glandula thyroidea nezvětšená

Hrudník: souměrný, astenický

Plíce: poklep jasný, dýchání sklípkové, vedlejší dechové šelesty: 0, pleurální třecí šelest 0

Srdce: srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, srdeční akce pravidelná 110/min, mírná tachykardie, ozvy ohraničené, bez šelestu

Břicho: v úrovni hrudníku, souměrné, poklep bubínkový, kůže hladká beze změn, palpačně citlivé, bolestivé v pravém hypogastriu a epigastriu peristaltika +

Játra: nezvětšená, nepřesahující žeberní oblouk, hepatjugulární reflux 0, Murphy 0

Slezina: nezvětšená

Ledviny: bimanuálně nehmatné, TPT neg., močový měchýř nepřesahuje symfýzu

Genitálie: jizva po incisi labia vlevo

Uzliny: nehmatné

Páteř: fyziologické zakřivení

Klouby: volně pohyblivé

Reflexy: výbavné

Žíly DK: varixy 0

Kůže končetin: teplá, pružná

Otoky DK: 0

Per rectum: perianální píštěl vlevo, nyní sekrece 0

HODNOCENÍ nutričního stavu

NRS- Nutritional Risk Screening

OTÁZKA A: Zhubnul pacient, aniž by se o to pokoušel? (období posledních 3 měsíců)	ANO- jděte na otázku B	2
	NE- jděte na otázku C	0
	Neví- jděte na otázku C	1
OTÁZKA B: Pacient ubyl na váze.	0,5-5 kg	1
	6-10 kg	2
	11-15 kg	3
	více než 15 kg	4
	neví	2
OTÁZKA C: Jí v současné době pacient méně, trpí nechutenstvím?	Ne	0
	Ano	2
	Nutriční skóre	5

Zdroj [17] [online]. [cit. 2013-03-12]. Dostupné z:

http://www.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/oseetrovatelstvi/vyuka/studijni-materialy/CNS001P2/studijni-materialy/Oxetxovatelstx_anamnxza_3_LF_UK.pdf

Barthelové test základních všedních činností (ADL – activity daily living)

Činnosti	Provedení činnosti	Body
1. příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0
2. oblékání samostatně	Bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0
3. koupání	Samostatně nebo s pomocí Neprovede	5 0
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí Neprovede	5 0
5. kontinence moči	Plně kontinentní Občas inkontinentní Trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	Plně kontinentní Občas inkontinentní Trvale inkontinentní	10 5 0
7. přesun na lůžko- židli	Samostatně bez pomoci S malou pomocí Vydrží sedět Neprovede	15 10 5 0
8. chůze po rovině	Samostatně nad 50m S pomocí 50m Na vozíku Neprovede	15 10 5 0
9. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0
10. použití WC	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0
Hodnocení stupně závislosti:	0-40 vysoce závislý 45-60 závislost středního stupně 65-90 lehká závislost 95-100 nezávislý	
Celkem bodů 90		

Zdroj [13] STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 6: Hodnocení a měřící techniky v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 55 s. ISBN 80-7013-323-6.

Laboratorní výsledky v den příjmu 2. 8. 2012 :

BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ KRVE:

S_Na: 138 mmol/l, S_K: 4,2 mmol/l, S_Cl: 102 mmol/l, S_Mg: 0,8 mmol/l,
S_Ca: 2,37 mmol/l, S_UREA: 3,6 mmol/l, S_KREA: 58 umol/l, S_BILI: 10
umol/l, S_ALT: 0,47 ukat/l, S_GMT: 0,27 ukat/l, S_ALP: 0,75 ukat/l, S_AST:
0,31 ukat/l, S_GLUK: 4,9 mmol/l, S_CRP: 41 mg/l, S_ALB: 36 g/l, S_CHOL: 5,3
mmol/l, S_TAG: 1,11 mmol/l, S_PROT: 77 g/l, kyselina močová: 206 umol/l,
fibrinogen: 3,1 g/l, TSH: 1,017 mU/l

ASTRUP:

pH: 7,45, B_PC02: 4,08 kPa, B_PO2 9,55 kPa, B_HCO3: 21,2 mmol/l, BE: -2,2
mmol/l

FW: 76

HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ KRVE:

ERY: 4,46 $10^{12}/l$, HB: 131 g/l, LEU: 12,8 $10^9/l$, TROM: 323 $10^9/l$

BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ MOČE:

U_HUST: 1016 kg/m³, U_PH: 6,5, U_PROT: 0 arb.j., U_GLUK: 0 arb.j., U_KETO:
0 arb.j., U_UBG: 0 arb.j., U_BILI: 0 arb.j., U_ERY: 0 arb.j., U_LEU: 0 arb.j.,
U_EPIT: 0 arb.j., U_BAKT: 0 arb.j., U_HLEN: 1 arb.j.

