



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Ústav ošetrovatelství

**Miroslava Koehlerová**

**Ošetrovatelská péče o pacienta s Crohnovou  
chorobou**  
*Nursing care of the patient with Crohn's disease*

*Bakalářská práce*

Kladno, březen 2010

Autor práce: Miroslava Koehlerová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK v Praze**

Odborný konzultant: **MUDr. Elena Wildová**

Datum a rok obhajoby: 14. 4. 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Kladně dne 15. března 2010

Miroslava Koehlerová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala za odborné vedení, připomínky a cenné rady Mgr. Renatě Vytěžkové a MUDr. Eleně Wildové.

V Kladně dne 15. března 2010

.....

Miroslava Koehlerová

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>5</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>1. OBECNÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU.....	8
1.1.1 Stavba stěny GIT.....	8
1.1.2 Cévní a nervové zásobení GIT.....	9
1.1.3 Části GIT.....	9
1.2 CROHNOVA CHOROBA.....	11
1.2.1 Definice.....	11
1.2.2 Epidemiologie.....	12
1.2.3 Etiologie.....	12
1.2.4 Patofyziologie.....	12
1.2.5 Klinický obraz.....	13
1.2.6 Komplikace.....	14
1.2.7 Diagnostika.....	15
1.2.8 Diferenciální diagnostika.....	17
1.2.9 Terapie.....	17
1.2.10 Prognóza.....	20
<b>2. KLINICKÁ ČÁST</b> .....	<b>21</b>
2.1 ÚDAJE O NEMOCNÉ.....	21
2.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA.....	21
2.2.1 Nynější onemocnění.....	21
2.2.2 Anamnéza.....	22
2.2.3 Stav při přijetí.....	22
2.3 PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	23
2.4 LÉČBA.....	25
2.4.1 Seznam použitých farmak:.....	25
2.5 PROGNÓZA.....	29
<b>3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....	<b>30</b>
3.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	30
3.2 MODEL PÉČE DLE MARJORY GORDONOVÉ – „MODEL FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ“.....	31
3.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA K 1. DNI HOSPITALIZACE DLE MODELU MARJORY GORDONOVÉ.....	33
3.4 PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	38
3.4.1 Ošetřovatelská diagnóza č. 1: Bolest břicha v souvislosti se základním onemocněním.....	39
3.4.2 Ošetřovatelská diagnóza č. 2: Dehydratace v souvislosti s průjmem a neschopností přijmout dostatečné množství tekutin per os.....	41
3.4.3 Ošetřovatelská diagnóza č. 3: Malnutrice v souvislosti s nedostatečným příjmem stravy a základním onemocněním.....	42
3.4.4 Ošetřovatelská diagnóza č. 4: Úzkost a strach v souvislosti se zhoršením zdravotního stavu.....	43
3.4.5 Ošetřovatelská diagnóza č. 5: Potencionální riziko vzniku komplikací v souvislosti se zavedením CŽK, (pneumotorax, krvácení, poruchy srdečního rytmu, poranění nervu, vznik krevních sraženin, infekce).....	44
3.4.6 Ošetřovatelská diagnóza č. 6: Potencionální riziko vzniku TEN v souvislosti s CŽK a klidovým režimem.....	46

3.4.7	<i>Ošetrovatelská diagnóza č. 7: Potencionální riziko porušení kožní integrity v oblasti konečníku v souvislosti s častým odchodem stolice.</i>	48
3.5	DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	49
3.6	PSYCHICKÝ STAV PACIENTA	51
3.7	EDUKACE PACIENTA O DIETĚ	53
<b>ZÁVĚR</b>		<b>55</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b>		<b>56</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>		<b>58</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>		<b>60</b>

## Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetřovatelské péče o pacienta s Crohnovou nemocí.

V první části práce popisuji anatomii zažívacího traktu a charakteristiku Crohnovy nemoci, její etiologii, komplikace, diagnostiku, léčbu a průběh. V následující části uvádím údaje o konkrétní pacientce. Informace čerpám z lékařské dokumentace. Uvádím informace o stavu při přijetí, diagnostice a léčbě. Vše shrnuji v popisu průběhu hospitalizace.

V úvodu ošetřovatelské části popisuji metodu poskytování ošetřovatelské péče - ošetřovatelský proces a jeho jednotlivé fáze. Při získávání informací jsem se opírala o Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové. Charakterizující dvanáct oblastí, ve kterých se opisuje vzorec zdraví, zahrnující bio – psycho – sociální interakce organismu. Získané informace jsem zpracovala dle ošetřovatelského procesu. Stanovené ošetřovatelské diagnózy jsem seřadila dle naléhavosti a rozdělila na aktuální a potencionální.

Na závěr popisuji edukaci pacientky o dietě a její psychický stav.

Má práce je dále doplněna přílohami.

# 1. Obecná část

## 1.1 Anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu

Mezi funkce trávicího systému patří:

**trávení** - mechanické a chemické zpracování potravy

**vstřebávání** – přestup látek přes stěnu GIT do krve a lymfy

**vyučování** – odchod nestrávených zbytků konečníkem

**skladování** živin (glykogen), vitamínů a minerálních látek (železo)

**lokálně endokrinní, exokrinní a parakrinní funkce**

**barierové s imunitními funkcemi** (IgA, hlen apod.)

Činnost GIT řídí nervový a humorální systém.

Crohnova nemoc (dále CN) může postihnout kteroukoli část zažívací trubice.

Nejčastěji postihuje konečnou část tenkého střeva a tlusté střevo.

### 1.1.1 Stavba stěny GIT

**Sliznice** (*tunica mucosa*) – tvoří vnitřní vrstvu pokrytou dlaždicovým (ústa, hltan, jícen, řiť) a cylindrickým epitelem (žaludek, tenké i tlusté střevo, konečník). Produkuje hlen (mucin), který chrání vnitřní povrch trávicí trubice.

**Podslizniční vazivo** (*tunica submucosa*) – řídké kolagenní vazivo, obsahuje krevní a mízní cévy, nervové pleteně a žlázky produkující trávicí enzymy.

**Svalová vrstva** (*tunica muscularis*) – vnitřní cirkulární je zodpovědná za pohyby trávicí trubice, vnější podélná je zodpovědná za peristaltické pohyby. Tvoří ji příčně pruhovaná svalovina (dutina ústní, hltan, horní 1/3 jícnu a řiť) a hladká svalovina (žaludek, tenké i tlusté střevo a konečník).

**Povrchová vrstva** – na povrchu trávicí trubice je buď řídké kolagenní vazivo (*adventicium*), kryjící hltan a jícen, nebo serózní blána uvnitř dutiny břišní (*peritoneum*).



### 1.1.2 Cévní a nervové zásobení GIT

Orgány trávicího traktu v dutině břišní jsou zásobovány krví z větví břišní aorty (*truncus coeliacus*, *a. mesenterica superior et inferior*). Žilní krev odvádí splachnický systém do portální žíly (*vena portae*). Část krve z jícnu a konečníku odvádí horní, resp. dolní dutá žíla. Látky nerozpustné ve vodě jsou absorbovány do lymfatického systému.

Střevní nervový systém tvoří dvě nervové pleteně, které jsou napojené na vegetativní nervový systém. *Plexus myentericus Auerbachii* – řídící motilitu a *plexus submucosus Meissneri* – řídící sekreci a lokální prokrvení.

### 1.1.3 Části GIT

**Dutina ústní** (*cavitas oris*) – zde se potrava rozmělnuje za pomoci zubů a jazyka. Slinné žlázy produkují sliny, za pomoci kterých se tvoří sousto a enzym ptyalin začíná štěpit škroby.

**Hltan** (*pharynx*) – je 12-15 cm dlouhá trubice, která se přední části otevírá do dutiny nosní (nosohltan), do dutiny ústní a do hrtanu. Přechází do jícnu.

**Jícen** (*oesophagus*) – je svalová trubice dlouhá 25 cm. Přes otvor v bránici přechází do dutiny břišní a ústí do žaludku. V horní části je svalovina příčně pruhovaná a postupně přechází v svalovinu hladkou. Aktivně posouvá sousto do žaludku.

**Žaludek** (*gaster*) – je vakovitý orgán kde je potrava dále mechanicky a chemicky zpracovávána. Vzniká tzv. trávenina (*chymus*), která je za pomoci peristaltických vln posouvána do dvanáctníku. Tvoří ho horní část – česlo (*kardie*), kde ústí jícen, dále tělo (*corpus*), které se vyklenuje doleva nahoru v klenbu (*fornix*) a v dolní části končí vrátníkem (*pylorus*). Žaludeční šťáva, která je secernována po přijetí potravy, obsahuje enzymy, kyselinu chlorovodíkovou (HCl) a hormon gastrin. Působením HCl je proměněn neaktivní enzym pepsinogen na aktivní pepsin, který štěpí bílkoviny. Kyselé prostředí zajišťuje antibakteriální ochranu. Dalším účinkem HCl je proměna železa a vápníku na

dvojmocné ionty a ochrana vitamínu B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> a C před oxidací. V pylorické části tvoří buňky tzv. vnitřní faktor, který umožňuje vstřebávání vitamínu B<sub>12</sub> v konečné části tenkého střeva.

**Tenké střevo** (*intestinum tenue*) je částí trávicího traktu navazující na žaludek a ústící do tlustého střeva. Měří 3 - 5 m a v průměru má 3 – 4 cm. Probíhá zde enzymatické štěpení potravy a vstřebávání rozštěpených živin (tuky, cukry, bílkoviny, vitamíny, ionty, např. i Fe). Trávení potravy zajišťují trávicí enzymy ze slinivky břišní, žluče a z odloučených enterocytů. Sliznice tvoří řasy a výběžky - klky. Na povrchu klku jsou přítomny neustále se obnovující *enterocyty* pokryté mikroklky, čímž se mnohonásobně zvyšuje resorpční plocha. Do každého klku vstupuje jedna až dvě tepénky, větví se do kapilár, které se dále sbíhají v žílu. Krevní řečiště transportuje z tenkého střeva hlavně glukózu a aminokyseliny. Cévní systém doprovází mízní céva, která odvádí tuky. Tenké střevo má tři části. **Dvanáctník** (*duodenum*) je úsek dlouhý 20 – 28 cm, podkovovitého tvaru, fixovaný k zadní stěně břišní pomocí závěsného aparátu, přední část kryje peritoneum. Vaterskou papilou do dvanáctníku ústí vývod pankreatu a žlučových cest. **Lačník** (*jejunum*) a **kyčelník** (*ileum*) jsou další dva úseky tenkého střeva, složené v četné kličky a volně pohyblivé. Jsou připojeny závěsem (*mesenterium*) k zadní stěně břišní.

**Tlusté střevo** (*intestinum crassum*) měří 1,2 – 1,5 m na délku a 4 – 7,5 cm na šířku. Nemá klky. Má četné žlázy produkující vazký hlen. Z postupující tráveniny zbavené živin je zde vstřebávána voda a elektrolyty a obsah je formován ve stolici, která odchází análním otvorem z těla ven. Za účasti mikroorganismů, které jsou součástí střevního obsahu, zde probíhají hnilobné, kvasné procesy, a fermentací vlákniny ze stravy vznikají mastné kyseliny s krátkým řetězcem. Činností některých bakterií se tvoří především vitamín K, ale také B<sub>1</sub> a B<sub>2</sub>. Na začátku tlustého střeva je **slepé střevo** (*ceacum*) – je to nejširší část tlustého střeva, uložená v pravé jámě kyčelní, jeho součástí je červovitý přívěšek (*appendix vermiformis*). Další část je **tračník** (*colon*) – tvoří ho tračník vzestupný (*colon transversum*), příčný (*colon transversum*), sestupný (*colon descendens*) a

esovitá klička (*colon sigmoideum*). **Konečník** (*rectum*) navazuje na esovitou kličku a vyúsťuje navenek přes **řit'** (*anus*).

K trávicímu traktu patří i žlázy, které produkují látky uplatňující se spolu se střevní flórou na procesu trávení: **slinné žlázy, slinivka břišní, játra se žlučníkem a žlučovými cestami**. [1, 16] Viz příloha č. 1.

## ***1.2 Crohnova choroba***

### **1.2.1 Definice**

Morbus Crohn neboli Crohnova choroba, také označovaná jako terminální ileitida, nebo segmentální ileitida, byla popsána v roce 1932 B. B. Crohnem, L. Ginzburgem a G. Oppenheimerem. Spolu s ulcerózní kolitidou se řadí do skupiny nespecifických střevních zánětů. Jedná se o chronický zánět nezřídka granulomatózní povahy, který může postihnou kteroukoli část zažívacího trubice. Umístění v ústech, nebo v jícnu je velmi vzácné. Nejčastěji postihuje terminální ileum, přilehlé cékum a tlusté střevo. Postihuje celou stěnu orgánu, od sliznice až k seróze a přilehlé lymfatické uzliny. Onemocnění má segmentární charakter – nepostížené úseky se střídají s postiženými. Typické jsou i projevy mimostřevní manifestace CN. [5, 12, 17]

Rozdělení dle anatomické lokalizace:

1. orální a ezofagogastroduodenální postižení je málo časté (pod 5%)
2. ileitida (ve 25-35%), jejunoileitida (v 5%)
3. ileokolitida, ileocekální nebo ileokolonická forma (v 45%), časté postižení apendixu (50%)
4. kolitida (v 30%)
5. anorektální postižení ( v 30-40%) [10]

### 1.2.2 Epidemiologie

Onemocnění se může objevit v jakémkoli věku. Stoupá počet nově vzniklých případů u dětí. Nejčastěji se CN projevuje mezi 20. a 35. rokem věku a pak také u věkové skupiny kolem 70. roku. Prevalence v České republice je 20 – 30 pacientů na 100 000 obyvatel za rok. Incidence je 1-3 případy za rok na 100 000 obyvatel a ve vyspělých zemích světa má vzrůstající tendenci. Postihuje obě pohlaví stejně. [6]

### 1.2.3 Etiologie

Etiologie onemocnění není zcela známa. Předpokládá se vliv více faktorů:

**infekční** – konkrétní bakterie zatím nebyla nalezena, ale účinnost ATB, nebo další možnost v léčbě, jako je dočasná odlehčující ileostomie, s následným zlepšením nálezu na postiženém úseku, podporuje tuto teorii;

**imunologické** – onemocnění má autoimunitní rysy. Zvýšená propustnost střevní sliznice vede k pronikání antigenu k imunitnímu systému a jeho následné mohutné stimulaci, což způsobí nekontrolovaný zánět, který vyvrcholí destrukci střevní tkáně.

**dědičné vlivy** – familiární výskyt byl potvrzený, avšak konkrétní gen, který by nesl odpovědnost se nezjistil. Vypadá to, že se jedná o polygenní typ dědičnosti, kdy je změna genomu ovlivněna vlivem zevního prostředí (u 5% se vyskytují v příbuzenstvu další nemocní, objevuje se u jednovaječných dvojčat, u Aškenazy židů 3-5x častěji)

**vliv zevního prostředí** – pravděpodobně souvisí s životosprávou, životním stylem, stresem, kouřením. [5, 6, 17]

### 1.2.4 Patofyziologie

Tento zánět je nejčastěji transmurální, proniká k seróze a do přilehlých lymfatických uzlin. Nález závisí na stádiu choroby. Na počátku se nemoc projevuje drobnými červenými skvrnkami na střevní sliznici (střevní erytém). Ty

se rozpadají a klinický obraz se mění v typické tzv. aftoidní povrchní ulcerace, které někdy obsahují granulomy. S postupem nemoci jsou patrné hemoragie na zvrhodovatělé sliznici. Tyto vředy, které mají vzhled kokardy (bělavý střed, zarudlý okraj) posléze pronikají do hloubky a projevují se jako trhliny (fisury). Fisury rozdělují zachovalou sliznici a vytvářejí obraz dlažebních kostek (kočičích hlav). Při progresi onemocnění pronikají celou stěnou a vznikají píštěle (popsané v komplikacích). Střevní stěna je dále změněna edémem, lymfatickou hyperplázií a fibrózou. Extraluminární postižení se manifestuje jako zánětlivý pseudotumor, absces, píštěl a změny na mezenteriu. Velmi často jsou přítomny granulomy s buňkami Langhansova typu. [5]

### 1.2.5 Klinický obraz

Příznaky s kterými nemocní přicházejí jsou velmi pestré. Závisí na věku nemocného a mohou být intestinální a extraintestinální. Mezi obecné příznaky patří únava, ztráta tělesné hmotnosti, bolesti břicha, neprospívání (zejména u dětí), anemizace, teploty a změna vyprazdňování. Intestinální klinické příznaky se rozlišují dle lokalizace zánětu a přítomností komplikací, které mohou být i první známkou nemoci.

**Ileocékální forma a ileitida** se projevuje *bolestmi břicha*. Bolest může být trvalá, tlaková v pravém podbříšku, nebo křečovitá v okolí pupku v návaznosti na příjmu potravy (1-2 hod. po jídle) Doprovází jí výraznější střevní zvuky, nadýmání, flatulence a říhání. Bývá bolestivá oblast pravé jámy kyčelní, kde je hmatná tuhá rezistence, která odpovídá zánětlivému ložisku v ileocékálním přechodu. K dalším příznakům pro tuto lokalizaci patří: *teploty, průjmy* většinou bez příměsí krve (3-6 stolic) a *hubnutí*.

V případě **postižení tlustého střeva** je nemoc doprovázena *průjmy, teplotou, křečovými bolestmi břicha* pod pupkem v těsné vazbě na vyprázdnění, a *enteroragiemi*.

