

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Iva Urbanová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Iva Urbanová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S NESPECIFICKÝM STŘEVNÍM ZÁNĚTEM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 13. 3. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, poskytování rad, připomínek a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům FN Plzeň za poskytování odborných konzultací.

Anotace

Příjmení a jméno: Urbanová Iva

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s nespecifickým střevním zánětem

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran – číslované: 64

Počet stran – nečíslované: 3

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: střevo, zánět, ošetrovatelský proces, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida.

Souhrn:

Práce se zabývá ošetrovatelským procesem u pacienta s nespecifickým střevním zánětem. V teoretické části práce je popsána anatomie a funkce zažívacího ústrojí, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, charakteristika, příčina, příznaky, diagnostické metody a sociální aspekty onemocnění a různé způsoby léčby nemoci, jako je konzervativní, biologická a chirurgická. V další části je popsána výživa pacientů při akutní fázi zánětu, malnutrici, krátkém střevě a stenóze střeva. V praktické části se ve dvou kazuistikách věnují ošetrovatelské péči a aktuálním problémům nemocných. V první kazuistice popisují ošetrovatelskou péči u muže s Crohnovou chorobou a druhá kazuistika je věnována ženě s ulcerózní kolitidou. Rozepisují se zde o léčbě, průběhu hospitalizace, ošetrovatelských diagnózách, plánu ošetrovatelské péče, komplikacích a edukačním plánu.

Annotation

Surname and name: Urbanová Iva

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The nursing Process of Patient with inflammatory Bowel Disease

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered: 3

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 22

Keywords: bowel, inflammation, nursing Process, Crohn's disease, Ulcerative Colitis.

Summary:

The thesis deals with the nursing process in patients with inflammatory bowel diseases. The theoretical part describes the anatomy and function of the digestive tract, Crohn's disease, ulcerative colitis, characteristics, causes, symptoms, diagnostic methods and social aspects of the disease and the various treatments for diseases such as conservative, biological and surgical. The next section describes the nutrition of patients during the acute phase of inflammation, malnutrition, short gut and bowel stenosis. In the practical part in two casuistry deals with nursing care and the current problems of the patients. In the first case report, we describe the nursing care of a man with Crohn's disease and one case report is devoted to a woman with ulcerative colitis. Break down here about the treatment during hospitalization, nursing diagnoses, nursing care plan, complications and educational plan.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 OBECNÁ ČÁST	10
1.1 Anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu.....	10
1.1.1 Stavba stěny trávicí trubice	10
1.1.2 Hybnost a sekrece v gastrointestinálním traktu.....	10
1.1.3 Jednotlivé části trávicí soustavy	11
1.2 Nespecifické střevní záněty.....	12
1.2.1 Příčiny nespecifických střevních zánětů.....	13
1.3 Crohnova choroba.....	15
1.3.1 Příznaky Crohnovy choroby.....	15
1.4 Ulcerózní kolitida	16
1.4.1 Projevy ulcerózní kolitidy	16
1.5 Mimostřevní projevy nespecifických střevních zánětů.....	17
1.6 Diagnostické metody	18
1.7 Léčba.....	21
1.7.1 Medikamentózní terapie.....	21
1.7.2 Chirurgická léčba.....	24
1.7.3 Typy operací u Crohnovy nemoci	25
1.7.4 Druhy operací při ulcerózní kolitidě.....	26
1.8 Úloha sestry v péči o pacienty s nespecifickými střevními záněty	26
1.9 Strava při nespecifických střevních zánětech.....	27
1.9.1 Strava při aktivním stádiu zánětu a stenóze střeva	27
1.9.2 Strava při krátkém střevě	28
1.9.3 Dieta při malnutrici.....	28
1.10 Psychosociální aspekty nemoci.....	29
1.10.1 Sociální podpora.....	30
PRAKTICKÁ ČÁST	31
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S NESPECIFICKÝM STŘEVNÍM ZÁNĚTEM.....	31
2.1 Formulace problému	31
2.2 Cíle výzkumu.....	31
2.3 Druh výzkumu výběr metodiky.....	32
3 KAZUISTIKA 1.....	34
3.1 Anamnéza.....	34
3.2 Průběh hospitalizace	35

3.3	Ošetrovatelský model Marjory Gordonové.....	36
3.4	Plán ošetrovatelské péče	39
3.5	Edukační plán	44
4	KAZUISTIKA 2.....	45
4.1	Anamnéza.....	45
4.2	Průběh hospitalizace	46
4.3	Ošetrovatelský model Marjory Gordonové.....	47
4.4	Plán ošetrovatelské péče	50
4.5	Edukační plán	54
5	DISKUZE	56
	ZÁVĚR	60
	ZDROJE.....	61
	SEZNAM ZKRATEK.....	63
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zmapování problémů a potřeb pacientů s nespecifickými střevními záněty. Toto téma jsem si vybrala, protože pacientů s tímto onemocněním poslední dobou přibývá, v nemocnici se s nimi lze setkat čím dál častěji a dá se předpokládat další nárůst počtu nemocných. Nespecifické střevní záněty patří mezi civilizační choroby. Je to onemocnění, se kterým se pacient ve většině případů potýká po celý zbytek života.

V teoretické části práce stručně popisuji anatomii a funkci zažívacího ústrojí, Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. Snažím se vystihnout charakteristiku, příčinu, příznaky, diagnostické metody a sociální aspekty onemocnění. Věnuji se různým způsobům léčby nemoci, jako je konzervativní, biologická a chirurgická. V další části je popsána výživa pacientů při akutní fázi zánětu, malnutrici, krátkém střevě a stenóze střeva.

V praktické části se věnuji dvěma případovým studiím, ke kterým jsem zpracovala údaje dle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové. V první kazuistice se zabývám mužem s Crohnovou chorobou a druhá kazuistika je věnována ženě s ulcerózní kolitidou. Rozepisuji se zde o léčbě, průběhu hospitalizace, ošetřovatelských diagnózách, plánu ošetřovatelské péče a edukačním plánu. Součástí práce je seznam použité literatury a přílohy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBECNÁ ČÁST

1.1 Anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu

Trávicí soustava slouží k příjmu potravy, jejímu rozmělnění, zpracování a vstřebání živin a přepravě trávenin. Je tvořena těmito částmi: Dutina ústní, hltan, jícen, žaludek, tenké a tlusté střevo. Důležitou součástí trávicího systému jsou žlázy, které produkují látky uplatňující se v procesu trávení. Drobné žlázy se nalézají přímo ve stěně trávicí trubice, velké jsou uloženy mimo ni. Patří mezi ně slinné žlázy, játra, slinivka břišní. (Lukáš a kol., 2005, s. 19)

1.1.1 Stavba stěny trávicí trubice

Stěna trávicí trubice se skládá ze čtyř vrstev. Nejvnitřnější je sliznice, tvořená v dutině ústní, hltanu a jícnu vrstevnatým dlaždicovým epitelem, v ostatních úsecích pak jednovrstevným cylindrickým epitelem s četnými žlázkami. Druhou vrstvou je podslizniční vazivo. Toto řídké vazivo připevňuje sliznici ke svalovině trubice. Hojně se zde nalézají krevní a mízní cévy, uzlíky mízní tkáně a síť nervových buněk tvořící souvislou nervovou pletěň. Třetí vrstvu tvoří svalovina. Převážná část svaloviny je hladká, pouze v oblasti dutiny ústní hltanu a horní třetiny jícnu je svalovina příčně pruhovaná. Svalovina je orientována zevně podélně a vnitřně cirkulárně, v některých místech tvoří svěrače. Poslední vrstvou je buď vazivová adventicie na hltanu a jícnu nebo serózní pobřišnice u části trubice nacházející se v dutině břišní. (Kott a Petříková, 2009, s. 6-8)

1.1.2 Hybnost a sekrece v gastrointestinálním traktu

Přijátá potrava se zpracovává v gastrointestinálním traktu mechanicky a chemicky. Hybnost v trávicí trubici označována specifickým termínem motilita je výsledkem činnosti svaloviny ve stěně a zahrnuje pohyby místní sloužící k promíchávání obsahu s trávicími šťávami a pohyby celkové, peristaltické, které posouvají obsah směrem od dutiny ústní ke konečníku. Sekreci trávicích šťáv zajišťují žlázy ve stěně GIT a přídatné trávicí žlázy, jejichž šťávy vtékají do trávicí trubice vývody.

Řízení sekrece a hybnosti je nervové a látkové. Nervové řízení sekrece zprostředkovává řada nepodmíněných a podmíněných reflexů. Nepodmíněné nebo též vrozené reflexy jsou vybavované drážděním receptorů potravou, objemem nebo složkami tráveniny. Podmíněné, naučené reflexy se spouští podněty zrakovými, čichovými, ale

i slovem, představou, návykem či emocemi. Oba reflexní mechanismy spouští sekreci trávicích šťáv celého GIT. Na řízení reflexní hybnosti a sekrece má nejvyšší podíl střevní nervový systém, to je označení pro nervové pleteně ve stěně trávicí trubice. Látkové řízení sekrece se uskutečňuje pomocí hormonů tvořených v GIT. K nejdůležitějším hormonům patří gastrin v žaludku, sekretin v dvanáctníku, cholecystokinin, glukagon, somatostatin a další. (Merkunová a Orel, 2008, s. 129-130)

1.1.3 Jednotlivé části trávicí soustavy

Dutina ústní, *cavitas oris* je ohraničena shora tvrdým a vzadu měkkým patrem, zdola jazykem, vpředu rty a po stranách tvářemi. Součástí dutiny ústní jsou zuby. Zde dochází k rozmělnění potravy. (Merkunová a Orel, 2008, s. 131)

Hltan, *pharynx*, má tvar nálevky a je 12-15cm dlouhý. Příchod sousta do ústní části hltanu aktivuje polykací reflex.

Jícen, *oesophagus*, leží v mezihrudí, prochází otvorem v bránici a spojuje hltan se žaludkem. Na rozhraní hltanu a jícnu se nachází horní jícnový svěrač, před žaludkem pak dolní jícnový svěrač. Oba se uplatňují při posunu sousta do žaludku.

Žaludek, *gaster, ventriculus*, je rozložen pod bránicí od levého oblouku žebra směrem k pupku. V tomto vaku hákovitého tvaru je potrava dále chemicky a mechanicky zpracovávána. Přejít mezi jícnem a žaludkem se nazývá česlo, *cardia*, následuje tělo žaludku, *corpus ventriculi*, které má směrem vzhůru klenbu, *fundus*, směrem dolů se zužuje ve vrátníkovou předsíň, atrium, a končí vrátníkem, *pylorus*, se silným kruhovým svěračem. Sliznice žaludku je složená v řasy a obsahuje žlázy, které produkují žaludeční šťávy a hlen. (Merkunová a Orel, 2008, s. 134-135)

Tenké střevo, *intestinum tenue*, je 3-5m dlouhá trubice a 3-4cm široká. Střevo navazuje na žaludek a v pravé dolní části břicha přechází do střeva tlustého. Dělí se na tři úseky: dvanáctník, lačník a kyčelník. Probíhá zde hlavní část trávení a vstřebávání potravy. Do dvanáctníku, *duodena*, přichází žluč z jater a šťáva ze slinivky břišní, obsahující trávicí enzymy. Vývody ze slinivky a jater ústí do dvanáctníku Vaterskou papilou. Lačník, *jejunum* a kyčelník, *ileum*, jsou složeny v četné pohyblivé kličky. Jejunum začíná ve flexura duodenojejunalis, je širší a delší (tvoří asi 3/5 délky). Ileum ústí do první části tlustého střeva. Kličky poutá k zadní stěně břicha závěs, *mesenterium*. Sliznice tenkého střeva je složena v cirkulární řasy a tvoří výběžky – klky. (Lukáš a kol., 2005, s. 27-28)

Díky řasám a klkům je resorpční plocha rozsáhlá asi 40m² i více. Na trávení živin se podílí pankreatická šťáva a vlastní šťáva tenkého střeva, ta má zásaditý charakter. Stále se tvořící silně alkalická šťáva má podíl na neutralizaci kyselé tráveniny přicházející ze žaludku. Obsahuje trávicí enzymy, které štěpí živiny na produkty schopné vstřebávání. (Merkunová a Orel, 2008, s. 141)

Tlusté střevo, *intestinum crassum*, je přibližně 1,5m dlouhé a skládá se z několika částí. Slepé střevo, *caecum*, se nachází v pravé dolní části dutiny břišní, směrem dolů je slepě zakončeno, do jeho boku ústí kyčelník, vstup uzavírá ileocekální chlopeň. Pod chlopní odstupuje červovitý výběžek, *apendix vermiformis*. Pokračováním slepého střeva je tračník, *colon*, dělí se na vzestupný tračník, *colon ascendens*, příčný tračník, *colon transversum*, sestupný tračník, *colon descendens*, a esovitá klička, *colon sigmoideum*. Konečník, *rectum*, vyúsťuje řitním otvorem, *annus*, na povrch těla. Otvor je uzavřen dvěma svěrači. Vnitřním z hladké svaloviny a zevní ovládaný vůlí z příčně pruhované svaloviny. (Merkunová a Orel, 2008, s. 142-143)

Sliznice tlustého střeva obsahuje velké množství žláz produkujících hlen, který chrání střevo před poškozením. Svalovina se skládá z cirkulární a podélné vrstvy. Stahováním cirkulární svaloviny vznikají výdutě, *haustra*. Poloha hauster se neustále mění, zanikají a vznikají a tím posunují střevní obsah směrem ke konečníku. Zesílením podélné svaloviny vznikají tři bělavé, podélné pruhy, *taenie*, táhnoucí se celým tlustým střevem. (Lukáš a kol., 2005, s. 28)

V tlustém střevě se vstřebává voda, některé vitaminy skupiny B, vitamin K, a obsah se zahušťuje. Náplň tlustého střeva je tvořena nestrávenými zbytky potravy, odloučenými střevními buňkami, žlučovými barvivy a bakteriemi.

1.2 Nespecifické střevní záněty

Pojmy nespecifické střevní záněty neboli idiopatické střevní záněty zahrnují Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. Slovo idiopatické pochází z řečtiny a označuje nemoc, u které neznáme její příčinu. V současné době se pro označení nespecifických střevních zánětů nejčastěji používá anglická zkratka IBD (Inflammatory Bowel Diseases). IBD postihují buď jen sliznici střeva, nebo celou střevní stěnu, mohou postihovat konečník a tlusté střevo nebo též kteroukoli část trávicí trubice. (Červenková, 2009, s. 9; Kohout, Pavlíčková, 2006, s. 7)

1.2.1 Příčiny nespecifických střevních zánětů

Přes velké úsilí zaměřené na zjištění příčin onemocnění není stále zcela objasněno, jak nemoc vlastně vzniká. Předpoklady pro vznik těchto nemocí jsou vrozené. K manifestaci mohou vést faktory zevního prostředí, jako jsou například stres, typ stravy, užívání některých léků a hygiena.