VYŠETŘENÍ STOLICE:

Calprotectin 300 ug/g, POZITIVNÍ 40-60 ug/g

dieta

Obsah vlákniny (v gramech) na 100g potravin

Čajové 26	Káva 7
Čokolá 12	Sladiny 5
1 rozn 12	Pomeranče 23
1 jablko 9	Jablko, tuhé 23
Zelená cibulka 9	Šaškvic, mletý 2
Sýrací nůžka 14	Šaškvic, tuhé 29
Chrup 52	Šaškvic 25
Krůtí uzený 12	Šarpaní šou 3
Chleba ošlepený 80	Žitka 3
Vodňáková 7	Zelí 28
Lepek žitný 8,7	Kančička tuhá 4
Lepek pšeničný 8,2	Mléko 5
Malina sušená 7,6	Rajbaň 1,5
Špenát salátový 7	Paprika 8



Vzorový jídelní listek pro křidlové období při Crohnově nemoci

I. den:

- Snídaně: Dvojitý čaj, srožlivý sýr, mletý tuk, bílý jogurt
- První sůdlovka: Vezdělá bonbon
- Oběd: Zahradková vepřová šiškovka, míra, houska, chleba, jogurt, ovocná šťáva, ovocná šťáva, ovocná šťáva
- Svačina: Ovocná šťáva, pájka s česnekem
- Večeře: Jableč na porci, jablečová

II. den:

- Snídaně: Bílé křídlo (2 ml), srožlivý sýr, mletý tuk, bílý jogurt
- První sůdlovka: Vezdělá bonbon
- Oběd: Pečená lososová fileť, pečivo, bílé křídlo, ovocná šťáva, ovocná šťáva, ovocná šťáva
- Svačina: Rie mléko, jogurt, tuk, tuk
- Večeře: Ovocná šťáva, pájka s česnekem

FERRING
L E C I V A

© Jacek Kocik 2002
LEKÁRNO FERRING s.r.o.
K rýmskému nábřeží
202 42 Jeseník u Pory
Česká republika
www.ferring.cz

FERRING
L E C I V A

Dieta

při Crohnově

nemoci

V křidlovém

období



Zdroj [24] MARTINŮ, Jana. *Dieta při Crohnově nemoci v klidovém období*. Jesenice u Prahy: FERRING-LÉČIVA a.s., 2002.

INFORMOVANÝ PACIENT SE RYCHLEJI UZDRAVÍ

Idiopatické střevní záněty

Tímto označením rozumíme chronické střevní záněty Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu.

Projevy ulcerózní kolitidy

Na rozdíl od Crohnovy nemoci jsou projevy ulcerózní kolitidy dosti stereotypní. Jde o časté nucení na záchod a vyprazdňování krve, hlenu a málo množství stolice (aneamie). V těžkých případech se může objevit teplota, silné průjemy a hubnutí. Hlavněž i u nemocných s ulcerózní kolitidou se mohou objevit mimostřevní projevy.

Crohnova nemoc

Její první popis oznaží z New Yorku, kdy v roce 1932 gastroenterolog B. B. Crohn ji odlišil od střevní tuberkulózy. Až v 50. letech 20. století dostala po svém objeviteli a po zasluzu jeho jméno. Jde o chronický střevní zánět s neznámou vyvolávající příčinou. Postihuje kteroukoliv část trávicí trubice, nejčastěji se objevuje ve spojení tenkého a tlustého střeva (ileu-cekální) úlabí.

Projevy Crohnovy nemoci

Klinické příznaky vyvolané Crohnovou chorobou jsou velmi rozmanité a závisí především na lokalizaci chorobného ložiska v trávicí trubici. V průběhu aktivity střevního zánětu může dojít i ke vzdáleným projevům této nemoci na očích, k oubech, kůži nebo játrech.

