

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S GASTRODUODENÁLNÍ VŘEDOVOU CHOROBOU

Bakalářská práce

MARTINA CETELOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.

PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31
Datum obhajoby:

Praha 2009

Prohlášení

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

Praha 31. března 2009

.....

Abstrakt

CETELOVÁ, Martina. *Ošetrovatelský proces u pacienta s gastroduodenální vředovou chorobou*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář, všeobecná sestra. Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Pohlová.

Hlavním tématem bakalářské práce je realizace ošetrovatelského procesu u pacienta s onemocněním gastroduodenální vředové choroby. Obsah práce je zaměřen na žaludek a duodenum z anatomického a patofyziologického hlediska, na poškození a následky vznikající důsledkem neadekvátního životního stylu, psychického vypětí a stresu.

Práce je zpracovaná formou kazuistiky a je rozdělena na dvě části. První, teoretická část se zaměřuje na charakteristiku onemocnění, komplikace spojená s onemocněním, diagnostiku a léčbu. Druhá, praktická část zahrnuje ošetrovatelský proces v jednotlivých fázích u konkrétního pacienta s onemocněním gastroduodenální vředové choroby s využitím ošetrovatelského modelu podle Marjory Gordonové. Závěr práce je zaměřen na edukaci nemocného.

Klíčová slova: Vředová choroba, žaludek, duodenum, ošetrovatelský proces, pacient.

Abstract

CETELOVÁ, Martina. *The nursing process of a patient with the gastric-duodenal ulcer disease*. Prague, 2009. Bachelor thesis. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. The degree of qualification: The bachelor, general nurse. The supervisor: Mgr. Zuzana Pohlová.

This bachelor degree thesis aims to examine the nursing process delivered to a patient with the gastric-duodenal ulcer disease. The substance of this study focuses on a stomach and a duodenum, both studied with respect to anatomy and pathophysiology. Alongside with this aspect, an inadequate and stressful lifestyle or a psychical strain and their relevant effects are analyzed too.

The thesis utilized the methodology of casuistry and is divided into two parts. First, the theoretic part characterizes the ailment, reviews the related complications, the diagnostics and the treatment. Second, the practical part examines the particular nursing process of a patient with the gastric-duodenal ulcer disease on the basis of the Marjory Gordon model. The conclusion highlights the need for patient awareness.

Key words: The ulcer disease, a ventricle, a duodenum, the nursing process, a patient.

Předmluva

Vředová choroba žaludku a duodena patří v současné době mezi civilizační nemoci, které jsou celosvětovým a celospolečenským problémem. V posledních dvou desetiletích byly vypracovány výzkumné a klinické studie, které přinesly převratné novinky nejen v diagnostice, ale především v léčbě tohoto onemocnění.

Práce je napsaná ve formě kazuistiky. V práci je kladen důraz na podrobné rozpracování ošetrovatelského procesu a jeho komplexního přístupu k pacientovi. Zvláštní pozornost je věnována tedy holistickému přístupu k pacientovi tj. pohled na pacienta jako na osobnost, ve kterém se prolínají bio-psycho-sociální a spirituální oblasti.

Hlavní motivací, která mě inspirovala k napsání bakalářské práce spočívala především ve skutečnosti, že dnešní společnost podléhá silnému vlivu uspěchané a stresující doby, přičemž tyto rizikové faktory mají za následek alarmující výskyt gastroduodenální vředové choroby v populaci.

Výběr tématu byl také ovlivněn výskytem tohoto onemocnění v mé rodině a absolvováním odborné praxe na gastroenterologickém interním oddělení v Praze. Veškeré podklady pro práci jsem čerpala z knižní a časopisecké publikace.

Práce je určena široké veřejnosti, ale i studentům zdravotnických studií a rovněž z této práce může čerpat informace zdravotnický personál z praxe, který pečuje o pacienty s vředovou chorobou.

Touto cestou děkuji své vedoucí Mgr. Zuzaně Pohlové a MUDr. Milanovi Musilovi za trpělivost, podnětné připomínky, návrhy, korekce mé bakalářské práce a čas, který mi věnovali. Dále děkuji sestřám Ústřední vojenské nemocnice za jejich vstřícný přístup. Zvláště pak děkuji sestřám z oddělení gastroenterologie a endoskopie této nemocnice za cenné rady, poznatky a zkušenosti získané na těchto odděleních. Poděkování patří i nemocnému a jeho rodině, kteří se mnou ochotně spolupracovali.

Seznam použitých symbolů a zkratek

amp.	Ampule
á	Každých
BMI	Body Mass Index
cm	Centimetr
CT	Počítačová tomografie
H⁺	Vodíkový kationt
HCL	Kyselina chlorovodíková
Hp	Helicobacter pylori
H. pylori	Helicobacter pylori
kg	Kilogram
l	Litr
mg	Miligram
min	Minuta
ml	Mililitr
mm	Milimetr
mmol/l	Molární (látková koncentrace)
např.	Například
pH	Kyselost
RTG	Rentgenologické vyšetření
susp.	Suspenze
tj.	To je
tzn.	To znamená
tzv.	Takzvané
USG	Sonografické vyšetření
μmol/l	Molární (látková koncentrace) - mikromol na litr
<	Je menší než
>	Je větší než
=	Rovná se
°C	Celsiův stupeň

Obsah

Úvod	1
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 Anatomie, fyziologie žaludku a duodena	11
1.1.1 Anatomie žaludku	11
1.1.2 Fyziologie žaludku	12
1.1.3 Anatomie a fyziologie duodena	12
1.2 Charakteristika a klasifikace onemocnění	13
1.2.1 Definice, charakteristika	13
1.2.2 Klasifikace peptického vředu dle uvedeného autora	13
1.3 Etiologie, patofyziologie	14
1.3.1 Etiopatogeneze	15
1.3.2 Mechanismus vzniku	15
1.3.3 Helicobacter pylori (Hp)	16
1.4 Klinický obraz	16
1.4.1 Žaludeční vřed	17
1.4.2 Duodenální vřed	17
1.5 Komplikace gastroduodenální vředové choroby	18
1.5.1 Krvácení	18
1.5.2 Penetrace vředu	19
1.5.3 Perforace vředu	19
1.5.4 Stenóza pyloru a dalších částí bulbu duodena	20
1.5.5 Nádorové změny vředu	20
1.6 Diagnostika	21
1.6.1 Endoskopické vyšetření	22
1.6.2 Rentgenologické vyšetření (RTG)	22
1.6.3 Endoskopická monografie	23
1.6.4 Vyšetření infekce Helicobacter pylori	23
1.7 Terapie	24
1.7.1 Konzervativní léčba	25
1.7.2 Farmakoterapie	26
1.7.3 Psychoterapie	27
1.7.4 Chirurgická léčba	28
1.8 Ošetřování pacienta s gastroduodenální vředovou chorobou	29
1.8.1 Nemocniční ošetrovatelská péče	29
1.8.2 Nejčastější ošetrovatelské problémy nemocných s gastroduodenální vředovou chorobou	30
1.9 Edukace nemocného s gastroduodenální vředovou chorobou	30