Při **anorektální lokalizaci** jsou v kontrastu nevýrazné obtíže s těžkým lokálním postižením. Výskyt zánětu v této oblasti je vzácný, ale o to horší je

průběh, který je vleklý, agresivní a prognosticky nepříznivý. Někdy bývají přítomné tenesmy.

**Extraintestinální projevy** – v literatuře není klasifikační shoda, zda-li se řadí mezi klinické projevy, nebo mezi komplikace. Patří mezi ně postižení kloubů (polyartralgie až artritida), očí (iritida, uveitida, episkleritida,), kůže (erythema nodosum, hyperkeratóza), sliznic (aftózní stomatitida), PSC (primární sklerotizující cholangitida). Tyto projevy se projevují současně s aktivitou střevního zánětu. [5, 17]

## 1.2.6 Komplikace

### Střevní komplikace:

#### **Perforace**

- vzácně volné s následným vznikem peritonitidy
- častěji kryté s rozvojem abscesu, např. v retroperitoneálním prostoru.

#### **Píštěle**

- enteroenterální, enterokolické – mezi jednotlivými střevními kličkami
- perianální - v okolí análního otvoru
- enterovesikální - do močového měchýře či močovodu s následnou pyelonefritidou
- enterovaginální – do vagíny
- enterokutánní - s povrchem těla

**Stenózy** – mohou být izolované, nebo mnohočetné, různé délky. Příčinou může být otok, protrahovaný průběh zánětlivého postižení stěny a okolí a následné vazivové zjizvení při hojení. Nebo jsou vyvolané tlakem zánětlivého ložiska, který vede k neprůchodnosti střev (ileu), nebo kompresi močovodu s následkem hydronefrózy.

**Abscesy** – mohou být extra- nebo intraabdominální, vyskytují se mezi střevními kličkami (s následným porušením integrity střeva a proniknutím bakterií do jeho stěny), v oblasti hýždřových svalů, v okolí konečníku.

### **Krvácení**

**Kolorektální karcinom** – je vzácný.

**Toxické megacolon** – velmi vzácně, spíše u UC. Jedná se o život ohrožující stav, kdy dochází k rozpětí střeva, paralytickému ileu, porušení střevní bariery a prostupu bakteriálních agens do krevního oběhu. Může dojít k perforaci střeva a septickému stavu.

**Nutriční komplikace** – při postižení tenkého střeva, či následkem jeho resekce dochází k malabsorpci, v důsledku toho k rozvoji malnutrice s poklesem tělesné hmotnosti, často proteinového typu (ztráty bílkovin i střevem), hypovitaminóze, hypoproteinémií projevující se edémy. Při postižení terminálního ilea, či jeho chybění po resekci, je to nedostatečná absorpce vitamínu B<sub>12</sub>. Spolu s nedostatečným vstřebáváním železa a kyseliny listové je výsledkem anémie. Následkem nedostatečného vstřebávání vápníku a vitamínu D, může dojít k rozvoji osteopenie (nejčastěji v podobě osteoporózy). V souvislosti s průjmy se objevuje i nedostatek draslíku a hořčíku. [6, 10, 17]

Viz příloha č. 2.

## **1.2.7 Diagnostika**

Diagnostika je založena na zhodnocení klinického obrazu (anamnézy, celkového fyzikálního vyšetření), zobrazovacích metodách a histologickém obrazu.

**Ultrasonografie** – provádí se vstupně, může prokázat abscesy, zesílení stěny tenkého střeva.

**Nativ břicha** - pro vyloučení ileozního stavu (případně dg. toxického megacolon)

**Rtg kontrastní vyšetření střeva** – průkaz stenóz, dilatace před stenózami, píštělí.

- tenkého střeva – enteroklýza
- tlustého střeva – irigoskopie - obvykle se provádí při nemožnosti provést kolonoskopii, např. pro stenózu.
- fistulografie – aplikací kontrastní látky do píštěle zjišťujeme průběh píštěle.

**Počítačová tomografie a Magnetická rezonance** – průkaz abscesů a píštělí. Při nemožnosti provedení kolonoskopie lze provést C.T.koloskopii.

**Endoskopická vyšetření:** Kolonoskopie - je pro diagnózu rozhodující, typické jsou vředy, relief tzv. „dlaždicových kostek“, může být přítomné zúžení střeva, pseudopolypy. Některé úseky sliznice mohou být nepostižené. Endoskopické vyšetření umožňuje odebrání vzorků. Mohou být přítomné epiteloidní granulomy, mikrogranulomy a obrovské mnohojaderné buňky.

U pacientů s CN je vhodné provést i gastrokopii pro vyloučení postižení dalších částí zažívacího traktu, eventuálně ERCP, pro možnost postižení i žlučových cest (PSC, redukované žlučové cesty).

**Laboratorně** – zvýšená sedimentace erytrocytů, nárůst CRP, krevní obraz: anémie, leukocytóza, sideropenie, hypokalémie, hypoalbuminémie, snížená celková bílkovina a prealbumin Stanovuje se serologický marker Crohnovy choroby – protilátky proti *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) a protilátky proti cytoplasmě neutrofilů (ANCA). Provádí se bakteriologické vyšetření stolice na střevní patogeny, parazity a Clostridiový toxin. Dále se vyšetřují protilátky proti CMV (cytomegalovirus), jaterní testy a především při rozhodování o léčbě i typizace bílých krvinek (FACS), přítomnost protilátek TBC (Quantyferon tzv. PCR metodou).

**Leukocytární scan** – je metoda, která může dopomoci k diagnóze onemocnění, či zjištění rozsahu, na základě nahromadění leukocytu označených radioaktivní látkou, v místě se zvýšenou zánětlivou aktivitou.

Do diagnostiky patří také pomocná vyšetření jako je oční vyšetření, nebo revmatologické.

Aktivita onemocnění se hodnotí dle laboratorních hodnot, dle jednotlivých příznaků, či příznaků spojených v indexy, přičemž klinická aktivita nemusí



odpovídat aktivitě laboratorní, či endoskopické. Pacienti s endoskopickým relapsem mohou být asymptomatictí. Např.: **Index aktivity Crohnovy choroby**, tzv. Bestův index – **CDAI** (Crohn's Disease Activity Index). Pro jeho výpočet jsou potřebné údaje od pacienta (počet stolic a epizod bolestí břicha za týden, pocit tělesné pohody), vyšetření lékařem (mimostřevní projevy, hmatné útvary v dutině břišní), laboratorní vyšetření (hemoglobin) a poměr aktuální tělesné hmotnosti pacienta oproti hmotnosti ideální. Násobením jednotlivých údajů různými koeficienty se dostaneme k určitému číslu, kdy norma je do 150, vyšší hodnoty představují akutní vzplanutí choroby. (Viz. příloha č. 3) [6, 9, 17]

### 1.2.8 Diferenciální diagnostika

Zahrnuje široký okruh onemocnění, zejména akutní apendicitidu, lymfom tenkého střeva, aktinomykózu, postižení adnex nebo endometrióza u žen. Nejhůře odlišitelná jsou další střevní zánětlivá onemocnění. [5]

### 1.2.9 Terapie

Léčba u CN je komplexní. Je založená na protizánětlivém, imunomodulačním a imunosupresivním působení léčiv, jejichž podání je závislé na aktivitě onemocnění a anatomické lokalizaci onemocnění s následnou eventuelní modalitou v podobě chirurgického zásahu. Potřebujeme zvládnout akutní onemocnění a následně předcházet jeho znovuvzplanutí.

#### Konzervativní léčba:

**Výživa** – optimální stav výživy pacienta je důležitá pro zlepšení celkové odpovědi na léčbu, udržení remise a snížení počtu komplikací po chirurgických výkonech. U pacientu s CN se umělá výživa (enterální, parenterální) úlohu nutriční a farmakologickou. Nutriční indikace vyplývá z klasifikace stupně podvýživy a farmakologická vychází z principu léčebného ovlivnění průběhu nemoci využitím některých nutrientů a v případě enterální formule, i místem jejího podání do tenkého střeva. Podání výživy má stejný efekt na dosažení remise

CN jako kortikosteroidy, trvání je ale kratší. Dlouhodobá, velmi pozitivní zkušenost s umělou výživou je především u dětí, kde jsou kortikosteroidy v terapii kontraindikované. Umělá výživa se indikuje k navození tzv. střevního klidu. Tím se minimalizuje přísun cizorodých bílkovin (antigenů) a sníží se tak imunitní odpověď organismu. Dalšími indikacemi k podávání umělé výživy jsou: syndrom krátkého střeva po opakovaných resekcích, stenózy, píštěle, perforace. Existují dvě formy umělé výživy. **Enterální výživa**, buď formou tzv. *sippingu*, kdy se jedná o popíjení přípravku s kompletním obsahem živin včetně minerálů, vitamínů a stopových prvků. Mohou tvořit doplněk stravy a popíjet se i k normálnímu jídlu. Další formou enterální výživy je aplikace výživových přípravků do zažívacího traktu sondou, zavedenou do žaludku (nutriční efekt), či tenkého střeva (i farmakologický efekt). A **parenterální výživa**, kdy jsou živiny podávány přímo do žilního systému v případě, že enterální výživa není možná, nebo je nedostatečná.

Při možnosti přijímat normální stravu, by měla být přijímána strava bezezbytková, bez hrubé nestravitelné vlákniny, z důvodu možné přítomnosti stenóz. U onemocnění bez stenózy je naopak vláknina důležitá. Vhodnější je rozpustná.

**Kyselina 5-aminosalicylová (5-ASA)** jako mesalazin či sulfosalazin, ovlivňují zánětlivou odpověď v postiženém úseku střeva. Forma se volí podle místa postižení. Klyzmata a čípky při postižení konečníku a esovité kličky. Určitý význam klyzmat může být i při postižení sestupného tračníku. Při postižení ostatních oddílů zažívacího traktu se volí tablety, které jsou různě upraveny tak, aby se 5-ASA uvolňovala v místě kde je to žádoucí. Preparáty 5-ASA se užívají v klidovém stádiu pro udržení remise, tak i při akutním vzplanutí, v lehkých i středně těžkých formách.

**Antidiaroeika** – léky k zastavení průjmu, které je často nutné podávat.

**ATB širokospektrá** – podávají se někdy i přes to, že není zřejmé žádné specifické bakteriální agens. Sníží množství antigenů ve střevě a tím i možné vyvolávající momenty zánětu. V jiných indikacích naopak mohou změnit obsah a složení bakterií ve střevě (dysmikrobie), což může mít za následek vzplanutí,

nebo zhoršení choroby. Proto je vhodné při terapii antibiotiky současně podávat probiotika. Využívají se antibiotika chinolonové řady a chemoterapeutika. Nejčastěji se používá Metronidazol, který má podobné účinky jako sulfasalazin. Užívá se také po resekcích tenkého střeva.

**Probiotika** – obsahují živou mikrobiální flóru. Je vhodné je užívat i preventivně v udržovací fázi. Existují monobakteriální a multibakteriální preparáty. Vhodné jsou i jogurty s probiotickou kulturou a probiotické nápoje. Nerozhoduje forma produktu, ale množství a účinek mikrobů.

**Kortikoidy** - mají protizánětlivý a imunosupresivní účinek. Využívají se ve fázi akutního vzplanutí choroby. Rychle navodí zklidnění stavu. V udržovací léčbě se nahrazují přípravky 5-ASA, nebo imunosupresivy. Vzhledem k vedlejším účinkům nejsou vhodné k dlouhodobé léčbě. U některých pacientů dochází po snížení dávky ke zhoršení stavu, proto je nutné jim alespoň malou dávku ponechat, nebo volit další možnosti (imunosupresiva, biologická léčba, chirurgické řešení). U pacientů s nutnou dlouhodobější kortikosteroidovou terapií je nutné kontrolovat stav kostního metabolismu a při známkách osteopenie, či osteoporózy zahájit terapii pomocí bisfosfonátů a kalcia, dodávat vitamín D a provozovat lékařem určené cviky.

Pro minimalizování nežádoucích účinků je výhodou aplikace lokálních přípravků ve formě klyzmat, kdy dochází k minimálnímu vstřebávání kortikoidů do krve a následnému metabolizování v játrech, takže se do organismu nedostanou.

**Imunosupresiva** – tlumí imunitní systém, který může vytvářet protilátky proti vlastním tkáním a vystupňovaná zánětlivá odpověď zhoršuje průběh choroby. Užívá se především u terapií udržovacích. Remise bývá udržována u  $\frac{3}{4}$  pacientů, má však také četné nežádoucí účinky (leukopenie, hepatitida). Nástup účinku je 6 - 8 týdnů.

**Biologická léčba** – se využívá při selhání léčby imunosupresivní, u kortikodependence, nebo při těžké fistulující formě Crohnovy choroby. Jedná se o protilátky proti cytokinům, které zprostředkovávají zánětlivou odpověď. Jejich

indikace je podmíněna vyloučením všech rizik a proto se provádí test na TBC (Quantyferron v séru), markery hepatitid, RTG plic.

#### Chirurgická léčba:

Výkony **urgentní**, vyžadují tyto stavy: krvácení ze střeva, ileus, těžký akutní zánět se sepsí, zánět pobřišnice, perianální absces, toxické megakolon.

Výkony **plánované** se provádí při selhání, či komplikacích konzervativní léčby (stenózy, píštěle). Dále jsou indikovány u močových komplikací, při podezření na maligní bujení. Provádí se resekce střeva a stomie (ileostomie, jejunostomie, kolostomie).

Strikturoplastiky – mikroincize stenóz střeva. [2, 6, 17]

### **1.2.10 Prognóza**

Vzhledem k tomu, že není známa přesná příčina vzniku této nemoci, ani lék, který by jí dokázal vyléčit, je CN celoživotním onemocněním. Relapsy onemocnění jsou časté. Prognóza závisí na lokalizaci a rozsahu postižení střeva, na přítomných komplikacích a odpovědi na léčbu. Chirurgický výkon není příliš často kurabilním řešením. Ačkoli by měla být současná léčba účinnější, mortalita se nesnížila. Důležité je vyhýbat se stresu, který může do značné míry ovlivnit znovuvzplanutí nemoci.

Co se týče plánování těhotenství, mělo by být započato v období remise. Riziko nového vzplanutí zánětu není v období těhotenství větší, než u netěhotných. Většina těchto těhotenství končí porozením zdravého potomka.

[6, 9, 12]

## **2. Klinická část**

### ***2.1 Údaje o nemocné***

Pacient: XY

Pohlaví: ženské

Rok narození: 1990 (19 let)

Bydliště: Opava

Zaměstnání: obchodní zástupce

Studium: neukončené středoškolské (maturita odložena o rok)

Nejbližší příbuzný: bratr

Datum přijetí: 17.11.2009

Důvod přijetí: susp. exacerbace m. Crohn

### ***2.2 Lékařská anamnéza***

#### **2.2.1 Nynější onemocnění**

19letá nemocná byla přijata pro postupně progredující, křečovitě difúzní bolesti břicha, trvající asi týden. Provokující moment nevyzozovala. Bolesti nejsou v návaznosti na jídlo. Křečovitá bolest vzniká někdy s potřebou se vyprázdnit a po vyprázdnění většinou odezní. Tupá bolest má trvalejší charakter. Někdy nastane mírná úleva v poloze na boku s pokrčenými dolními končetinami. Současně narůstá frekvence vodnaté stolice (5-8x denně, příměs krve za poslední týden jenom 2x) s váhovým úbytkem za poslední dva měsíce cca 4-5 kg. 4 dny již užívá Pentasu, t.č. bez výrazného účinku, proti průjmům léky neužívala. Poslední týden byla subfebrilní (max. 37,5 °C).

Léky asi tři roky neužívala. Na kontroly nedocházela. Střevní potíže (průjmy) měla v průběhu posledních tří let při stresu (zkoušky), které následně odezněly. Jiné obtíže či komplikace základního onemocnění nejuje. Hospitalizována nebyla.

### 2.2.2 Anamnéza

**Osobní anamnéza:** běžná dětská onemocnění. Vážněji nestonala. V roce 2003 stanovená dg. Crohnova nemoc. Kolonoskopie a gastrokopie naposledy v r. 2003.

**Sledované nemoci:** hypertenze, IM, ICHS, vředy, TBC, glaukom, DM, krvácivé projevy, pohlavní choroby – neguje.

**Alergická anamnéza:** negativní

**Rodinná anamnéza:** bezvýznamná

**Sociální anamnéza:** pracuje jako obchodní zástupce, žije s přítelem.

**Farmakologická anamnéza:** dlouhodobě nic neužívá, od 13.11 Pentasa 2-2-2

**Gynekologická anamnéza:** od 11 let pravidelný cyklus (dočasně amenorea ½ roku). Hormonální antikoncepci neužívá.

**Abusus:** exkuřačka, alkohol příležitostně.

**Operace:** 0

**Úrazy:** 0

### 2.2.3 Stav při přijetí

TK: 123/80 mmHg

TF: 80/min

Počet dechů: 14/min

TT: 37.2 °C

Výška: 167 cm

Váha: 53 kg

BMI: 19

Celkový stav: orientovaná, spolupracuje, bez ikteru a cyanózy, klidově eupnoe, subfebrilní, dehydratovaná, malnutrická. Kůže bez patologických eflorescencí, turgor kožní normální, ale významně sušší sliznice, kolorit anemický. Stoj a chůze v normě.

Hlava: mezocefalická, poklep nebolestivý, zornice izokorické, foto +, spojivky růžové, skléry bílé. Uši a nos bez výtoků. Jazyk suchý, hnědě povleklý, plazí středem. Hrdlo klidné. Chrup sanován.