Tenké a tlusté střevo	bolest břicha, teploty, průjemy
Tlusté střevo	průjemy, krvácení
Tenké střevo	bolest břicha, hubnutí, chudokrevnost
Konečník	krvácení, nucení na stolici, mšání

Ulcerózní kolitida

Jde o chronický zánět tlustého střeva, který probíhá s delšími obdobími bezpříznakovými (remisími), které se střídají s fázemi aktivizace nemoci (relapsy).

Odráždění spolupráce Doc. MUDr. Miroslava Líšky, ČSČL

Legendy k obrázkům

Obr. 1. 1. Tenké a tlusté střevo, vlnitá a hladká část, rozdíly při zápalu, bezce a ulcerózní kolitidě

Obr. 2. 2. Vnitřní výhled z konečníku

Obr. 3. 3. Vnitřní výhled z konečníku, rozdíly při zápalu a ulcerózní kolitidě

Obr. 4. 4. Vnitřní výhled z konečníku, ulcerózní kolitida

Obr. 5. 5. Vnitřní výhled z konečníku, Crohnova nemoc

Jaké je přičina idiopatických střevních zánětů?

Crohnova nemoc (vrostřední kolitida) patří mezi moderní tzv. civilizační nemoci. Jsou způsobené abnormálně silnou imunitní reakcí na určitá mikroorganismální složka potravy. Příčinou této autoimunní reakce za starší imunitního systému člověka je vrozená dysbióza.

Má význam provádět genetické testy?

V poslední době byl demonstrován gen (CARD 15) na chromozomu 5. 16, který je odvodný ze genů Crohnovy nemoci. Je však prokázán pouze u 1/3 pacientů s jeho střevním zánětlivou nemocí v klinické praxi. Žádají prakticky výstředně.

Jsou děti postižené chorobou vystaveni vyššímu riziku střevního zánětu?

Jedli jeden z rodičů postižen střevním zánětem, což srazí šanci na onemocnění dítěte. Onemocnění u dětí je mírně zvýšeno, nikoliv však natolik, aby bylo nutné provádět nějaká diagnostická nebo terapeutická opatření. U bezpříznakových dětí jsou-li postiženy chorobou oba rodiče, je riziko vzniku choroby u jejich dětí skutečně velmi vysoké.

Co můžeme udělat pro zlepšení stavu?

Napříkladním rizikovým faktorem komplikovaného průběhu Crohnovy nemoci je kouření cigaret. Proto všichni nemocní by měli zanechat kouření, což významně zvýší účinnost podávané terapie. Děti a opatření mají vyšetřit pouze v aktivní fázi nemoci, kdy je doporučována bezsacharidová strava, omáčení mléka a některých vitamínů.

Jak postupovat v těhotenství?

Onemocnění je nejčastěji gravidita na počátku klidové fáze nemoci, pak je její průběh stejně příznivý jako u žen v jiných fázích. Zásadní je nevysazovat léky po oláštění. To lze provádět pouze v případě podávání léků, se aktivní nemocí. Vždy je však třeba konzultovat ošetřujícího lékaře.

Jaké léky se užívají?

Základní terapií u ulcerózní kolitidy jsou aminosalicylaty. Které se podávají ve formě tabulek nebo orálně jako čípky nebo nálepy. Užívají se nejen v aktivní fázi, ale také v hamprůznávacím období s cílem zabránit návratu choroby.

V léčbě Crohnovy choroby se užívají nejen aminosalicylaty, ale častěji než u ulcerózní kolitidy i kortikosteroidy, antidiarika a antibiotika. V poslední době se využívá také biologická léčba.

Účinnost farmakoterapie u ulcerózní kolitidy a zvláště u Crohnovy nemoci je omezena, je u většiny pacientů efektivní a snižuje riziko komplikací. Je proto nezbytné nutná, aby předepsanou léčbu bezodkladně ukončili, jak je doporučeno lékařem.

Jaké je postavení chirurgické léčby u ulcerózní kolitidy?