V literatuře se uvádí, že asi u 5 % pacientů se vyskytují v příbuzenstvu další nemocní. IBD záněty se také často vyskytují u jednovaječných dvojčat a asi 3 – 5 více je zaznamenán výskyt u Aškenazim Židů. Pokud jeden z rodičů trpí IBD, je riziko vzniku Crohnovy choroby u jeho dětí 2 – 3 % a riziko ulcerózní kolitidy 0,5 – 1 %. (Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 23; Hlavatý, 2013, s. 120)

Moderní způsob života, velké množství přijímaných informací a pracovní vytížení vede ke zvýšení psychických nároků na člověka. Dlouhodobý stres mění schopnosti imunitního systému a jeho reakce na podněty. (Hlavatý, 2013, s. 23; Červenková, 2009, s. 13)

Stále probíhají výzkumy a debaty na téma vlivu stravy a stravovacích návyků na vznik a průběh onemocnění IBD. Dunham (2015) popisuje výzkum zaměřený na emulgátory, konkrétně na polysorbát 80 a karboxymetylcelulózu. Jedná se o látky, které zlepšují vlastnosti potravinářských výrobků a zvyšují jejich trvanlivost. V experimentu na myších, kterým byly tyto látky podávány, se změnila skladba střevních bakterií a objevily se příznaky podobné nespecifickým střevním zánětům. Toto pravidelné podávání emulgátorů mělo za následek změnu chování střevních bakterií, které začaly odstraňovat slizniční hlen, který tvoří přirozenou ochranu střeva a tím způsobily propuknutí zánětlivého procesu. Pro tuto teorii hovoří i fakt, že ve stejné době, kdy prudce vzrostl výskyt Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy se začaly v potravinářském průmyslu masivně využívat emulgátory. Je nutno podotknout, že prozatím jediným vědecky prokázaným faktorem zvyšujícím riziko vzniku a zhoršující průběh Crohnovy choroby je kouření. Naopak kuřáci mají menší výskyt ulcerózní kolitidy, a pokud onemocní, má choroba mírnější průběh. Také se zjistilo, že osoby po apendektomii mají menší výskyt ulcerózní kolitidy. (Hlavatý, 2013, s. 23)

Červenková (2009, s. 12) dává do souvislosti se vznikem IBD také využívání velkého množství antibiotik a chemoterapeutik v lidské i veterinární medicíně. Dowey (2015) a Adams (2015) zmiňují negativní vliv užívání hormonální antikoncepce u žen

s pozitivní rodinnou anamnézou. S výsledků výzkumu probíhajícího v letech 1976 – 2008 v Americe vyplývá, že tyto ženy užívající hormonální antikoncepci po dobu minimálně pěti let, mají trojnásobně vyšší riziko vzniku Crohnovy choroby než zbytek populace. V případě ulcerózní kolitidy lékaři nezaznamenali žádné zvýšení rizika výskytu onemocnění. Užívání ženských pohlavních hormonů vede k rozvoji změn na sliznici střeva, střevní výstelka se stává propustnější a na jejím povrchu ubývá přirozená bakteriální flóra. Výrazné změny ve složení střevního systému nastávají i při opakovaném použití „tabletky poslední záchrany“.

Vysoká úroveň hygieny má své klady a zápory, na jedné straně snížila riziko infekcí, na druhé straně dostatečně nestimuluje náš imunitní systém. Přehnaná hygiena až téměř sterilní čistota způsobuje, že děti do dvou let se setkávají s mikroby z vnějšího prostředí jen velmi málo. To má za následek, že takový jedinec je v dospělosti přecitlivělý na setkání s infekcí. Z výsledku studií vyplývá, že IBD častěji onemocní lidé žijící ve velkých městech vyspělých zemí na rozdíl od venkovské populace. Vliv zevního prostředí je považován za rozhodující faktor pro vznik nespecifických střevních zánětů. V posledních desetiletích se výskyt zněkolikanásobil. IBD jsou civilizační choroby, které vznikají na základě náhlých změn vnějšího prostředí na, které se náš imunitní systém ještě nedokázal přizpůsobit. (Červenková, 2009, s. 13, Ambrůzová, 2012, s. 291)

V současnosti se zdá nejpravděpodobnější příčina vzniku IBD porucha komunikace mezi imunitním systémem a mikrobiálním obsahem střeva. Ve střevech žije obrovské množství bakterií, z nichž každá nese vlastní identifikační kód. Správně fungující imunitní systém dokáže rozpoznat každou bakterii, na nepatogenní by neměl reagovat a na patogenní by měl zaútočit. Imunitní systém dozrává zhruba ve dvou letech věku a pro jeho správnou funkci je nutné, aby se setkával s mikroby již od raného dětství člověka. Jedinci s nesprávně vytvořeným imunitním systémem nebo ti, kteří mají ve své genetické výbavě chybné rozpoznávání mikrobů, reagují naprosto nepřiměřeně i na člověku prospěšné bakterie. Následná imunitní reakce vede k poškození vlastní tkáně, vzniku vředů a chronického zánětu střevní sliznice. Proč někdo onemocní Crohnovou chorobou a jiný ulcerózní kolitidou zůstává zatím neobjasněno. (Červenková, 2009, s. 11; Kohoutová a kol., 2013, s. 21)

1.3 Crohnova choroba

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění trávicí trubice, které může postihnout jakoukoli její část od úst až po anus. Nemoc je charakterizována zánětlivým postižením celé šířky střevní stěny, často mohou vznikat abscesy, píštěle a stenózy. Střevo je postiženo segmentálně. To znamená, že se střídají postižené úseky se zdravými. Nejčastěji propuká mezi dvacátým a třicátým rokem života, poslední dobou přibývá nárůst onemocnění v dětském věku.

Crohnova choroba dostala svůj název podle Burrila B. Crohna, který jí poprvé popsal, spolu s L. Ginsbergem a G. Oppenheimerem v roce 1932. Avšak v roce 1612 jistý doktor Fabry popisuje při pitvě adolescenta, nález odpovídající Crohnově chorobě a také profesor Thomayer ve svém spisu Pathologie a terapie nemocí vnitřních z roku 1893 se zmiňuje o pacientech s „počasným katharem střevním“, jejichž příznaky a patologicko – anatomický nález při pitvě odpovídá Crohnu. (Keil a kol., 2012, s. 21; Červenková, 2009, s. 12, 15)

1.3.1 Příznaky Crohnovy choroby

Projevy choroby závisí na tom, která část trávicí trubice je postižena a na míře velikosti zánětu. Typická lokalizace zánětu, cca u 50 % pacientů je na spojení tlustého a tenkého střeva a projevuje se třemi hlavními příznaky: křečovitými bolestmi břicha dostavujícími se hlavně po jídle, průjmy a hubnutím. Přibližně 20 % nemocných má lokalizaci zánětu na tlustém střevě. Tito lidé trpí bolestmi břicha, průjmy, někdy s příměsí krve, případně hnisavými projevy kolem konečníku a často i projevy mimo trávicí trakt (např. postižení kloubů, očí a kůže). Asi 1/3 pacientů má postiženo terminální ileum, které se projevuje opět bolestí břicha, hubnutím a anémií, průjmy a mimostřední projevy se neobjevují, ale hrozí riziko opakované neprůchodnosti tenkého střeva. Častá oblast výskytu choroby je oblast konečníku a řitního kanálu. Projevy zahrnují abscesy, píštěle a anální papily, které vytvářejí bolestivé výrůstky v konečníku. Manifestace nemoci v jícnu, žaludku a proximálním tenkém střevě není obvyklá. (Keil, 2012, s. 21-22; Červenková, 2009, s. 15-17)

Z výše uvedeného vyplývá, že klinické potíže pacientů mohou být různorodé. Někdy je prvotním projevem píštěl nebo náhlá příhoda břišní v důsledku perforace trávicí trubice. U dětí může být jediným příznakem onemocnění zpomalený růst. Na začátku onemocnění se u pacientů setkáváme pouze se zánětlivými změnami na sliznici střeva,

zhruba kolem sedmi let trvání onemocnění dochází u většiny pacientů ke vzniku stenóz a píštělí. Zhruba 80% nemocných čeká operace a 20% z nich dokonce opakovaně. (Keil, 2012, s. 21-22; Červenková, 2009, s. 17)

1.4 Ulcerózní kolitida

Ulcerózní kolitida nebo též idiopatická proktokolitida je chronický zánět postihující konečník a tlusté střevo. Pro onemocnění je charakteristický recidivující zánětlivý proces ve slizniční vrstvě tlustého střeva šířící se kontinuálně od rekta. Nemoc se může projevit v jakémkoli věku, nejčastěji mezi 15 až 25 roky. Roku 1859 tuto nemoc, jako zřejmě první, popsal lékař Samuel Wilks. V té době to bylo velice vzácné onemocnění. Ve druhé polovině dvacátého století dochází k prudkému vzestupu počtu nemocných. Dříve se mělo za to, že je ulcerózní kolitida typickým psychosomatickým onemocněním a až po druhé světové válce byla díky rozvoji imunologie zařazena mezi autoimunitní choroby. (Červenková, 2009, s. 21; Keil, 2012, s. 13; Hlavatý, 2013, s. 33)

1.4.1 Projevy ulcerózní kolitidy

Klinické projevy závisí na třech hlavních faktorech, celkovém rozsahu zánětu, intenzitě zánětlivých změn a doprovodné poruše funkce střeva. Kombinace těchto faktorů ovlivňuje intenzitu obtíží, které jsou na rozdíl od Crohnovy choroby málo proměnlivé. Nejčastějšími symptomy jsou tenesmy, bolesti břicha, váhový úbytek, průjmy s příměsí hleny či krve, anemie. Ulcerózní kolitidu lze rozdělit do tří tvarů, podle rozsahu zánětu.

Proktitida – postihuje konečnou část tlustého střeva (10 až 15 cm od análního okraje) a zánět přechází v normální sliznici náhle. Charakteristickým projevem jsou tenesmy, doprovázené krvavým hlenem nebo pouze krví.

Ohraničený tvar – je zánět konečníku a části tlustého střeva až po oblast slezinného ohbí. Zánět provází průjmovité stolice, tenesmy, krvácení z konečníku, bolesti v levém podbřišku a v pokročilém stádiu se objevují teploty nebo horečky, úbytek na váze, silné průjmy a křečovitě bolesti břicha.

Rozsáhlý tvar – je nejzávažnější z forem ulcerózní kolitidy, postihuje i příčný tračník či dokonce celé tlusté střevo. Vyznačuje se větším počtem průjmovitých stolic s krví a hlenem. Pacienti jsou ohroženi distenzí tračníku, často provázenou paralytickým ileem, horečkami, těžkou anémií, perforací střeva či vznikem toxického megakolon. (Červenková, 2009, s. 21-22; Keil, 2012, s. 13)

1.5 Mimostřevní projevy nespecifických střevních zánětů

Nespecifické střevní záněty nepostihují jen trávicí trakt, ale i jiné orgány. Extraintestinální manifestace provází asi 35% případů IBD a často předchází relapsu. Dle klasifikace ECCO (European Crohn's Colitis Organization – mezinárodní organizace sdružující odborníky na IBD) se dělí na kloubní, kožní, oční, hepatobiliární choroby, metabolické kostní choroby a jiné.

Ke kloubním projevům patří paucikulární periferní artropatie, projevující se asymetrickou migrující artritidou a artralgií na váhově zatěžovaných kloubech. Polyartikulární periferní artropatie napadá obvykle symetricky malé ruční klouby. Projevuje se artralgií až artritidou. Tyto potíže nejsou závislé na aktivitě IBD a mohou přetrvávat i po kolektomii. Axiální artropatie je charakterizována kolísajícími chronickými bolestmi dolní části zad, často se projevuje již před třicátým rokem věku a je častější při ulcerózní kolitidě. Až 50% nemocných s asymptomatickým průběhem má RTG změny na SI kloubech.

Častým kožním projevem je Erythema nodosum, více postihuje pacienty s CD (15%), než z UC (4%) a je častější u dětí. Projevuje se začervenalými uzlíky převážně na lýtkách a předloktích. Pyoderma gangrenosum začíná jako drobný pupínek či uzlík, z kterého se může vyvinout vřed různé velikosti. Může být kdekoli na kůži nebo sliznici, nejčastěji na dolních končetinách. Psoriáza je častější u CD než u zdravé populace a asi u 5 % pacientů komplikuje biologickou léčbu. Aftózní stomatitida postihuje stejnou měrou pacienty s UC i CD.

Oční projevy se vyskytují u 0,3 - 5% pacientů s IBD. Episkleritida je zánět mezi fasci a sklérou. Uveitida je zánět duhovky a bývá spojen s kloubními projevy, mezi její příznaky patří dlouhodobá bolest očí, hlavy, rozmazané vidění a světloplachost. Je čtyřikrát častější u žen.

Velice závažnou komplikací je primární sklerotizující cholangitida. Jedná se o chronické, cholestatické onemocnění neznámé etiologie, které se projevuje zúžením žlučových cest. PSC je rizikovým faktorem pro vznik rakoviny žlučových cest a kolorektálního karcinomu.

Častým onemocněním provázející IBD je osteoporóza, postihuje 20 – 50 % nemocných. Vznik osteoporózy mohou způsobit rizikové faktory jako je léčba

kortikosteroidy, snížená tělesná aktivita, nedostatečný příjem nebo vstřebávání vápníku, hořčíku a vitamínu D.

Mezi jiné komplikace některé zdroje řadí tromboembolické projevy, plicní a ledvinná onemocnění, anemii a karditidu. Jiné zdroje uvádějí, že jde spíše o chronické komplikace IBD. (Lukáš a kol., 2008, s. 2 - 3; Hlavatý, 2013, s. 41 – 44, Hall, 2014, s. 18)

1.6 Diagnostické metody

Na první místo patří anamnéza a fyzikální vyšetření. Dále se provádí biochemické extracelulární laboratorní vyšetření krve, jako je mineralogram, glukóza, stanovení hodnoty nespecifického ukazatele zánětu (CRP), FW, jaterní testy (bilirubin, alaninaminotransferáza, aspartátaminotransferáza, gamaglutamyltransferáza a alkalická fosfatáza) a ukazatele metabolismu tuku. Zjišťují se ukazatele výživy (albumin, prealbumin,...).

Hematologické vyšetření zahrnuje krevní obraz a diferenciální rozpočet. Při krvácení nebo malabsorpci se může objevit anémie. Zvýšené hladiny leukocytů a trombocytů jsou typické pro aktivní zánět.

Při imunologickém vyšetření se zjišťuje hladina imunoglobulinů ASCA, pANCA. Asi 60 % pacientů s Crohnovou chorobou (zejména ti s manifestací zánětu v oblasti terminálního ilea) mají v krvi tyto protilátky. Přítomnost protilátek ANKA se vyskytuje asi u 60 – 75 % pacientů s ulcerózní kolitidou.

Parazitologické a mikrobiologické vyšetření stolice slouží k vyloučení infekčního původu střevního zánětu.

Ve stolici se také vyšetřuje koncentrace kalprotektinu, to je bílkovina, která se uvolňuje z rozpadajících se bílých krvinek ve střevě a je známkou zánětu střevní sliznice.

Zobrazovací metody, které se používají při diagnostice Crohnovy choroby – sono, rentgen, enteroklýza, CT, magnetická rezonance, kapslová endoskopie a vyšetření enteroskopem.

Koloskopie je ze všech vyšetření nejdůležitější a nezastupitelná. Během tohoto vyšetření se v případě potřeby může provést slizniční biopsie. Koloskopii se při diagnostice IBD nelze vyhnout, kromě diagnostické funkce plní i funkci léčebnou, kdy se při vyšetření mohou pacientovi provádět drobné zákroky (např. dilatace anastomóz).