1.10	Prognóza	31
2	PRAKTICKÁ ČÁST	32
2.1	Identifikační údaje pacienta	32
2.2	Výtah z lékařské dokumentace	32
2.2.1	Nynější onemocnění	32
2.2.2	Lékařská anamnéza	33
2.2.3	Stav při přijetí (status praesens)	34
2.2.4	Závěr při příjmu	34
2.3	Vyšetřovací metody	35
2.3.1	Laboratorní vyšetření	35
2.3.2	Zobrazovací metody	37
2.3.3	Fyziologické funkce a sledování nemocného	37
2.4	Terapie	38
2.4.1	Chirurgická léčba	38
2.4.2	Konzervativní léčba	39
2.4.3	Psychoterapie	40
2.4.4	Fyzikální vyšetření pacienta sestrou	41
2.5	Ošetrovatelská anamnéza dle Marjory Gordonové	42
2.6	Ošetrovatelské diagnózy	45
2.7	Edukační proces	55
2.7.1	Edukační záznam, realizace	56
2.7.2	Edukační plán	56
2.7.3	Kontrolní otázky pro sestru a pacienta	57
2.7.4	Hodnocení edukace	58
2.8	Vyhodnocení ošetrovatelského procesu	59
	Závěr	60
	Seznam použité literatury	62
	Seznam tabulek	64
	Seznam příloh	65

Úvod

*„Není smrtelníka, jež by se netkla bolest a nemoc.“
(Mortalis Nemo est, quem non attingat Dolor Morbusque)*

Marcus Tullius Cicero

Moderní doba rychlým využíváním nových poznatků přinesla předpoklady k vytváření blahobytu pro významnou část populace. Stalo se módou stavět na odiv konzumní způsob života. Je otázkou, zda a jak přispívá k tvorbě skutečné životní pohody. Jisté však je, že za tento způsob života platíme mimo jiné i civilizačními chorobami.

Vředová onemocnění žaludku a dvanáctníku jsou velmi častými chorobami, kterými v průběhu života onemocní více jak polovina populace, a tak Cicerovo poselství je zcela naplňováno. Podle nejnovější studie onemocní touto chorobou každý dvanáctý člověk. Výskyt je častější u dospělých jedinců ve vyšším či produktivním věku, ovšem přibývá i výskyt u mladých jedinců. Projevy této nemoci mohou být rozmanité. Od téměř žádných až po velmi dramatické, které ohrožují život.

Gastroduodenální vředová choroba byla poprvé objevena před víc než 150 lety, kdy doktor Cruveilhier popsal nepravidelné defekty na žaludeční a duodenální sliznici u pitvaných osob. Dlouhou dobu byla příčina tohoto onemocnění nejasná. V současné době jsou již známe příčiny vředové choroby a jedná se především o multifaktoriální etiologii, což znamená, že na jejím vzniku se podílí řada specifických příčin, počínaje genetickou predispozicí, přítomností bakterie *Helicobacter pylori*, nesprávným životním stylem a konče zvýšeným psychickým přetížením.

Hlavním cílem bakalářské práce je vytvořit celostní ošetrovatelský proces, stanovit ošetrovatelské diagnózy a navrhnout ošetrovatelský plán, včetně realizace a jeho hodnocení, který pacientovi pomůže co nejindividuálnějším přístupem navrátit jeho zdraví a psychickou rovnováhu v souladu s respektováním jeho priorit. Součástí ošetrovatelského plánu je návrh a realizace edukačního procesu zaměřeného na podporu zdravého životního stylu a nalezení vhodné motivace se léčit. Edukační činnost je považována za důležitou součást léčby a základ prevence komplikovaného průběhu onemocnění. Nelze také opomenout cíl, jež spočívá v holistickém přístupu k pacientovi, tj. v pohledu pacienta jako na osobnost, v níž se prolínají individuální biologické,

sociální, duchovní a psychologické potřeby pacienta. Tato práce by měla přispět ke zkvalitnění průběhu ošetrovatelské péče u pacientů s gastroduodenální vředovou chorobou.

Bakalářské práce vznikla proto, že je velmi důležité, aby lidé dnešní společnosti dokázali najít smysl pro zodpovědnost za vlastní zdraví a posílili myšlenku zodpovědně dohlížet na svůj zdravotní stav.

Osvojit si zásady zdravého životního stylu by se mělo stát přirozenou rutinou každého z nás. Naučit se zdravému stravování, pravidelně a přiměřeně zatěžovat svojí pohybovou soustavu, posilovat vlastní psychiku a vyhýbat se příliš stresujícím nebo zátěžovým situacím, může leckterému člověku pomoci se dožít kvalitního a vysokého věku bez obtíží ohrožující život.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Anatomie, fyziologie žaludku a duodena

1.1.1 Anatomie žaludku

Žaludek (*ventriculus, gaster*) je vakovitý orgán, který je uložen v dutině břišní pod levou klenbou bránice. Jako rozšířený úsek trávicí trubice spojuje jícen a duodenum. Slouží především jako rezervoár potravy, kdy může v krátké době přijmout velké množství a pak ji předběžně zpracovanou transportuje do tenkého střeva.

Tvar žaludku je individuálně proměnlivý, obvykle se vyskytuje tvar hákovitý ve tvaru písmene J, méně častý je šikmo uložený a zužující se tvar býčlího rohu. Žaludek je tvořen třemi hlavními částmi: *fundus gastricus* (kraniální část), *corpus gastricus* (vlastní tělo) a *pars pylorica* (distální úsek), který přechází v duodenum. Na fundu je umístěna *pars cardiaca* (kardie), místo vústění jícnu shora do žaludku. Na těle je viditelné zakřivení levého okraje (*curvatura major*) a zakřivení pravého okraje (*curvatura minor*). Vlastní *pylorus* (vrátník) je umístěn na distálním úseku *pars pylorica*.

Žaludeční stěna je tvořena ve čtyřech vrstvách. Tyto vrstvy se rozdělují na sliznici, podslizniční vazivo, svalové vrstvy a serózu.

Sliznice má růžovočervené zbarvení, je tvořena podélnými a síťovými řasami, žaludečními žlázkami a na jejím povrchu se nachází ochranný hlen. Sliznici vystýlá cylindrický epitel. Žaludeční žlázy obsahují mucinósní buňky, které produkují hlen mucin, hlavní buňky produkující enzym pepsin a krycí buňky, které produkují kyselinu chlorovodíkovou. HCL zvyšuje kyselost šťáv podle množství přijaté potravy, má desinfekční účinky, ničí některé choroboplodné zárodky, brání kvasným dějům a aktivuje pepsinogen na pepsin.

Podslizniční žaludeční vazivo se skládá z řídkého kolagenního vaziva a umožňuje posouvání sliznice při pohybech žaludku. Je protkáno sítí krevních, mízních cév a nervovou pletení.

Svalovina žaludku obsahuje tři vrstvy: zevní podélnou, střední cirkulární a vnitřní šikmou, která je tvořena zejména v kardii a fundu. Svalovina vykonává peristolickou funkci, při které je ovlivněno napětí stěn žaludku a peristaltickou funkci způsobující kontrakce, které jako vlna postupují žaludkem a posunují žaludeční obsah.