Chirurgická léčba u ulcerózní kolitidy znamená definitivní vyléčení, avšak za cenu odstranění celého tlustého střeva. Částečná resektace pouze postiženého úseku se neprovádí, protože z nezdravého úvodu se v krátké době se po odstranění postižené části tlustého střeva znovu onemocnění objevuje v ovládnutí nepostihovaných úseků tlustého střeva.

U většiny nemocných se i po odstranění celého tlustého střeva objevuje koliditida třetího stupně spočívající v zanícení silva s karcinomem a nebo s řizivím karcinomem.

Jaké je postavení chirurgické léčby u Crohnovy nemoci?

U Crohnovy nemoci ani chirurgická léčba nevede k definitivnímu vyléčení. Do 10. let se u 73 % nemocných lidí ne podrobit chirurgické léčbě objevuje shodně znovu, obvykle v místě spojení zdravého a tlustého střeva (anastomóza). Chirurgická léčba nefáší chorobu jako takovou, ale pouze komplikace, které nemoc způsobila.

Jak postupovat při stravování?

Nemocní s idiopatickým střevním zánětem jsou náchylní na infekční střevní infekce, zvláště při cestování do endemických oblastí (Asie a střední východ, Afrika, Japonsko). Je třeba nutně dodržovat základní hygienická opatření (umytí rukou, zvláště před jídlem, podávat ocet nebo kyselinu octovou jako preventivní prostředek uplatnění, který se skupiny průduchů).

Na druhou stranu však může způsobit, že pobyt v přemířných oblastech, dostatek spánku a pohybu poslouží u většiny nemocných ke zvýšení efektivity léčby.

V jakém věku se střevní záněty objevují nejčastěji?

Typicky je výskyt v mladém věku (mezi dvacátým a třicátým rokem života). U odlišně s rodinným výskytem léčba choroby, se začátek nemoci projevuje v období před třicátým rokem 10-15 roku života. Druhým obdobím života se zvýšeným výskytem těchto nemocí je věk mezi padesátým a šedesátým rokem.

Jaký je výskyt těchto nemocí v populaci?

U nás se o výskyt, než česky onemocnění. Roční výskyt Crohnovy nemoci je 2-4 nových případů na 100 000 obyvatel a 4-6 nových případů u ulcerózní kolitidy. V posledních deseti letech se prudce zvyšuje výskyt nových případů Crohnovy nemoci, cožto výskyt ulcerózní kolitidy zůstává stacionární.

Jaké je prognóza obou nemocí?

I když obě nemoci nejsou medikamentózní terapií definitivně vyléčeny, jsou však dobře ovládnutelné a většina nemocných žije normální životem.

U poměrně malého počtu pacientů je agresivní průběh nemoci natolik nepříznivý, že vede k trvalé invaliditě. V těchto případech je zhoršena kvalita života. Průměrná délka života nemocných s idiopatickým střevním zánětem je však stejně jako u ostatní populace. Účinnost na tyto choroby je téměř nulová.

Mají nemocní vyšší riziko zhoubného novotvaru střev?

Ano, od počátku sedmdesátých let se stalo, že nemocní s ulcerózní kolitidou i Crohnovou nemocí mají vyšší riziko vzniku rakoviny tlustého střeva. To se zvyšuje u pacientů s dlouhodobějším zánětem (více než 20 let) a s postižením celého tlustého střeva. Pravděpodobně kolektické prohlídky a dlouhodobé užívání aminosalicylátů však uvedou riziko významně sníží.