Pacienti s IBD musí podstupovat toto vyšetření opakovaně, vzhledem k tomu, že lékař vyšetřením posuzuje účinnost léčby a vyšetření slouží také k prevenci dalších chorob, jako např. kolorektálního karcinomu. (Holubová, Novotná, Marečková a kol., 2013, s. 67 – 68; Červenková, 2009, s. 35)

Základem úspěšného koloskopického vyšetření je dobrá příprava. Jeden týden před výkonem by pacienti měli dodržovat bezsezbytkovou dietu, vyvarovat se potravin, které obsahují slupky a zrníčka. Slupky a zrníčka mají tendenci se nalepit na stěnu střeva a tím zhorší jeho přehlednost a mohou zkreslit výsledek vyšetření. Tři dny před vyšetřením se doporučuje jíst kašovitá strava, jeden den před vyšetřením by pacient neměl pít mléko, džusy a tureckou kávu, jíst pouze čirý bujón. V den vyšetření může pouze pít čaj, vodu, minerálku. Dle ordinace lékaře se upravuje trvalá medikace pacienta, obvykle se vysazuje Warfarin a nahrazuje se nízkomolekulárním koagulanciem. U diabetiků je nutné během přípravy sledovat hladinu glykémie a upravovat dávky inzulínu. V den vyšetření nesmí pacienti užívat žádné léky do konečníku. Den před vyšetřením se na dokonalé vyčištění střeva používá speciální roztok, který předepisuje lékař. Nejčastěji se používá Fortrans, kde balení obsahuje čtyři sáčky, každý se rozpustí v jednom litru vlažné vody. Obvykle se začíná roztok užívat v 16 hodin a pije se do 20 hodiny, to znamená vypít 1 litr roztoku za 1 hodinu. U vyšetřovaných, kteří mají problém vypít takové množství tekutin, je vhodné použít jiný typ projímadla, např. Picopret. Tento přípravek obsahuje pouze dva sáčky, které se ředí do 150 ml vody. Po dobu 4-6 hodin nemocný popíjí 1,5 až 2 litry tekutin a po 6-8 hodinách od první dávky nemocný vypije druhou dávku a opět jí zapije stejným množstvím tekutin. Oba popsané typy přípravy vyžadují vypít velkého množství tekutin. Výhodou druhého způsobu je, že pacient vypije pouze malé množství projímadla a zbytek tekutin si vybere sám. Tím lze předejít nevolnosti či zvracení, které je častější u přípravy Fortransem. Navíc má nemocný i delší čas na popíjení tekutin. Naproti tomu je příprava Fortransem spolehlivější. (Holubová, Novotná, Marečková a kol., 2013, s. 94-99)

Další využívanou endoskopickou metodou je gastrokopie. Jde o endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku. Příprava na vyšetření je snazší, pacient od půlnoci nejí a nekouří, nepije 3 až 4 hodiny před vyšetřením.

ERCP spočívá v kombinaci endoskopické a radiologické metody. Je to jediné vyšetření, díky kterému je možné přímo zobrazit vývody žlučových a pankreatických cest.

U pacientů s IBD se využívá při podezření na mimostřevní komplikace s postižením žlučovodů nebo slinivky. (Červenková, 2009, s. 36)

Enteroskopie je určena především na vyšetření úseků tenkého střeva, které nelze prohlédnout při koloskopii nebo gastroskopii. Nejmodernější formou enteroskopie je tzv. dvoubalonková, lze s ní vyšetřit celé tenké střevo a odebrat vzorky tkáně. Je založená na principu nafukování a vyfukování balonků na enteroskopu, pomocí kterých se přístroj posouvá do střeva. Balonkový enteroskop je možné zavádět přes ústa i přes konečník. Pro její bolestivost je však prováděna v hluboké analgosedaci. Tenké střevo se dá také vyšetřit za pomoci speciální kapsle o velikosti cca 20 x 10 mm se zabudovaným fotoaparátem. Pacient spolkně kapsli nebo je mu zavedena do žaludku a poté kapsle fotografuje okolní tkáně po dobu 8 hodin, rychlostí dva snímky za sekundu. Vznikne tak cca 50 – 60 tis. snímků, které jsou následně lékaři pomocí speciálního software vyhodnocovány. Tato metoda je pro vyšetřovaného velice výhodná, protože je nezářivá. Kapsle opouští tělo přirozenou cestou asi do 36 hodin. Nevýhodou této metody je nemožnost odebrání vzorku tkáně k histologickému vyšetření.

K posouzení ampuly rekta a análního vchodu se používá rektoskopie. K provádění rektoskopie se používá rigidní endoskop.

Pro diagnostiku a zejména terapii v análním kanále slouží většinou rigidní endoskop s boční šikmou optikou. Toto vyšetření se nazývá anoskopie.

Příprava pacienta na rektoskopii a anoskopii je individuální, pacientům se podává glycerinový čípek, malé klyzma, nebo zcela bez přípravy, po ranní defekaci.

Endoskopická ultrasonografie rekta je metoda používající endoskop s ultrasonografickým měničem, která dokáže zobrazit stěny střeva, okolní uzliny, cévy, tkáně a orgány. Příprava na toto vyšetření probíhá většinou pomocí přípravku YAL klyzma. Jedno klyzma se provádí večer a druhé ráno v den vyšetření. (Červenková, 2009, s. 36; Holubová, Novotná, Marečková a kol., 2013, s. 89, 106, 107)

Histologie – ze získaných biopsických vzorků odebraných při endoskopických vyšetřeních nebo při operacích je možné stanovit nebo potvrdit diagnózu. Má svůj význam pro diferenciální diagnostiku IBD, pomáhá odlišit nespecifické střevní záněty od jiných zánětů a nádorových změn na střevech. Taktéž se používá k posouzení účinnosti léčby. Významnou roli zastává ve včasném stanovení přednádorových a nádorových změn.

Granulomatózní zánět je typickým histologickým znakem při Crohnově chorobě. Histologie může odhalit rozšířené žlázy ve sliznici tlustého střeva naplněné leukocyty, což jsou kryptovité abcesy, které jsou charakteristické pro ulcerózní kolitidu. Histologické vyšetření může objevit infekci, která nasedá na chronický střevní zánět a je velkým pomocníkem při stanovování nejjvhodnějšího operačního postupu. Vzhledem k tomu, že některé operační výkony není vhodné použít pro Crohnovu chorobu, je žádoucí ji správně rozeznat od ulcerózní kolitidy. (Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 39)

1.7 Léčba

Základem úspěšné léčby IBD je vzájemná spolupráce pacienta s lékařem a ošetřujícím personálem. IBD je bohužel nemoc chronická a její léčba je dlouhodobá a často celoživotní. Klíčovou osobou v nastavení správné terapie je gastroenterolog. Je dobré, aby lidé s těžkým postižením navštěvovali specializovaná centra pro léčbu nespecifických střevních zánětů. Určení správné terapie závisí na rozsahu a fázi onemocnění. Léčbu můžeme rozdělit na agresivní, určenou k zvládnutí první ataky, nebo relapsu nemoci, a na léčbu udržovací, která se snaží o co nejdelší remisi choroby. Do léčby IBD řadíme terapii medikamentózní, chirurgickou a dietní. (Hlavatý, 2013, s. 69)

1.7.1 Medikamentózní terapie

Stěžejní skupiny farmak, která se používají při léčbě IBD jsou aminosalicyláty, kortikoidy, imunosupresiva a biologická léčba. Mezi doplňkové léky patří antibiotika a probiotika. (Zbořil a kol., 2012, s. 38)

Aminosalicyláty mají protizánětlivý účinek, který působí přímo na sliznici střeva a pomáhá tak navodit remisi. Nejpoužívanější ze skupiny aminosalicylátů je meselazin, který má při dlouhodobém podávání prokazatelně protirakovinný účinek. Používají se u zánětu tlustého střeva při ulcerózní kolitidě i Crohnově chorobě, účinky na tenké střevo jsou slabší. Preparáty aminosalicylátů slouží hlavně jako udržovací léčba. Lék se může užívat ve formě tablet, čípků nebo nálevů, a je obvykle dobře tolerován. (Kohout, Pavlíčková, 2006, s. 35-36)

Kortikoidy jsou hormony kůry nadledvin a k léčbě IBD se používají od padesátých let. Dnes ovšem jen synteticky vyráběné. Při léčbě těžkého nebo středně těžkého vzplanutí choroby jsou lékem první volby. Kortikoidy mají silný protizánětlivý a imunosupresivní účinek. Nevýhodou kortikoidů je postupná ztráta účinnosti a množství nežádoucích účinků. Nelze je využít pro udržovací terapii. Léky se užívají v tabletách a v těžkých

případech injekčně za hospitalizace. Nežádoucích účinků kortikoidů je celá řada a jsou způsobeny jejich celkovým účinkem. Mezi časté nežádoucí účinky patří osteoporóza, hypertenze, diabetes, katarakta, insomnie, deprese, měsíčkovitý obličej, vypadávání vlasů a další. Kortikoidy rychle navodí zklidnění stavu v akutní fázi onemocnění až u 80% nemocných. Léčba obvykle začíná vysokou dávkou léku, která se postupně snižuje a v udržovací fázi se vymění za preparáty mesalazinu nebo imunosupresiva. U některých nemocných může dojít k takzvané kortikodependenci. To znamená, že při vysazení kortikoidů nemoc znovu vzplane. Individuální přístup léčbě je nutný u kortikorezistentních pacientů. Těmto pacientům kortikoidy při úpravě stavu nepomáhají a obvykle se doporučuje biologická léčba, imunosupresiva nebo chirurgický zákrok. (Červenková, 2009, s. 43; Kohout, Pavlíčková, 2006, s. 36-37)

Mezi kortikoidy s místním, topickým účinkem patří budesonid. Jeho hlavní výhodou je malé spektrum nežádoucích účinků, bohužel je účinný jen v ileocekální oblasti s relativně nízkou aktivitou zánětu. (Keil a kol. 2012, s. 29)

Imunosupresiva byla objevena až po druhé světové válce. Jejich význam je založen na potlačení bouřlivých odpovědí imunitních orgánů na antigen. V léčbě IBD se dnes uplatňují tři druhy imunosupresiv.

Azathioprin a 6-merkaptopurin se užívají u kortikodependentních pacientů jako náhrada vysoké dávky kortikoidů nebo k udržení remise, pokud je mesalazin nedostačující. Nástup účinku je v řádu měsíců a proto se lék nehodí na terapii exacerbací. Azathioprin a 6-merkaptopurin má tři hlavní nežádoucí účinky: nesnášenlivost, alergickou reakci a poruchu krvetvorby. Proto je důležité pravidelně sledovat hodnoty krevního obrazu. Léky neovlivňují vývoj plodu a není nutné je vysazovat ani během těhotenství či kojení.

Cyklosporin A se používá v léčbě vysoce aktivní ulcerózní kolitidě nebo fulminantním průběhu nemoci. Lék se podává nejprve parenterálně a později se přechází na perorální formu. (Zbořil a kol., 2012, s. 42-43)

Imunosupresivem užívaným v léčbě Crohnovy choroby je methotrexát. Stejně jako u cyklosporinu se lék podává nejprve injekční formou a poté v tabletách. Methothrexát je teratogen a proto by ho ženy ani muži neměli užívat před početím dítěte. (Červenková, 2009, s. 43-45)

Antibiotická léčba má své místo v léčbě píštělí, perianálních abscesů a jiných zánětlivých komplikací IBD. Často používaná antibiotika jsou metonidazol a ciprofloxacin. (Červenková, 2009, s. 53)

Probiotika jsou preparáty obsahující živou mikrobiální floru a užívají jako podpůrná léčba k udržení remise onemocnění a urychlení ústupu klinických obtíží. Probiotika lze rozdělit na dvě skupiny, léčiva a dietní doplněk. Pouze první skupina probiotik splňuje požadavky na bezinfekčnost, homogenitu a čistotu bakteriálních kultur a lze jí využít v léčbě IBD. Bakterie, které mají probiotický účinek se jmenují: *Escherichia coli* kmen nissle, *Lactobacillus acidophilus* a *Saccharomyces boulardii*. (Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 38)

Mezi další podpůrnou léčbu lze zařadit preparáty železa, které doplňují ztráty ze zánětem porušené střevní sliznice. Kyselina listová a vitamin B12 se může nedostatečně vstřebávat při rozsáhlých zánětech tenkého střeva nebo po resekcích. V těchto případech se kyselina listová dodává v tabletové formě a vitamin B12 v intramuskulárních injekcích.

Osteoporóza se vyskytuje až u 30% nemocných s IBD. Pro podporu metabolismu kostí se podává vápník a vitamin D, který napomáhá jeho vstřebávání v těle. (Hlavatý, 2013, s. 76)

Biologická léčba je nejnovějším a nejmodernějším způsobem léčby IBD. Používá se tam kde léčba kortikoidy a imunosupresivy selhala nebo ji není možné použít. Projevuje se rychlým nástupem účinku a dobrou tolerancí. Podává se ve formě infuzí nebo podkožních injekcí. Na rozdíl od synteticky vyráběných léků využívá biologická léčba přírodní produkty. Biotechnologicky připravované protilátky proti tumor nekrotizujícímu faktoru (TNF), který vzniká z aktivovaných bílých krvinek a makrofágů, se naváží na TNF molekulu a tím jí zneutralizují. Dojde tak ke klinickému zlepšení obtíží a utlumení zánětu ve střevě. Biologická léčba lze použít i jako udržovací terapie v období remise. U dětských pacientů má terapie v porovnání s dospělými ještě větší efektivitu. Léčba je velice drahá a musí procházet administrativním schvalováním.

Nežádoucí účinky nejsou časté, ale mohou být velice závažné, proto je nutné pacienty pečlivě monitorovat a vyhnout se tak komplikacím. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří kožní léze, poruchy imunity, alergická reakce a infekce. Z toho důvodu je nutné před zahájením biologické léčby provést několik vyšetření s cílem odhalit skryté

infekce, které by se mohly v průběhu terapie projevit. (Hlavatý, 2013, s. 73; Lukáš, 2009, s. 36)

V naší zemi jsou registrovány dvě účinné látky biologické léčby, jsou to infliximab a adalimumab. Molekulární látka infliximabu je tvořena z 75 % lidským IgG1 a zbytek tvoří myší vazebný protein. Látka se podává pacientům s Crohnovou chorobou ve formě infuzí od roku 1999 a nemocným s ulcerózní kolitidou od roku 2006. O rok později bylo povoleno podávání infliximabu dětem. Léčba má dvě fáze, iniciační a udržovací, při které se infuze infliximabu podává každých osm týdnů, lze i ambulantně.

Adalimumab je ve formě subkutánních injekcí, které si pacient po zaškolení může aplikovat sám každé dva týdny. Na rozdíl od předchozího léku je tato látka kompletně lidská. (Červenková, 2009, s. 48; Keil, 2012, s. 30-31)

Doposud není znám žádný lék nebo chirurgický postup, který by IBD úplně vyléčil a nechal střevo neporušené. Léčba nespecifických střevních zánětů se zakládá na potlačení zánětlivých procesů, které nemoc charakterizují. Nejlepší výsledky v potlačení zánětu jsou s kortikoidy. Bohužel tato léčba má i nejvíce komplikací, proto je snaha jí co nejvíce omezovat. Velmi úspěšná je i biologická léčba a její prudký rozvoj skýtá naděje do budoucna. Pokud i přes veškerou snahu konzervativní léčby nelze dostat nemoc pod kontrolu nebo se objeví komplikace v podobě abscesů, stenóz a píštělí, je nutné přikročit k chirurgické léčbě. (Hlavatý, 2013, s. 77-78)

1.7.2 Chirurgická léčba

Přestože hlavním základem léčby IBD je léčba medikamentózní, chirurgické intervenci se nevyhne 70 – 90 % pacientů s Crohnovou chorobou a 15 – 30 % nemocných s ulcerózní kolitidou. Většinu operačních zákroků je možné naplánovat, ale jsou i situace, kdy je nutné provést operaci akutně. (www.ibdstandards)

Mezi stavy vyžadující akutní zákrok patří perforace střevní stěny, velké krvácení, které nejde zastavit endoskopicky, střevní neprůchodnost, abscesy a toxické megakolon.