Žaludek se vyznačuje bohatým cévním zásobením. Hlavní kmene se vyskytují při kurvaturách. Žaludek je zásoben z tepen celiakálního kmene. Lymfa je z oblasti žaludku

odváděna do lymfatických uzlin celiakálního kmene. Nervové zásobení žaludku je zajišťováno prostřednictvím nervus vagus a hrudních sympatických ganglií. Tyto nervové struktury regulují motorické a sekreční funkce žaludku (Čihák, 2002, Martínek, 2000).

1.1.2 Fyziologie žaludku

Fyziologické řízení žaludku je neobyčejně složitý proces. Hlavní význam jeho funkce spočívá v mechanické úpravě potravy, v chemické úpravě potravy, štěpení živin a v ochraně organismu před infekcemi.

Mechanická úprava potravy

Žaludek je orgán, jehož hladké svalové buňky lze označit jako tonický typ. Peristaltika spontánně proběhne asi 3x za minutu. Po příjmu potravy se zvyšuje síla kontrakce žaludku, což vede k postupné charakterové změně potravy. Velikost a rychlost peristaltické vlny se zvyšuje směrem k pyloru žaludku. Výsledek mechanické činnosti žaludku spočívá v promísení povrchových vrstev žaludečního obsahu s trávící šťávou a jejich následný posun distálním směrem (Mysliveček, 2004).

Chemická úprava potravy a štěpení živin

Důležitou funkcí žaludku je chemické rozpracování a úprava vlastností tráveniny. Nejvýznamnějším sekretem je kyselina chlorovodíková, ale kromě kyseliny se v žaludku tvoří mucin, což je alkalický hlen pomáhající chránit sliznici před působením kyseliny chlorovodíkové.

Funkcí kyseliny chlorovodíkové je denaturace bílkovin, což usnadňuje trávící proces. Dále aktivuje pepsinogen, který je přeměněn na pepsin štěpící bílkoviny. Kyselina chlorovodíková má antibakteriální účinky a umožňuje lepší vstřebávání vápníku a železa (Mysliveček, 2004).

1.1.3 Anatomie a fyziologie duodena

Duodenum představuje první a nejkratší část tenkého střeva. Je místem, které integruje funkci přilehlých orgánů. Jeho tvar je podkovovitý a jeho délka činí 20 – 28 cm. V průběhu se rozděluje na *bulbus duodeni* (pars superior), *pars descendens*, *pars horizontalis* a *pars ascendens*. Duodenum má tvar písmena C.

Bulbus duodeni má velmi chudé cévní zásobení, proto v jeho místě dochází k častému výskytu vředů.

V sestupné části duodena se nachází hlavní vývod pankreatu (*ductus pancreaticus major*) spolu s vývodem žlučových cest (*ductus choledocus*). Místo vyústění pankreatického vývodu a žlučovodu se nazývá Vaterská papila.

Sliznice duodena je tvořena velkým množstvím klků, které jsou doplněny vazivem a epitelem. Povrch klků tvoří cylindrický epitel. Klky významně zvětšují resorpční plochu. Sliznice je navíc bohatá na lymfatickou tkáň, která slouží jako místní obrana proti infekci. V sliznici duodena jsou přítomny žlázy dvojího typu: Lieberkühnovy krypty, což jsou žlázy trubicovitého tvaru produkující isotonickou tekutinu a Brunnerovy duodenální žlázy produkující alkalický hlen. Tyto žlázy vykazují známky endokrinní činnosti (Elišková, 2006).

1.2 Charakteristika a klasifikace onemocnění

1.2.1 Definice, charakteristika

Uvedený autor definuje: „Gastroduodenální vřed je slizniční defekt, který vzniká v dosahu působení žaludeční šťávy, proniká přes muscularis mucosae a nejčastěji se vyskytuje v bulbu duodena, žaludku a jícnu.“ (Šafránková, 2006, s.217)

Jiný autor uvádí: „Termín vředová choroba žaludku a duodena znamená, že se jedná o celkové onemocnění organismu a nikoliv pouze o postižení samotné sliznice žaludku a duodena. Choroba má svůj typický nárazový průběh, typickou symptomatologii a komplikace. Označovány jsou tak vředy, u kterých je většinou prokázána přítomnost infekce *Helicobacter pylori*.“ (Lukáš, 2005, s.105)

1.2.2 Klasifikace peptického vředu dle uvedeného autora:

1. podle místa vzniku:

- Žaludeční vřed – hlavní příčinou je *Helicobacter pylori*, která má za následek poškození obranného mechanismu sliznice žaludku vyvolávající zánět sliznice.

- Duodenální vřed – souvisí s hypersekrecí kyseliny chlorovodíkové, která poškozují sliznici a *Helicobacter pylori* vyvolává její zánět s následným vznikem defektu.

2. podle příčin:

- Vředová choroba žaludku a duodena (primární peptický vřed) – hlavní příčinou je *Helicobacter pylori* a hyperacidita, může vznikat i bez jasné příčiny.
- Sekundární (druhotný) peptický vřed – má známou příčinu, *Helicobacter pylori* může i nemusí být přítomna. Druhotné vředy mohou však i nadále doprovázet jiná závažná onemocnění (jater či žláz s vnitřní sekrecí).
 - § Stresové vředy – hlavní příčinou vzniku bývá sepe, polytrauma, operace či popáleniny.
 - § Endokrinní vředy – na vzniku se podílí endokrinně aktivní nádor Zollingerův-Ellisonův syndrom vycházející z nádorových buněk pankreatu. Vlastní produkce gastrinu zvyšuje produkci žaludeční šťávy.
 - § Lékové vředy – nejčastěji se na jejich vzniku podílejí kortikosteroidy a nesteroidní antirevmatika, která svým agresivním působením narušují slizniční bariéru žaludku a duodena.
 - § Hepatogenní vřed – vzniká v důsledku jaterní cirhózy.

3. podle hloubky defektu:

- Eroze – jedná se o poškození pouze vrchní vrstvy sliznice.
- Vřed – je poškození hlubší vrstvy sliznice pronikající pod *muscularis mucosae*. (Šafránková, 2006, Kohout, 2005).

1.3 Etiologie, patofyziologie

Vřed je slizniční defekt, který proniká nejméně pod svalovou vrstvu stěny žaludku či duodena. Vzniká všude tam, kde je přítomna kyselina chlorovodíková (HCL), tzn. tam kde se kyselina tvoří (žaludek) i tam, kam odtéká (duodenum). Nejčastější

výskyt je v pylorické části, především v oblasti malé křivky a bulbu duodena. Nejméně se vyskytuje v oblasti kardia (Kohout, 2005).

1.3.1 Etiopatogeneze

Proces, kdy dochází ke vzniku vředové choroby, je komplexní a nemá jednotnou etiologii. Existuje celá řada patogenetických činitelů a mechanismů, které na sebe vzájemně působí a vzájemně se ovlivňují. Hlavní podmínkou vzniku peptického vředu je porušení rovnováhy mezi agresivními a protektivními (obranými) faktory. Základní funkcí protektivních mechanismů je chránit integritu sliznice.

Agresivní faktory, které podporují autodigesci žaludeční a duodenální sliznice, lze rozdělit na endogenní (kyselá sekrece, sekrece pepsinu a vliv žlučových kyselin) a exogenní (vliv léků, *Helicobacter pylori*, stres, kouření či kofein).