Krk: šíje volná, karotidy tepou symetricky, bez šelestu. Náplň krčních žil nezvýšená, uzliny a štítná žláza nehmatné.

Hrudník: symetrický, mammy bez rezistence. Poklep plný, jasný. Dýchání čisté, sklípkové. Akce srdeční pravidelná, obě ozvy ohraničené bez patologického šelestu.

Břicho: v niveau, bez jizev, poklep dif. bubínkový, měkké, špatně prohmatné, difúzně bolestivé, rezistenci nehmatám. Játra a slezina nepřesahují oblouky žeberní, tapotement negat. bilaterálně.

Páteř: poklepově nebolestivá.

Končetiny: klouby volně pohyblivé. DK bez otoků, bez známek flebitidy, bez varixů. Pulzace do periferie hmatné oboustranně.

Per rektum: okolí klidné, indagace nebolestivá, tonus svěrače přiměřený, ampula volná, stěny hladké, elastické, na rukavici hnědá stolice bez příměsí krve.

### ***2.3 Průběh hospitalizace***

Pacientka byla na Metabolickou jednotku přijata 17.11 v 10.00 hod., překladem ze standardního interního oddělení, kde byla 1 den. Důvodem byla nutnost zajištění CŽK a parenterální výživa, monitoring.

Při příjmu oběhově stabilní, subfebrilní, klinicky a dle lab. markerů se známkami podvýživy (urea 1,29 mmol/l, cholesterol 1,81 mmol/l). Byl zavedený centrální žilní katétr a zahájena parenterální výživa + infuzní terapie. 2. dnem pokračuje podávání ATB (CRP – 130mg/l). Je substituováno kalium a kalcium (kalemie 2,9 mmol/l, kalcemie 1,92 mmol/l)) Terapie p.o – Pentasa 500mg p.o. 2tbl. 3x denně, Mutaflor 1cps. 2x denně. Pokračuje se i v léčbě bolesti (viz příloha č.3). Sipping zatím jen velmi málo, odmítá. Bylo provedeno UZ břicha s nálezem širší stěny transversa s naznačeným vrstvením, bez infiltrátu a volné tekutiny v dutině břišní.

18.11. bylo provedeno CT vyš. s nálezem zánětlivých změn kontinuálně v průběhu celého tlustého střeva a dále diskontinuálně aborálního ilea. Bolesti břicha, i řídké stolice s příměsí krve přetrvávají. Hydratace je zlepšena. Upravená

kalemie. Pacientka je plačtivá a úzkostná. Nasazen Neurol 0,25mg. p.o. 2x denně. Odeslána žádanka na psychologické konzilium.

19.11. zahájena léčba kortikoidy. Řídké stolice (8x za 24 hodin) s příměsí krve přetrvávají. Subfebrilní. Bolest tlumena analgetiky dle ordinace. Sipping již toleruje lépe. Sledována tělesná hmotnost. Hydratace upravena. Laboratorně – pokles CRP (106mg/l), mírný pokles hemoglobinu (101g/l), upravena kalemie. Přecitlivělost a plačtivá nálada přetrvává. Návštěva psychologa.

23.11. Cítí se lépe. Ústup bolesti. Analgetika nevyžaduje. Toleruje tekutiny i sipping. Redukce infuzní terapie. Afebrilní. CRP v normě (1,12mg/l), leukocyty zvýšené ( $15,9 \times 10^9/l$ ). Připravuje se na kolonoskopii přípravkem Fortrans, přípravu zvládá dobře. Psycholog dochází obden. S pacientkou provádí relaxační cvičení. Je klidnější. Medikace beze změn.

24.11. Kolonoskopie – závěr: Crohnova choroba - ulcerózně-polypózní stádium IBD, postižení celého tlustého střeva, bez nálezu v oblasti céka a terminálního ilea. Biopsický nález: mikroskopický nález odpovídá chronickému zánětu sliznice tlustého střeva, který však nelze blíže specifikovat. Jeho charakter však nevylučuje klinickou úvahu o Morbus Crohn.

Dle závěru kolonoskopie se nedá vyloučit Ulcerózní kolitida, ale vzhledem k nálezu na CT se přikláníme k CN.

Dle nálezu zvažována biologická léčba. Ukončena ATB terapie. Dnes 1 den k večeři bramborová kaše. Zatím bez obtíží. Pacientka klidná.

26.11 Pacientka bez bolestí. Ústup průjmu (1x24/hod.), bez příměsí krve. P.o. toleruje tekutiny, sipping, bujón a bramborovou kaši. Fyziologické funkce v normě. Laboratorně: K – 4,57 mmol/l, Ca – 2,18 mmol/l, urea – 2 mmol/l, CRP – 1,12mg/l, leukocyty  $13,4 \times 10^9/l$ , hemoglobin – 106g/l.

V 11.00 hod. přeložena na standardní oddělení na doléčení. Plán: postupně zatěžovat bezezbytkovou stravou, ukončit parenterální výživu, nadále kortikoidy, biologická léčba.



## 2.4 Léčba

### 2.4.1 Seznam použitých farmak:

**Pentasa 500 mg tbl.** (ordinace: 2-2-2 p. o.)

*Indikační skupina:* intestinální antiflogistikum

*Účinná látka:* Mesalazinum

*Charakteristika:* jeho účinkem dochází k inhibici chemotaxe leukocytů, ke snížení produkce cytokinů a leukotrienů a k odstraňování volných radikálů.

*Nežádoucí účinky:* nauzea, zvracení, průjem, kopřivka

*Podávání:* tableta se zapíjí vodou. Lze rozlomit, nebo rozpustit v tekutině.

Nesmí se rozkousat.

**Mutaflor cps.** (ordinace: 1-0-0 p. o.)

*Indikační skupina:* Digestivum

*Účinná látka:* Escherichia coli kmen Nissle 1917

*Charakteristika:* činností těchto bakterií dochází k syntéze mastných kyselin s krátkým řetězcem, které kryjí 40-50% energetické spotřeby kolonocytů, vytváří vhodné prostředí ve střevě (spotřeba kyslíku).

*Podávání a uchovávání:* celé se zapíjí vodou (nejlépe k snídani), uchovávat při teplotě 2-8 °C.

**Neuro 0,25 mg tbl.** (ordinace: 1-0-1 p. o.)

*Indikační skupina:* anxiolytikum, antidepressivum.

*Účinná látka:* Alprazolamum

*Charakteristika:* podporuje činnost GABA

*Nežádoucí účinky:* bolest hlavy, gastrointestinální obtíže, pocení, poruchy mikce, kožní alergie, krevní dyskrázie.

*Podávání a uchovávání:* nerozkousané zapít vodou. Uchovávat při teplotě do 25 °C.

**Ciprofloxacin 200mg inj.** (ordinace: á 12 hod. /09-21/ i. v.)

*Indikační skupina:* širokospektré chinolonové chemoterapeutikum

*Účinná látka:* ciprofloxacinum

*Charakteristika:* blokuje syntézu bakteriální DNA specifickou inhibicí enzymu DNA.gyrázy.

*Nežádoucí účinky:* gastrointestinální obtíže, kožní reakce, bolesti hlavy, psychické obtíže, závratě, třes, křeče.

*Podávání a uchovávání:* Aplikuje se intravenózní infuzí cca 60 min. Uchovává se při pokojové teplotě.

**Metronidazol 500mg inj.** (ordinace: á 8 hod. /09-17-01/ i. v.)

*Indikační skupina:* Chemoterapeutikum

*Účinná látka:* Metronidazolium

*Charakteristika:* baktericidní účinek

*Nežádoucí účinky:* zažívací obtíže, bolesti hlavy, poruchy spánku, závratě, podrážděnost, kožní alergie

*Podávání a uchovávání:* aplikuje se intravenózní infuzí 30-60min. Uchovávání při teplotě do 25 °C

**Fraxiparin multi inj.** (ordinace: 0,3ml á 24 hod. /21/ s.c.)

*Indikační skupina:* antikoagulans, antitrombotikum

*Účinná látka:* Nadroparinum calcicum

*Charakteristika:* nízkomolekulární heparin

*Nežádoucí účinky:* krvácivé projevy, trombocytopenie, v místě vpichu bolestivé zarudlé skvrny, pevné uzlíky, kožní nekrózy.

*Podávání a uchovávání:* Aplikace s.c. kolmo do kožní řasy na břicho v oblasti pasu. Střídat místa vpichu. Po prvním otevření skladovat max. 4 týdny, při teplotě do 25 °C.

**Nutriflex lipid plus 2500 ml** (ord.: + 1 amp. Multibionta – 80ml/hod. i.v.)

*Indikační skupina:* parenterální výživa

*Účinná látka:* roztok obsahuje aminokyseliny, sacharidy, tuky a elektrolyty. Energetická hodnota 10600 kJ (2330 kcal)

*Charakteristika:* pro celkovou parenterální výživu je třeba dodat vitamíny a stopové prvky.

*Nežádoucí účinky:* v souvislosti s tukovou emulzí, vzácně akutní reakce (hypertermie, svalový třes, bolesti hlavy, dušnost)

*Podávání a uchování:* podává se intravenózně do CŽK, maximální rychlost podání je 2 ml/kg/hod. Uchovává se při teplotě do 25 °C, po smísení po dobu 4 dnů, při teplotě 2-8 °C.

**Multibionta inj.**

*Indikační skupina:* aditivum k parenterální výživě, vitamíny.

*Charakteristika:* vitamíny jsou látky s vysokou biologickou hodnotou, které působí na regulaci četných biochemických procesů v organismu.

*Nežádoucí účinky:* obvykle dobře snášen, ojediněle reakce na vitamín B<sub>1</sub> (kožní reakce, angioedém, šokový stav)

*Podávání a uchování:* Podává se v infuzi nejméně 200 ml (5%G, nebo 0,9% fyziolog. roztoku) po dobu minimálně 4 hodin. Uchovává se při teplotě do 8°C, chráněná před světlem.

**KCl 7,45% inj.**

*Indikační skupina:* kaliový přípravek

*Charakteristika:* kalium je základní kationt intracelulární tekutiny, má rozhodující roli při mnoha fyziologických pochodech.

*Nežádoucí účinky:* při nadměrném podání hyperkalemie a její symptomy – parestezie končetin, svalová slabost, arytmie a zástava srdce.

*Podávání a uchování:* Podává se vždy v roztoku glukózy, nebo fyziologického roztoku, pomalu, individuálně dle kalemie. Uchovává se při teplotě 10-25 °C, v temnu.

**Solumedrol 40 mg inj.** (ordinace: á 24 hod. /09/ i.v.)

*Indikační skupina:* hormon, glukokortikoid

*Charakteristika:* syntetický kortikoid s potlačeným mineralokortikoidním účinkem. V malých a středních dávkách působí především protizánětlivě, imunosupresivně, antialergicky, antiedematózně, antiproliferativně a antifibroplasticky.

*Nežádoucí účinky:* při rychlém podání hypotenze, dysrytmie, svalová slabost, erytém, hypokalemie. Potlačení imunitních reakcí, diabetogenní, gastrointestinální, metabolické, kardiovaskulární účinky, vliv na CNS. Při

rychlém vysazení - detrakční syndrom (hypotenze, hypoglykémie, apatie, hyperkalemie)

*Podávání a uchovávání:* naředění v infuzi fyziologického roztoku, dávky do 250 mg aspoň 5 minut. Uchovává se při teplotě 15-30 °C, po naředění 48 hod.

### **Calcium biotika inj.**

*Indikační skupina:* mineralium

*Charakteristika:* kalcium je esenciální látka pro funkční integritu nervového, muskulárního a kostního systému. Důležitou roli má pro udržení fyziologické funkce srdce, ledvin, dýchání, krevní srážlivosti a pro udržení buněčné a cévní permeability.

*Nežádoucí účinky:* při rychlé aplikaci – periferní vazodilatace, hypotenze, nebo hypertenze, arytmie, nauzea, zvracení.

*Podávání a uchovávání:* Aplikace v infuzi pomalu, rychlost nesmí překročit 5ml/min. Uchovávání při teplotě 10-25 °C.

### **Novalgin inj.**

*Indikační skupina:* analgetikum, antipyretikum

*Charakteristika:* jedná se o pyrazolonový derivát s analgetickými, antipyretickými a spasmolytickými účinky. Mechanismus účinku není zcela objasněn.

*Nežádoucí účinky:* nauzea, zvracení, bolest hlavy, alergická kožní reakce, vzácně anafylaktický šok, hypotenze.

*Podávání a uchovávání:* Podává se i.v. (pomalu – max. 1 ml/min.) a i.m. Maximální denní dávka 10 ml. Uchovávání při teplotě do 25 °C.

### **Tramal 100 mg inj.**

*Indikační skupina:* analgetikum, anodynum

*Charakteristika:* středně silné analgetikum s centrálním účinkem. Působí agonisticky na opiátové receptory. Riziko vzniku závislosti je velmi nízké.

*Nežádoucí účinky:* nauzea, zvracení, zácpa, bolest hlavy, kožní reakce, tachykardie, hypotenze.

*Podávání a uchovávání:* Podává se i.v. pomalu v infuzi. Denní dávka by neměla překročit 400 mg.

### **Dormicum inj.**

*Indikační skupina:* benzodiazepinové hypnotikum

*Charakteristika:* krátkodobé s rychlým nástupem účinku. Má hypnotické, anxiolytické, sedativní, myorelaxační, anterogradně amnestické a antikonvulzivní účinky.

*Nežádoucí účinky:* nepatrné změny kardiovaskulárních parametrů, krátká apnoe (45 s.), bolesti hlavy, závratě, škytání. Při předávkování nauzea, zvracení.

*Podávání a uchovávání:* Dávka je určovaná individuálně. Dospělí 2,5 mg. 5-10 min. před zákrokem i.v. Uchovávání při teplotě do 30 °C, chránit před světlem.

### **Mesocain 1 % inj. sol.**

*Indikační skupina:* lokální anestetikum

*Charakteristika:* patří k anestetikům amidové skupiny. Vyvolává blokádu vzniku a vedení bolestivých podnětů i dalších centripetálních vzruchů.

*Nežádoucí účinky:* alergické reakce vzácně. Nejčastějším alergickým projevem je anafylaktický šok, nebo kožní a slizniční projevy. Toxická reakce vzniká při chybném intravazálním podání dávky určené k extravazální anestezii. Dominují příznaky ze strany CNS (neklid, zmatenost, spavost, koma), myokardu a hemodynamiky (hypotenze, tachykardie, bradykardie, asystolie)

*Podávání a uchovávání:* na povrchovou anestezii se používá 1% roztok s.c. Uchovávat při teplotě 10-25 °C, chránit před světlem.

[4, 11]

## **2.5 Prognóza**

Vzhledem k postižení tenkého i tlustého střeva je indikována biologická léčba, která má za cíl postupně snižování, až ukončení kortikoterapie a protizánětlivý účinek. Předpoklad je roční trvání léčby a následně kontrolní vyšetření (enteroklýza, kolonoskopie). Podle nálezu se rozhodne o další léčbě. Nutná dispenzarizace a vedení léčby u ambulantního gastroenterologa. Do budoucna je tu riziko vzniku píštělí a stenóz, vzhledem k rozsáhlosti postižení.

### 3 Ošetrovatelská část

V ošetrovatelské části jsem se zaměřila na problémy stran vnímání onemocnění, subjektivní a objektivní obtíže a následně na odstranění těchto problémů a uspokojení potřeb pacientky.

Základní informace jsem získala po příchodu pacientky na metabolickou jednotku rozhovorem, pozorováním a z dokumentace. Na doplnění informací jsem využila čas při plnění ordinací a ošetrovatelské péči. Při získávání informací jsem se opírala o model Marjory Gordonové. Zjištěné informace jsem následně zpracovala dle ošetrovatelského procesu.

Dále uvádím popis edukace o dietě a hodnocení psychických potřeb pacientky.

#### 3.1 Ošetrovatelský proces

**Ošetrovatelský proces** je systematický a racionální postup při plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Cílem je zhodnotit zdravotní stav pacienta, jeho skutečné či potencionální problémy, stanovit plán ošetrovatelských zásahů na odstranění těchto problémů a na uspokojení pacientových potřeb. Složky ošetrovatelského procesu na sebe v logickém pořadí navazují. Jsou to následující fáze:

1. **Hodnocení**, kam patří odebrání zdravotní anamnézy, zhodnocení, ověřování a třídění informací o tělesné, emocionální, společenské, kulturní, intelektové a duchovní stránce lidského organismu. Pro zjišťování informací je důležitá zručnost v komunikaci a pozorování. Zdrojem může být pacient, rodina a ošetrovatelský tým.
2. **Stanovení ošetrovatelské diagnózy** je definování skutečných (aktuálních), či potencionálních problémů pacienta, nebo faktorů přispívajících k tomuto problému, na základě získaných informací.

3. **Plánování ošetrovatelské péče** představuje kroky, ve kterých si sestra ve spolupráci s pacientem stanovuje priority, vytyčuje cíle a očekávané výsledky. Stanovuje intervence pro odstranění, či zmírnění problémů pacienta. Naplánované intervence, specifické pro každou diagnózu, zaznamená do dokumentace pro koordinaci péče celého ošetrovatelského týmu. Plán by měl splňovat tyto podmínky: respektovat pacientovi priority, měl by být realistický a individualizovaný.
4. **Realizace naplánované péče** – plnění naplánovaných intervencí, přičemž neustává sběr dat, důležitý pro sledování průběžných změn pacientova stavu a následně pro vyhodnocení stanovených cílů v následující fázi.
5. **Zhodnocení efektu poskytnuté péče** – kdy sestra posuzuje odezvu pacienta na ošetrovatelské zásahy a srovnává je se stanoveným cílem, zda vůbec, nebo do jaké míry byl vytýčený cíl splněn. V případě, že nebyl splněn vůbec, sestra přehodnotí plán péče. Změna se může týkat kterékoli s předcházejících fází.