Plánovaná operace bývá zvažována z několika důvodů. Nejčastější indikací je selhání konzervativní léčby nebo její nesnášenlivost. Nemocní mají křečovité bolesti břicha, průjem, trpí únavou a podvýživou. U dětí má selhání medikamentózní léčby za následek nedostatečný růst a opožděný nástup puberty.

Dalším důvodem plánovaného zákroku je zhoubný nádor střeva nebo prekanceróza. Toto riziko se u nemocných zvyšuje asi po deseti letech choroby, proto by měli pacienti s IBD pravidelně podstupovat endoskopická vyšetření.

Operace se zvažuje při zúžení střeva a střevních píštělích. Střevní píštěle mohou způsobit zúžení průsvitu střeva a hnisavá ložiska. Méně časté operace jsou pacientů, jež musí opakovaně dostávat transfuze z důvodu dlouhodobého krvácení z GIT. (Hlavatý, 2013, s. 97-100)

1.7.3 Typy operací u Crohnovy nemoci

Pacienti s touto chorobou podstupují operace opakovaně, proto se lékaři snaží zachovat střevo co nejdéle a odstranit jen nezbytně nutnou část.

Ileocékální resekce - nejčastějším místem komplikací je oblast přechodu tenkého střeva do tlustého. Operatér vyjme postižený úsek tenkého a tlustého střeva a zformuje nové spojení.

Strikturoplastika se provádí při zúžení více úseků tenkého střeva. Chirurg střevo podélně nařízne a příčně sešíje, tím se rozšíří lumen střeva, aniž by došlo k úbytku resorpční plochy.

Při postižení tlustého střeva se odstraňuje jeho postižený úsek, strikturoplastika se neprovádí z důvodu rizika vzniku zhoubného nádoru. Zdravé konce střeva je možné spojit, pokud není postižen konečník. V tomto případě je nutné založit stomii z horního konce. Dolní část se buď uzavře, nebo se vyvede na povrch jako mukózní píštěl. Pokud dojde ke zhojení rekta, je možné obnovit kontinuitu GIT. Při neúspěchu léčby nebo těžké formě postižení, kdy pacient trpí inkontinencí stolice, je potřebné konečník odstranit. Nemocným tato operace často zvýší kvalitu života. (Červenková, 2009, s. 53-54; Hlavatý, 2013, s. 100-102)

Příčinou perianální píštěle je otvor ve stěně konečníku, kterým vniká stolice do okolních tkání a tvoří tam záněty. Při operaci perianálních píštělí se operatér snaží vyprázdnit hnisavá ložiska pomocí drenů. Pokud dren pacientovy nepůsobí problémy, je možné ho ponechat měsíce i roky. Další možností jak ošetřit píštěl je takzvaný posuvný lalok, kdy se ze zdravé části konečníku vytvoří záplata, kterou se překryje ústí fistule. (Hlavatý, 2013, s. 102; Bartoška a kol., 2007, s. 760)

1.7.4 Druhy operací při ulcerózní kolitidě

Při operaci ulcerózní kolitidy se musí odstranit celé tlusté střevo, protože pokud by se odstranila jen postižená část, zánět by se do šesti měsíců vrátil a napadl další, zatím zdravou část. Proč se tak děje není doposud známo. Jelikož ulcerózní kolitida postihuje jen tlusté střevo, je pacient po jeho kompletním odstranění zbaven kolitidy navždy. Otázkou, která se při plánování operace řeší, je zda zachovat rektum.

Proktokolektomie a ileo-pouch-anální anastomóza je operace, během níž bude odstraněno celé tlusté střevo včetně konečníku a ponechá se pouze řitní kanál. Náhrada konečníku se vytvoří z několika kliček tenkého střeva. Operatér z tenkého střeva ušije rezervoár, takzvaný pouch ve tvaru písmene J a spojí ho s anem. Tato operace je velice náročná a riziková proto se někdy nad pouchem vytvoří pojistný střevní vývod, kterým odchází stolice po dobu hojení anastomózy. Po třech měsících se tento otvor uzavře během menší operace.

Méně častým typem operace je proktokolektomie. Nemocným, kteří mají špatnou funkci svěrače, nebo by pro ně výše popsaná operace byla příliš náročná a riziková, resekují operatér celé tlusté střevo včetně konečníku a svěrače. Terminální část tenkého střeva se vyvede přes stěnu břišní jako ileostomie. Tito lidé už nemusí být nadále sledování pro ulcerózní kolitidu. (Hlavatý, 2013, s. 104)

Subtotální kolektomie se volí u nemocných v těžkých stavech, kdy stav nedovoluje provést rozsáhlou operaci nebo se jedná o akutní výkon. Během operace se odstraní tlusté střevo mimo konečníku, ten se naslepo uzavře nebo se vyvede na povrch jako mukózní píštěl. Pacientovi se založí ileostomie. Po úpravě stavu se může provést další operace, při které se buď odstraní rektum a vytvoří pouch nebo se tenké střevo napojí na konečník. Je nutné počítat s tím, že pokud se nemocnému ponechá rektum, zánět se může vrátit a působit další obtíže. (Hlavatý, 2013, s. 104; Červenková, 2009, s. 55)

1.8 Úloha sestry v péči o pacienty s nespecifickými střevními záněty

Úloha sestry v rámci poskytování ošetrovatelské péče o nemocné s IBD spočívá v aktivním vyhledávání problémů a sestavování ošetrovatelských diagnóz. Mezi nejčastější problémy těchto nemocných patří bolesti břicha, problémy s příjmem potravy a vyprazdňováním, dehydratace, defekty v okolí análního otvoru, únava, psychické a sociální problémy zapříčiněné změnou životního stylu a nutností přizpůsobit se zdravotnímu stavu. Nemocní často trpí pocity bezmoci, nejistoty a potřebují se vyrovnat

s tím, že budou žít s nemocí po celý svůj život. Sestra se snaží, na základě diagnóz, které si stanovila, odstranit bolest, upravit stravování, aby byl příjem a výdej v rovnováze, podávat dostatek informací v rámci své kompetence, navodit normální vyprazdňování, získat nemocného pro spolupráci a motivovat ho k zájmu o vlastní zdraví a udržení remise. Sestra monitoruje charakter a intenzitu bolesti, vyprazdňování stolice – četnost, konzistence, příměsi, integritu kůže hlavně v oblasti konečníku, stav výživy a hydratace, váhu pacienta, psychický stav, užívání léků včetně jejich vedlejších účinků. Pacienti s IBD mají často zavedený PŽK, kde sestra hodnotí každý den místo vpichu. Sestra vede zdravotnickou dokumentaci v rozsahu, který jí náleží. (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 233 – 234, Tóthová, 2014, s. 92)

1.9 Strava při nespecifických střevních zánětech

Stravování a léčba nespecifických střevních zánětů jsou úzce spojeny. Složení stravy a stravovací režim může výrazně ovlivnit průběh nemoci, neexistuje žádný dietní postup, který by dlouhodobě zastavil nebo vyléčil IBD. Volba stravy závisí na mnoha faktorech: fáze nemoci (exacerbace nebo remise), rozsah a lokalizace postižení trávicího traktu, stavu výživy a individuální toleranci potravin.

Dieta v období remise se řídí pouze obecnými zásadami zdravého stravování. Pacienti by měli dbát na vyvážený pestrý jídelníček, jíst menší porce v pravidelných intervalech minimálně 5x denně. Žádná velká omezení nejsou nutná, pouze se nedoporučuje velké množství pálivého a dráždivého koření, tučná a nadýmavá jídla. Nemocný by si měl sám určit, které potraviny mu nedělají dobře a ty z jídelníčku vynechat. Lidé s IBD obvykle špatně snášejí syrovou zeleninu, luštěniny, citrusy, kyselé zelí, cibuli, ovocné a zeleninové šťávy a mléko při laktózové intoleranci. Různé fáze nemoci a jejich projevy často vedou k trvalé nebo dočasné úpravě stravy nemocného. (Hlavatý, 2013, s. 81, Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 47)

1.9.1 Strava při aktivním stádiu zánětu a stenóze střeva

V době exacerbace zánětu je nutné dodržovat takzvanou bezobzýtkovou dietu. Tato dieta je založena na konzumaci jídel bez vláknité složky. Nerozpustná vláknina zhoršuje nemocným střevní obtíže, protože zvyšuje objem stolice, mechanicky dráždí postižené střevo, podporuje peristaltiku a tím i průjmy. Při bezobzýtkové dietě se nemocný ve stravě vyhýbá zelenině, ovoci, luštěninám, celozrnnému pečivu, ovesným vločkám, oříškům a semínkům. Z pitného režimu je třeba vyřadit silný čaj, kávu a džus. Tekutiny by neměly

být chlazené a tepelná úprava pokrmů formou vaření nebo dušení. Dbá se na dostatečné množství bílkovin, které snižuje rychlost vyprazdňování. Tato dieta má příznivý vliv na hojení střevní sliznice a dodržuje se i po operacích střev. Pokud je nemocný dlouho na bezsezbytkové dietě, měl by užívat potravinové doplňky obsahující vitamin C, vitamíny skupiny B, kyselinu listovou, vápník a železo. (Hlavatý, 2013, s. 82, Kohout a Pavlíčková, 2006, s. 48)

Dietní omezení při zúžení střeva závisí na závažnosti postižení a potížích, které vyvolává. V některých případech stačí jen bezsezbytková strava a jindy je třeba přejít na přísně bezsezbytkovou nebo dokonce tekutou stravu a živiny hradit enterální výživou. I v období remise je striktně zakázaná vysokovláknitá strava kvůli riziku vzniku ilea, obzvláště zelí, kukuřice, třešně, pomeranče a hrozny. (Hlavatý, 2013, s. 83)

1.9.2 Strava při krátkém střevě

Pacienti po rozsáhlejších nebo opakovaných resekcích střev mají určité specifické problémy, podle toho, která část byla odstraněna. Zbývající střevo je schopné částečně převzít funkce chybějícího úseku. Při odstranění velké části střeva nemusí být adaptace dostatečná, je potřeba upravit dietní režim a doplnit nutriety. Mezi příznaky nedostatečné adaptace patří plynatost, hlasitá peristaltika, průjmy a špatná výživa. Operace první poloviny tenkého střeva při zachování duodena bývá dobře tolerována. Operace dvanáctníku, konce tenkého střeva a více úseků ve středu tenkého střeva vede k nedostatečnému vstřebávání látek. Pacientům je nutné zajistit dostatečný přísun vody, minerálů, živin a vitamínů. Toto můžeme zajistit potravinovými doplňky, enterální výživou a v nejtěžších případech parenterální výživou. S větším časovým odstupem od operace mohou potíže ustupovat díky postupné adaptaci trávicího traktu. (Hlavatý, 2013, s. 83)

1.9.3 Dieta při malnutrici

Malnutrice je stav, kdy příjem energie je nižší než energetický výdej pacienta, vyčerpají se rezervy organismu a dochází k váhovému úbytku a poruchám metabolismu. Stav výživy je nutné hodnotit komplexně a nespoléhat se jen na BMI. Důležitým údajem, svědčícím pro podvýživu, je nezamýšlený pokles hmotnosti o 5 – 10 % za tři měsíce. Nemocní s IBD často trpí proteinovou malnutricí a karencemi. Karence je nedostatek určité látky v potravě. Druh karence se odvíjí od toho, který úsek střeva je postižen, a které živiny se tam díky tomu nemohou vstřebat. (Hlavatý, 2013, s. 85, Zbořil, 2012, s. 44)

Energetický příjem pacienta se může podpořit třemi způsoby: fortifikovanou stravou, enterální výživou a parenterální výživou. Fortifikovaná strava je normální jídlo obohacené o specifické nutriety, které nemocnému chybí.

Pacienti užívají enterální výživu ve formě sippingu (popíjení) nebo sondou. Je-li enterální výživa nutričně kompletní, může zcela nahradit stravu. Tato farmaceuticky vyráběná výživa má přesně definovaný, vyvážený počet nutrientů a pacientům s IBD prospívá nejen tím, že dodává do organismu živiny, ale také podporuje imunitu a snižuje přerůstání střevní mikroflóry. Enterální výživa může mít také nežádoucí účinky, nejčastěji se jedná o průjemy a nauzeu.

Parenterální výživou se zajišťuje přísun živin přímo do cévního systému. Tento způsob přijímání živin je vyhrazen pro závažné stavy, kdy z důvodu dysfunkce trávicího traktu nelze použít enterální výživu. Parenterální výživa se podává do centrálního žilního katetru nebo do periferie. Při nutnosti dlouhodobé nutriční podpory se volí cesta CŽK, pro krátkodobou (7 až 10 dní) lze použít PŽK. Do PŽK nelze podávat hyperosmolární roztoky. Parenterální výživa na rozdíl od enterální přináší řadu komplikací vyplývajících ze způsobu aplikace. (Holubová, Novotná, Marečková, 2013, s. 203 – 204)

1.10 Psychosociální aspekty nemoci

Dlouhodobý stres má negativní vliv na průběh nemoci, IBD způsobuje u pacientů stres a tím se nemocný může ocitnout v „začarovaném kruhu“. Tento stav může podpořit vznik deprese, akutní vzplanutí nemoci, či hlubokou imunosupresi. Vhodně zvolená psychoterapie či sedativa mohou pomoci nemoc zklidnit. Nemocný z IBD se musí vyrovnávat s projevy, které tuto nemoc provází a většinou s tím, že ho nemoc bude provázet celým jeho životem. Dle Shontze pacient prochází obvykle čtyřmi etapami boje z nemocí.

Fáze šoku – odpoutání se člověka od reality, nemocný působí jako by byl duchem nepřítomný, nebo je zděšený (tyto stavy se mohou střídát).

Usebrání – jedná se psychický návrat do skutečnosti, tento stav je charakterizován negativními emocemi, obavami, strachem, zármutkem a pocitem bezmoci.

Stažení se ze hry – nemocný vědomě utíká do mentálního osamění, v této fázi dochází k ulehčení duševní tíhy a ke změně pohledu na jeho situaci.

Program řešení krize – pacient prochází změnou identity, role, kterou zaujímá, prostoru, v němž se pohybuje, kolektivu osob, které mu mohou poskytnout sociální oporu a změnu perspektivy toho, co může v budoucnu očekávat.

Pokud nemocný projde úspěšně všemi výše uvedenými fázemi, dochází u něj k adaptaci na nemoc. Nespecifické střevní záněty jsou velice psychicky náročné z několika důvodů. Onemocnění postihuje mladé lidi v produktivním věku a omezuje jejich pracovní a společenský život. Projevy nemoci zasahují do intimní sféry a pro pacienta je velmi obtížné o nich hovořit. (Zbořil, 2012, s. 56 – 57)

1.10.1 Sociální podpora

Závažnost a chronický průběh onemocnění může způsobit snížení pracovní schopnosti nebo invalidní důchod. Posudkový lékař nebo pacient může zažádat o invalidní důchod, obvykle se tak činí po devíti měsících pracovní neschopnosti. Při jednání o invalidním důchodu se hodnotí zejména míra schopnosti výdělečné činnosti v procentech. Nemocný může čerpat tři výhody ze sociálního zabezpečení. Státní sociální podporu, označovanou jako sociální příplatek, mimořádné výhody, např. v dopravě a příspěvek na péči. (Zbořil, 2012, s. 62 – 63)

Lidé s Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou mohou čerpat informace, podporu a sdílet své problémy s ostatními na stránkách www.crohn.cz, tyto stránky vznikly jako nekomerční projekt Jakuba Jelínka, který sám trpí IBD. Další stránky věnované této problematice jsou www.crohnovanemoc.cz, kde na otázky pacientů odpovídají specialisté z interní hepatogastroenterologie z Fakultní nemocnice Brno-Bohunice. V České republice probíhají patientské konference, které nabízejí možnost zeptat se špičkových lékařů na nové trendy v léčbě, ve výzkumu nemoci, na novinky ve zdravotním pojištění a sociální pomoci. Konference poskytuje pacientům možnost setkání s lidmi se stejnými problémy.