Odborná konzultace: Doc. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

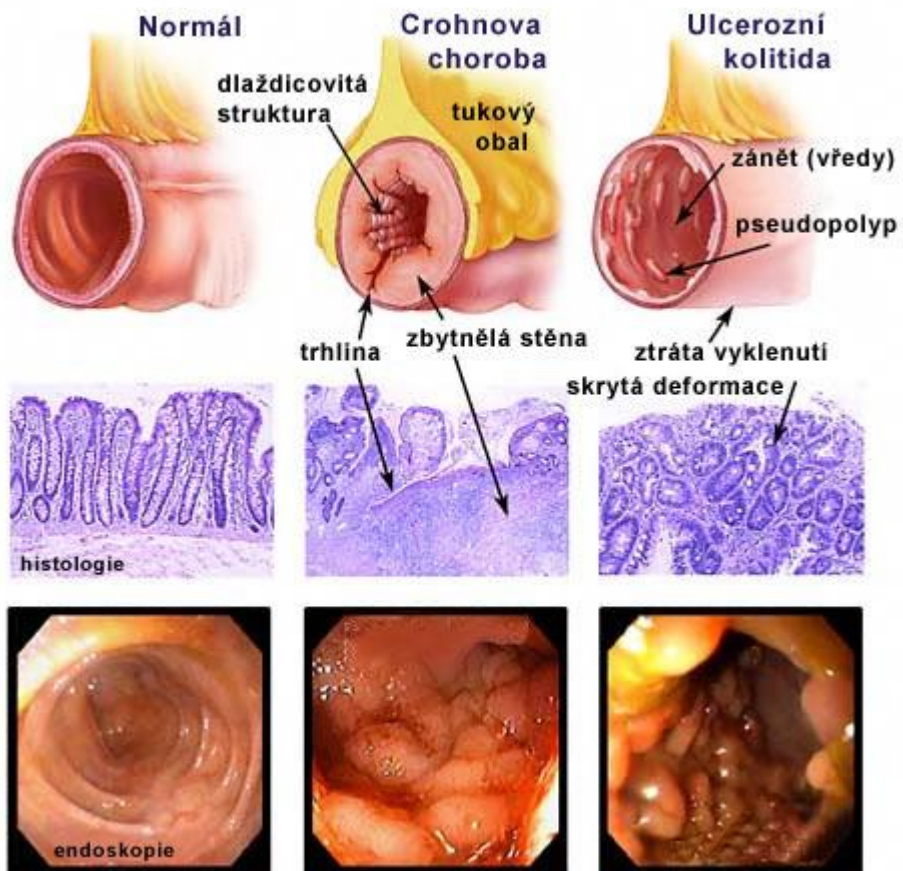
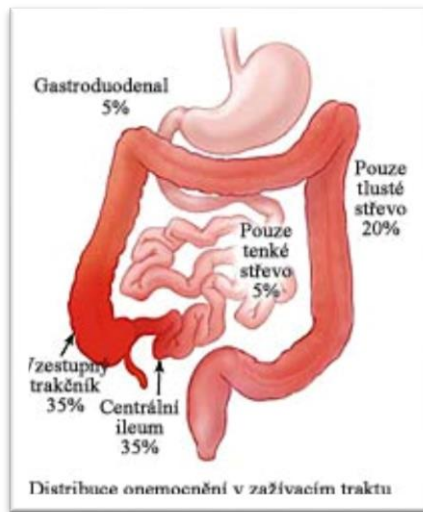
Zdroj [25] Informační leták, odborná spolupráce Doc.MUDr. Milan Lukáš, CSc.