Fáze ošetrovatelského procesu se navzájem prolínají a ovlivňují. Je to proces dynamický a jeho kroky se musí přizpůsobovat změnám.

Ošetrovatelský proces probíhá paralelně s medicínským procesem, který obsahuje obdobné kroky (vyšetření, určení diagnózy, plánování, léčba, vyhodnocení léčby). Rozdíl spočívá v tom, že zatímco medicínský proces se zabývá chorobným procesem, ošetrovatelský proces se zabývá pacientovou reakcí na nemoc. [8]

### ***3.2 Model péče dle Marjory Gordonové – „model fungujícího zdraví“***

Z hlediska holistické filozofie tento model nabízí nejkompaktnější pojetí člověka v ošetrovatelství. Model vychází z interakce člověka a prostředí. Gordonová definovala zdraví jako funkční, či dysfunkční vzorec na podkladě bio

– psycho – sociálních interakcí celého organismu. Sestra hodnotí o jaký vzorec zdraví se jedná v dvanácti základních oblastech. Přitom bere ohled na výchozí individuální zdravotní stav, na věkovou skupinu, normy společenské, kulturní a jiné.

Charakteristika jednotlivých oblastí:

- 1) **Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví** – představuje pacientovo vnímání svého zdravotního stavu, způsob jakým se o své zdraví stará, zda si uvědomuje a zvládá rizika, která jsou s jeho zdravotním stavem a stylem života spojena.
- 2) **Výživa a metabolismus** – zahrnuje způsob přijímání jídla a tekutin ve vztahu k potřebám organismu, denní dobu přijímání potravy, kvalitu a množství konzumovaného jídla a tekutin, upřednostňování určitého druhu jídla, užívání vitamínových preparátů.  
Tato oblast dále zahrnuje stav kůže, schopnost hojení defektů, stav vlasů, nehtů, sliznic, chrupu. Patří sem také tělesná teplota, hmotnost a výška.
- 3) **Vylučování** – tato oblast hodnotí vylučování (moč, stolice, pot), pravidelnost, obtíže, případně zvyklosti pacienta při řešení těchto problémů.
- 4) **Aktivita, cvičení** – zahrnuje způsob udržování tělesné kondice, zvládání běžných, potřebných denních aktivit (hygiena, domácnost), způsob trávení volného času a faktory ovlivňující tyto činnosti.
- 5) **Spánek, odpočinek** – popisuje kvalitu a kvantitu spánku a odpočinku, zvyklosti s tím spjaté a následný pocit odpočatosti.
- 6) **Vnímání, poznání** – popisuje smysly, případné kompenzační pomůcky, úroveň vědomí, mentálních funkcí, schopnost učit se, rozhodovat, paměť, slovní vyjadřování.
- 7) **Sebekoncepce, sebeúcta** – ukazuje na emocionální stav, vnímání sebe sama a projevy s tím souvisící (držení těla, způsob pohybu, oční kontakt, hlas, způsob řeči).
- 8) **Plnění rolí, mezilidské vztahy** – zahrnuje vnímání rolí a plnění povinností ve vztahu k nim.



- 9) **Sexualita, reprodukční schopnost** – poukazuje na problematiku sexuálního života, odchylky, uspokojení, reprodukční schopnost. U žen menstruační cyklus, porody, potraty, menopauza.
- 10) **Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance** – popisuje způsob a vnímání tolerance a zvládnání stresových situací, podporu rodiny a okolí.
- 11) **Víra, přesvědčení, životní hodnoty** – představuje hodnotový systém, cíle a přesvědčení, která ovlivňují pacientovo rozhodování a postoje v životě ve vztahu k jeho zdraví.

## **12) Jiné**

Zjištěné informace jsou základní ošetřovatelské údaje (objektivní, subjektivní), dokumentující chování jedince v určitém čase. Tento proces představuje první fázi ošetřovatelského procesu a plynule na něj navazují fáze následující. [13]

### ***3.3 Ošetřovatelská anamnéza k 1. dni hospitalizace dle modelu***

#### ***Marjory Gordonové***

##### **1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Pacientce byla diagnostikována nemoc ve třinácti letech. Cítí, že ji bylo ublíženo, tím, že ji nikdo nevysvětlil, co má za nemoc, co to pro ní znamená, jakou životosprávu by měla dodržovat. Když ji tuto nemoc zjistili, pani doktorka komunikovala jen s maminkou a ta jí potom, taky nic neřekla. Má pocit, že ji maminka chtěla ochránit, před „jiným“, „nenormálním“ životem. Což vedlo k tomu, že nedbala o to, aby dodržovala jistá opatření vyplývající z nemoci. Kouřila a pila alkohol, nedodržovala dietu. Trochu se na ní za to zlobí. Kdyby to věděla, chovala by se jinak a ta nemoc, by se třeba znovu nevrátila.

Ráda jezdí na kolečkových bruslích, hraje badminton, jezdí na kole. Když měla obtíže (průjemy), měla strach chodit ven, mezi kamarády. Častější absence

způsobili i problémy ve škole. Teď se snaží hledat informace o své chorobě na internetu. Přestala kouřit, alkohol si dá jen občas. Doufá, že se zbaví obtíží a bude moct žít normálně.

Aktuální zhoršení stavu vnímá špatně, vyčítá si, že se o sebe více nestarala. Především jí trápí bolesti břicha. Je plačtivá. V hospitalizaci ale vidí cestu k tomu, aby ji zase bylo dobře. Je ráda, že se odhodlala vyhledat lékařskou pomoc. Doufá v brzké odstranění obtíží (bolesti, průjemy).

## **2. Výživa a metabolismus**

Pacientka má velmi rada jídlo. Vždy se snažila jíst pravidelně každé 3 hodiny, ale ve škole to moc nešlo. Má minimálně tři jídla denně. Snažila se něco sníst i když jí nebylo dobře. Zjistila, že jí nedělá dobře sycené pití, cibule, česnek a vepřové maso. Jinak dietu nedodržovala, jedla podle toho, jak jí bylo. Chuť k jídlu má dobrou.

Pozoruje na sobě horší kvalitu nehtů, někdy jí hodně padají vlasy. Chrup má sanovaný, větší kazivost zubů nepozoruje.

Současná tělesná hmotnost je 53 kg, výška 167 cm. BMI 19. Je malnutrická, nutriční skóre – 3b. (viz. příloha č. 5). Za poslední 2 měsíce zhubla 5 kg. Dieta – 0. P. o. smí jenom tekutiny a sipping. Dostává různé příchutě Nutridrinků, ale moc jí nechutnají. Vypije sotva jeden za den.. Hydratace je snižená, turgor kožní je normální, ale významně sušší jsou sliznice. V souvislosti s celkovým stavem nezvládá vypít větší množství tekutin. Vypije cca 500 ml za 24 hodin. Přesná bilance nelze měřit z důvodu častých stolic a tedy i močení mimo sběrní nádobu. Lékař naordinoval parenterální výživu a infúzní terapii.

Riziko vzniku dekubitů dle Norton skóre (33b.) není. (viz příloha č. 5)

## **3. Vylučování**

Doma s močením problémy neměla. Nyní močí spontánně, moč je čirá, bez příměsí. Bilance za posledních 24 hodin není možné spočítat, vzhledem k tomu, že močila do WC z důvodu průjmu.

Co se týče vyprazdňování stolice, v poslední době měla pocit neustálého nucení na stolicí. Vyprazdňování doprovázejí bolesti břicha, které jsou někdy křečovité a po vyprázdnění odezní, někdy je bolest tupá a má trvalejší charakter.

Má 5-8 stolic denně, řídké konzistence, někdy s příměsí krve. Vyprazdňuje se na pojízdném WC, které má u lůžka (vzhledem k monitoraci FF a infuzní terapii časté odpojování není možné). Okolí konečníku je bez porušení integrity.

Má pocit, že se v nemocnici více potí. Dřívě to nepozorovala. TT – subfebrilie.

#### **4. Aktivita, cvičení**

Před měsícem přijela do Prahy. Našla si tu práci jako obchodní zástupce. Přinášelo ji to velký stres. Ví, že se tam už nevrátí. Chtěla by si najít novou práci v administrativně, nebo s výpočetní technikou, kterou studovala. V období remise ve volném čase chodí ráda ven a trochu i sportuje. Když nastanou obtíže v podobě průjmů, musí svoje aktivity omezit. Má strach někam chodit. Když musí volný čas trávit doma ráda sleduje televizi, různé pořady o vaření, módě, autech, ráda si čte, nebo je na internetu.

V nemocnici, když nemá bolesti, si krátí čas internetem. Hledá si informace o nemoci, ale hledá i stránky, které by ji pomohly se školou, či najít novou práci. Je to i způsob komunikace s přáteli.

Skóre rizika pádu je 1b. (viz příloha č. 5), riziko pádu tedy nemá. Dle Barthel testu základních všedních činností, je plně soběstačná (viz příloha č. 5). Po konzultaci s lékařem je možné odpojení od monitorace a provedení hygieny, či procházky po chodbě. V případě, že je pacientka bez bolesti, nevyžaduje pomoc. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

#### **5. Spánek a odpočinek**

Pacientka spí v průměru 9 hodin denně. Se spánkem problémy nemá. Cítí se po něm odpočatě. Když má volno tak si ráda přispí i do oběda, nebo má ve zvyku si odpoledne na hodinku zdřímnout. Někdy mívá ošklivé sny o smrti, nebo o tom,

že ji opustí přítel, ale není to nijak časté a nepřikládá tomu zvláštní význam. Žádné návyky před spaním nemá.

Změna prostředí související s hospitalizací kvalitu spánku nezměnila. To co ji zhoršilo je bolest břicha. A však když bolesti po analgetikách (viz příloha č. 6 – karta bolesti) ustoupí, nemá problém usnout. Někdy si zdřímne i přes den. Cítí se více unavená. V soběstačnosti ji únava neomezuje. Necítí se být režimem na oddělení rušena. Spí 6-8 hodin v noci. Hypnotika nevyžaduje.

## **6. Vnímání, poznávání**

Pacientka je při vědomí a je orientovaná.

Nosí brýle na dálku. Slyší dobře. Slovní zásoba i způsob vyjadřování je normální.

Problém má s vybavováním naučeného když je ve stresu.

Bolest vnímá jako tupou, někdy i křečovitou, lokalizovanou v oblasti celého podbřišku. Křečovitá bolest vzniká s potřebou se vyprázdnit. Po vyprázdnění většinou odezní. Tupá bolest má trvalejší charakter, po analgetikách se obvykle zmírní (viz karta bolesti, příloha č. 6).

## **7. Sebekoncepce a sebeúcta**

Pacientka je spokojená se svým tělem, ale někdy si říká, že by mohla trochu přibrat. Problém vidí v tom, že si málo věří, následně špatně zvládá krizové situace. To by na sobě chtěla změnit. Průjmy ji omezují. Vyhýbá se společnosti.

Při přijetí se pacientka jeví vystrašeně, úzkostně. Je plačtivá. Snaží se vyrovnat se svou nemocí a s těžkým životním obdobím.

## **8. Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Pacientka prožívá těžké období kvůli problémům v rodině. Rodiče spolu nekomunikují, i přesto, že spolu žijí. Maminka to špatně nese a má velké psychické problémy, přestala chodit mezi lidi. Snažila se jí pomoci, ale situace už byla nad její síly. Proto se rozhodla odejít za přítelem do Prahy. Je ráda, že odešla. Rodinná situace na ní velmi špatně působí. Je neustále ve vypětí.

Žije s přítelem. Mají hezký vztah. Stará se o ní, navštěvuje a podporuje ji. S otcem nekomunikovala, ale teď když je v nemocnici, tak se to zlepšilo a píšou si, ale myslí si, že je to jenom na chvíli. S matkou má dobrý vztah, telefonují si. Má ještě dva starší bratry. Jeden je o osm a druhý o deset let starší. Jeden z nich žije v Praze a denně ji navštěvuje.

Kvůli častým absencím ve škole si zhoršila prospěch a má problém hlavně s angličtinou. Bude dělat opravné zkoušky, aby mohla jít k maturitě. Z učitelky má velký strach. Má pocit, že si na ní zasedla. I když byla na zkoušení připravená, a doma všechno věděla, učitelka v ní vyvolá velký stres, který způsobí, že si na nic nevzpomene.

Musela začít pracovat, ale se současným zaměstnáním není spokojena a snaží si najít něco jiného, spíše v oboru, který studovala (administrativa, výpočetní technika).

Pacientka leží na dvoulůžkovém pokoji. Přítomnost druhé pacientky ji nevadí. Je komunikativní. Částečné soukromí má zajištěné plentou. Nevidí problém ani v komunikaci se zdravotnickým personálem.

## **9. Sexualita, reprodukční schopnost**

První menzes měla v jedenácti letech. Až na jedno období kdy půl roku neměla menstruaci, má cyklus pravidelný. Sexuálně žije s přítelem. Žádný problém v této oblasti neudává. Chce si nechat předepsat hormonální antikoncepci. Dítě zatím neplánuje. Žádnou pohlavní chorobu neměla.

## **10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance**

Jak již bylo zmíněno pacientka špatně zvládá zátěžové situace a stres. Pro někoho, zdánlivé maličkosti, ji dokáží „rozhodit“. Cítí oporu v přítelovi, bratrech, tetě a kamarádkách.

Teď ji trápí propuknutí nemoci a hlavně bolest. Je přecitlivělá, úzkostná a plačtivá. I přesto, že se má na koho obrátit a požádat o pomoc má pocit, že situaci nezvládá.

### **11. Víra, přesvědčení, hodnoty**

Byla vedená ke křesťanství, ale do kostela nechodí. Neví jestli existuje posmrtný život, ale když je jí těžko, obrací se na své zemřelé (babičku). Schůzku s nemocničním kaplanem si nepřeje.

Životní cíle a hodnoty ještě hledá. Asi nejvíc touží po tom, aby měla fungující rodinu, byla šťastná a zdravá.

### **12. Jiné**

Pacientce byl v první den hospitalizace na metabolické jednotce dopoledne zaveden dvoucestný centrální žilní katétr do levé jugulární žíly, po předchozí neúspěšné kanylaci pravé podklíčkové žíly.

## ***3.4 Přehled ošetrovatelských diagnóz***

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na základě ošetrovatelské anamnézy v první den hospitalizace pacientky na metabolické jednotce. Rozdělila jsem je na aktuální a potencionální a seřadila dle naléhavosti. Následně jsem stanovila plán ošetrovatelských činností na 24 hod. (17.11, 10.00 hod. – 18.11. 10.00hod.)

#### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy:**

- 1) Bolest břicha v souvislosti se základním onemocněním.
- 2) Dehydratace v souvislosti s průjemem a neschopností přijmout dostatečné množství tekutin.
- 3) Malnutrice v souvislosti s nedostatečným příjmem stravy a základním onemocněním.
- 4) Úzkost a strach v souvislosti se zhoršením zdravotního stavu.

**Potencionální ošetrovatelské diagnózy:**

- 5) Potencionální riziko vzniku komplikací v souvislosti se zavedením CŽK (pneumotorax, krvácení, poruchy srdečního rytmu, poranění nervu, vznik krevních sraženin, infekce).
- 6) Potencionální riziko vzniku TEN v souvislosti s CŽK a klidovým režimem.
- 7) Potencionální riziko porušení kožní integrity v oblasti konečníku v souvislosti s častým odchodem stolice.

**3.4.1 Ošetrovatelská diagnóza č. 1: Bolest břicha v souvislosti se základním onemocněním.**

**Cíl:**

Pacientka pocítí úlevu od bolesti do 30 min. od podání analgetik.

Do hodiny od podání analgetik bude pacientka udávat stupeň bolesti na hodnotící škále max. 1.

Bolest nebude pacientku omezovat v běžných denních aktivitách.

Pacient bude mít dostatečný spánek, tak aby se cítila odpočatá.