V říjnu 2008 vzniklo Občanské sdružení pacientů s IBD, které šíří v dané oblasti osvětu, spolupracuje s odborníky a prosazuje úhradu moderních terapií a lázeňských pobytů, zlepšuje partnerský vztah pacient – lékař, brání sociální izolaci a dodává prostor k navázání nových přátelství. (Červenková, 2009, s. 99)

PRAKTICKÁ ČÁST

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S NESPECIFICKÝM STŘEVNÍM ZÁNĚTEM

2.1 Formulace problému

Nespecifické střevní záněty patří k typickým civilizačním chorobám, jako je diabetes mellitus či celiakie a postihují stále více lidí. Odhaduje se, že ve vyspělých státech Evropy trpí IBD 0,5 % populace. V průmyslových oblastech je incidence asi 10 nemocných s ulcerózní kolitidou a 5 – 10 nemocných s Crohnovou chorobou na 100 000 obyvatel za rok. Přesné počty nejsou známy, ale odhaduje se, že v ČR by mohlo být 30 - 50 000 lidí s IBD. Toto onemocnění se nejčastěji manifestuje mezi dvacátým a třicátým rokem života, ale ani dětští pacienti nejsou výjimkou. Nemoc provází svého nositele většinu jeho života. (www.crohn.cz)

Je třeba si uvědomit, že na rozdíl od krátkodobě stonajících pacientů potřebují pacienti s IBD odlišný přístup v komunikaci. (www.crohn.cz) Ulcerózní kolitida či Crohnova choroba a její léčba bude většinou už od rané dospělosti součástí jejich života. Myslím si, že pro úspěšnou léčbu je zásadní získat pacienta pro spolupráci a navodit pocit důvěry a rovnocenného partnerství s celým zdravotnickým týmem, toto je však možné pouze u informovaného a edukovaného pacienta. Rozhodla jsem se prozkoumat nejčastější problémy pacientů s IBD v souvislosti s jejich hospitalizací. V praktické části si kladu otázku: „Jaké jsou nejčastější problémy pacientů s nespecifickým střevním zánětem v nemocničním prostředí?“

2.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem mého výzkumu je identifikace problémů pacientů s nespecifickým střevním zánětem v nemocničním prostředí.

Dílčí cíle

1. Zpracovat kazuistiku.
2. Zjistit informovanost pacienta o jeho onemocnění.

3. Navrhnout doporučení vedoucí ke zkvalitnění života pacientů s IBD po dobu hospitalizace.

Operacionalizace pojmů

Nespecifický střevní zánět = idiopatický střevní zánět = IBD (Inflammatory Bowel Disease)

Výzkumné otázky

1. Jaké jsou nejčastější problémy pacientů s nespecifickým střevním zánětem v nemocničním prostředí?
2. Jak vnímá pacient svůj pobyt v nemocnici?
3. Jaké má pacient informace o své nemoci a kde je získal?
4. Jak lze zkvalitnit hospitalizaci pacienta?

2.3 Druh výzkumu výběr metodiky

Informace pro moji práci jsem získávala pomocí kvalitativního výzkumu. Téma mého výzkumu vyžaduje hloubková data, která mi zajistí individuální rozhovor, pozorování a zdravotní dokumentace. V případové studii jde o zachycení složitosti problému a jeho celistvosti. Zajímám se o prožívání nemoci, interakci nemocného s personálem a reakce na nemocniční prostředí. Získané informace porovnávám s údaji v literatuře.

Metoda

Metoda zpracování je tak zvaná case study (případová studie) neboli kazuistika. Tato metoda se vyznačuje popisem jednoho nebo několika málo případů a umožňuje získání velkého množství dat. Já jsem zpracovala dvě kazuistiky, které budu navzájem porovnávat. Použila jsem ošetřovatelský model Marjory Gordonové.

Výběr případu

Pacienti byli vybráni záměrně na základě několika kritérií. Pacienti se léčí s ulcerózní kolitidou nebo Crohnovo chorobou déle než rok a jsou hospitalizováni na lůžkovém oddělení. Pro můj výzkum bylo důležité, aby měl pacient již zkušenosti se svým

onemocněním a rovněž i s pobytem v nemocnici. Věk, pohlaví, vzdělání ani rodinný stav nebyli podstatné pro výběr respondentů. Tyto podmínky nakonec splnili dva pacienti, muž s Crohnovou chorobou a žena s ulcerózní kolitidou. Oba byli seznámeni s tím, že veškerý sběr informací je anonymní a souhlasili s výzkumem. (Příloha č. 1) Pro lepší přehlednost používám křestní jména respondentů, která jsem změnila.

Způsob získávání informací

Informace jsem získávala jak z dokumentace pacientů, tak pomocí rozhovoru, kde jsem se zaměřila na dvanáct funkčních vzorců zdraví dle Gordonové. Sběr dat probíhal během hospitalizace pacientů na interním oddělení se souhlasem nemocnice. (Příloha č. 2)

S pacienty jsem hovořila buď na pokoji, nebo na jídelně, podle toho, kde se dalo v danou dobu zajistit nejlépe soukromí. Rozhovory jsem zaznamenávala do bloku.

Organizace výzkumu

V úvodu praktické části se věnuji kazuistice muže s Crohnovou chorobou. Nejprve čerpám informace z anamnézy a poté rozhovorem, který přizpůsobuji modelu Marjory Gordonové. Na konci kapitoly stanovím ošetrovatelské diagnózy, cíle a plán péče. Stejným způsobem postupuji i v případě druhé kazuistiky ženy s ulcerózní kolitidou. V další části srovnám získaná data z obou případů s literaturou. V závěru práce hodnotím stanovené cíle a analyzuji veškeré údaje. Výzkum jsem prováděla od října do listopadu 2015.

3 KAZUISTIKA 1

Pan Karel, 36 roků, byl přeložen na interní oddělení z chirurgické JIP, pro ataku Crohnovy choroby. Od začátku října pociťoval bolesti v podbřišku, které se postupně rozvíjely do oblasti celého břicha. Denně měl 5-6 řídkých stolic bez příměsi krve. Bolesti se obvykle zmírnily po vyprázdnění, návaznosti bolestí na jídlo nezaznamenal. Týden od prvních příznaků se bolest břicha náhle vystupňovala, pacient opakovaně zvracel a došlo k zástavě plynů. Pacient byl přivezen RZP a přijat 8.10 2016 na JIP chirurgického oddělení pro ileózní stav a podezření na enterovesikální píštěl, kterou však CT vyšetření nepotvrdilo.

Na JIP mu byla zavedena nasogastrická sonda, centrální žilní katetr a zahájena konzervativní léčba. Pacientovi byla nasazena antibiotika, spasmolgetika, kortikoidy, parenterální nutrice. V dalších dnech byl nález na břicho výrazně zklidněn, obnovila se střevní pasáž a pacient začal přijímat per os. Třináctého října byl pacient přeložen na interní oddělení do péče svého gastroenterologa. Při příchodu na oddělení pacient udává mírné difuzní bolesti břicha, nechutenství, časté průjemovité stolice (5x denně), únavu a celkovou slabost. Pacient je plně při vědomí, je soběstačný, afebrilní a dobře spolupracuje. CRP je nízké.

3.1 Anamnéza

Jméno: Karel

Věk: 36 roků

Pracovní anamnéza: Operátor logistiky

Rodinná anamnéza: otec – 59 roků, zdravý; matka – 57 roků, DM II. typu; sourozenci – zdraví; dvě děti – zdravé; ženatý

Osobní anamnéza: prodělal běžné dětské nemoci, v roce 2002 mu byla diagnostikována Crohnova choroba, do té doby vážně nestonal, úrazy – před deseti lety komoce mozku a fraktura zápěstí, operace – stav po apendektomii v dětství

Sociální anamnéza: žije s manželkou a dětmi, v panelovém bytě

Abusus: alkohol příležitostně

Alergická anamnéza: neguje

Chronická farmakoterapie: Nolpaza 40 mg tbl. 1 – 0 – 1, Imuran 50 mg tbl. 1 – 1 – 1, Budenofalk uno 9 mg tbl. 1 – 0 – 0

Akutní farmakoterapie: Ciprinol 400 mg i. v. á 12 hodin (8 – 20), Metronidazol 500 mg i. v. á 8 hodin (8 – 16 – 24)

3.2 Průběh hospitalizace

13. října 2015 – pan Karel byl přeložený z chirurgické JIP na interní oddělení pro aktivní Crohnovu chorobu s rozsáhlým postižením ilea ve dvou segmentech, stenožující s recidivujícími poruchami pasáže. Pacient měl zavedený centrální žilní katetr do horní duté žíly. Při přijetí pacienta jsme změřili fyziologické funkce: krevní tlak (120/65), tepovou frekvenci (80 tepů/min.), tělesnou teplotu (36,7 °C), bylo natočeno EKG, odebrána krev na krevní obraz, biochemický rozbor a moč na kultivaci a citlivost. Pacient si ztěžoval na přetrvávající mírnou bolest břicha a pálení při močení, nechutenství a celkovou slabost. Při vyšetření bylo břicho klidné, na pohmat mírně bolestivé, měkké bez jizev a kýl, bez patologické rezistence, peristaltika byla přítomna. Nutriční screening odhalil váhový úbytek cca 3 kg za poslední měsíc, výška 180 cm, váha 71 kg, BMI 21,5. Pacient pokračoval ve výše uvedené medikaci a byla mu podána infuze s parenterální výživou a analgetiky. Dieta kašovitá + dva nutridrinky.

14. října 2015 – bolesti břicha ustoupily a přetrvávají pouze před defekací, pořád celková slabost a únava, byla provedena magnetická rezonance, která potvrdila progresi intenzity akutní fáze Crohnovy choroby, zánětlivé postižení nejméně dvou úseků ilea s maximem v pánvi nad močovým měchýřem a s nálezem drobného mezikličkového abscesu, v močovém měchýři byla objevena drobná bublinka plynu. Enterovesikální píštěl nebyla zjevně prokázána. Pacientovi bylo vyměněno krytí CŽK, okolí vpichu klidné, bez známek zánětu. Pacient se celý den zdržuje na pokoji a pospává, perorální příjem je omezený, protože pacient stále trpí nechutenstvím, popíjí nutridrinky.

15 – 18. října 2015 – pacient se cítí stále velmi unavený, bolesti břicha odezněly, byla vysazena analgetika, stolici má třikrát denně a začíná se formovat.

19. října 2015 – panu Karlovi se při podání antibiotik v 8 hodin udělalo nevoľno a jedenkrát zvracel žaludeční šťávy. Během dne se nevoľnosti a zvracení již neopakovaly. Medikace i přes podezření na nežádoucí účinek zůstává stejná.

20. října 2015 – pacient znovu zvracel při ranním podání antibiotik, zároveň byla v moči kultivačně prokázána E. Coli. ATB terapie byla pozměněna na perorální v kombinaci Augmentin 1 g tbl. 1 – 1 – 1 (8 – 16 – 24) a Ciprinol 500 mg tbl. 1 – 0 – 1 (8 – 20). Pacient pokud nemusí, nevychází z pokoje, dle vlastních slov se nemůže soustředit a nic ho nebaví. Byla změna diety na bezezbytkovou, po změně diety sní pacient celou porci.

21. října 2015 – pacient se cítí celkově lépe, při kontrolním vážení byl zaznamenán přírůstek 1 kg, pacientovi byla vysazena parenterální nutriční podpora a odstraněn CŽK, odstranění CŽK proběhlo bez komplikací a místo vpichu nevykazuje známky zánětu ani krvácení. V odpoledních hodinách, se byl pan Karel s návštěvou projít v parku, odkud se vrátil vyčerpaný. Na stolicí chodí pan Karel 2 – 3 denně, při defekaci již potíže neuvádí, má chuť k jídlu.

22. října 2015 – pacient je afebrilní, bolesti břicha již nemá, bez známek poruch pasáže, bylo provedeno kontrolní gastroenterologické a chirurgické konzilium, kde byl doporučen konzervativní postup, přestože se ještě nepodařilo plně navodit remisi, pacient byl propuštěn do ambulantní péče.

3.3 Ošetřovatelský model Marjory Gordonové

Pomocí modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové jsme schopni zhodnotit stav pacienta v celé komplexnosti. Základem tohoto modelu je dvanáct domén, funkčních vzorců zdraví, které jsem hodnotila objektivně (pozorování, z dokumentace) i subjektivně (rozhovorem s pacientem).

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Subjektivně – pacient uvedl, že se léčí s Crohnovou chorobou od 23 roků. Než onemocněl, tak o této nemoci nic nevěděl, veškeré informace získal v gastroenterologické poradně. Z počátku čerpal i nějaké informace z internetu - ví, že, existuje webová stránka Crohn klubu, ale aktivně je nenavštěvuje, protože se domnívá, že je informovaný dostatečně a víc o nemoci nepotřebuje vědět. Pan Karel přiznává, že občas zapomíná na léky a při poslední remisi je přestal brát úplně. Po cca roce bez obtíží si pacient myslel, že je již vyléčený a když na nemoc nebude myslet a vytěsni ji ze svého života, už se nevrátí. V současné době si uvědomuje, že vysazení veškeré léčby mohlo vést k náhlému zhoršení

zdravotního stavu a že tím svému zdraví rozhodně nepříspěl, nyní je rozhodnutý nebrat léčbu na lehkou váhu, nekouří a alkohol pije pouze příležitostně.

Objektivně – z dokumentace jsem zjistila, že od samého začátku nemoci nebyl pacient zcela compliantní. Od roku 2002, kdy mu byla diagnostikována Crohnova nemoc, prodělal dvě ataky. Poslední kontrola v gastroenterologické poradně je z počátku roku 2014, léčebný režim sice dodržuje, ale o léčbu samotnou se aktivně nezajímá, pouze pasivně přijímá medikaci. Pan Karel neprojevil zájem o další informace o nemoci a ani nereagoval na nabídku reedukace s tvrzením, že jako pacient nepotřebuje víc vědět.

2. Výživa a metabolismus

Subjektivně – pacient se před atakou choroby v jídle neomezoval, s výjimkou luštěnin, cibule a česneku, které mu nedělaly dobře, jedl vše, na co měl chuť. Je zvyklý jíst 3 – 5 krát denně, v zaměstnání chodí do podnikové jídelny. Uvádí, že pije dostatečně, okolo dvou litrů denně. Myslí si, že za poslední měsíc zhubnul cca tři kila, neví to přesně, dlouho se nevážil. Nyní se do jídla musí nutit, nemá chuť k jídlu. Nutridrinky mu nechutnají, ale snaží se je vypít.

Objektivně – pacient v prvních dnech snědl půl porce, po změně diety z kašovitě na šetřící snědl většinu jídla, nutridrinky pije po malých doušcích během celého dne. Tekutiny přijímá dostatečně. Dostává parenterální výživu (OliClinomel 2000 ml/24 hodin). Dle nutričního skóre (viz příloha č. 3.) vyžaduje pacient intervenci v oblasti výživy.