DESÁTERO O CROHNOVÉ NEMOCI

- 1. Co je to Crohnova nemoc?**
Crohnova nemoc je vleklé zánětlivé onemocnění trávicí trubice, jehož příčina není známa.
- 2. V kterých částech trávicí trubice se Crohnova nemoc vyskytuje?**
Nejbližší bývá postižena oblast přechodu tenkého a tlustého střeva, nemoc se může objevit pouze na tenkém nebo tlustém střevu a nejspíše je zánětem postiženo několik částí střeva současně. Vzácněji je postižení dvanáctníku a žlučníku, zcela ojediněle bývá postižen jícen či dutá ústní.
- 3. U koho se Crohnova nemoc může objevit?**
Choroba postihuje muže i ženy každého věku, nejčastěji začátek bývá mezi 15. a 25. rokem života. Je podstatně častější ve vyspělých zemích než v oblastech rozvojových.
- 4. Jaké obtíže má pacient s Crohnovou nemocí?**
Projevy onemocnění jsou velmi rozmanité a závisí na lokalizaci a rozsahu, a také na stadiu choroby. Ve fázi klidové (remise) bývají nemocní bez obtíží nebo mají jen velmi mírné potíže. Při vzplanutí choroby (relaps, recidiva) jsou hlavními příznaky bolesti břicha, pruhovitá stolice, teploty, nechutenství a hubnutí, může se objevit i těžký krev ve stolici. Na kůži bývá či kolem konečníku se někdy objeví zarudnutí s drobným otvorem, ze kterého vytéká zkalený obsah (píštěl). Vzácně se nemoc projevuje mimo zažívací trakt, nejčastěji zánětem očí, kloubů či bolestivými zarudnutími uzly na kůži.
- 5. Která vyšetření musí obvykle podstoupit nemocný s Crohnovou nemocí?**
Cílem vyšetření je zjistit rozsah a aktivitu nemoci. K tomu slouží, odhad vyšetření endoskopická (kolonoskopie, ovon), gastrokopie, jednak vyšetření rentgenová. Nezbytné je laboratorní vyšetření krve, poměrně často je třeba doplnit též ultrazvukové vyšetření nebo CT (počítačová tomografie) vyšetření břicha.
- 6. Jak je nemocný s Crohnovou nemocí léčen?**
Léčba je dlouhodobá a jejím základem je podávání protizánětlivých léčivých látek, zpravidla několikrát denně řadu týdnů, měsíců či let. Léčba probíhá většinou ambulantně, avšak při akutním vzplanutí a výrazných obtížích bývá někdy nutná hospitalizace a intenzivní léčba injekčními léky a infuzemi.
- 7. Jak je to s chirurgickou léčbou u nemocných s Crohnovou nemocí?**
Dost často musí nemocní s Crohnovou nemocí podstoupit operaci. Důvodem bývá komplikace nemoci v podobě těsného zúžení (stenózy) střeva, hnisavé ložisko v břiše (absces) nebo prodloužené selhání medikamentózní léčby.
- 8. Jaký by měl být režim pacienta s Crohnovou nemocí?**
V klidovém období není nemocný prakticky nijak omezen ve své aktivitě. Při vzplanutí choroby záleží na stupni obtíží a konkrétním stavu pacienta, v této fázi by měl důležitějším spíše klidový režim a vyvarovat se větší fyzické a psychické namahání.
- 9. Co smí jíst nemocný s Crohnovou nemocí?**
Opět závisí na stupni obtíží a stavu pacienta. Při podložení na zúžení střeva je vhodné vyloučit potraviny s obsahem nestravitelné vlákniny, dieta by měla být spíše kašovitá. Při velkých obtížích a závažném stavu je někdy nutná i intróžní výživa při hospitalizaci. V klidové fázi choroby nejsou nemocní významněji omezeni ve své dietě.
- 10. Jsou nutné pravidelné kontroly nemocného s Crohnovou nemocí?**
Každopádně ano, nejčastěji v gastroenterologické ambulanci lékařem, který má zkušenosti s touto nemocí.

Zdroj [24] MARTINŮ, Jana. *Dieta při Crohnově nemoci v klidovém období*. Jesenice u Prahy: FERRING-LÉČIVA a.s., 2002.