K protektivním činitelům lze přiřadit pankreatické šťávy, vrstvu hlenu na žaludeční sliznici, regenerační schopnost buněk či antiulcerózní medikace.

Na vzniku vředové choroby se také podílí celá řada zevních a vnitřních faktorů. Důležitý význam hrají i různé psychosociální stresy. Mezi vnitřní faktory řadíme genetické dispozice a ze zevních faktorů lze například připomenout, kouření, nadměrnou konzumaci černé kávy, špatnou životosprávu, užívání škodlivých léků s ulcerogenním účinkem (kortikoidy, nesteroidní antirevmatika) (Kohout, 2005, Dítě, 2000).

1.3.2 Mechanismus vzniku

V žaludku se fyziologicky vytváří kyselina chlorovodíková, před jejímiž účinky je sliznice chráněna vrstvou mucinu a zásaditými látkami. Pokud agresivní mechanismy mají převahu nad obrannými, vznikají první patogenetické odchylky sliznice jako je autodigescie (natrávení sliznice). Přítomnost *Helicobacter pylori* vyvolá na poškozené sliznici zánět. Při pronikání tohoto agresivního žaludečního sekretu do oslabené sliznice, vodíkové ionty (H^+) uvolňují histamin z žírných buněk sliznice, což má za následek tkáňovou anoxii. Tím se tkáň sliznice natráví a vzniká peptický vřed (Šafránková, 2006).

1.3.3 *Helicobacter pylori* (Hp)

Důležitou roli v etiopatogenezi vředové choroby žaludku a duodena hraje přítomnost bakterie *Helicobacter pylori*, i když není jediným patogenním činitelem. Tato bakterie byla poprvé vykultivována v roce 1983 Australany Warenem a Marshalllem. Ti prokázali, že výskyt této bakterie ve sliznici žaludku je spojen s nálezem gastritidy. Zprvu byla bakterie nazývána jako *Compylobacter pylori*.

Helicobacter pylori je bakterie tyčinkovitého tvaru o velikosti v rozměrech mikromilimetrů. Na jednom konci je opatřena několika bičičky (dvěma až třemi), které umožňují pohyb. Tato bakterie obsahuje řadu enzymů, které charakterizují její patogenitu a umožňují její existenci v kyselém prostředí žaludku. Její patogenita může být různá, a proto rozlišujeme kmeny I. a II. typu.

H. pylori má vysokou adaptační schopnost, enzymatickou výbavu a je schopen ovlivňovat některé slizniční pochody. Přenáší se orálně-orální nebo fekálně-orální cestou, proto je nutné dbát na hygienické podmínky.

Mezi enzymy, které bakterie produkuje patří ureáza, kataláza, oxidáza a alkalická fosfatáza. Produkci enzymu ureázy rozkládá ureu (močovinu) na oxid uhličitý a amoniak. Takto vzniklý amoniak působí na parietální buňky, což má za následek změnu transportu a zpětné vazby v difúzi vodíkových iontů. Vlivem změněné zpětné vazby dochází ke zvýšení žaludeční kyseliny solné. Kyselina solná patří mezi agresivní faktor, který způsobuje vznik vředových lézí v situaci, kdy je porušena rovnováha mezi agresivními a ochrannými faktory (Dítě, 2000).

1.4 Klinický obraz

Podle odborné literatury může průběh gastroduodenální choroby zahrnovat širokou škálu příznaků od průběhu zcela asymptomatického až k příznakům zcela typickým. Objektivní příznaky bývají většinou velmi chudé, pokud se neprojeví komplikace. Typickým projevem nekomplikovaného žaludečního či duodenálního vředu může být palpační citlivost nebo bolestivost epigastria. U některých pacientů se může projevit neurovegetativní dráždění, zvýšená potivost dlaní a nohou.

Gastroduodenální vředová choroba se řadí mezi relabující onemocnění, kdy dochází ke střídání klidových fází s exacerbacemi (vzplanutím). Relaps nemoci se většinou

zaznamenává několikrát v průběhu kalendářního roku, většinou v období jaro - podzim nebo léto - zima. Onemocnění se spíše vyskytuje ve středním a starším věku (Martínek, 2000).

1.4.1 Žaludeční vřed

Žaludeční vřed se projevuje bolestí, která bývá nejčastěji lokalizována v oblasti pod keříkovitým výběžkem hrudní kosti. Může se vyskytovat i v subkardiální oblasti žaludku. Bolest bývá velmi intenzivní, proto se nemocní kvůli vyvolání potravou bojí najíst, což má za následek nechutenství a ubývání hmotnosti nemocného. Bolest se objevuje deset minut až jednu hodinu po jídle. Dalšími doprovodnými příznaky bývá pyróza, regurgitace, říhání, zácpa, únava, spavost a zvracení žaludečních šťáv, které přináší nemocnému úlevu.

1.4.2 Duodenální vřed

Duodenální vřed se projevuje bolestí v oblasti středního epigastria, nejčastěji vpravo od pupku. Tento druh vředu nacházíme mnohem častěji než vřed žaludeční. Vyskytuje se převážně u ženského pohlaví. Bolest je charakterizována především jako svíravá až pálivá nebo jako pocit neobyčejného tlaku v epigastriu. Jedná se o bolest úpornou a stálou, která se mírní až po požití jídla nebo antacid. Nemocní mívají dobrou chuť k jídlu, proto z důvodu nutnosti se najíst naopak přibírají na hmotnosti. Propagace není typická, ale při penetraci vředu nebo perforaci do volné dutiny břišní, vzniká velmi prudká a šokující bolest.

Bolest duodenálního vředu se vyskytuje asi dvě až čtyři hodiny po jídle, jedná se o tzv. bolest pozdní. Kromě této bolesti je typickým symptomem noční bolest, která se obvykle objevuje mezi 1. a 2. hodinou ranní a která budí nemocné ze spánku. Dalšími příznaky dvanáctníkového vředu jsou opět pyróza, zvracení bez úlevy, regurgitace a říhání (Kohout, 2005).

1.5 Komplikace gastroduodenální vředové choroby

Obecně lze konstatovat, že díky přesnější diagnostice a velice efektivní medikamentózní léčbě, vředové nemoci ubylo. Přesto ale platí, že vznikne-li komplikace vředové choroby, jedná se o velice závažný stav.

Mezi významné komplikace vředového onemocnění patří krvácení, penetrace vředu, perforace vředu, stenóza pyloru či dalších částí bulbu a nádorové změny vředu.

1.5.1 Krvácení

Krvácení je nejčastější komplikací vředové choroby. Objevuje se asi u 20 % nemocných s peptickými vředy a bývá příčinou asi 40 % úmrtí na vředovou chorobu. Krvácení peptického vředu bývá prvním příznakem vředové nemoci a příčinou masivního krvácení do horní části gastrointestinálního traktu. Často bývá krvácení lokalizováno na zadní stěně bulbu duodena.

Klinický obraz je charakteristický dehtovitě černou a mazlavou stolicí – *melénou* a někdy se objevuje masivní *hemateméza* a *šok*.