**Ošetrovatelský plán:**

- zjistit lokalizaci, charakter, intenzitu a frekvenci bolesti
- použít vizuální analogovou škálu - VAS (příloha č. 7)
- zaznamenat stupeň bolesti 1-10 do záznamu o bolesti
- doporučit úlevovou polohu
- aplikovat analgetikum dle ordinace lékaře
- zaznamenat podaná analgetika a sledovat jejich účinnost
- zhodnotit efekt analgetik po 30 min a 60 min. od podání
- dále sledovat bolest á hodinu
- zajistit klidné prostředí

- poučit pacientku o včasném hlášení zhoršující se bolesti

### **Realizace a hodnocení:**

Při hodnocení bolesti byla použita VAS (0-10), kdy 0 představuje žádnou bolest, 1 – 2 je bolest mírná, kdy se lze soustředit na hovor, lze odvést pozornost od bolesti, stupeň 3 – 5 je střední bolest, dominuje nad snahou o soustředění, intenzita 6 – 9 představuje silnou bolest, bolestivá grimasa, soustředění na bolest a stupeň 10, kdy se jedná o nesnesitelnou bolest, nemocný neovládne své chování (mohou být přítomny i známky šoku). [18]

Pacientka udávala intenzitu bolesti stupeň číslo 2, tupého charakteru. Analgetika nevyžadovala. Postupně v odpoledních hodinách bolest zesílila. Dle VAS pacientka udávala intenzitu bolesti na stupni č. 4 a charakter bolesti křečovitý. Pacientka zaujímalá úlevovou polohu na boku s pokrčenými dolními končetinami. Dle ordinace lékaře bylo aplikované analgetikum Novalgin 1 amp. i.v. v 20 ml FR, lineárním dávkovačem po dobu 20 min. (14.00 hod.). Po 30 min. pacientka zaznamenala mírnou úlevu od bolesti a po 60 min. udávala intenzitu bolesti na stupni 1. Bolest ji neomezovala v pohybu. Pacientka byla klidnější, schopná komunikace. Pacientka byla poučena o tom, aby informovala sestru v případě opět nastupující bolesti a byla dále sledovaná. Do 19.00 hod. bolest vystoupala opět na stupeň č. 4. Dle ordinace lékaře byla aplikovaná injekce – Novalgin 5 ml i.v. v 20 ml FR, lineárním dávkovačem po dobu 20 min. Za 30 - 60 min. pacientka zaznamenala úlevu na stupeň 2, kdy začala mít bolest opět stoupající tendenci a ve 21.00 dosáhla stupně 4. Bylo opět podáno analgetikum dle ordinace lékaře. Tentokrát 1 amp. Tramalu 100mg. i.v. v 20 ml FR, lineárním dávkovačem po dobu 20 min. Po 30 min. pacientka zaznamenala úlevu a do 60 min. od aplikace usnula a spala až do 6. hodin. Po celou dobu mé služby jsem se snažila o citlivý a vnímavý přístup a klidné prostředí.

Pacientce po analgetikách bolesti ustoupili a v noci spala, ale ráno se cítila odpočatě. Ošetřovatelský cíl byl splněn.



### **3.4.2 Ošetrovatelská diagnóza č. 2: Dehydratace v souvislosti s průjmem a neschopností přijmout dostatečné množství tekutin per os.**

#### **Cíl:**

Pacientka vypije každou hodinu 100 ml tekutin.

CVP bude v normě.

Sliznice nebudou suché.

#### **Ošetrovatelský plán:**

- zajistit dostatečné množství tekutin (nesycené vody, čaj)
- poučit pacientku o důležitosti dostatečného příjmu tekutin (tj. 1,5-2l/24 hod.) [18]
- podávat infuze dle ordinace, za přísně aseptických podmínek
- sledovat CVP dle ordinace lékaře (tj. 2x denně, ráno a večer)
- sledovat bilanci tekutin dle ordinace (za 24 hodin)
- sledovat frekvenci a konzistenci stolic
- všechny zjištěné údaje pečlivě zaznamenávat do dokumentace

#### **Realizace a hodnocení:**

Po přijetí na naše oddělení byl pacientce zavedený CŽK. Hodnota CVP, měřená po zavedení, byla + 1 cm H<sub>2</sub>O (normální hodnota – 3-10 cm H<sub>2</sub>O) [3]. Po Rtg kontrole správného zavedení, byly touto cestou aplikované infuzní roztoky dle ordinace lékaře. A to následující: infuze č. 1 FR 1/1 1000 ml + 1 amp. Ca. gluconicum 10% - 200ml/hod., infuze č. 2 Ringer 1000 ml – 100ml/hod., Infuze č. 3 FR 1/1 1000 ml + 1 amp. Ca. gluconicum 10% - 100ml/hod. Pacientku jsem poučila o důležitosti dostatečného (1,5-2l/24 hod.) příjmu tekutin, vzhledem k potřebám organismu a průjmu. Měla k dispozici slabý ovocný čaj a nesycenou balenou vodu. Během dne od 10.00 do 18.00 vypila 350ml tekutin. Od 18.00 – 6.00 – 600 ml tekutin. Bilance nešla objektivně spočítat vzhledem k odchodu

moče se stolicí. Za 24 hodin měla 6 vodnatých stolic s příměsí krve. Hodnota CVP v 6. 00 byla + 6 cm H<sub>2</sub>O. Všechny zjištěné údaje byly zaznamenány do dokumentace.

Hydratace byla následující den zlepšena, oproti vstupnímu nálezu. Sliznice nebyly suché, CVP bylo v normě. Za 24 hodin vypila 950 ml tekutin. Ošetrovatelský cíl byl splněn částečně, vzhledem k nižšímu příjmu tekutin per os.

### **3.4.3 Ošetrovatelská diagnóza č. 3: Malnutrice v souvislosti s nedostatečným příjmem stravy a základním onemocněním.**

#### **Cíl:**

Pacientka vypije za 24 hodin 2 Nutridrinky.

Nedojde k dalšímu poklesu hmotnosti.

#### **Ošetrovatelský plán:**

- zajistit parenterální výživu dle ordinace lékaře
- poučit pacientku o vhodnosti sippingu a způsobu popíjení
- zajistit příchutě Nutridrinků dle přání pacientky
- zaznamenávat množství přijatého Nutridrinku
- pravidelně sledovat hmotnost pacientky – obden (dle ordinace lékaře) a zaznamenávat do dokumentace

#### **Realizace a hodnocení:**

Dle ordinace lékaře byla pacientce podávána parenterální výživa Nutriflex lipid plus 2500 ml + 2 amp. Multibionta, rychlostí 70 ml/hod., cestou CŽK, za přísně aseptických podmínek.

Pacientka měla naordinovanou dietu č. 0, tekutiny a sipping: Nutridrink 2x denně. Pacientce Nutridrinky moc nechutnali, proto jsem ji doporučila zkusit ředění Nutridrinků vodou. Z příchutí mléčných Nutridrinků preferovala příchut' čokoládovou. Informovala jsem jí o možnosti tzv. „džusových“ Nutridrinků.

Poučila jsem ji o způsobu popíjení, tzn. po doušcích, nikoli najednou, vzhledem k velké energetické hodnotě nápoje a dobré snášenlivosti. Z kuchyně jsem tedy objednala jeden čokoládový Nutridrink a na vyzkoušení jeden Nutridrink Juice style s jahodovou příchutí. Po naředění Nutridrinku vodou 1:1, byl sipping pro pacientku přijatelnější.

Vzhledem k špatnému celkovému stavu, se pacientce v první den podařilo vypít jenom 50 ml Nutridrinku. K poklesu hmotnosti nedošlo. Ošetřovatelský cíl se nepodařilo zcela splnit.

#### **3.4.4 Ošetřovatelská diagnóza č. 4: Úzkost a strach v souvislosti se zhoršením zdravotního stavu.**

##### **Cíl:**

Pacientka nebude mít strach.

Bude klidná.

Nebude plačtivá.

##### **Ošetřovatelská plán:**

- věnovat pacientce dostatek času pro vyjádření jejich obav
- přistupovat k pacientce empaticky
- povzbuzovat pacientku
- informovat pacientku o možnosti kontaktovat psychoterapeuta
- kontaktovat psychoterapeuta

##### **Realizace a hodnocení:**

Pacientka byla po první den hospitalizace na našem oddělení plačtivá a vystrašená. Již jeden z prvních úkonů (zavedení CŽK, viz dg. č. 1) představoval zvýšené riziko komplikací z důvodu neklidu pacientky. Po celou dobu jsem k pacientce promlouvala, snažila jsem se ji slovně uklidnit, což ale nebylo příliš efektivní. Nakonec bylo nutné podat hypnotikum, po kterém se pacientka

uklidnila. Ve večerních hodinách byla opět úzkostlivá. S pacientkou jsem si promluvila. Vyslechla jsem její obavy, snažila jsem se ji povzbudit. Informovala jsem ji o možnosti kontaktovat psychologa. Pacientka toto řešení uvítala. Již sama uvažovala o psychologické pomoci i z toho důvodu, že nezvládala rodinnou situaci a problémy ve škole a ještě k tomu se přidal relaps onemocnění. Měla však trochu obavy a nevěděla kde pomoc hledat. Po konzultaci s lékařem jsme na druhý den odeslali žádanku na psychologické konzilium.

Po 24 hodinách byla o něco klidnější oproti předcházejícímu dni. Avšak její psychický stav nebyl uspokojivý. Úzkost a plačtivost přetrvávala. Řešení tohoto problému vyžadovalo delší čas. Ošetrovatelský cíl se nepodařilo splnit.

### **3.4.5 Ošetrovatelská diagnóza č. 5: Potencionální riziko vzniku komplikací v souvislosti se zavedením CŽK, (pneumotorax, krvácení, poruchy srdečního rytmu, poranění nervu, vznik krevních sraženin, infekce)**

#### **Cíl:**

Včasné odhalení příznaku komplikací.

Pacientka nebude ohrožena infekcí.

#### **Ošetrovatelský plán:**

- informovaný souhlas
- přísně aseptický postup (při chystání sterilního stolku, asistenci lékaři, následném ošetřování a převazech CŽK, aplikaci léčiv)
- zajistit vhodnou polohu pacienta pro kanylaci (poloha na zádech, dle zvoleného místa kanylace Trendelenburgova poloha, pro lepší náplň žilního systému, napolohování hlavy, natažení a otočení horní končetiny nahoru dlaní, v případě kanylace podklíčkové žíly).
- kontrolovat FF, EKG křivku (pacient je při kanylaci napojený na monitor)

- zajistit Rtg kontrolu zavedení CŽK dle ordinace lékaře
- provádět pravidelné převazy, dle krytí (při použití Curaporu á 24 hod., při použití fólie á 72 hod.)
- sledovat místo vpichu a dalších příznaky infekce (bolest, zvýšená TT, zimnice, třesavka) a krvácení
- zajistit průchodnost CŽK (dostatečné proplachy při odpojování, kontinuální infuze dle ordinace lékaře)
- zajistit pravidelnou výměnu setů a rampy (á 24 hod.), nebo biokonektorů (á 7 dní)
- poučit pacientku o zacházení s CŽK a o nutnosti hlášení jakékoli změny (bolestivost, svědění, odlepení krytí, krvácení)

#### **Realizace a hodnocení:**

Pacientka byla lékařem seznámena s důvody, riziky a postupem zavedení CŽK. Vše pochopila a s výkonem souhlasila. Podepsala informovaný souhlas. Byla úzkostní. Snažila jsem se pacientku slovně uklidňovat a povzbuzovat.

Přísně asepticky jsem nachystala sterilní stolek, kdy jsem měla na sobě ochranné pomůcky (nesterilní empír, čepici a ústenku). Dále jsem nachystala ostatní pomůcky (pro lékaře: sterilní empír, sterilní rukavice, čepici a ústenku).

Pacientka byla napojená na monitor. Byla monitorovaná TF, TK a saturace O<sub>2</sub>. Pacientku jsem napoložovala do Trendelenburgovy polohy na zádech. Lékař zvolil místo kanylace do podklíčkové žíly. Pacientku jsem poučila o natažení levé horní končetiny a otočení dlaně vzhůru a správné držení končetiny jsem zkontrolovala. Po dezinfekci a zarouškování místa vpichu, lékař aplikoval Mesoicain 1% 1 amp. s.c. na znecitlivění. Po chvíli pacientka udávala ještě citlivost místa vpichu, proto ještě jednou aplikoval Mesocain 1% ½ amp. s.c. V momentě když zavedl punkční jehlu, pacientka začala být neklidná až hysterická. Nedala se slovně uklidnit. Lékař byl nucen vyndat jehlu, hrozilo poškození pacientky. Lékař naordinoval podání 1 amp. Dormica i.v. Poté zvolil pro cestu kanylace jugulární žílu. Opět si místo vpichu pečlivě vydezinfikoval, zarouškoval a znecitlivil. V druhém případě se již kanylace zdařila. Místo vpichu

jsem očistila desinfekcí (Cutasept) a sterilně kryla Curaporem. Na vstupy CŽK jsem nasadila biokonektory, pro minimalizování rizika zanesení infekce. Dle ordinace lékaře jsem napojila infuzi (č. 1 FR 1/1 1000 ml + 1 amp. Ca. gluconicum 10% - 200ml/hod.). Na základě ordinace lékaře jsem zajistila Rtg. CŽK v jugulární žíle byl zaveden správně a žádné další známky poškození či komplikací nebyly patrné. Pacientku jsem poučila o opatrnosti při pohybu a hlášení jakékoli změny. Dále jsem pacientku a místo vpichu sledovala a monitorovala FF. Infúzní roztoky kapaly přes rampu opatřenou biokonektory. Infúzní sety byly po 24 hodinách vyměněny. Následující den jsem vyměnila krytí za semipermeabilní folii. Před tím jsem okolí CŽK za použití sterilních nástrojů řádně očistila roztokem 3% peroxidu vodíku a vydezinfikovala roztokem Betadine. Při odpojování jsem CŽK proplachovala 10 ml FR. Před jakoukoli manipulací s CŽK a infúzními linkami, jsem dbala na řádnou hygienu rukou.

Akce srdeční byla pravidelná. Místo vpichu bylo klidné, bez známek infekce, nekrvácelo. Pacientka nebyla dušná, neměla bolesti v místě vpichu, nebyly patrné ani známky poškození nervu. Oba vstupy CŽK byly průchodné. Ošetrovatelský cíl byl dosažen.

### **3.4.6 Ošetrovatelská diagnóza č. 6: Potencionální riziko vzniku TEN v souvislosti s CŽK a klidovým režimem.**

#### **Cíl:**

U pacientky nedojde k rozvoji těchto komplikací

Včasné odhalení příznaku komplikací (bolesti v lýtku, otok lýtky, změna teploty končetiny, bolest na hrudi, stížené dýchání) [22]

#### **Ošetrovatelský plán:**

- informovat pacientku o riziku vzniku TEN, o příznacích vzniku TEN
- poučit pacientku, aby objevení příznaku hlásila sestře

- poučit pacientku o provádění cviků DK v rámci prevence TEN
- nácvik daných cviků
- cvičení při pobytu na lůžku každou hodinu
- zajistit dobrou hydrataci pacientky
- podávat antikoagulantia dle ordinace lékaře
- správně provést bandáž DK (dle ordinace lékaře)
- po konzultaci s lékařem umožnit pacientce pohybovou aktivitu
- provádět kontrolu pacientky – DK, dýchání (dle ordinace lékaře)

### **Realizace a hodnocení:**

K vytvoření trombu v žilním systému může dojít v souvislosti s omezenou pohyblivostí pacienta, v důsledku venostázy, i v souvislosti se zavedeným CŽK. Uvolněním trombu, nebo jeho části a jeho vycestováním krevním proudem k plicím, může dojít k život ohrožujícímu stavu – plicní embolii. Tato komplikace se může projevit horečkou, bolestí v lýtku, otokem lýtky, změnou teploty končetiny, bolestí na hrudi a ztíženým dýcháním. [22] O této skutečnosti jsem pacientku náležitě poučila. Zdůraznila jsem jí, aby změnu, či objevení zmíněných příznaků ohlásila ihned sestře.

Pacientce jsem vysvětlila postup procvičování DK, pro zlepšení venózního návratu krve do srdce:

zpevnění a uvolnění svalů DK tak, aby „pumpovali“ krev žilami – 10x

pokrčení a natažení prstů na nohou – 10x

pokrčení a natažení nohou v kotníku – 10x

pokrčení a natažení nohou v koleni – 10x

pokrčení a natažení nohou v kyčli tak, že se koleno zvedne a pokrčí k hrudníku – 10x

hluboké nadechnutí – 10x [22]

Pacientka nebyla zcela upoutána na lůžko. Mohla si na lůžku volně sedat. Měla povolenou i procházku po chodbě 2-3x denně. Prvních 24 hodin aktivizování vzhledem k celkovému stavu nebylo možné, ani pacientka se na to necítila. Proto jsem pacientce doporučila aby prováděla preventivní cviky. Ze

začátku jsem se ujistila, zda pacientka provádí cviky správně. Dbala jsem o hydrataci pacientky (viz oše. dg. č. 2). Dle ordinace lékaře byl aplikovaný Fraxiparine multi 0,3 ml s.c. ve 21.00 hod. Lékař bandáže DK neordinoval.

U pacientky se žádný z příznaků TEN neobjevil. Ke vzniku TEN nedošlo. Ošetrovatelský cíl byl splněn.

### **3.4.7 Ošetrovatelská diagnóza č. 7: Potencionální riziko porušení kožní integrity v oblasti konečníku v souvislosti s častým odchodem stolice.**

#### **Cíl:**

Nedojde k porušení integrity kůže

#### **Ošetrovatelský plán:**

- umožnit pacientce řádnou hygienu
- zvolit šetrnější formu očišťování
- vhodně ošetřit oblast řitního otvoru a jeho okolí

#### **Realizace a hodnocení:**

Pacientce bylo umožněno sprchování 2x denně. Pro hygienu po vyprázdnění jsem jí doporučila používání vlhčených ubrousků, které jí bratr následující den přinesl. Pro ošetření řitního otvoru a jeho okolí, jsme používali Menalind pastu, dle potřeby pacientky.

K porušení integrity kůže nedošlo. Ošetrovatelský cíl byl splněn.



### 3.5 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

V dlouhodobém plánu péče jsem se zaměřila na zlepšení výživy, psychického stavu a informovanosti pacienty.

Co se týče výživy pokračovala jsem v intervencích oše. diagnózy č. 3. Pacientka měla nadále parenterální výživu. Podařilo se ji navýšit popíjení Nutridrinků, a to na 150 ml druhý den (18.11) a 200 ml třetí den (19.11). V následujících dnech se sipping pohyboval mezi 150 – 200 ml. Po domluvě s pacientkou byly obměňovány příchutě. Pacientka byla každý druhý den vážena, vždy ráno po probuzení, obvykle mezi 7 – 8 hodinou. Viz tabulka hmotnosti, zvýrazněná data znamenají první a poslední den na JIP. Pacientka zvýšila sipping na 150 – 200 ml/ 24 hod. Nedošlo k poklesu hmotnosti.