3. Vylučování

Subjektivně – pacient trpí řídkými průjmy, pociťuje nepříjemné bolesti břicha před defekací a pálení a řezání při močení. Pacientovi nevyhovuje společné WC na chodbě, byl by radši, aby bylo součástí pokoje jako při jeho předchozí hospitalizaci na chirurgii.

Objektivně – pacientovi byla v moči objevena E. Coli, dle dokumentace chodí pacient na stolicí čtyřikrát denně, stolice je průjmovitá bez příměsí. Na WC si dojde sám, je plně kontinentní.

4. Aktivita, cvičení

Subjektivně – v mládí hrál pan Karel fotbal, později jezdil na motocyklu, ale po nehodě již nejezdí. Často chodí s dětmi ven na procházky nebo jezdí na kole, rád hraje šipky a kulečnick. Nyní se cítí slabý a unavený a jakákoli činnost ho vyčerpává.

Objektivně – pacient je plně soběstačný, chůzi má stabilní, zdržuje se přesto převážně na lůžku, kde si čte a luští sudoku.

5. Spánek, odpočinek

Subjektivně – pacient neudává potíže se spánkem, občas ho vzbudí spolupacient, přesto se cítí být unavený a bez energie.

Objektivně – pan Karel občas během dne spí, spí denně cca osm hodin, v noci se často nebudí, léky na spaní neužívá.

6. Vnímání, poznávání

Subjektivně – pacient udává, že nemá žádný smyslový problém, bolest popisuje jako tupou v oblasti celého břicha, při defekaci pociťuje křečovitě svíravé bolesti.

Objektivně – pacient je při vědomí a plně orientován, kompenzační pomůcky nepoužívá, vidí, slyší a vyjadřuje se bez obtíží, ze začátku hospitalizace hodnotí bolest břicha stupněm dvě na Melzackově škále, pouze při defekaci udává stupeň tři. Od třetího dne hospitalizace hodnotí bolest stupněm jedna.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Subjektivně – pacient se obává vývoje svého zdravotního stavu, možného uplatnění na trhu práce a omezení vyplývajících z charakteru onemocnění v běžném životě.

Objektivně – pan Karel působí nejistě a nechce o svých pocitech moc mluvit.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Subjektivně – pacient hodnotí své soužití s manželkou kladně a je si jist, že by se o něj postarala, kdyby potřeboval, má dva syny (8 a 10 roků) a má s nimi dobrý vztah. S pracovním kolektivem vychází výborně a v zaměstnání se mu líbí, má ale obavy, že mu nemoc zkomplikuje práci.

Objektivně – manželka a děti navštěvují pana Karla každý druhý den.

9. Sexualita, reprodukční schopnosti

Subjektivně – pohlavní chorobu žádnou neuvádí, má dvě děti a další neplánuje. Svůj sexuální život hodnotí jako uspokojivý.

Objektivně – panu Karlovi nebylo příjemné na toto téma hovořit.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Subjektivně – pacient sám sebe hodnotí jako flegmatika, udává, že stres zvládá vcelku dobře, největší oporou je mu rodina. Občas chodí s kamarády relaxovat hraním šipek a kulečnicku. Pobyt v nemocnici vnímá jako nutné zlo a doufá, že bude moci co nejdříve odejít domů. Nemocniční prostředí mu nevyhovuje, ideální by pro něj byl jednolůžkový pokoj.

Objektivně – pan Karel po dobu hospitalizace působil klidným dojmem, kdy si kromě obav z jeho nemoci nedělal s ničím starosti.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Subjektivně – bez vyznání, dle svých slov věří v sílu přírody, jeho nejvyšší prioritou je pro něj rodina a přátelé.

Objektivně – pana Karla chodila navštěvovat rodina, služeb duchovního nevyužil.

12. Jiné

Pacient má zavedený centrální žilní katetr.

Subjektivně – žádné problémy s ním neuvádí, bolest v místě v pichu nepocituje.

Objektivně – okolí vstupu je klidné, bez známek zánětu.

3.4 Plán ošetřovatelské péče

00132 – Akutní bolest související se základním onemocněním, projevující se:

Subjektivně – verbalizací, pacient si stěžuje na tupou bolest břicha, nejbolestivěji vnímá oblast podbříšku a dále si stěžuje na bolesti při defekaci.

Objektivně – pacient hodnotí bolest číslem dvě na Melzackově škále, zaujímá úlevovou polohu na boku.

Očekávané výsledky – pacient bude udávat alespoň zmírnění bolesti do jedné hodiny po užití ordinované medikace.

Ošetřovatelské intervence

- podávejte pacientovi analgetika dle lékaře a monitorujte jejich účinnost,
- hodnotte bolest dle Melzackovy škály,
- sledujte intenzitu, frekvenci a lokalizaci bolesti, motivujte pacienta ke spolupráci v hodnocení a odstraňování bolesti,
- vše zaznamenávejte do dokumentace pacienta.

Hodnocení – po podání analgetik se bolest pacienta zmírnila na stupeň jedna, mimo zvýšené bolesti při defekaci (stupeň tři), měl pacient po dobu celé hospitalizace stupeň bolesti jedna.

00013 – Průjem související se základní diagnózou, projevující se:

Subjektivně – pacient si stěžuje si na bolesti břicha a nucení na stolicí.

Objektivně – neformovaná řídká stolice, zvýšené frekvence vyprazdňování.

Očekávané výsledky – pacient nebude mít známky dehydratace, nebude mít porušenou integritu kůže okolí konečníku a bude mít formovanou stolicí.

Ošetřovatelské intervence

- sledujte stav výživy a hydratace,
- konzultujte výživu s nutriční terapeutkou,
- zajistěte dostatečný příjem tekutin dle lékaře,
- sledujte frekvenci vyprazdňování, charakter a příměsi ve stolici,
- edukujte pacienta v péči o konečník,
- vše zaznamenávejte do dokumentace pacienta.

Hodnocení – pacient je dostatečně hydratovaný, kožní integrita nebyla porušena, hygienu konečníku provádí pacient sám, stolice se začíná formovat.

00002 – Nedostatečná výživa související s nechutenstvím, projevující se:

Subjektivně – pacient udává nezájem o jídlo, bolesti břicha.

Objektivně – úbytek hmotnosti, denní příjem potravy je menší než doporučený.

Očekávané výsledky – u pacienta dojde po dobu hospitalizace ke stabilizaci váhy a bude nastaven stravovací režim.

Ošetřovatelské intervence

- proveďte nutriční posouzení stavu pacienta,
- podávejte parenterální výživu dle ordinace lékaře,
- sledujte množství přijímané potravy,
- v pravidelných intervalech monitorujte hmotnost pacienta,
- zjistěte a podávejte oblíbené příchutě nutridrinků,
- konzultujte výživu s nutriční terapeutkou,
- vše zaznamenávejte do dokumentace pacienta.

Hodnocení – během hospitalizace došlo k váhovému přírůstku jeden kilogram.

00093 – Únava související s onemocněním, projevující se:

Subjektivně – verbalizací, stížnostmi na neschopnost načerpat energii spánkem a neschopnost udržet běžnou úroveň fyzické aktivity.

Objektivně – netečnost, lhostejnost, nezájem o okolí, snížený výkon, spavost.

Očekávané výsledky – pacient se bude cítit odpočatý, bude mít víc energie a bude jevit zájem o své okolí.

Ošetřovatelské intervence

- zajistěte dostatek klidu,

- sledujte kvalitu a délku spánku,
- aktivity pacienta rozvrhněte rovnoměrně do celého dne s ohledem na jeho potřeby
- vše zaznamenávejte do dokumentace pacienta.

Hodnocení – pacient se cítí stále stejně unavený a slabý, přestože netrpí poruchami spánku a spí dostatečně.

00004 – Riziko infekce související se zavedením CŽK:

Očekávané výsledky – místo vpichu bude klidné, bez známek infekce, pacient nebude pociťovat bolest v okolí CŽK.

Ošetrovatelské intervence

- sledujte místo vpichu,
- dodržujte zásady asepsy,
- vyměňujte každé dva dny krytí dle ošetrovatelského standardu,
- vše zaznamenávejte do dokumentace pacienta.

Hodnocení – místo vpichu je bez známek infekce, pacient nepociťuje žádnou bolest v souvislosti s CŽK.

00016 – Porušené vyprazdňování moči související s infekcí močových cest, projevující se:

Subjektivně – stížnostmi na bolestivé pálení a řezání při močení, stížnostmi na časté močení a na opožděné spouštění moči.

Objektivně – přítomností E. Coli v moči, bolest při močení číslo dvě na Melzackově škále bolesti.

Očekávané výsledky – obtíže pacienta při močení se zmírní, pacient bude dodržovat pitný režim.

Ošetrovatelské intervence

- podávejte tekutiny dle lékaře,

- dle ordinace podávejte antibiotika,
- edukujte pacienta v dodržování hygienických opatření,
- sledujte frekvenci močení,
- sledujte a hodnotte bolest při močení dle Melzackovy škály,
- sledujte a hodnotte charakter a množství moči,
- vše zaznamenávejte do dokumentace pacienta.

Hodnocení – pacient dodržuje pitný režim a jeho obtíže při močení se zmírnily.

00126 – Deficitní znalost související s léčbou onemocnění, projevující se:

Subjektivně – verbalizací při odběru anamnézy.

Objektivně – v dokumentaci od gastroenterologa je záznam o neadekvátní spolupráci, dle záznamů nenavštěvoval pacient téměř dva roky gastroenterologickou poradnu.

Očekávané výsledky – pacient bude dodržovat léčebný režim, bude chápat důležitost medikace i v období remise a bude chápat důležitost kontrol v gastroenterologické poradně.

Ošetřovatelské intervence

- edukujte řádně pacienta o důležitosti léčby,
- motivujte pacienta k péči o své zdraví,
- podávejte pacientovi informace,
- dejte pacientovi prostor vyjádřit své obavy a potřeby,
- poskytněte pacientovi dostatek času pro otázky,
- vše zaznamenávejte do dokumentace pacienta.

Hodnocení – pacient chápe důležitost medikace a kontrol v gastroenterologické poradně.

3.5 Edukační plán

Účel – poskytnutí informací o důležitosti medikace a významu kontrol v gastroenterologické poradně.

Cíle edukačního plánu

Kognitivní – pacient zná význam trvalé medikace a její vliv na udržení remise a ví o přínosnosti trvalého dohledu gastroenterologem.

Afektivní – pacient chápe, že je důležité navštěvovat gastroenterologa a brát pravidelně léky, pacient vyjádří své obavy, pocity a důvody, které ho vedly k přerušení léčby.

Hlavní body plánu

Pacienta seznámím s významem léčby a možnými důsledky nedodržování léčebného režimu, pacient dostane prostor pro kladení otázek a vyjádření svých pocitů. Budu pacient motivovat ke spolupráci v léčbě, prevenci komplikací a podpoře zdraví.

Časová dotace

20 minut.

Hodnocení

Kognitivní – rozhovorem s pacientem zjištěno, že má povědomí o léčbě a jejím významu.

Afektivní – pan Karel chápe, že je důležité se léčit i v období remise a chce se aktivněji podílet na léčbě.

4 KAZUISTIKA 2

Paní Eva, 26 roků, 9. Listopadu 2015 navštívila gastroenterologickou poradnu pro týden trvající dyspepsii s bolestivou defekací, průjmovité stolice s příměsí čerstvé krve. Byla zahájena léčba mesalazinem, ciprofloxacinem a na bolest indikován metamizol. 12. Listopadu 2015 byla přijata na interní oddělení, pro průjmy s enterorhagiemi jako exacerbace ulcerózní kolitidy. Byla jí odebrána krev na krevní obraz a biochemické vyšetření, byl zaveden permanentní žilní katetr. CRP bylo 209, hemoglobin 111, železo 2,5, ostatní výsledky v normě. Pacientka si stěžovala na bolesti a křeče v břiše, průjmy, nauzeu a dva dny trvající zvracení po jídle. Pacientce byla podána infuze Plasmalyte s Novalginem a Deganem. Pacientka je plně při vědomí, je zcela soběstačná, afebrilní a dobře spolupracuje. Břicho je měkké, palpačně bolestivé, peristaltika je přítomna, rty jsou suché, při vyšetření per rektum zůstává na rukavici čerstvá krev.

4.1 Anamnéza

Jméno: Eva

Věk: 26 roků

Pracovní anamnéza: Sekretářka

Rodinná anamnéza: otec – 48 roků, zdravý; matka – 47 roků, léčí se z hypertenzí; sourozenci - zdraví; jedno dítě – zdravé; svobodná

Osobní anamnéza: prodělala běžné dětské nemoci, v roce 2012 jí byla diagnostikována ulcerózní kolitida, do té doby vážně nestonala, úrazy – 0, operace – 0

Sociální anamnéza: žije s přítelem a dcerou, v rodinném domě

Abusus: alkohol příležitostně, kouřila cca 5 cigaret denně, nyní nekouří

Alergická anamnéza: neguje

Gynekologická anamnéza: menses pravidelně od 13 let, porod jeden přirozený, potraty 0, poslední gynekologická prohlídka před pěti měsíci

Chronická farmakoterapie: Asacol 400 mg tbl. 3 – 3 – 3

Akutní farmakoterapie: Ciprinol 500 mg tbl. 1 – 0 – 1 od 9. Listopadu 2015, Algifen ggt. při bolesti

4.2 Průběh hospitalizace

12. listopadu 2015 – paní Eva byla přijata na interní oddělení pro relaps ulcerózní kolitidy. Pacientce byl zaveden permanentní žilní katetr. Při přijetí pacientky jsme změřili fyziologické funkce: krevní tlak (100/60), tepovou frekvenci (73 tepů/min.), tělesnou teplotu (36,6 °C), bylo natočeno EKG, odebrána krev na krevní obraz, biochemický rozbor a moč na kultivaci a citlivost. Paní Eva chodí na stolicí 4 krát denně. Pacientce byla podána antibiotika Ciphin 400 mg i. v. (8 – 20 hodin) a Metronidazol 500 mg i. v. (8 – 16 – 24 hodin). Pro bolesti břicha a dyspeptické obtíže byla podána infuze Plasmalyte s Novalginem a Deganem. Do medikace byl přidán Prednison 20 mg 2 tbl. Ráno. Nutričním screeningem odhalen váhový úbytek cca 1,5 kg za poslední týden, výška 170 cm, váha 63 kg, BMI 21,8. Pacientka přijímala pouze tekutiny, po jídle zvracela, proto jí byl naordinován Oliclinomel 2000 ml i. v. na 24 hodin. Sliznici v ústech a rty měla suché. Jevila známky dehydratace. Pacientku jsem poučila o pitném režimu.

13. listopadu 2015 – v 00:15 se pacientky stav náhle zhoršil po podání Metronidazolu, pocítila prudké bolesti břicha a nevolnost, 1x zvracela. Pacientce byl podán Novalgin i. v. a do 30 minut se její stav upravil. Metronidazol byl vysazen. Přes den pacientka udává bolesti břicha na stupni 2 na Melzackově škále, nezvrací, vypila dva litry tekutin, stále má průjmy s příměsí krve 4 krát denně. Udává mírné zlepšení nauzei. PŽK bez známek zánětu, Maddon – 0.

14. listopadu 2015 – paní Eva se cítí lépe, bolest břicha na stupni 1 na Melzackově škále, stále si ztěžuje na nechutenství, ale po domluvě s lékařem vypila nutridrink bez komplikací, pacientka komunikuje pře notebook s rodinou, má dobrou náladu. Pacientka udává bolestivost v místě zavedení PŽK. Místo vpichu je klidné bez známek zánětu, místo vpichu jsem ohodnotila stupněm 1 na Maddonově škále a proto jsem stávající PŽK odstranila a zavedla nový PŽK. V odpoledních hodinách si ztěžuje na bolesti na hrudi, které paní Eva hodnotí stupněm jedna až dvě na Melzackově škále, pacientka je vyděšená a bojí se o své zdraví. Natočila jsem jí EKG, změřila tlak (110/60) a nabrala kardiomarkery, které byly negativní. Na EKG křivce neshledal lékař žádné patologie. Bolesti spontánně vymizely.