V diagnostice krvácení do trávicího ústrojí představuje základní metodu endoskopické vyšetření, které přesně identifikuje zdroj krvácení. Před vyšetřením je vždy nutné nemocného stabilizovat, zajistit žilní přístup, objednat krevní transfúze, zavést nasogastrickou sondu a provést alespoň částečný výplach žaludku. Endoskopie je významná i po stránce terapeutické, neboť dokáže krvácení zastavit.

Při terapeutickém postupu je důležitá terapie šoku při masivním krvácení, kdy je nutné zajistit základní životní funkce a urgentní endoskopii. Z medikamentózní léčby se podávají intravenózně protivředové léky (protonové pumpy, hemostatika či blokátory H₂ receptorů). U některých pacientů s krvácejícím peptickým vředem bývá indikována chirurgická terapie, která závisí na intenzitě krvácení a objemu krevních ztrát.

Prognóza krvácení do trávicího traktu je velice obtížná a lze ji považovat za život ohrožující stav. Velmi často závisí na intenzitě krvácení a na správném načasování eventuálního chirurgického zákroku. Nemocní s krvácením je nutné hospitalizovat na anesteziologicko-resuscitačních odděleních, chirurgických JIP nebo na vybavených interních odděleních (Valenta, 2007).

1.5.2 Penetrace vředu

Při penetraci vředu dochází k jeho postupnému pronikání do hlubších vrstev žaludeční stěny či duodenální stěny. Velmi častá je penetrace vředu do okolních orgánů, především do slinivky břišní nebo jater. Protože je průběh penetrace pomalý, dochází k rozvoji zánětlivé reakce a tím se vytváří srůsty s okolím. Díky tomu nedochází k perforaci vředu.

Klinicky se penetrace projevuje velmi intenzivní bolestí v oblasti epigastria, která často vyzařuje do zad. Bolest bývá velmi skličující a na obvyklou konzervativní léčbu odpovídá neúspěšně. Při této komplikaci je plně indikováno chirurgické řešení.

Při diagnostice se používá endoskopické vyšetření, pro posouzení hloubky vředu je významnější RTG žaludku. Rozlišují se tři stupně penetrace – první se projevuje průnikem všemi vrstvami stěny postiženého orgánu, při druhém se rozšiřuje stěna trávicí trubice a dochází k penetraci v celé její délce, u třetího stupně dochází k pronikání mimo stěnu orgánu do orgánů okolních. Následkem třetího stupně penetrace se mohou objevit píštěle mezi žaludkem a okolními orgány (Martínek, 2000, Kohout 2005).

1.5.3 Perforace vředu

Perforace vředu vzniká, pokud vředové léze proniknou (proděraví) žaludeční stěnou rychleji, než se vytvoří ohraničení zánětlivými srůsty. Vřed může perforovat do volné dutiny břišní nebo se může jednat o krytou perforaci do prostoru ohraničeného zánětlivými srůsty. Perforace peptického vředu se řadí mezi náhlé příhody břišní.

Klinicky perforace vyvolává náhlou krutou bolest v nadbříšku. Nemocní líčí bolest, jako kdyby byli „propíchnuti mečem“. Bolest je neobyčejně intenzivní, šokující a proniká až do oblasti páteře.

Zásadní význam v diagnostice perforace vředu má rentgenový snímek břicha. Nativní snímek je nutné provést ve stoje. Perforace je potvrzena, pokud jsou na nativním snímku viditelné srpečky volného vzduchu pod bráničními oblouky. Laboratorně bývá zjištěna vysoká aktivita amylázy v séru a leukocytóza. Někdy je diagnóza potvrzena až při chirurgickém zákroku indikující pro akutní peritonitidu.

Terapie perforace vředu je chirurgická, nemocní vyžadují velmi intenzivní péči. Z důvodu možné recidivy se preventivně doporučuje eradikace *Helicobacter pylori*.

Prognóza pacientů s perforací gastroduodenálního vředu je příznivá, pokud je včasné diagnostikována a následována včasnou chirurgickou léčbou. Výsledek je také ovlivněn věkem a komplikacemi vedlejšího onemocnění pacienta (Dítě, 2000, Šváb 2007).

1.5.4 Stenóza pyloru a dalších částí bulbu duodena

K zúžení pylorického kanálu může docházet buď přechodně, z důvodu akutní vředové léze, nebo při chronických zánětech pyloru či u recidivujících vředů v této lokalizaci.

Klinický obraz pylorostenózy je dán neprůchodností pylorického kanálu a městnáním potravy před překážkou, což má za následek vznik žaludeční distenze. V popředí nemocní udávají bolesti v epigastriu, časté nechutenství, nauzeu a zvracení, které přináší úlevu. Při déle trvajících potížích se může dostavit váhový úbytek.

Při diagnostice se využívá endoskopické vyšetření s odběrem biopsie k histologickému vyšetření. Před tím je většinou nezbytně nutné odsátí žaludečního obsahu pomocí žaludeční sondy. Možnou alternativou je i rentgenové kontrastní vyšetření žaludku, díky kterému lze prokázat dilataci žaludku.

Léčebně se využívá konzervativní protivředová terapie. Při dilataci žaludku je nutné zavést nasogastrickou sondu k odsávání žaludečního obsahu. Možná je i léčba chirurgická (Valenta, 2007).

1.5.5 Nádorové změny vředu

Benigní nádory žaludku se vyskytují zřídka. Většinou bývají náhodným nálezem při endoskopickém vyšetření. Histologicky se hlavně jedná o leiomyomy, adenomy, hemangiomy. Z těchto druhů mohou malignizovat především adenomy.

Maligní nádor žaludku je druhým nejčastějším karcinomem u mužů a třetím nejčastějším u žen. Histologicky se téměř často jedná o adenokarcinom. Příčiny vzniku karcinomu mají vztah k nízkému příjmu ovoce a zeleniny a vysoké spotřebě tuků. Vznik nádoru podporuje také stres, špatný životní styl, kouření a alkohol, málo fyzické aktivity.

Klinické příznaky nádorů žaludku nebývají charakteristické. Obtíže se vyskytují, když nádor uzavírá pylorus nebo když krvácí. Nemocní většinou neudávají tlak v epigastriu.

V diagnostice nádorů žaludku má velký význam endoskopické vyšetření s biopsií z tumoru. Léze žaludku lze diagnostikovat pomocí rentgenového kontrastního vyšetření. Pokud jsou nálezy nejasné, je vhodné použít sonografické vyšetření (USG) nebo CT.

V terapii lze provést endoskopickou polypektomií, zejména u menších lézí. Chirurgicky se odstraňují hlavně větší nádory a to cestou gastrektomie nebo resekce žaludku (Valenta, 2007).

1.6 Diagnostika

V diagnostice gastroduodenální choroby má své nezastupitelné místo anamnéza. Podrobné odebrání informací pomáhá odhalit typické obtíže, které vředovou chorobu žaludku a duodena provázejí. Je třeba se vyptat na současné obtíže, ale také je důležité cíleně pátrat po dalších chorobách, které mohou být se vznikem nemoci spojeny. Mimo jiné je třeba také zjistit údaje o medikaci, životním stylu pacienta a samozřejmě i rodinnou anamnézu ve vztahu k výskytu vředů. Zvláštní pozornost je třeba věnovat tzv. **alarmujícím symptomům**, mezi které patří zvracení či ztráta chuti k jídlu, především u pacientů nad 45 let.