<b>17.11</b>	19.11	21.11	23.11	25.11	<b>26.11</b>
53 kg	54.9 kg	55 kg	53,5 kg	54 kg	53,5 kg

I v následujících dnech pacientka propadala pláči, zvláště při projevení zájmu o její osobu. Bylo ji líto, že došlo k zhoršení onemocnění a měla strach a obavy jestli se uzdraví a jak bude vypadat její budoucnost. Zároveň uváděla, že špatně zvládá stres. Byla lítostivá. Snažila jsem se věnovat pacientce dostatek prostoru pro vyjádření jejích pocitů. Pacientka byla sdílná, hovořila o tom co ji trápí, ale opět propadala pláči. Lékař naordinoval anxiolytikum p.o. (Neurol 0,25mg p.o. 1-0-1). Po konzultaci s lékařem jsme kontaktovali psychologa. Třetí den hospitalizace na našem oddělení pacientku navštívil psycholog. Zajistit soukromí se mi zcela nepodařilo. Pacientka ležela na dvoulůžkovém pokoji a bylo nutné ji zatím monitorovat. Zároveň bylo pro relaxaci vhodné, že ležela na lůžku. Zajistila jsem alespoň klidné prostředí. Po úvodním rozhovoru následovala relaxace. Ze začátku se pacientce nedařilo dobře uvolnit. Psycholog za ní docházel obden a postupně se učila relaxovat a byla klidnější. S psychologem navázala dobrou spolupráci a stála o další jeho návštěvy. Terapie pokračovala i na standardním oddělení a následně i po propuštění.

Druhý den hospitalizace jsem si na odpoledne naplánovala rozhovor s pacientkou. Využila jsem chvíle kdy se už cítila lépe a neměla bolesti. Zajistila jsem vhodné prostředí a soukromí. I přesto, že nemocí trpí od svých třinácti let, měla pocit, že nemá dostatek informací o onemocnění. Nejdříve jsem se snažila zjistit jaké informace už pacientka o nemoci má. Shrnuli jsme informace, které pacientka měla od lékaře o příčině, průběhu a možnostech léčby Crohnovy nemoci. Pacientku jsem seznámila s parenterální výživou a enterální výživou – sippingem (viz edukace pacientky o dietě). Informovala jsem ji o tom, že ji v následujících dnech navštíví nutriční terapeutka, která ji podrobně seznámí se specifiky stravování při Crohnovy nemoci. Pacientce jsem předala i informační brožury pro pacienty, které obsahovali přehledné informace o onemocnění, konkrétně o příznacích, diagnostice, příčinách a léčbě. Publikace obsahovala i kapitulu o speciálních problémech v oblastech jako: sexuální život, plánování rodiny, těhotenství, aktivity ve volném čase. Nabízí i rady jak situaci zvládat po straně psychiky a informaci o svépomocných skupinách. Pacientce jsem nabídla i webové stránky občanského sdružení pacientů s IBD, které nabízí nejen spoustu informací a diskusní fórum, ale i různé semináře a společenské akce. Informace jsem pacientce poskytovala pozvolna, aby neměla pocit, že je zahlcena. Poskytla jsem ji čas a prostor pro zpracování informací a otázky. Následující den jsem se pacientky zeptala jaký má pocit z informačního materiálu a zda nemá ještě otázky. Její reakce na materiál a rozhovor byla pozitivní. Měla pocit, že jsou pro ní informace přínosné. Ujistila jsem ji, že se může kdykoli obrátit jak na mne, tak na ostatní zdravotnický personál s případnými dalšími otázkami.

### **3.6 Psychický stav pacienta**

Stres může ovlivňovat míru imunitní reakce. Podle zkušeností, může stres (psychické trauma) vyvolat akutní vzplanutí nemoci. Patrné jsou i charakteristické psychické rysy osobnosti u pacientů s Crohnovou nemocí, emocionální labilita, nezralost, výrazový sklon k depresím, někdy naopak přehnaná sebejistota. Byla prokázána souvislost mezi úzkostí a aktivitou onemocnění. Psychosomatická podstata onemocnění může být znatelná u dětí, adolescentů z dysfunkčních rodin (např.: konflikt mezi rodiči se řeší prostřednictvím dítěte, špatná komunikace). Zároveň opakující relapsy způsobují pokles psychické odolnosti. Podpůrná léčba psychologickými metodami může přispět ke zlepšení kvality života u pacientů s Crohnovou nemocí a vést k zklidnění nemoci.

Pacientka byla stresována dlouhodobě nedobrym vztahem rodičů. Starší sourozenci z domova odešli a ona zůstala sama mezi rodiči, kteří spolu nekomunikují. K tomu se přidali i starosti se studiem. Celou situaci už doma nezvládala a rozhodla pro odchod do Prahy za přítelem. Dalším stresovým podnětem bylo jistě i hledání práce a následně nespokojenost s daným zaměstnáním. Tato změna a sní související psychická zátěž mohla být také příčinou relapsu onemocnění.

Pacientka sama sebe opisovala jako více nervózní, podrážděnou, plačtivou a tak se i objektivně jevila po příchodu na naše oddělení. Stěžovala si, že neumí „vypnout“, relaxovat. Informovala jsem ji o možnosti návštěvy psychologa. Tuto možnost velice přivítala. Cítila, že sama to nezvládá. Trápilo ji zhoršení onemocnění, samotnou hospitalizaci ale vnímala pozitivně. Viděla v ní pomoc a cestu k odstranění obtíží. Po konzultaci s lékařem jsme kontaktovali psychologa. Psycholog s pacientkou nacvičoval relaxační techniky. Ze začátku se pacientce relaxování nedařilo. Nedokázala se uvolnit. Postupně se schopnost relaxace zlepšovala, ale vyžadovalo to delší čas. Pacientku proto psycholog navštěvoval i na standardním oddělení a spolupráce pokračovala i pro propuštění pacientky.

Pacientce byla poskytnuta i internetová opora informací o relaxování ([www.relaxace.psychoweb.cz](http://www.relaxace.psychoweb.cz), [www.drnespor.eu/relaxcz.html](http://www.drnespor.eu/relaxcz.html)).

Na akceptaci a snášení nemoci pozitivně vplývá sociální podpora, informovanost o nemoci a vzdělání pacienta. Snažila jsem se pacientce pomoci při získávání informací o onemocnění. Poskytla jsem ji informační brožury a odkazy na webové stránky ([www.crohn.ic.cz](http://www.crohn.ic.cz), [www.crohn.cz](http://www.crohn.cz)).

Pacient v remisi se neliší od zdravých, za to pacient v nemoci má pocit izolace. Velmi prospěšné můžou být svépomocné aktivity ve formě klubů a rekondičních pobytů. Pacient má možnost vyměnit si zkušenosti se stejně „postiženými“ lidmi, kteří mu rozumí. Pacientce jsem proto poradila kontakt na občanské sdružení pacientů s IBD, které nabízí nejen spoustu informací a diskusní fórum, ale i různé semináře a společenské akce. [6, 7, 15]

### **3.7 Edukace pacienta o dietě**

Výživa jako jediný zdroj energie pro organismus je nezbytná pro udržení nebo zlepšení zdravotního stavu.

Edukace o výživě patří u pacienta s Crohnovou nemocí k důležitým bodům péče. Pacientka sama vnímala, že nemá dostatek informací o stravování v souvislosti s jejím onemocněním. Sama vyzorovala, že ji některé potraviny nedělají dobře (cibule, česnek, vepř. maso, sycené nápoje).

U pacienta s Crohnovou nemocí dochází k ztrátám bílkovin, které jsou secernovány střevní sliznicí do střevního lumen. Při průjmech dochází ke ztrátám tekutin, vitamínu rozpustných ve vodě (kyselina listová, vit. C, vit. skupiny B) a elektrolytu (draslík, vápník, hořčík). Při relapsu onemocnění a při stenózách se přechází na bezsezbytkovou stravu, tzn. bez nestravitelné vlákniny. U mladých lidí se v akutní fázi vylučuje příjem potravy úplně. V období remise nejsou nutná striktní dietní omezení. Nemocný by si měl všimnout jestli mu nějaké potraviny nezpůsobují obtíže, a ty pak omezit. Důležité je, aby byla strava energeticky hodnotná a vyvážená. Vhodnější je jíst menší porce, 5-6x denně. Doporučuje se vynechat potraviny s obsahem nerozpustné vlákniny (ořechy a semena, luštěniny, nadýmavá zelenina, celozrnné výrobky).

Pacientku jsem seznámila s dietním omezením, které jí bylo naordinováno. Zdůraznila jsem jí, že smí jenom tekutiny a že dostatečný příjem tekutin je pro organismus velice důležitý. Doporučila jsem jí aby se snažila vypít 1,5-2 litry tekutin denně. Dále měla naordinovanou enterální výživu formou sippingu. Seznámila jsem ji s těmito nápoji. Řekla jsem jí, že se jedná o vysoce energetickou, nutričně kompletní tekutou stravu, která je vhodná jako doplněk normální stravy, nebo jako jediný zdroj výživy v případě, kdy nelze pokrýt potřeby organismu běžnou stravou. Měla možnost vyzkoušet různé typy a příchutě přípravku. Odkázala jsem jí i na webové stránky, kde najde více informací a zajímavosti pro zpestření jídelníčku, jako např.: recepty z těchto přípravků. Sdělila jsem jí, že by měla vypít 2 nápoje denně a to pomalu, po

doušcích v průběhu dne. Vzhledem k vysoce energetickému složení, by se po rychlém vypití mohli objevit potíže, jako nevolnost, průjem. Dále jsem ji seznámila o dalším způsobu výživy, kterým se budeme snažit nahradit a doplnit ztráty, které její organismus zhoršením nemoci utrpěl, s parenterální výživou. Takto bude živena po relativně krátkou dobu, než se zánět střeva zklidní a ona bude moct opět přijímat normální stravu. Vysvětlila jsem ji, že se jedná o aplikaci živin (bílkovin, cukrů, tuků, vitamínů, minerálů a stopových prvků) přímo do cévního systému. Informovala jsem ji, že bude začínat s šetrnějším jídlem, jako je bramborová kaše, než přejde na normální jídlo.

Pacientce jsem poskytla brožuru s informacemi pro pacienty o dietě při chronických zánětlivých onemocněních střeva. Nevelká publikace nabízí informace o úkolech trávicího ústrojí a o samotné dietě v jednotlivých fázích onemocnění. Zároveň vysvětluje specifika enterální a parenterální výživy, jako i význam probiotik a informace o působení potravin a jejich složek na organismus člověka. (příklad stručnější brožury viz příloha č. 8 a 9)

V následujících dnech jsem naplánovala návštěvu nutriční terapeutky. Ta pacientce podrobněji vysvětlila specifika stravování při Crohnovi nemoci, především v domácím prostředí. Pacientka měla prostor pro svoje otázky. Nutriční terapeutka ji poskytla i dostatek materiálu o dietě, o který se bude moci doma opřít. [6, 19]

## Závěr

Crohnova choroba je charakterizována jako chronické zánětlivé onemocnění postihující zažívací trakt, převážně konečnou část tenkého střeva a tlusté střevo. Postihuje celou šířku střevní stěny. Projevy se liší dle lokalizace postižení. Její etiologie není zcela známa. Léčba spočívá v mírnění zánětlivého procesu. Období remise střídají relapsy onemocnění.

Onemocnění postihuje převážně mladé lidi žijící ve městě, často kuřáky.

V práci popisuji případovou studii pacientky (19 let), které Crohnovou nemoc diagnostikovali ve třinácti letech. Byla přijata pro relaps onemocnění na Metabolickou jednotku. Prostřednictvím lékařské dokumentace a rozhovoru jsem se seznámila s aktuálním stavem pacientky. Na základě získaných informací jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy, cíl a plán péče. Po splnění naplánovaných intervencí, jsem zhodnotila výsledek zda bylo ošetrovatelského cíle dosaženo úplně, částečně, nebo vůbec.

Pacientka byla na Metabolické jednotce hospitalizována 10 dní. Během této doby jsme se soustředili na zmírnění obtíží, převážně zmírnění bolesti, zlepšení hydratace a výživy a redukce průjmu. Většina ošetrovatelských cílů byla splněna úplně, několik částečně. Došlo i k zlepšení psychického stavu pacientky. Správně naplánovaná a poskytnutá ošetrovatelská péče, na základě vhodné komunikace a pozorování, pomohla odstranit, nebo zmírnit obtíže a uspokojit potřeby pacientky.

## Seznam použitých zkratk

**5-ASA** – kyselina 5-aminosalicylová

**ATB** – antibiotika

**BMI** – body mass index

**Ca** – kalcium

**CN** – Crohnova nemoc

**CNS** – centrální nervový systém

**cps.** - kapsule

**CRP** – C-reaktivní protein – zánětlivý marker

**CT** – počítačová tomografie

**CVP** – centrální venózní tlak

**CŽK** – centrální žilní katétr

**DK** – dolní končetiny

**DM** – diabetes mellitus

**DNA** - deoxyribonukleová kyselina

**EKG** – elektrokardiograf

**ERCP** - Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie

**FACS** - typizace bílých krvinek

**Fe** - železo

**FF** – fyziologické funkce

**FR** – fyziologický roztok

**GABA** – kyselina gama-aminomáselná - hlavní inhibitor neurotransmise v mozku, zprostředkuje pre- a postsynaptickou inhibici ve všech oblastech CNS.

**GIT** – gastrointestinální trakt

**IBD** – angl. zkr. inflammatory bowel disease, zánětlivá choroba střeva, zejm. Crohnova nemoc a proktokolitida ulcerózní kolitida

**ICHS** – ischemická choroba srdeční

**IM** – infarkt myokardu

**inj.** – injekční/injekce

**i. v.** – intravenózně



**K** – kalium  
**kcal** – kilokalorie  
**kJ** – kilojoule  
**mmol** – milimol  
**p. o.** – per os  
**PSC** – primární sklerotizující cholangitida  
**PSR** – angl. zkr. polymerázová řetězová reakce  
**Rtg** – rentgen  
**s. c.** – subcutánně  
**TBC** – tuberkulóza  
**tbl.** – tableta  
**TEN** – tomboembolická nemoc  
**TF** – tepová frekvence  
**TK** – krevní tlak  
**TT** – tělesná teplota  
**UC** – ulcerózní kolitida  
**UZ** – ultrazvuk  
**VAS** – vizuální analogová škála

[21]

## Seznam použité literatury

- (1) ČIHÁK, R. Anatomie 2. Praha: Avicenum, 1988, s. 15-103. ISBN 08-060-88.
- (2) DASTYCH, M., jr., et. al. Enterální výživa a její praktické využití u Crohnovy nemoci. Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie, číslo 6, prosinec 2006, ročník 60, s. 251-255 (on – line). Dostupnost z: [http://www.csgh.info/arch\\_detail.php?stat=213](http://www.csgh.info/arch_detail.php?stat=213)
- (3) KAPOUNOVÁ, G. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada, 2007, s. 37. ISBN 978-80-247-1830-9
- (4) KAŠPAROVÁ L., NOVOTNÁ H., et. al. Medical tribune pharmindeX brevif. Praha: Medical tribune cz, s. r. o., ve spolupráci s Inpharmex, spol. s. r. o., 2007. ISBN: 978-80-903708-7-6
- (5) KLENER, P. Vnitřní lékařství. Praha: Galén, 2001, s. 484 – 487. ISBN: 80-7262-101-7
- (6) KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida. Praha: Forsapi, 2006. ISBN: 80-903820-0-8
- (7) KOVÁTSOVÁ, A., et.al. Psychosomatické pohľady na problematiku chronických zápalových ochorení čreva detského a adolescentného veku. Psychiatria, ročník 11, 2004, č. 3-4, s. 124-129.
- (8) KOZIEROVÁ, B. a kol.: Ošetrovatelstvo I. díl. Osveta, Martin 1995, s.164 – 169. ISBN 80-217-0528-0
- (9) LUKÁŠ, K., et. al. Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2005, s. 19-33, s. 95-97. ISBN 80-247-1283-0
- (10) LUKÁŠ K., et. al. Gastroenterologie a hematologie. Praha: Grada, 2007, s.126-127. ISBN: 978-80-247-1787-6.
- (11) MARTINKOVÁ, J., et.al. Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-1356-4.
- (12) MAŘATKA, Z. Klinická gastroenterologie. Praha: Avicenum, 1988, s. 376-386. ISBN 08-025-88

- (13) MASTILIAKOVÁ, D.: „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové, s.167-181. IN: Trachtová, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno, IDVPZ 1999. ISBN 80-7013-285-X
- (14) PIERCE, A. G., BORLEY, N. R. Surgery at a Glance, Third Edition. Oxford: Blackwell Publishing, 2006, s.144. ISBN: 13-978-1-4051-3187-2.
- (15) PRÍKAZSKÁ M., et. al. Crohnova choroba z hradiska psychosomatickej a behaviorálnej medicíny. Bratisl. lek. Listy, 100, 1999, č. 4, s. 210-214.
- (16) ROKYTA, R. et al. Fyziologie. Praha: ISV nakladatelství, 2000, s. 129-143. ISBN 80-85866-45-5.
- (17) ŠAFRÁNKOVÁ, A., et.al. Interní ošetrovatelství I. Praha: Grada, 2006, s. 228-236. ISBN 80-247-1148-6
- (18) TRACHTOVÁ, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno, IDVPZ 1999, s. 81, s. 133. ISBN 80-7013-285-X
- (19) URBÁNEK, L., et.al. Klinická výživa v současné praxi. Brno: NCONZO, 2008. ISBN: 978-80-7013-473-3
- (20) VILLARREAL, M., R. Diagram of a human digestive systém. [online]. 17. 12. 2006. [cit. 15.3.2010] Dostupnost z www: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Digestive\\_system\\_diagram\\_cs.svg](http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Digestive_system_diagram_cs.svg)
- (21) VOKURKA, M., et.al. Velký lékařský slovník. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN: 80-7345-058-5
- (22) WORKMAN, B.A.,et.al. Klíčové dovednosti sester. Praha: Grada, 2007, s. 71-76. ISBN: 80-247-1714-X