15. listopadu 2015 – ve 3:00 si paní Eva opět ztěžuje na mírné bolesti na hrudi. Laboratorní výsledky i EKG byly v normě. Dopoledne se paní Eva cítila dobře, byla pozitivně naladěná. V 11:00 bylo pacientce provedeno ECHO srdce, které odhalilo

perikardiální výpotek. Paní Eva byla poslána ještě na CT břicha CT AG hrudní aorty, tato vyšetření nález potvrdila. Pacientka byla proto přeložena na JIP a bylo vysloveno podezření, že výpotek byl způsoben vedlejším účinkem mesalazinu.

4.3 Ošetřovatelský model Marjory Gordonové

U paní Evy jsem postupovala také dle modelu Marjory Gordonové. Pacientka byla velice komunikativní a otevřená, dobře se s ní spolupracovalo na získávání dat.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Subjektivně – pacientka sdělila, že se léčí s ulcerózní kolitidou od 23 roků a toto je její první ataka nemoci. Tři roky byla v remisi. Léky užívá pravidelně. Před půl rokem se jí konečně po několika pokusech povedlo přestat kouřit. Paní Eva vyznává zdravý životní styl, a proto jí exacerbace choroby překvapila. Věděla, že se to může stát, ale myslela si, že když bude pravidelně brát léky, chodit na kontroly k lékaři a žít zdravě, ataka přijde déle. Domnívá se, že spouštěčem potíží byla prodělaná viróza. Propuknutí nemoci vnímá jako nespravedlivé, protože dělala vše pro to, aby zůstala zdravá. Doufá, že se její stav co nejrychleji upraví. Informace o nemoci jí poskytl lékař při stanovení diagnózy a další vědomosti čerpala z internetu. Pravidelně navštěvuje stránky pro pacienty s IBD a vyměňuje si zkušenosti se stejně nemocnou kamarádkou, kterou poznala při minulé hospitalizaci. Před tím než onemocněla, neměla o této chorobě žádné povědomí.

Objektivně – z lékařských zpráv je zřejmé, že paní Eva pravidelně navštěvuje gastroenterologickou poradnu. Z rozhovoru vyplynulo, že má dostatek informací o své nemoci, a že se o ni aktivně zajímá. Během hospitalizace využila možnost konzultace s gastroenterologem.

2. Výživa a metabolismus

Subjektivně – pacientka se před atakou choroby snažila stravovat zdravě a s ohledem na svou chorobu, se vyhýbala nadýmavým jídlům, jako jsou luštěniny a zelí. Paní Eva také nepije mléko, protože je přesvědčená, že není pro dospělé lidi zdravé. Jí pravidelně 5x denně, dodržuje pitný režim, vypije minimálně dva litry denně. Do zaměstnání si nosí vlastní jídlo a ovoce jí jen dopoledne. Upřednostňuje bio výrobky a potraviny z farmářských trhů. Od vzniku potíží dodržuje pacientka bezsezbytkovou dietu. Momentálně je schopná přijímat pouze tekutiny, má nauzeu, proto má parenterální příjem.

Objektivně – pacientka přijímá pouze tekutiny. Byla poučena o tom, že musí dodržovat pitný režim a pít tekutiny průběžně během celého dne. Dostává parenterální výživu (OliClinomel 2000 ml/24 hodin). Pacientka během hospitalizace zvracela.

3. Vylučování

Subjektivně – paní Eva má průjem 4x denně, stolice je řídká s příměsí krve.

Objektivně – pacientka si na WC dojde sama, je plně kontinentní.

4. Aktivita, cvičení

Subjektivně – pacientka má ráda sport, chodí běhat, občas zajde s přáteli do fitcentra, jezdí na kolečkových bruslích a rekreačně se věnuje plážovému volejbalu.

Objektivně – pacientka je plně soběstačná, chůzi má stabilní.

5. Spánek, odpočinek

Subjektivně – pacientka nemůže večer usnout a hlavou se jí honí myšlenky, které nedokáže zastavit.

Objektivně – paní Evě byl naordinován na noc Hypnogen 1 tbl., po kterém usnula.

6. Vnímání, poznávání

Subjektivně – pacientka má brýle na dálku, ale používá je pouze při řízení. Udává, že další smyslový problém nemá. Bolest pociťuje v oblasti celého břicha.

Objektivně – pacientka je při vědomí a plně orientována, kompenzační pomůcky nepoužívá. Vidí, slyší a vyjadřuje se bez obtíží. Bolest břicha hodnotí stupněm dvě na Melzackově škále.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Subjektivně – pacientka má strach z komplikací, které jí nemoc může do budoucna přinést, stýská se jí po dceři, chybí jí rodina. Udává, že je zvyklá žít aktivně a ráda by, i přes svoji nemoc, v tomto stylu života pokračovala. Je pro ni důležité, jak vypadá, zajímá se o módu a děsí ji představa chirurgických zákroků, kvůli jizvám a případná stomie. Doufá, že se těmto komplikacím vyhne.

Objektivně – paní Eva mluví o svém onemocnění zcela otevřeně a bez zábran. Každé ráno se líčí a dbá o svůj vzhled.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Subjektivně – pacientka žije s přítelem, se kterým má čtyřletou dceru. Vztah popisuje jako harmonický a s přítelem uvažují o druhém dítěti. V zaměstnání je spokojená, pracuje teprve půl roku a má obavy, jak její pracovní neschopnost bude vnímat zaměstnavatel.

Objektivně – paní Eva komunikuje s rodinou a přáteli přes Skype a Facebook několikrát denně. Přítel s dcerou jí navštěvují.

9. Sexualita, reprodukční schopnosti

Subjektivně – pohlavní chorobu žádnou neuvádí. Má jedno dítě a plánuje další. Svůj sexuální život hodnotí jako plně uspokojivý a bezproblémový. Paní Eva vyjádřila obavu z možných komplikací při případné další graviditě. Doufá, že se jí s přítelem podaří počít přirozenou cestou.

Objektivně – Paní Eva hovořila převážně o plánech na druhé dítě a o obavách s tím spojených.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Subjektivně – pacientka se popisuje jako společenská osoba, která se ráda baví. Sebe vidí jako sangvinika, udává, že stres jí pomáhá zvládat rodina, přátelé a sport. Občas chodí s přáteli tančit nebo na koncerty. Proti chorobě si připadá bezmocná, stresuje jí představa, že nestačí včas dojít na toaletu. Paní Evě nevyhovuje, že nemá ve své věkové skupině žádnou spolupacientku, se kterou by mohla komunikovat. Tento deficit si vynahrazuje komunikací přes internet.

Objektivně – paní Eva po dobu hospitalizace působila neklidným dojmem. Byla velice komunikativní, nejen s personálem nemocnice, ale i přes telefon a internet. Často vyjadřovala obavy z budoucnosti.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Subjektivně – bez vyznání, ale zajímá se o různé náboženské a filozofické směry, numerologii a horoskopy. Nejdůležitější je pro ni zdraví a rodina.

Objektivně – paní Evu chodila navštěvovat rodina. Služeb duchovního nevyužila.

12. Jiné

Pacientka má zavedený periferní žilní katetr.

Subjektivně – uváděla mírnou bolest v místě v pichu, po výměně si již neztěžuje.

Objektivně – okolí vstupu je klidné, bez známek zánětu, PŽK vyměněn.

4.4 Plán ošetrovatelské péče

00132 – Akutní bolest související se základním onemocněním, projevující se:

Subjektivně – verbalizací a nařiká.

Objektivně – pacientka hodnotí bolest číslem dvě na Melzackově škále, je neklidná, přechází po pokoji.

Očekávané výsledky – bolesti, které pacientka má se zmírní do jedné hodiny od podání analgetik dle lékaře.

Ošetrovatelské intervence

- podávejte pacientce analgetika dle ordinace lékaře
- proveďte komplexní posouzení bolesti,
- určete faktory, které zmírňují či zhoršují bolest,
- vše řádně uveďte v dokumentaci pacientky,
- motivujte pacientku ke spolupráci v hodnocení a odstraňování bolesti,
- vše zaznamenávejte do dokumentace pacientky.

Hodnocení – po podání analgetik se bolesti paní Evy zmírnily na stupeň jedna, poté u pacientky bolest kolísala mezi stupněm 1 – 2, v závislosti na podání Algifenu.

00013 – Průjem související se základní diagnózou, projevující se:

Subjektivně – pacientka bolesti celého břicha, časté nucení na stolicí.

Objektivně – neformovaná řídká stolice s příměsí krve, zvýšená frekvence vyprazdňování (4 x denně).

Očekávané výsledky – pacientka nebude jevit známky dehydratace, nebude mít porušenou integritu kůže v okolí konečníku.

Ošetřovatelské intervence

- sledujte stav výživy a hydratace,
- zajistěte dostatečný příjem tekutin dle ordinace lékaře,
- edukujte pacientku v péči o konečník,
- sledujte a hodnotěte bolest dle Melzackovy škály,
- podávejte parenterální roztoky dle ordinace lékaře
- vše zaznamenávejte do dokumentace pacientky.

Hodnocení – pacientka nejeví známky dehydratace, kožní integrita nebyla porušena, hygienu konečníku provádí pacientka sama.

00134 – Nausea související se základním onemocněním, projevující se:

Subjektivně – pacientka si stěžuje na nezájem o jídlo, bolesti břicha, pocity na zvracení.

Objektivně – mírný úbytek hmotnosti, odmítavý postoj k jídlu.

Očekávané výsledky – pacientka nebude do pěti dnů pociťovat nevolnost a pocity na zvracení, za dobu hospitalizace bude mít stabilní tělesnou hmotnost.

Ošetřovatelské intervence

- podávejte parenterální roztoky a léky zamezující nevolnosti dle ordinace lékaře,
- proved'te komplexní posouzení nauzei (frekvence, trvání, závažnost a vyvolávající faktory)
- identifikujte a eliminujte faktory, které mohou přispět k vyvolávání nevolnosti,
- vyhodnocujte pravidelně hmotnost pacientky,

- poskytujte pacientce psychickou podporu,
- vše zaznamenávejte do dokumentace pacientky.

Hodnocení – během hospitalizace se nauzea zmírnila, pacientka popíjela nutridrink bez vedlejších projevů a komplikací, vypila dva litry tekutin denně.

00095 – Porušený spánek související s úzkostí, projevující se:

Subjektivně – pacientka si stěžuje, že usínání trvá déle, než dvě hodiny, vtíravé myšlenky a stesk po rodině jí nedovolí usnout.

Objektivně – pacientka spí méně než šest hodin. Do půlnoci neusne a čte si články na internetu.

Očekávané výsledky – pacientka se bude cítit odpočatá, dojde ke zlepšení spánku do dvou dnů a bude spát aspoň šest hodin.

Ošetřovatelské intervence

- sledujte délku spánku,
- eliminujte faktory narušující spánek,
- dejte pacientce prostor pro vyjádření obav a pocitů,
- podávejte hypnotika dle ordinace lékaře,
- vše zaznamenávejte do dokumentace pacientky.

Hodnocení – pacientka udává zlepšení.

00004 – Riziko infekce související se zavedením PŽK:

Očekávané výsledky – místo vpichu nebude vykazovat známky infekce, pacientka bude znát způsoby jak snížit riziko infekce.

Ošetřovatelské intervence

- sledujte místo vpichu a hodnotěte dle Maddona,
- při známkách zánětu ihned odstraňte PŽK,

- dodržujte zásady asepse,
- vše zaznamenávejte do dokumentace pacientky.

Hodnocení – pacientka pociťuje mírnou bolest v místě vpichu, PŽK jí byl vyměněn. Místo vpichu nejeví známky zánětu, hodnota tíže flebitis dle Maddona odpovídá stupni jedna.

00146 – Úzkost související se změnou zdravotního stavu, projevující se:

Subjektivně – pacientka udává vtíravé myšlenky, pocit znepokojení, obavy z budoucnosti.

Objektivně – poruchy spánku, neklid.

Očekávané výsledky – pacientka bude dostatečně informovaná, bude umět vyjádřit své pocity, úzkost pacientky se zmírní.

Ošetřovatelské intervence

- odvádějte pozornost pacientky,
- podejte pacientce dostatek informací,
- hovořte s pacientkou klidně,
- umožněte jí popsat své pocity a vyjádřit emoce,
- zapojte rodinu – podpora a povzbuzení pacientky,
- pozvěte psychologa,
- vše zaznamenávejte do dokumentace pacientky.

Hodnocení – pacientce proti úzkosti pomohl rozhovor s rodinou i personálem nemocnice, úzkost se částečně zmírnila.

00027 – Deficit tělesných tekutin související s nauzeou a průjmy, projevující se:

Subjektivně – pacientka uvádí pocit žízně.

Objektivně – pacientka má suché rty a sliznice.

Očekávané výsledky – pacientka nebude jevit známky dehydratace a bude chápat význam dodržování pitného režimu.

Ošetrovatelské intervence

- podávejte infuzní terapii dle ordinace lékaře,
- sledujte kůži a stav sliznic,
- sledujte příjem tekutin,
- edukujte pacientku o významu pitného režimu
- vše zaznamenávejte do dokumentace pacientky.

Hodnocení – pacientka vypila dva litry tekutin denně a nejeví známky dehydratace.

4.5 Edukační plán

Účel – poskytnutí informací o důležitosti pitného režimu a hydratace.

Cíle edukačního plánu

Kognitivní – pacientka zná význam pitného režimu a hydratace, ví jak ho dodržovat a jaké pít tekutiny.

Afektivní – pacientka chápe, že je důležitá prevence dehydratace.

Psychomotorický – pacientka si zapisuje denní příjem tekutin.

Hlavní body plánu

Pacientku seznámím s důležitostí pitného režimu, nutností pít v pravidelných intervalech malé množství, aby se zabránilo pocitu nevolnosti. Sledování příjmu tekutin.

Časová dotace

10 minut.

Hodnocení

Kognitivní – rozhovorem s paní Evou zjištěno, že zná význam pitného režimu a ví, jak si rozdělit příjem tekutin během dne.

Afektivní – paní Eva chápe důležitost prevence dehydratace.

Psychomotorický – pacientka si umí vést záznam příjmu tekutin.

5 DISKUZE

Hlavním cílem mého výzkumu bylo identifikovat problémy pacientů s nespecifickým střevním zánětem v nemocničním prostředí. Pro účely zpracování praktické části bakalářské práce byli vybráni dva respondenti s nespecifickým střevním zánětem. Třicetšestiletý muž s Crohnovou chorobou (pan Karel) a o deset let mladší žena trpící ulcerózní kolitidou (paní Eva). Oba pacienti byli hospitalizováni na interním oddělení pro relaps choroby. Dílčím cílem praktické části bakalářské práce bylo vypracování kazuistiky. Vytvořila jsem dvě kazuistiky, které obsahovaly základní údaje o pacientech, lékařské diagnózy, osobní a rodinnou anamnézu, průběh hospitalizace obou pacientů, vývoj onemocnění a léčbu.