Kromě získávání anamnestických dat je důležité i **fyzikální vyšetření břicha**. Samozřejmě, že nález při fyzikálním vyšetření nestačí ke stanovení správné diagnózy, ale přesto v danou chvíli může přinést cenné informace. Celkový pohled na nemocného neboli **inspekce** informuje vyšetřujícího o stavu výživy, jenž je u onemocnění žaludku (a celého trávicího ústrojí) často velmi špatný a může informovat i o stavu kůže, kdy jejíž bledost je častým příznakem krvácení z vředových lézí. Místní inspekce podává informace o tvaru a deformitách břišní stěny (břicho nafouklé, propadlé, jizvy apod.). **Perkuse** (poklep) slouží ke zjištění meteorismu, napětí a bolestivosti břišní stěny, k průkazu zvětšení některých orgánů (játra, slezina) či jiných patologických útvarů. **Palpace** (pohmat) povrchní i hluboká spolu s vyšetřením per rectum patří k základům diagnostiky chorob trávicího ústrojí. Pomocí **auskultace** (poslechu) lze hodnotit zvukové fenomény trávicího ústrojí (zrychlená peristaltika či zástava peristaltiky – tzv. „mrtvé ticho“).

Laboratorní vyšetření mají v průkazu vředové choroby žaludku a duodena velmi omezený význam. U nekomplikovaných onemocnění k diagnostice nepřispívají.

Výjimkou jsou metody stanovení přítomnosti *Helicobacter pylori* a k diagnostice komplikované vředové choroby.

Pro diagnostiku gastroduodenální vředové choroby mají klíčový význam pomocná vyšetření, nebo-li **vyšetření paraklinická** či komplementární. K nejvíce využívaným vyšetřovacím metodám patří vyšetření endoskopické a rentgenologické. I když se tyto dvě metody za určitých okolností doplňují, metodou první volby je jednoznačně endoskopické vyšetření (Kohout, 2008).

1.6.1 Endoskopické vyšetření

Endoskopické vyšetření je základní a zároveň nejspolehlivější diagnostickou metodou. V současnosti má velmi široké pole indikací. Indikací je jakékoliv podezření na žaludeční či duodenální patologii.

Orální endoskopie (gastroduodenoskopie) představuje zcela rutinní a široce dostupnou metodu. Toto vyšetření se provádí pomocí panendoskopu, fibroskopu či videoskopu s prohrádní optikou. Umožňuje barevný pohled do dutých orgánů a podává velmi přesné informace o povaze vředových lézí, a to nejen o tvaru a velikosti, ale také umožňuje posoudit malignitu postiženého orgánu nebo komplikace (krvácení) a v případě nutnosti je i ošetřit. V případě potřeby je možný odběr vzorku (biopsie) na histologické nebo mikrobiologické vyšetření sloužící k diagnostice Hp.

Příprava na vyšetření. Ideální je, může-li být pacient 8 hodin před vyšetřením nalačno. Dosáhne se tak optimálního zobrazení a sníží se riziko aspirace. Pokud se jedná o urgentní endoskopii, je nutné použít nasogastrickou sondu k odsátí žaludečního obsahu. Podle stavu pacienta se před výkonem podávají sedativa a k lokálnímu znecitlivění hrdla se užívá anestetikum ve spreji. Pacient při vyšetření leží na boku. Po znecitlivění se zavádí endoskop, pacient je vyzván k polykání, aby bylo možno postupovat dále. Během vyšetření se vzduchovým kanálkem insufluje malé množství vzduchu k rozpětí a lepší přehlednosti trávicí trubice. Po vyšetření by pacient neměl asi dvě hodiny pít, jíst, kouřit, aby nedošlo k aspiraci z důvodu působení anestetik (Lukáš a kolektiv, 2005).

1.6.2 Rentgenologické vyšetření (RTG)

RTG vyšetření žaludku a dvanáctníku bylo po dlouhá léta jedinou diagnostickou metodou k potvrzení žaludečního či duodenálního vředu. RTG má menší spolehlivost

a jeho nevýhodou je nemožnost biopsie a léčebného zásahu. V současnosti se uplatňuje v případech, kdy nelze provést vyšetření gastrokopické, např. z důvodu nespolupráce pacienta. U těsných stenóz v oblasti jícnu a žaludku se dává přednost také RTG vyšetření.

RTG vyšetření se provádí pomocí aplikace dvojitého kontrastu, tj. kromě baryové kaše nemocný požije také látku, která v žaludku vytváří plyn. Pouze takto provedené vyšetření umožňuje zhodnotit jemnější slizniční struktury a upřesnit rentgenologický obraz.

Příprava na vyšetření. Pacient musí být alespoň 8 hodin lačný. Je důležité pacienta poučit, aby ráno před vyšetřením nepil, nekouřil a neužíval žádné léky. Při vyšetření se pacientovi podají 1 - 2 doušky baryové suspenze. Sleduje se průchodnost jícnem a žaludkem, palpací se rozmístí suspenze po povrchu sliznice. Poté se vestoje podá zbytek (250 – 300 ml) suspenze a provádí se cílené snímky v zadopřední, šikmé a boční projekci. Po provedeném rentgenu žaludku a duodena je důležité, aby pacient hodně pil, což způsobí co největší naředění baryové suspenze. Tím se předchází vzniku silné zácpy (Lukáš a kolektiv, 2005).

1.6.3 Endoskopická monografie

Endoskopická monografie má v diagnostice slizničních žaludečních lézí efektivní charakter. Toto vyšetření dokáže přesně zobrazit všechny vrstvy žaludeční stěny, což je významné při posuzování slizničních změn, které mohou být časným žaludečním karcinomem. V případě potřeby může být tato metoda doplněna biopsií (Dítě, 2005).

1.6.4 Vyšetření infekce *Helicobacter pylori*

Vyšetření infekce Hp lze provádět invazivní metodou při endoskopickém vyšetření (ureázový test, histologické vyšetření sliznice speciálním barvením, kultivace Hp) nebo neinvazivní metodou (dechový test, odběr krve či průkaz antigenů ve stolici).

Ureázový test je poměrně rychlá metoda stanovení přítomnosti *H. pylori*. Je známo, že v důsledku infekce *H. pylori* je v žaludku přítomna ureáza. Bioptický vzorek se dává do nádobky, kde je přítomna urea s barvivovým činidlem. Pokud je test pozitivní, dochází k barevné změně indikátoru způsobené změnou pH. Ta je vyvolávána amoniakem produkovaným bakterií *Helicobacter pylori* (Lukáš, 2002).

Odběr tkáně k histologickému vyšetření je součástí téměř každého endoskopického vyšetření. Biopsie je prováděna pomocí speciálních bioptických kleští. Pro správné stanovení histologické diagnózy je nutné provést biopsii přímo v místě patologického nálezu. Většinou se pro přesnost provádí biopsie z 8 - 10 míst z okrajů vředu k průkazu *H. pylori*.