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1: Schéma trávicí soustavy člověka**

**Příloha č. 2: Schéma Crohnovy nemoci**

**Příloha č. 3: Index aktivity Crohnovy nemoci**

**Příloha č. 4: Ošetřovatelské vyšetření 1. strana**

**Příloha č. 5: Ošetřovatelské vyšetření 2. strana**

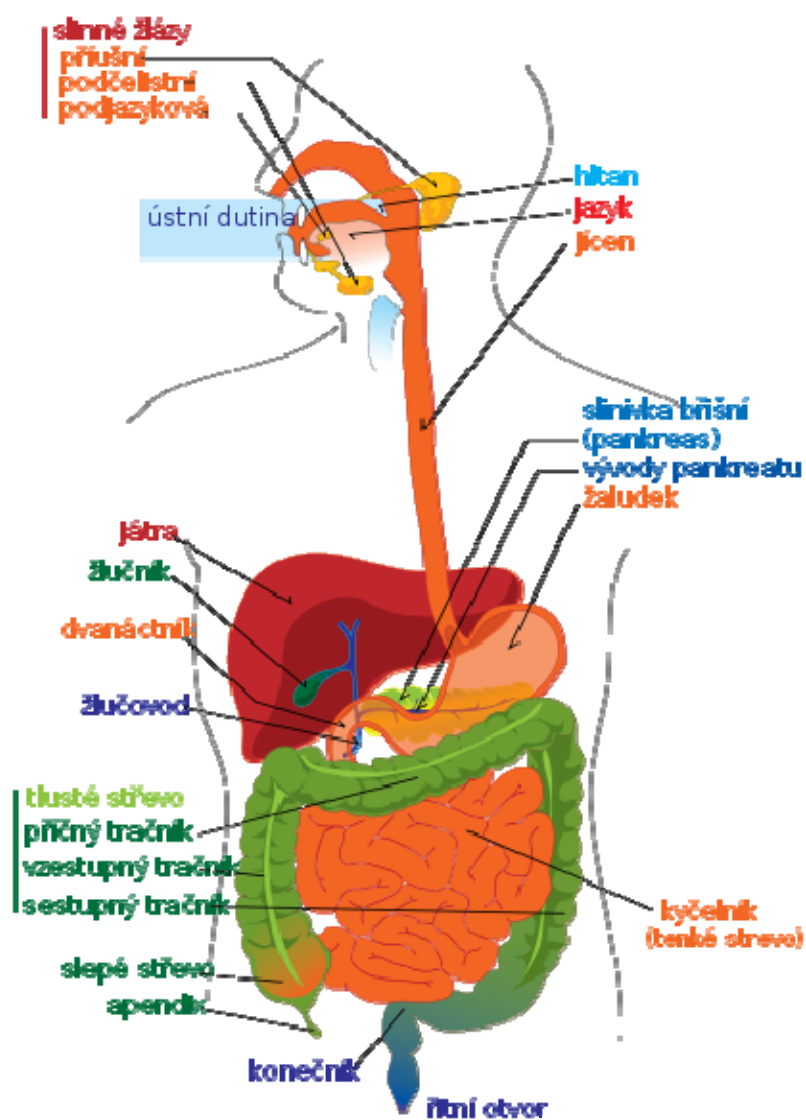
**Příloha č. 6: Hodnocení bolesti**

**Příloha č. 7: Vizuální analogová škála**

**Příloha č. 8: Příklad diety při Crohnovy nemoci str. 1**

**Příloha č. 9: Příklad diety při Crohnovy nemoci str. 2**

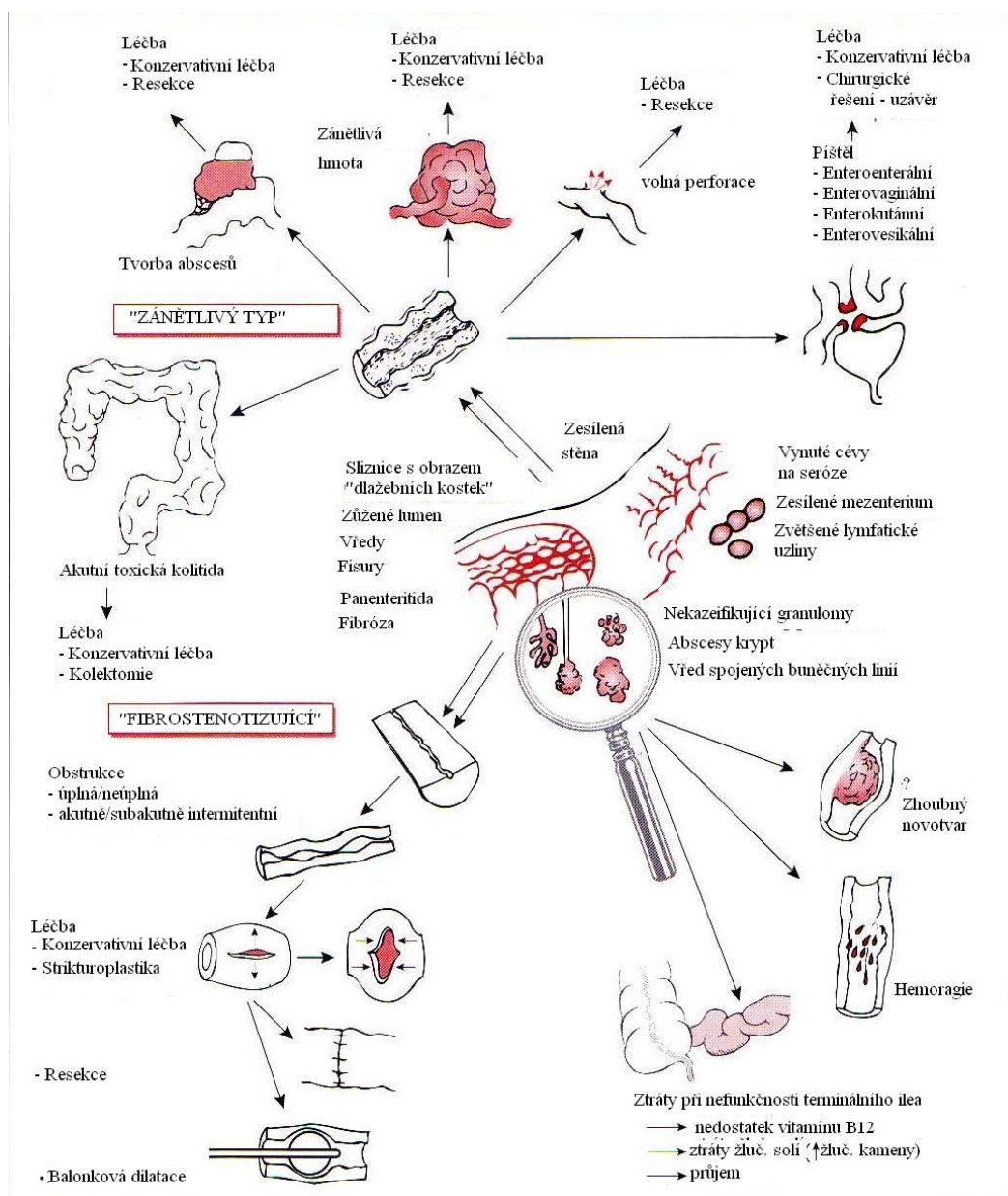
## Příloha č. 1: Schéma trávicí soustavy člověka



Zdroj: seznam použité literatury (20)


[http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Digestive\\_system\\_diagram\\_cs.svg](http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Digestive_system_diagram_cs.svg)


## Příloha č. 2: Schéma Crohnovy nemoci



Zdroj: seznam použité literatury (14, str. 104)

### Příloha č. 3: Index aktivity Crohnovy nemoci





FERRING-LÉČIVA, a.s.  
K Rybníku 475, 252 42 Jesenice u Prahy  
tel.: 02/ 410 41 111, Fax: 02/ 419 31 008  
www.ferring.cz

---

## Týdenní záznamy

pro výpočet indexu aktivity (CDAI)  
u Morbus Crohn

**Jméno a příjmení:**

**Období (měsíc, rok):** listopad 2009

Datum	Počet řídkých stolic	Bolesti břicha	Celkově se cítím
9.11.	5	1	1
10.11.	5	1	1
11.11.	5	1	2
12.11.	6	2	2
13.11.	6	2	2
14.11.	6	2	2
15.11.	8	3	3
<b>Součet</b>	41	12	13

## Morbus Crohn

### Index aktivity (CDAI)

podle Best, W. B.: Gastroenterol 70, 1976, s. 439-444

1	Počet řídkých stolic v posledním týdnu	41	x 2	82
2	Stupeň bolestivosti břicha (součet za poslední týden)	12	x 5	60
3	Celkově se cítím (součet za poslední týden)	13	x 7	91

**4** Příznaky, které bývají spojené s M. Crohn (v případě výskytu je označte hodnotou 1)

<input type="checkbox"/> iritis	<input type="checkbox"/> artralgie arthritida
<input type="checkbox"/> erythema nodosum	<input type="checkbox"/> fissura ani fistula, absces
<input type="checkbox"/> pyoderma gangrenosum	<input type="checkbox"/> jiné fistuly
<input type="checkbox"/> stomatitis aphthosa	<input checked="" type="checkbox"/> febrilita nad 37 °C poslední týden

	<b>součet bodů:</b>	1	x 20	20
5	potřeba podávání antidiarok..... jestliže ano, pak	0	x 30	0
6	rezistence v břiše 0 = ne 2 = asi ano 5 = určité	0	x 10	0
7	36 Htk Ž: 42 Htk M: 47 Htk	6	x 6	36
8	53 Hmotnost (kg) 1 - hmotnost standardní hm.	0,07	x 100	7,01
57	Standardní hm. (kg)	0,07	x 100	7,01


**Hodnota indexu aktivity - CDAI**  
(součet bodů více než 150 - aktivní onemocnění)  
(součet bodů méně než 150 - remise)

296

součet

Poznámka: Pacient týden před kontrolou vyplní tzv. týdenní záznam. Vyplněný záznam přinese na kontrolu a lékař podle formuláře vypočítá **Index aktivity**.

Příloha č. 4: Ošetřovatelské vyšetření, 1. strana



## Ošetřovatelské vyšetření

*Ustaný k péči / ma*

<p><b>Příjem</b></p> <p>datum: 17. 4. 2009; hod: 10. 00 hod.</p> <p>opakované přijetí: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>rodinná informována: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Fyziologické funkce při přijetí</p> <p>TR: 33, P: 100, TT: 37,2 C, 14/ku</p> <p>Kontakt</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> bez omezení  <input type="checkbox"/> ztlženy  <input type="checkbox"/> nelze navázat</p> <p><b>Psychický stav</b></p> <p><b>Orientace</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> orientovaný  <input type="checkbox"/> dezorientovaný</p> <p><input type="checkbox"/> časem  <input type="checkbox"/> místem  <input checked="" type="checkbox"/> osobou</p> <p><input type="checkbox"/> úzkostný  <input checked="" type="checkbox"/> plačlivý  <input checked="" type="checkbox"/> rozrušený  <input type="checkbox"/> podrážděný</p> <p>jiné:</p> <p>kontaktovat specialistu <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Dýchání</b></p> <p><input type="checkbox"/> dušnost  <input type="checkbox"/> křídlová  <input type="checkbox"/> námahová</p> <p>Spánek</p> <p>narušený: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><i>bolest</i></p>	<p><b>Oddělení:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>alergen, včetně potravinového:</p> <p><b>Alergie</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická</p> <p>lokalizace:</p> <p><b>Bolest</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> 0-40 výsoce závislý  <input type="checkbox"/> 45-60 závislost středního stupně  <input type="checkbox"/> 65-95 lehká závislost  <input checked="" type="checkbox"/> 96-100 nezávislý</p> <p>zrak <input type="checkbox"/> zrak  sluch <input type="checkbox"/> sluch  jiné: <input type="checkbox"/> jiné</p> <p>kontaktovat specialistu <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Pomůcky</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> brýle, čočky  <input type="checkbox"/> naslouchátko  <input type="checkbox"/> vozík  <input type="checkbox"/> jiné</p> <p><input type="checkbox"/> berle / hůl  <input type="checkbox"/> zubní protéza:  <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní</p>	<p><b>Výživa</b></p> <p>váha / výška <i>83kg / 170cm</i> BMI: 19</p> <p><input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> PEG</p> <p><input type="checkbox"/> obezita (BMI &gt;35) <input checked="" type="checkbox"/> riziko malnutrice</p> <p>speciální stravovací návyky (kulturní odlišnost)</p> <p>kontaktovat NT <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Vyprazdňování</b></p> <p>problémy s močením: <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání  <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p>vyprazdňování stolice</p> <p><input type="checkbox"/> zácpa <input checked="" type="checkbox"/> průjmy <input type="checkbox"/> stomie</p> <p><input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p><b>Kůže</b></p> <p>změny na kůži <input type="checkbox"/></p> <p>otoky <input type="checkbox"/></p> <p>dekubity <input type="checkbox"/></p> <p>jiné <input type="checkbox"/></p> <p><b>posouzení rizika SDN</b></p> <p>a) změna barvy a teploty nohy, edém nohy</p> <p>b) změny nehtů (zarůstající)</p> <p>c) ulcerace, zhojené defekty, amputace v anamnéze</p> <p>d) mykózy kožní i nehtové</p> <p>e) otoky na plosce a hyperkeratózy</p> <p>f) nevhodná obuv</p> <p>g) dřepovité a kladivkové prsty, kostní deformity a deformace nohy</p>	<p><b>Rizika</b></p> <p>riziko pádu součet: 14</p> <p>riziko dekubitů součet: 33b</p> <p>Norton &lt; 25 - postupuj dle MN č. 1/2008</p> <p>riziko ICHS součet: 15</p> <p>SDN (postupuj dle MN č. 1/2005)</p> <p><b>Schopnost edukace</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> pacient <input checked="" type="checkbox"/> rodina</p> <p><b>Potřeba edukace</b></p> <p><input type="checkbox"/> anesteziologická péče  <input type="checkbox"/> perioperační péče  <input type="checkbox"/> diabetologická péče  <input checked="" type="checkbox"/> podiatrická péče  <input checked="" type="checkbox"/> další: <i>p. dítě</i></p> <p><b>Potřeba duchovních služeb</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Plánování propuštění</b></p> <p>není schopen vykonávat aktivity denního života a sebepečí</p> <p>není orientován (čas, místo, osoba)</p> <p>problémy s medikací</p> <p>výžaduje následnou rehabilitaci</p> <p>bydlí sám <input type="checkbox"/> bydlí s rodinou</p> <p>bariérové bydlení</p> <p>Je v péči: <i>p. dítě, bratr</i></p> <p><b>Kontakt se sociálním pracovníkem</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>podpis a razítko sestry: <i>Roháčková Miroslava</i></p> <p>datum: 17/4/09 čas: 10:00 hod</p>
---	---	--	--



Příloha č. 5: Ošetřovatelské vyšetření, 2. strana

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové						Součet bodů		
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
úplná 4 částečná 3 omezená 2 velmi omezená 1 žádná 0	<10 4 <30 3 <60 2 >60 1	normal 4 alergie 3 vřed 2 suchá 1 karcinom 0	žádné 4 DM TT 3 anemie kachexie 2 trombóza, obezita 1	dobrý 4 zhoršený 3 špatný 2 velmi špatný 1	oběť 4 apatický s doprov. 3 zmatený 2 bezvědomí 1	chodí 4 s doprov. 3 seďáčka 2 leží 1	úplná 4 částečná 3 omezená 2 velmi omezená 1 žádná 0	není 4 občas 3 převážně moč 2 moč, stolice 1

Riziko malnutrice		
0 bodů	1 bod	2 body
BMI > 20,5	18,5 - 20,5	< 18,5
Nechtěné zhubnutí v posledních 3 měsících a cíle hubne	< 3 kg	> 6 kg
Celkový denní příjem stravy, % obvyklého množství	> 3/4	0 - 1/4
2 body a více: informuj lékaře a kontaktuj NT		

Riziko ICHS	
Rizikové faktory	1 bod
Kuřák	ANO
Zvýšený cholesterol	ANO
BMI nad 30	ANO
Hypertenze	ANO
Diabetes mellitus	ANO
3 body a více: postupuj dle ošetřovatelského standardu č. G2	

Riziko pádu	
Aktivita	Body
Pohyb	0
Neomezený	0
Používá pomůcku	1
Potřebuje pomoc k pohybu	1
Neschopen přesunu	1
Nevyžaduje pomoc	0
V anamnéze nykturie/inkontinence	1
Vyžaduje pomoc	1
Medikace	0
Neužívá rizikové léky	0
Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptika, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
Pád v anamnéze	1
Celkem	

Barthel test základních všedních činností	
0 - 60 informuj lékaře a kontaktuj fyzioterapeuta a ergoterapeuta	60 - 100 postupuj dle RO - standard F1 - 6
Příjem potravy a tekutin samostatně bez pomoci s pomoci	10
neprovede	0
Oblékání samostatně bez pomoci s pomoci	10
neprovede	0
Koupání samostatně nebo s pomoci neprovede	5
Osobní hygiena samostatně nebo s pomoci neprovede	5
Kontinence moči plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10
Kontinence stolice plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	5
Použití WC samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10
Přesun na lůžko - židli samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15
Chůze po rovině samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku neprovede	15
Chůze po schodech samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10
Celkem	

Součet:	
0 - 60 informuj lékaře a kontaktuj fyzioterapeuta a ergoterapeuta	100
60 - 100 postupuj dle RO - standard F1 - 6	
Celkem	


  

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové	
Součet bodů	33

3 body a více: postupuj dle oš. standardu č. E3.