Pan Karel byl přeložen z JIP chirurgického oddělení na interní oddělení, kde strávil deset dní. Byl přijat pro druhou ataku Crohnovy choroby a podezření na enterovesikální píštěl, která se nepotvrdila. Při příchodu na oddělení udával pan Karel mírné bolesti břicha, nechutenství, časté průjemovité stolice a únavu. Při příjmu byla zjištěna malnutrice. Během hospitalizace se u něj objevila uroinfekce a dvakrát zvracel po ranním podání antibiotik. U pana Karla jsem stanovila sedm ošetrovatelských diagnóz (akutní bolest, průjem, nedostatečná výživa, únava, riziko infekce, porušené vyprazdňování moči a deficitní znalost).

Paní Eva byla přijata na interní oddělení pro relaps ulcerózní kolitidy, pacientka si stěžovala na průjmy s příměsí krve, bolesti a křeče břicha, nauzeu a zvracení. V průběhu hospitalizace se u pacientky objevila nežádoucí reakce na antibiotika. Během léčby se paní Eva začala cítit lépe, nauzea a bolesti břicha ustupovaly. Pacientka dokázala obnovit perorální příjem tekutin na dva litry denně. Třetí den hospitalizace se její stav zkomplikoval. Objevily se bolesti na hrudi a následující den byla paní Eva přeložena na JIP interní kliniky pro perikardiální výpotek. Paní Evě jsem určila sedm ošetrovatelských diagnóz (akutní bolest, průjem, nauzea, porušený spánek, riziko infekce, úzkost, deficit tělesných tekutin). Oba pacienti trpěli bolestí břicha a průjmem. Literatura uvádí, že to jsou nejčastější příznaky nespecifických střevních zánětů. U pana Karla i paní Evy došlo k nevolnosti a zvracení, po intravenózním podání antibiotik. U paní Evy tento stav zapříčinil Metronidazol a po jeho vysazení se obtíže již neopakovaly. Pan Karel mohl mít komplikace způsobeny podáním Metronidazolu nebo Ciphinu. Po vysazení Metronidazolu a změně způsobu podávání Ciphinu z intravenózního na perorální, se již problémy

nevyskytovaly. Zde je jasně vidět, jak je důležité, aby sestra sledovala případné nežádoucí účinky léků a včas o nich informovala lékaře. Oba pacienti měli nežádoucí účinky po podání antibiotik, které se běžně používají při akutní fázi střevního zánětu, což bude jistě problém při dalším zvládnání vzplanutí akutního stadia onemocnění. Tento problém popisuje Vladimír Zbořil ve své knize, Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů, který spatřuje možné řešení v biologické terapii.

U obou pacientů dominovala v ošetrovatelských diagnózách bolest, která byla oběma pacienty dobře tolerována, pohybovala se mezi prvním a třetím stupněm Melzackovy škály. Domnívám se, že dobrá tolerance byla zřejmě způsobena předchozími zkušenostmi s bolestí břicha související s onemocněním. Hlavatý uvádí, že bolest břicha je nejčastější příznak nespecifického střevního zánětu u více než 80 % nemocných. Třetí den hospitalizace se u paní Evy objevily bolesti na hrudi, které jí vyděsily a vnímala je velice negativně, i když nebyly silnější než bolesti břicha, protože byly neznámé. I přes zjištění, že pacient toleruje známou bolest vcelku dobře, si myslím, že by neměla být bolest u nespecifických střevních zánětů nikdy podceňována a sestra by jí vždy měla věnovat maximální pozornost.

Další oblastí, na kterou by sestra měla zaměřit svou pozornost, je stav výživy a hydratace. Všem pacientům v akutní fázi choroby vždy hrozí riziko malnutrice a dehydratace. Sestra by měla aktivně pátrat po známkách dehydratace a nedostatečné výživy a spolupracovat na řešení tohoto stavu s nutriční terapeutkou. U pana Karla se malnutrice řešila podáním nutridrinků, parenterální výživovou podporou a ke zlepšení také přispěla změna diety. Paní Eva přišla s dehydratací, která byla řešena z části parenterálně a z části edukací o pitném režimu. Dalším problémem, kterým trpěli oba pacienti, byl průjem způsobený střevním zánětem. Zde by se měla sestra zaměřit, kromě již zmíněného stavu výživy a hydratace, na péči o konečník. Průjmy jsou typickým projevem nespecifického střevního zánětu a zvyšují riziko vzniku análních prasklin. To se často opomíjí a nevěnuje se tomu dostatečná pozornost, obzvláště u soběstačných pacientů. Sestra by měla vždy edukovat pacienta v péči o konečník.

U pacientů s parenterální výživou je nezbytná zvýšená kontrola místa zavedení žilního katetru, obzvláště u periferního žilního katetru hrozí zvýšené riziko infekce. Výměna periferního žilního katetru u paní Evy třetí den je spíše výjimkou, obvykle je

nutné odstranit kanylu do dvou dnů, jak potvrzuje i personál oddělení. Holubová, Novotná a Marečková doporučují podávat parenterální výživu do periferie maximálně 7 – 10 dní.

Zásadním ošetrovatelským problémem, kterým pan Karel trpěl, byla únava, kterou se během hospitalizace nepovedlo zvládnout. Pacient uvedl, že by mu pomohlo, kdyby byl umístěn na jednolůžkovém pokoji, což nebylo možné zajistit. Únava se v odborné literatuře uvádí jako velice častý problém, kterým trpí pacienti s nespecifickými střevními záněty a jeho řešení je obtížné.

Pan Karel i paní Eva uvedli, že jim byl poskytnut dostatek informací, a to především od jejich gastroenterologa. Paní Eva si aktivně vyhledávala informace o své nemoci sama. Z rozhovoru s ní bylo patrné, že je velmi dobře informována, chválila si péči svého gastroenterologa, který jí vždy vše ochotně vysvětlil. Pan Karel nejevil zájem o další informace, pouze pasivně přijímal informace podávané lékaři a dalším ošetřujícím personálem. Dle mého názoru mohl být tento stav zapříčiněn únavou, která nemocného velice trápila, nebo etapou boje s nemocí, nazývanou Stažení se ze hry, kdy nemocný vědomě utíká do mentálního osamění, Hlavatý uvádí, že až 80 % pacientů s nespecifickým střevním zánětem trpí obavou a strachem. Dále se domnívám, že pan Karel nepřijal svou nemoc, i přes edukaci o důležitosti léčby a prevenci relapsu choroby, hrozí riziko porušování léčebného režimu v domácím prostředí. Zbořil a Gambošová uvádí, že 25 – 40 % pacientů s nespecifickými střevními záněty nespolupracuje při diagnostice a léčbě. A více jak 40 % pacientů je non adherentních – muži 48 % a ženy 33 %, tomu odpovídá i případ pana Karla. Pan Karel by uvítal při hospitalizaci více soukromí a klidu, na rozdíl od paní Evy, která vyhledávala společnost, aby přišla na jiné myšlenky.

Výše popsané kazuistiky ukazují rozdílný přístup pacientů k nemoci a její léčbě. Paní Eva se velmi obávala, co jí přinese onemocnění do budoucna, ale mluvila o svých pocitech a obavách velice otevřeně. Pan Karel o svých pocitech a obavách skoro vůbec nemluvil, což ovšem neznamená, že ho nic netrápilo. Dle mého názoru potřebují oba pacienti psychickou podporu, proto je důležité jim věnovat dostatek času a přistupovat k jejich potřebám individuálně.

Pacientů s nespecifickými střevními záněty pořád přibývá a možná i díky tomu se o tomto onemocnění více hovoří a dostává se do povědomí veřejnosti. V ČR je nyní 26 IBD center a z toho je 11 center pro děti. Již po desáté se v minulém roce konala konference organizace Pacienti IBD, která sdružuje pacienty s ulcerózní kolitidou

a Crohnovou chorobou, pomáhá jim získávat informace o nových trendech v léčbě přímo od odborníků na danou problematiku. Pacientů s nespecifickými střevními záněty bude zřejmě přibývat, ale jejich léčba, informovanost a kvalita života se bude zlepšovat.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Ošetrovatelský proces u pacienta s nespecifickým střevním zánětem se zabývá problematikou ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby, obě onemocnění patří mezi chronická civilizační onemocnění, kterými trpí víc než 2,2 milionů pacientů v Evropě.

První část bakalářské práce se zabývá anatomí a fyziologií gastrointestinálního traktu, jednotlivými částmi trávicí soustavy a jejich funkcí. Je zde vymezen pojem nespecifické střevní záněty, jejich možné příčiny a charakteristické příznaky provázející Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. Věnuji se popisu diagnostickým metod, které se využívají při stanovování diagnózy, různým způsobům léčby, jako je medikamentózní terapie, chirurgická léčba s různými typy operací a biologická léčba. Popisuji stravovací režim při nespecifických střevních zánětech v období remise i v aktivním stádiu zánětu, při krátkém střevě a malnutrici. Další podkapitola je věnována psychosociálním aspektům nemoci a sociální podpoře. V závěru první části jsou uvedena místa, kde lidé s idiopatickými střevními záněty mohou čerpat a sdílet informace o své chorobě a problémech, které je provází.

Druhá část je zpracována formou kvalitativního výzkumu, pro který jsem vypracovala dvě kazuistiky, včetně plánu ošetrovatelské péče, ke kterým jsem zpracovala údaje dle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové. Pro účely kazuistiky byli vybráni dva respondenti s idiopatickým střevním zánětem. Třicetšestiletý muž s Crohnovou chorobou a o deset let mladší žena trpící ulcerózní kolitidou. Oba pacienti byli hospitalizováni v roce 2015 na interním oddělení pro relaps choroby. Součástí kazuistik jsou základní údaje o pacientech, osobní a rodinná anamnéza, lékařské diagnózy, průběh hospitalizace a léčba onemocnění.

V závěru praktické části porovnávám obě kazuistiky, popisuji hlavní ošetrovatelské problémy pacientů a úlohu sestry v ošetrovatelském procesu. Nespecifické střevní záněty jsou chronické, progresivní a vyčerpávající onemocnění, způsobující fyzické, duševní a socioekonomické zatížení, proto nelze opomíjet péči o psychiku a dostatečnou komunikaci s pacientem. Jen dobře informovaný pacient se může plnohodnotně a smysluplně zapojit do ošetrovatelské péče, jejíž součástí je uspokojování biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb jedince, které jsou pro každého velice individuální.

ZDROJE

ADAMS, Stephen. Women on Pill three times more likely to get Crohn's disease. In: *The Mail on Sunday* [online]. 15. 5. 2015 [cit. 10. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2995279/Women-Pill-three-times-likely-Crohn-s-disease-risk-higher-morning-contraception.html>

AMBRŮZOVÁ, Barbora a kol. Nové poznatky v patogenezi Crohnovy choroby. *Vnitřní lékařství*. 2012, roč. 58, č. 4, s. 291 – 298. ISSN 0042-773X.

BARTOŠKA, Petr, ŠEVČÍK, Antonín, ANTOŠ, František. 2007. Perianální píštěle. *Postgraduální medicína*. Roč. 8, č. 7. s. 760. ISSN 1212-4184.

ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-600-7.

DOVEY, Dana. Birth Control Pill May Triple Risk Of Crohn's Disease In Women With Family History Of The Condition. In: *Medical Daily.com* [online]. 16. 5. 2015 [cit. 10. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.medicaldaily.com/birth-control-pill-may-triple-risk-crohns-disease-women-family-history-condition-325850>.

DUNHAM, Will. Study links common food additives to Crohn's disease, colitis. In: *Reuters* [online]. 25. 2. 2015 [cit. 10. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.reuters.com/article/us-science-emulsifiers-idUSKBN0LT26S2015022>

GOMBOŠOVÁ, Laura. Adherencia k liečbe u pacientov s chronickými črevnými zápalmi. In: *Slovak Crohnclub bulletin XXV*. [online]. 2014 [cit. 10. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.crohnclub.sk/bulletin/252014bulletin.pdf>

Hall, Veronica. Understanding the causes and symptoms of IBD. *Nursing Times*. November 2014, vol. 110, no. 46, s. 16 – 19. ISSN 0954-7762.

HLAVATÝ, Tibor a kol. *Život s Crohnovou chorobou a ulceróznou kolitidou*. 1. vyd. Brno: Grifart, 2013. ISBN 978-80-905337-1-4.

HOLUBOVÁ, Adéla, NOVOTNÁ, Helena, MAREČKOVÁ, Jana a kol. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hematologii*. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2806-6.

KEIL, Radan a kol. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1970-5.

KOHOUT, Pavel, PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1.vyd. Praha: Forsapi, 2006. Nová edice. ISBN 80-903820-0-2.

KOHOUTOVÁ, Darina a kol. *Střevní mikrobionta u idiopatických střevních zánětů a kolorektálních neoplázií*. 1. vyd. Praha: Nucleus HK, 2013. Edice vědeckých monografií. ISBN 978-80-87009-97-0.

KOTT, Otto a Iveta PETŘÍKOVÁ. *Vybrané kapitoly anatomie gastrointestinálního a respiračního systému*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2009. ISBN 978-80-7043-796-4.

LUKÁŠ, Karel a kol. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. Sestra. ISBN 80-247-1283-0.

LUKÁŠ, Milan. 2009. Idiopatické střevní záněty a biologická léčba. *Postgraduální medicína*. Roč. 10, č. 7, příloha č. 7. s. 36. ISSN 1212-4184.

MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché. ISBN 978-80-248-1521-6.

Nespecifické střevní záněty sužují desetitisíce lidí [online]. 21. 5. 2013 [cit. 10. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.crohn.cz/informace-o-obcanskem-sdruzeni/napsali-o-nas/nespecificke-strevni-zanety-suzuji-desetitisice-lidi/>

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetřovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1148-6.

THE IBD STANDARDS GROUP, *IBD standards*. [online]. Update 2013. [cit. 10. 1. 2016]. Dostupné z <http://www.ibdstandards.org.uk/>.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.

ZBOŘIL, Vladimír a kol. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2012. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2656-7.

SEZNAM ZKRATEK

CD	Crohn's Disease, Crohnova choroba
CRP.....	C reaktivní protein, zvýšený u zánětů a malignit
CT	computer tomography, výpočetní tomografie
CT AG.	CT angiografie
CŽK.....	centrální žilní katetr
DM II.....	diabetes mellitus 2. typu
ECCO.....	European Crohn's Colitis Organization, nezisková evropská organizace zaměřená na IBD
EKG.....	elektrokardiografie
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
FW	sedimentace erytrocytů podle Fahræuse a Westergrena
GIT	gastrointestinální trakt
IBD	Inflammatory Bowel Disease, nespecifický střevní zánět
JIP	jednotka intenzivní péče
PSC.....	primární sklerotizující cholangoitida
PŽK.....	periferní žilní katetr
RZP.....	rychlá záchranná služba
UC	ulcerózní kolitida

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

Příloha č. 2 Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Příloha č. 3 Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 1

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Ošetrovatelský proces u pacienta s nespecifickým střevním zánětem

STUDENT: Urbanová Iva

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

urbanovaiv@gmail.com

VEDOUcí BP: Mgr. Vladimíra Fremrová

CÍL STUDIE

Cílem studie je identifikace problémů pacientů s nespecifickým střevním zánětem v nemocničním prostředí.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletní studii skartovány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já,.....,

souhlasím s účastí ve výzkumné studii a souhlasím se záznamem rozhovoru. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:..... Datum:

Podpis studenta:..... Datum:



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Iva Urbanová
Studentka oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povolují** sběr informací o ošetrovatelských postupech, používaných u pacientů *Interního oddělení (INTO)* FN Plzeň. Vaše šetření budete provádět v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelský proces u pacienta s nespecifickým střevním zánětem*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra *INTO* souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět pod přímým vedením Mgr. Lucie Čadové, vrchní sestry INTO FN Plzeň.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pocítovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

3. 8. 2015