Kultivační vyšetření *H. pylori* patří k nejpřesnější metodě. Bakterie *Hp* se kultivují z bioptických vzorků ze sliznice žaludku či duodena. Předpokladem úspěšné kultivace je nutné dodržení podmínek – transport bioptického vzorku nesmí trvat déle než dvě hodiny a speciální kultivační půdy musí mít potřebnou vlhkost, pH 5,5 a teplotu 37,0 °C (Lukáš, 2002).

Dechový test patří mezi běžné vyšetřovací metody vyspělých zemí a představuje zlatý standart v určení přítomnosti *H. pylori*. Jedná se o kvalitativní neinvazivní vyšetření, takže jej lze užívat u dětí i těhotných žen. Přítomnost bakterie v žaludku potvrzuje zvýšená hladina ureázy ve vydechovaném vzduchu (Lukáš, 2002).

Sérologické vyšetření se provádí pomocí odběru krve, ze které se zjišťuje přítomnost protilátek proti infekci *H. pylori*. Odebírá se 5 ml nativní krve do sterilní zkumavky, která se následně pošle do mikrobiologické laboratoře. Tento test není zcela průkazný.

Průkaz antigenů *H. pylori* ve stolici se provádí opakovaně. Nejprve před zahájením terapie a poté asi čtyři týdny po ukončení. Úspěšnost eradikace *H. pylori* se prokáže jako negativita obou testů (Šafránková, 2006).

1.7 Terapie

Léčba peptických onemocnění žaludku a duodena je komplexní. Znamená to, že léčba v sobě zahrnuje konzervativní léčbu s režimovým a dietním opatřením a dále farmakologickou léčbu a v případě komplikací léčbu endoskopickou. Součástí komplexní léčby je i chirurgická léčba v případě, že ostatní terapie selhala.

Při pozitivním nálezu infekce *Helicobacter pylori* je podstatou terapie v první řadě zhojit vředovou lézi a v druhé řadě eradikovat infekci *H. pylori*.

Pokud je diagnostikována vředová choroba žaludku a duodena s negativním nálezem infekce *H. pylori*, spočívá léčba především v objasnění příčin jejího vzniku. Prvořadým úkolem terapie je tedy odstranit vyvolávající příčinu a zároveň podávat léky, které

snížují žaludeční sekreci. Cílem takové terapie je vyléčení vředové léze žaludeční nebo duodenální sliznice a odstranit obtíže včetně vzniku recidiv (Kohout, 2005).

1.7.1 Konzervativní léčba

Patofyziologický základ léčby vychází z předpokladu, že hlavním mechanismem vzniku vředu je nepoměr mezi agresivními a protektivními faktory. Vzhledem k tomu, že ovlivnění protektivních vlastností slizniční bariéry je dostupné jen v omezeném rozsahu, je hlavní léčebné úsilí zaměřeno na potlačení kyselé sekrece a na eradikaci *Helicobacter pylori*.

Režimová opatření

Součástí léčby gastroduodenální vředové choroby jsou režimová opatření. Tato opatření jsou u každého pacienta individuální. Hlavní roli hrají v rámci preventivních opatření vředové choroby a jsou vhodné i pro odstraňování etiologických faktorů jako jsou různé stresory (pracovní, emocionální). Léčebný režim se zaměřuje na následující oblasti:

- *Fyzický klid.* Jedná se hlavně o omezení velké fyzické zátěže u pacientů s akutní vředovou chorobou.
- *Psychický klid a dostatek spánku.* Snížením stresových situací a dostatkem nerušeného každodenního spánku představuje úspěšný předpoklad v zlepšení hojení vředové léze.
- *Dieta a stravovací režim.* V rámci terapie a prevenci recidivy onemocnění je důležité dodržovat pravidelný stravovací režim a vyhýbat se určitým druhům potravy.
- *Zákaz kouření.* Předpokládá se, že kouření zpomaluje proces hojení vředových lézí.
- *Vyloučení ulcerogenních léků.* Nesteroidní antirevmatika a kyselina acetylsalicylová mají negativní vliv na hojení vředových lézí.
- *Hospitalizace.* Pacienti s vředovou chorobou jsou hospitalizováni v podstatě jen při rozvíjejících se komplikacích.
- *Pracovní neschopnost.* Pokud nejde o komplikovanou vředovou lézi, je doporučována pacientům po dobu 2 - 4 týdnů. U pacientů s komplikovanou vředovou lézí je doporučeno pracovní neschopnost prodloužit až do úplného vyhojení peptického vředu.

- *Lázeňská léčba, rehabilitace.* Lázeňská péče je zejména vhodná pro pacienty, kteří museli podstoupit chirurgický zákrok žaludku či duodena.

Dietní opatření

Dietní opatření patří do komplexu režimových opatření. Dnes se stravovacím návykům nepřikládá takový význam, jako tomu bylo dříve. Avšak ukázněnost pacienta, změna životního stylu a stravovacích zvyklostí může mít na vznik a hojení vředových lézí pozitivní a podpurný vliv.

V podstatě žádná speciální dieta, která by zabránila vzniku vředů, neexistuje. Důležité je vědět, čeho by se měl pacient s vředovými potížemi vyvarovat.

Za zcela nevhodné se považují potraviny dráždivé, tj. strava aromatická a kořeněná. Nevhodné je také pít černé kávy, alkoholu a dalších nápojů s vysokým obsahem kysličníku uhličitého.

Doporučuje se pravidelné časování stravování, neboť zamezuje nepravidelnostem ve vyplavování kyseliny solné ovlivňující vstřebávání a trávení přijatých živin. Pacient by měl dávat přednost racionálně složené a vyvážené stravě s omezením tuků. Navíc by měl jíst 6 - 7krát pravidelně menší porce v průběhu celého dne (Starnovská, 2002).

1.7.2 Farmakoterapie

Cílem medikamentózní léčby je snížit žaludeční hyperaciditu a ztlumit žaludeční pohyblivost. Zaměřuje se také na posílení protektivních faktorů a na potlačení faktorů agresivních.

Mezi léky, které působí proti agresivním faktorům patří **antacida** (*Anacid susp., Maalox*), která neutralizují kyselinu chlorovodíkovou v žaludku. Používají se především na začátku léčby k potlačení symptomů (bolest epigastria při hyperaciditě), jinak se k léčbě samotné vředové choroby neužívají. Antacida bývají většinou dobře snášena, u citlivějších osob se mohou objevit poruchy s vyprazdňováním jako je zácpa či průjemy. **H₂ blokátory** (*Ranitidin, Famotidin, Quamatel*) jsou léky, které blokují působení H₂ histaminového receptoru, čímž snižují tvorbu kyseliny solné. Úspěšnost léčby je velmi efektivní (85 - 90 %) a trvá po dobu 6 - 8 týdnů. Tato skupina léků však neovlivňuje infekci *H. pylori*. Jejich aplikace může způsobit bolesti hlavy, únavu, zácpu, průjem, závratě, nechutenství, nauzeu a zvracení. **Blokátory protonové pumpy** (omeprazol – *Helicid, Apo-Ome*, pantoprazol – *Controloc*, lanzoprazol – *Lanzul*) jsou velmi efektivní léky, jejichž účinnost spočívá v zablokování protonové pumpy, čímž

ztlumí uvolňování H^+ iontů ze sekrečních buněk a tím i tvorbu kyseliny solné. Typickými nežádoucími účinky jsou bolesti hlavy, průjem, zácpa, plynatost, nauzea a zvracení (Dítě, 2000).