# Příloha č. 6: Hodnocení bolesti



**ÚVN**  
ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE  
PRAHA

## Hodnocení bolesti

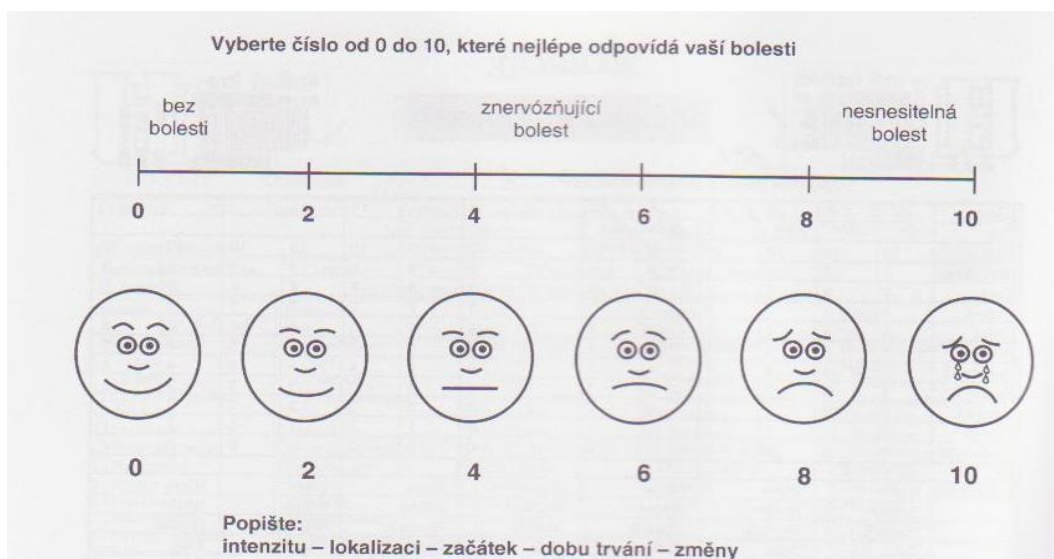
Přijmení: \_\_\_\_\_  
 Jméno: \_\_\_\_\_  
 R.č.: \_\_\_\_\_

list č. 6/6

Datum:	17/11	18/11	19/11
Hod/min	Odečtení: <i>17/11</i>		
Stupeň: 10	<i>17/11</i>		
9	<i>17/11</i>		
8	<i>17/11</i>		
7	<i>17/11</i>		
6	<i>17/11</i>		
5	<i>17/11</i>		
4	<i>17/11</i>		
3	<i>17/11</i>		
2	<i>17/11</i>		
1	<i>17/11</i>		
Analgetika	<i>tramadol 50mg</i>	<i>tramadol 50mg</i>	<i>tramadol 50mg</i>
Charakter	<i>trávnatá</i>	<i>trávnatá</i>	<i>trávnatá</i>
Podpůrné	<i>léčebná poloha na boku s potřebymi DK</i>	<i>léčebná poloha na boku s potřebymi DK</i>	<i>léčebná poloha na boku s potřebymi DK</i>
Prostředky	<i>1000 - účinná, umrnou bolest, analgetika, fyzická, 1000 bez změny</i>	<i>1400 - účinná, umrnou bolest, analgetika, fyzická, 1000 bez změny</i>	<i>1400 - účinná, umrnou bolest, analgetika, fyzická, 1000 bez změny</i>
Podpis a razítko sestry	<i>Podpis a razítko sestry</i>	<i>Podpis a razítko sestry</i>	<i>Podpis a razítko sestry</i>
Hodnocení sestry	<i>Podpis a razítko sestry</i>	<i>Podpis a razítko sestry</i>	<i>Podpis a razítko sestry</i>

više do grafu: X - bolest na hrudníku ● - bolest konečtin X - bolest hlavy ● - jiné hlavo ● - fyzoterapie

## Příloha č. 7: Vizuální analogová škála



Zdroj: seznam použité literatury (3, str. 326)



## Příloha č. 8: Příklad diety při Crohnovy nemoci, 1. strana

fáze onemocnění neohrožuje nemocného dehydratací v takové míře jako fáze akutní. V žádné fázi onemocnění zásadně nedoporučujeme pití alkoholických nápojů, je možné pouze občas vypít sklenku piva nebo červeného vína. Destilátum jako draždidlo by se měli nemocní vyhnout.

### Příklad jídelního lístku v akutní fázi onemocnění

*Snídaně:* ovocný čaj, med, rohlík, jableková zavářka  
*Předoběd:* vanilkový pudink s piškoty  
*Oběd:* polévka ryžová s vařenou mříkvi a petrželí  
*Svačina:* banán  
*Večeře:* zapečené těstoviny se sýrem, čaj

### Několik předpisů jídel pro klidovou fázi

#### Kašláký závětek

**I porce:** 1 kousek řízek, 1 plátek dříve žíhánky, 1 plátek nízkotučného sýra, 10 g hladké mouky, 5 g oleje, sůl  
 Na osolený a nalepovaný řízek položíme plátek sýra a šunký, řízek svrhneme, spojíme parafky, obalíme v hladké mouce a nasucho opečeme. Podlijeme vodou nebo vývarem a dusíme doměkka. Do hotového pokrmu přidáme na zjemnění okeji.

#### Kapr na kmině

**I porce:** 250 g kapra, citron, olej, hladká mouka, drcený kmin  
 Porce kapra osolíme, pokapeme citronovou šťávou, posypeme moukou a kminem, potřeme olejem, podlijeme vodou a pečeme v troubě doměkka. Kapra ozdobíme dílkem citronu a zelenou petrželkou. Podáváme s mašičkami brambor.

#### Těstovinový nákyp se šunkou

**I porce:** 100 g těstovina, 60 g šunky, 1/2 vejce, 50 ml mléka, 10 g oleje, sůl, strouhanka  
 Těstoviny uvaříme v mírně osolené vodě doměkka. K vychladlým těstovinám přidáme nakrájenou šunku, sůl, žloutek rozšlehaný v mléce a tuhy sůl z bílků. Sůl zlehka vmícháme a narovnáme do vymazaného a strouhankou vysypaného pekáčku. Pečeme v troubě.



Autor

doc. MUDr. Milan Kment, CSc.

Dieta předpisy připravila Lucie Růžicková

prof. MUDr. Kamil Proszynik, CSc.

Recenze

Granka uprava

Lada Kohnová

Odpovědná lékařka

Mgr. Zdena Wjstahová

Vydal Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, Praha 10

v SPN – pedagogické nakladatelství, a. s.,

Ostrovní 30, Praha 1

Yvaski AL COR, s. r. o., Kambouk 2, Praha 8

1. vydání Praha 1998

© Státní zdravotní ústav

Neoprotéctné



Zánět tlustého střeva (ulcerózní kolitida) patří do skupiny nemocí, které spolu s Crohnovou chorobou a několika dalšími nazýváme **zánětlivými onemocněními střeva**. Tato onemocnění se objevují nejčastěji ve věku mezi 20. a 40. rokem, své nositele značně sužují a provázejí po celý život. Příčina těchto onemocnění není známa, proto je dosud nelze žádným lékem ani dietou zcela vyléčit, pouze můžeme potlačit jejich projevy.

#### ● Příznaky onemocnění

Zánět tlustého střeva se projevuje ve formě mírné nebo těžké. Celé tlusté střevo nebo jeho část je na zánulé sliznici pokryto mnohčetnými vředy. Stolicí odchází krev a hlukovina ze zánětlivého výměšku. **Mírná forma** onemocnění se projevuje stolici s příměsí krve v počtu 3–5 denně s různě těžkým postizením oslabených orgánů. **Těžká forma** je provázena horečnatým onemocněním s desítkami vodnatých krvavých stolicí denně, což značně ohrožuje život nemocného prasknutím některého vředu či ochlazením tlustého střeva.

#### ● Léčba onemocnění

Onemocnění léčíme preparáty kyseliny aminosalicylové, antibiotiky, hormony kůry nadledvině a operací. Úplně nebo vyléčení onemocnění, které je lokalizováno v oblasti tlustého střeva, je možno dosáhnout pouze operacím odstraněním celého tlustého střeva. Protože jde o závažný výkon, nelze jej provádět u každého nemocného s touto chorobou, jako se např. provádí odstranění žlučníku při žlučových kamenech, ale pouze u onemocnění těžkých.

## Příloha č. 9: Příklad diety při Crohnovy nemoci, 2. strana

Z hlediska dietetického je možno zánět tlustého střeva rozdělit na dvě fáze: **fázi akutní**, tedy období častých průjmů, teplot, krvácení a těžkého celkového stavu, a **období klidové**, kdy má nemocný normální stolici 1 – 2x denně, případně s mírnou příměsí krve.

### ● Dieta režim v akutním stadiu

Ve fázi akutního vzplanutí onemocnění dostávají nemocní výživu **žaludcoví sondou** nebo ve formě **intra-venózních (nitrožilních) infuzí**. Pokud stav nemocného dovoluje, můžeme mu **později přidávat dietu ústí**, až postupně přejdeme na lakovou dietu, kterou nemocný dobře snáší. Někteří lékaři uvádějí zásadu, že střevu potřebuje je ke zhojení po určité době klid a není tedy vhodné dočasně zvyšovat střevní obsah, který působí na vlastní střevní toxicky.

V první fázi krvavých průjmových stolic podáváme především **tekutiny**, nejlépe minerální vody. Mineralky by měly být bez příměsí bublinek oxidu uhličitého, protože nemocným způsobuje dráždění žaludku. Použijeme proto minerální vodu odstávanou nebo minerálku bez obsahu oxidu uhličitého. Obsah minerálů lze zjistit z etikety lahve. Důležitá je správná teplota nápoje, který nemá být ani příliš teplý (poupravte zářít), ani příliš studený (střevu dráždí). Někdy nesnáší nemocný pití nápoje ze sklenice, protože ho větší množství spolknuté tekutiny dráždí ke zvracení, ale vyhovuje mu dávkování po lžičkách. Vhodný je i černý čaj nebo ovocný ne zbytečně silný. Čaj je většinou snášen hůře než minerální voda.

Protože zánět tlustého střeva způsobuje značné vyčerpání energetických zásob organismu, je třeba nemocnému zajistit přísun kalorií, minerálů a vitamínů. Velmi vhodným pokrmem jsou **polévky**, především masový bujón, který je bohatý na minerály (pokud je vařen z hovězích masa, méně již z kostky). Dobře chutnají zahusněné polévky typu zeleninového vývaru (mrkev, petržel, celer), které zahrnujeme ryží nebo vločkami. Polévky je třeba poměkdat více osolit. Jednak organismus ztrácí hodně soli průjmem, jednak jsou zminulé polévky značně chutlivé nevyrazně. Jako příloha je vhodný suchý rohlík nebo natuscho opеченý toast. Neřeba připomínat, že zcela nevhodné jsou polévky luštěninové (hrachová, fazolová), zvláště s přidávkem uzenin a nadměrného množství dráždivého koření (gulášová), a polévky připravované z praška.

**Ovoce** se nejspíše v akutní fázi vyhneme, protože způsobuje ve střevě nadměrné kvašení, zvláště je-li peckovité. Dodávku vitamínů hradíme zředěným ovocným džú-

sem, nebo běžně dostupný koncentrovaný džus obsahuje větší množství konzervačních látek a je příliš kyselý. Dobře se snáší výrobky ze srovnávaných a dušených jablek, především zrazený slupek, jablekové pyré nebo jablečný kompot doma uvařený s trochou zázvoru a skořice pomáhá lépe nemocnému pacientovi navrátit chuť k jídlu a osvěžit ho. Podobně dobře stravitelné jsou banány.

**Zelenina** je vhodná v prvních dnech především ve formě vývaru, později dušená a vařená. Používáme hlavně mrkev, petržel a celer. Luštěniny a zelenina nadýmavá, jako je květák a zelí, jsou obtížně stravitelné a proto se jim spíše vyhneme. Ze syrové zeleniny s úspěchem podáváme salát ze strouhané mrkve s přidávkou citronu a případně cukrem.

Z druhé **masa** doporučujeme maso hovězí vařené, případně hovězí hašé. Dáváme mu přednost pro nedostatky tuků a možnost uvaření dolehleho vývaru.

Nevhodné jsou luštěniny, masná a tučná masa a uzeniny. Uzeniny obsahují především tuk a uhlovodnany a jsou náročnější na správné uchování pro zamezení infekce.

Z **hladiska** frekvence jídla doporučujeme **jist méně, ale častěji**, což lze uplatnit i v běžné racionální dietě. Je ovšem třeba dodržovat se stejnou přesností obě části doporučení.

Udává se, že **mléčné výrobky** nejsou nemocnými se zánětem tlustého střeva dobře snášeny. Rada zkušenosti však ukazuje, že jde většinou o nemocné, kteří měli průjem či jiné zažívací potíže po požití mléka nebo mléčných výrobků již delší dobu před vypuknutím onemocnění. Někteří nemocní spíše snášejí mléčné výrobky zakysané a jinak upravované, jako je jogurt nebo kyselé mléko či podmišlit. Bez pacienyovy informace o jeho individuální snášenlivosti jednotlivých mléčných výrobků bychom mu je neměli podávat vůbec. Rozhodně nevhodné jsou výrobky ze syra, s výjimkou žervé nebo jiných mléčných syrnů. Tvrdé syry jsou poněkud hůře stravitelné. Můžeme je použít spíše srovnané na posypání pokrmu, například.

**Testoviny** jsou rovněž vhodnými potravinami při průjmu, u nás však nejsou příliš oblíbené pro omezené spektrum domácích předpisů a malou tanamizí při vaření. Ze začátku je podáváme suché, později je promáčané s čerstvým máslem a posypané srovnávaným syrem.

V **klidnější fázi** onemocnění, která následuje po několika dnech přímé diety a kdy se stav nemocným zlepšuje, podáváme především bezmasá jídla. Nemocným podáváme křemý, pudinky a řádky tvaroh. Dobře lze využít i vařené sešediny z bílkového sněhu, které jsou chutné a dobře stravitelné. Vhodné je přidat dětské pískoty.

Z **koření** používáme především zeleninovou nat a kmín, a to i ve formě kminového vývaru, který příznivě působí proti břišním bolestem a nadýmání a má podobný účinek jako máta pepiná, kterou však většinou užíváme ve formě čaje.

Po zklidnění akutní fáze spojení s průjmy a teplotami předcházíme pozvolna a postupně, podle individuální míry snášenlivosti pacienta, na normální stravu. Na jednu stranu nesmíme nechat nemocného dlouho hladovět, protože onemocnění se pak špatně hojí. Na druhé straně je příliš rychlý přechod na normální stravu nemocnými špatně snášen a může vést ke zbytečně dlouhému trvání nemoci.

### ● Strava v klidové části onemocnění

Ve fázi, kdy je onemocnění zklidněno, podáváme nemocným již normální, tedy racionální stravu. Chybou je podávání bezlepkové diety, která není u tohoto onemocnění nutná ani vhodná, protože nemocného zbytečně omezuje. Jak nemocný pozná, že se onemocnění zklidnilo? Především ubývá počet stolice na 1 – 2 denně, ubývá krev ve stolici, nemocný přestává mít teplotu, není již tolik unavený a slabý a také pozvolna přibývá na váze. Individuální informace a léčebné pokyny však doporučuje vždy ošetřující lékař.

Nemocnému, který se z akutního průběhu uzdravil, musíme bedlivě připomenout, že jde o onemocnění, které trvá celý život. Období klidu a období obtíží se budou nepravděelně střídát. Nemůže jim zabránit dodržováním žádné z různých druhů diet. Přestože neznáme původce onemocnění, máme již řadu zajímavých poznatků. Pokud nemocný dobře snáší podávané léky, pak je při jejich užívání kratší, než pokud neužívá léky žádné.

Racionální dieta u nemocných v klidové fázi onemocnění by měla zajistit především odstranění většiny zářivých obiljí, dodát potřebné **kalorie, vitamíny a minerály**, a tak povzbudit chronicky nemocný organismus k lepší imunologické oděvě. Nemocný si musí hlídat také váhu. Hubnutí a krev ve stolici znamená hlásící se zhoršení choroby.

Součástí úvalem a pravidelně podávaných léků je dostatek **čerstvé zeleniny a ovoce**, pokud ji nemocní mohou již konzumovat syrovou. Zeleninové přílohy jako saláty, rozsoly a pěny by měly být součástí každého denního jídla nebo zeleninu připravujeme alespoň jedenkrát denně dušenou (karotka, mrsk, brokolice, kvedlidy).

Zajišťujeme dostatečný **pitný režim**, i když chronická