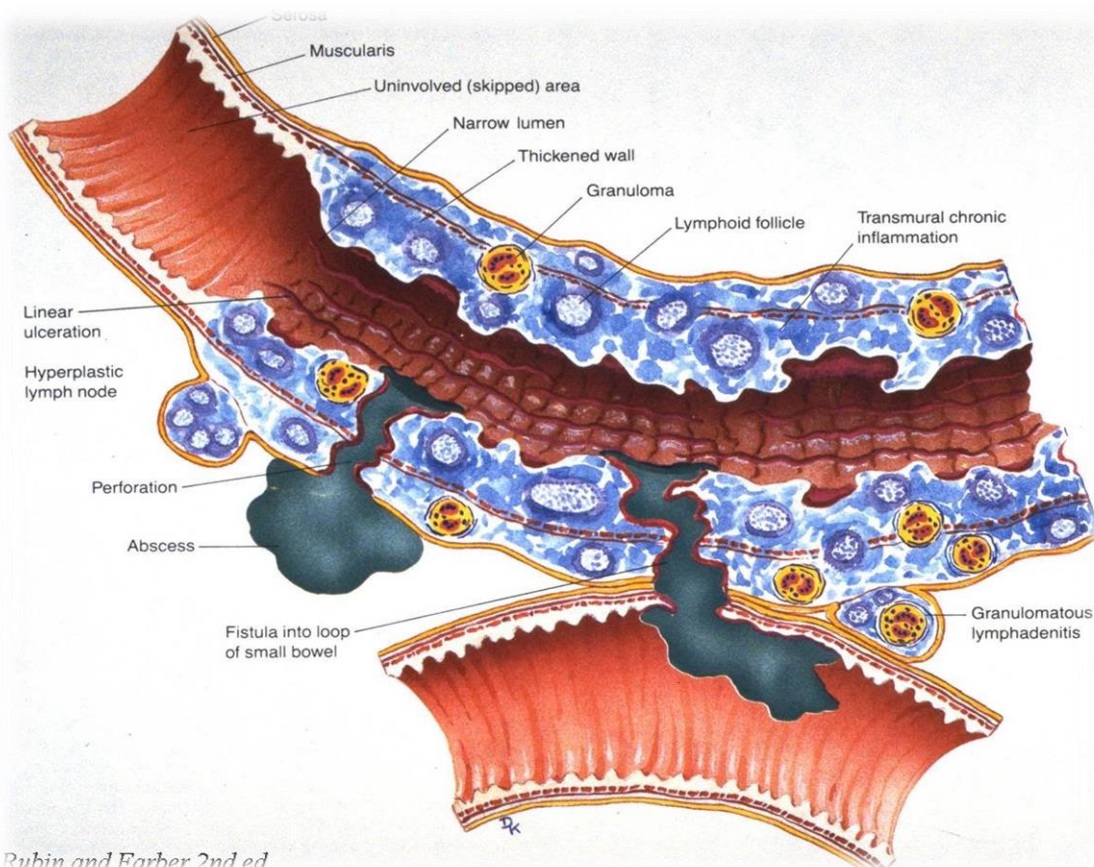
Lokalizace CN



Klinický obraz

[19]zdroj:

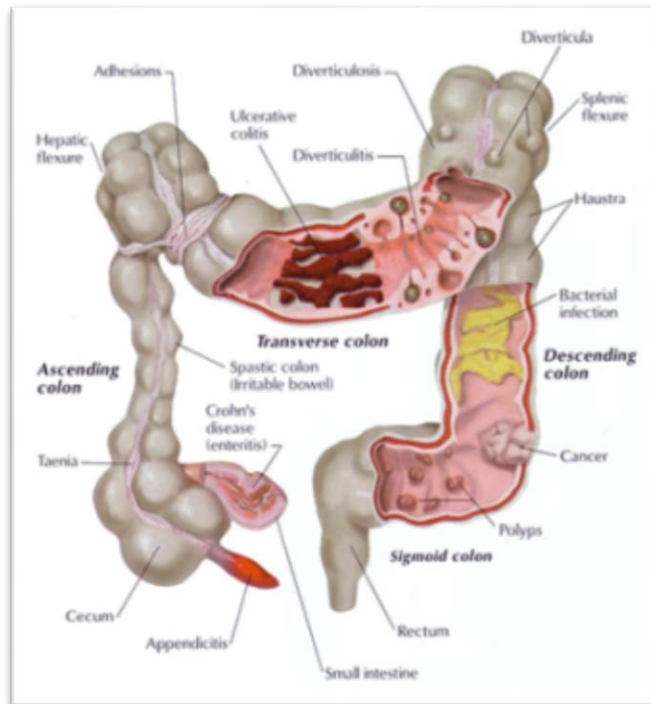
<https://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=326&detailSubCatCode=115>



Patologický obraz CN

[20]zdroj:

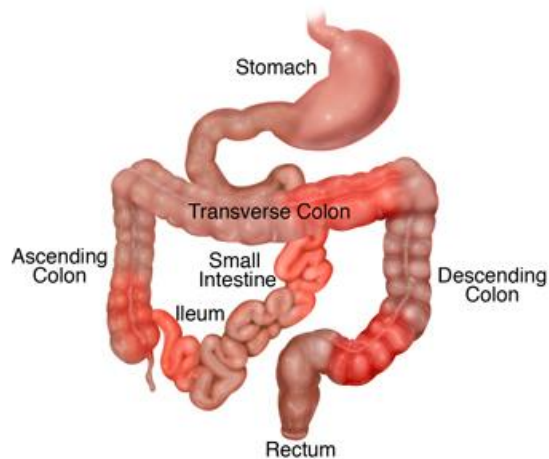
<https://sites.google.com/site/gracemedicalschool/2.1.3.10intestinalinflammation>



[21] zdroj:

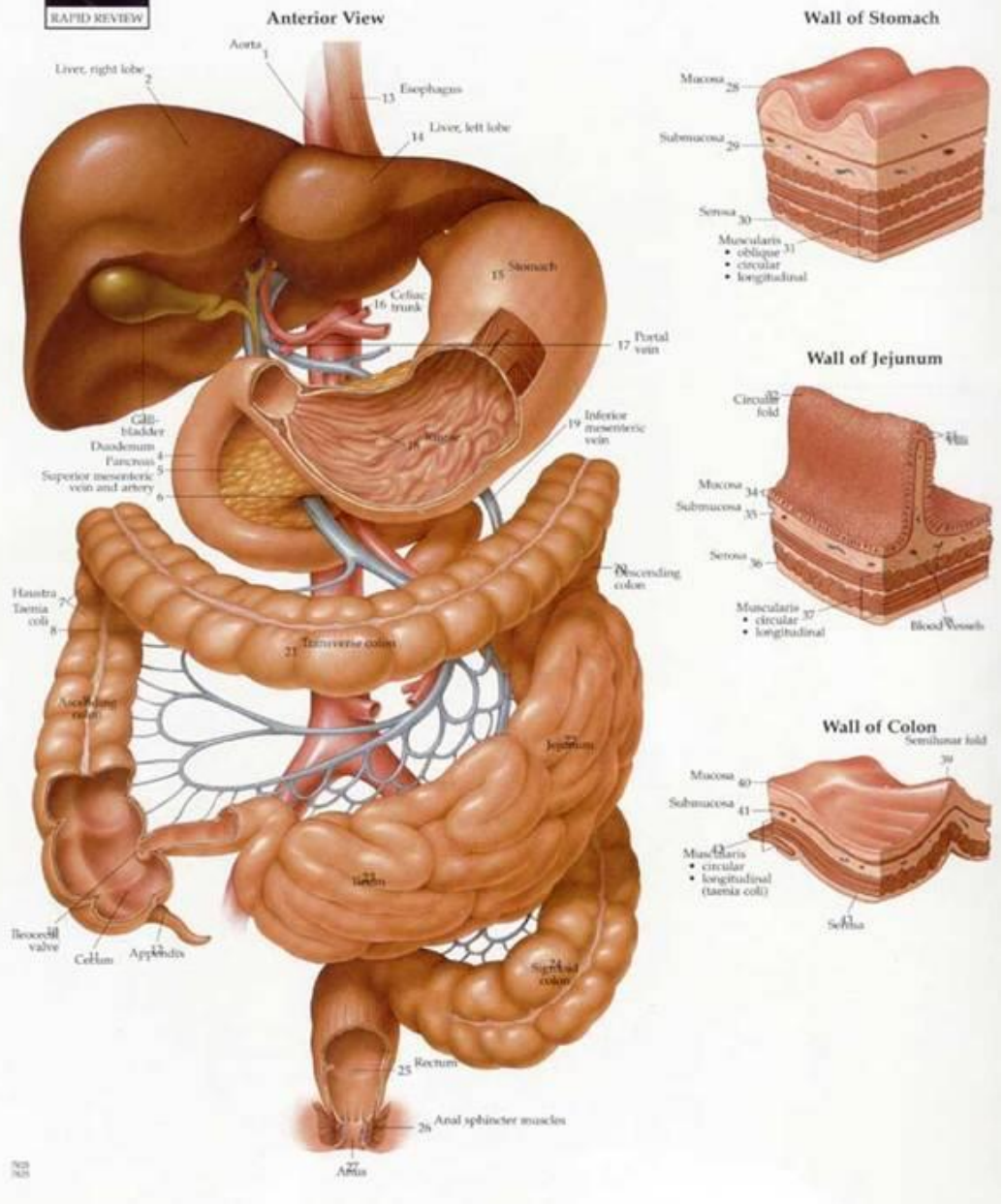
<http://vimed.pl/centrum-wiedzy/slowniczek/choroby-ukladu-pokarmowego/>

Crohn's Disease



[22] zdroj:

<http://www.childrenshospital.vanderbilt.org/services.php?mid=5806>



[23] zdroj: <http://www.miedzynolami.pl/uklad.pokarmowy.1.jpg>