K lékům, které podporují protektivní faktory patří **sukralfát** (*Venter*), jehož účinky jsou velmi významné. Lék při nízkém žaludečním pH tvoří na akutní slizniční lézi pevnou vrstvu, která defekt překryje a chrání před působením agresivních faktorů. Mimo jiné také ovlivňuje krevní průtok mukózními kapilárami, což zlepšuje prokrvení sliznice. Nejčastějším nežádoucím účinkem je zácpa. Dalšími nepříznivými účinky mohou být průjem, nevolnost, zvracení, sucho v ústech, svědění, ospalost. **Prostaglandiny** (*Misoprostol*, *Enprostil*) jsou indikovány především v prevenci poškození žaludeční a duodenální sliznice, ke které dochází při užívání ulcerogenních léků. Mají také inhibiční vliv na HCL. Prostaglandiny a jejich deriváty vyvolávají nežádoucí účinky velmi často. Jsou to gastrointestinální obtíže, bronchospasmus, cirkulační poruchy a bolesti hlavy. **Bizmutové preparáty** (*De-Nol*) jsou schopny v místě vředové léze vytvořit ochrannou vrstvu, která brání kontaktu s agresivními činiteli. Zároveň mají baktericidní účinky, které se dříve využívaly při eradikaci infekce *H. pylori*. Bohužel nevýhodou užívání těchto léků je vznik vedlejších účinků, nejčastěji vznik dyspepsie, nauzey či kovové pachuti v ústech (Dítě, 2000).

V současné době se *při eradikaci infekce Helicobacter pylori* využívá kombinování léků. Často se podává léčba s užitím **omeprazolu** (*Losec*, *Helicid*) s **dvěma antibiotiky**. Z časového hlediska rozdělujeme sedmidenní režim používání dvojkombinace antibiotik (dva z těchto – 3-amoxicilin, klarithromycin, metronidazol), 14denní režim využívá monoterapie (jeden z těchto - 3-amoxicilin, klarithromycin, metronidazol) antibiotikem. Nežádoucími účinky omeprazolu jsou průjem a zácpa, vzácněji se může objevit svědění, únava a bolesti hlavy. Tento režim užívání antibiotik vede až k 90 % úspěšnosti eradikace infekce *H. pylori* (Dítě, 2000).

1.7.3 Psychoterapie

V etiopatogenezi vředové choroby hraje velkou roli stres a agresivní faktory. Je nutné, aby na psychickou pohodu pacienta byl kladen důraz. Proto je nutné odstranit veškeré stresující podněty z pacientova okolí. Pokud je pacient hospitalizován, je třeba zvolit vhodný přístup, který bude v pacientovi podporovat víru v uzdravení. Kromě podpory je důležité zajistit klid a příjemné prostředí na pokoji i ošetrovací jednotce. Pokud je to možné, snažíme se pacientovi usnadnit kontakt s rodinou, příbuznými

a známými. Vhodné je i doporučit vyšetření psychologem, který pacientovi pomůže s nácvikem relaxačních technik. Duševní pohoda působí na hojení vředových lézí velmi pozitivně (Kohout, 2005).

1.7.4 Chirurgická léčba

Medikamentózní léčba prodělala zhruba v posledních 10 letech významný pokrok v léčbě vředové choroby, ale i jejich komplikací. To vedlo k významnému poklesu operací pro vředovou nemoc gastroduodena.

Vzhledem k tomu, že však žádná léčba není stoprocentně úspěšná, zůstává chirurgický zákrok jednou z možností terapie jak akutních projevů gastroduodenální vředové choroby, tak jejich chronických následků, které nelze úspěšně ovlivnit farmakologickou léčbou. Mezi nejčastěji prováděné operační výkony patří resekce žaludku (Billroth I. a II.), vagotomie, totální gastrektomie či sutura a plombáž perforovaného vředu (Valenta, 2007).

Resekce typu Billroth I. (B I.)

Při tomto typu chirurgického zákroku se resekuje distální 2/3 žaludku, což je oblast s produkcí gastrinu. Poté následuje anastomóza (funkční spojení) mezi zbytkem žaludku a duodena. Tuto metodu nelze využít u duodenálních vředů (Dítě, 2000).

Resekce typu Billroth II. (B II.)

Při tomto zákroku se odstraňují distální 2/3 žaludku. Typ rekonstrukce se liší oproti Billrothu I. Slepě je uzavřeno duodenum. Klička jejuny je následně vyvedena a je vytvořena gastrojejunoanastomóza na přední či zadní stěně žaludku (Dítě, 2000).

Totální gastrektomie

Totální gastrektomie spočívá v úplném odstranění žaludku. Jedná se o výkon výjimečný. Nejčastěji je zákrok indikován při vysoké lokalizaci vředu u kardiie nebo v případě podezření na maligní proces v žaludku (Valenta, 2007).

1.8 Ošetřování pacienta s gastroduodenální vředovou chorobou

U nekomplikované vředové choroby většinou léčba probíhá formou domácího ošetřování a pod dohledem praktického lékaře. Při vzniku komplikací bývá pacient hospitalizován na standardním interním nebo chirurgickém oddělení.

1.8.1 Nemocniční ošetrovatelská péče

Při příjmu je vhodné uložit pacienta s vředovou chorobou na klidný pokoj. Pacient má volný pohybový režim, ale i tak je důležité zajistit dostatek tělesného klidu, odpočinku a nerušený spánek, který je součástí komplexní léčby. Kromě toho sestra musí zajistit veškeré předání informací související s příjmem pacienta a sepsat ošetrovatelskou anamnézu.

Z důvodu předcházení komplikací a ošetrovatelských problémů sestra u pacienta sleduje vyprazdňování stolice, bolest, nauzeu či zvracení, fyziologické funkce, hmotnost pacienta a dodržování správné životosprávy. Součástí léčby je i klidový režim pacienta a omezení stresu z případných vyšetření. Proto sestra musí zajistit důslednou edukaci pacienta. Pokud se nevyskytují žádná přidružená onemocnění a zdravotní stav to pacientovi dovoluje, hygienickou péči si zajišťuje sám.

Součástí ošetrovatelské péče je i péče o psychický stav pacienta. Sestra nemocného aktivizuje ke spolupráci v léčbě, poskytuje mu v rámci kompetencí dostatek informací, komunikuje s pacientem, doporučuje mu nejrůznější relaxační techniky a možnost psychoterapie. Důležité je upozornit na pravidelný denní režim a správnou životosprávu (Šafránková, 2006).

Při propuštění pacienta do domácí péče je důležité, aby sestra pacientovi zajistila dostatečnou informovanost o dietě, pravidelném režimu, o možných komplikacích vředové choroby, co má pacient sledovat, jak správně užívat léky a další kontrole u lékaře. Pacient bude pravidelně dispenzarizován a bude mu doporučena lázeňská léčba (Lukáš a kolektiv, 2005).

1.8.2 Nejčastější ošetrovatelské problémy nemocných s gastroduodenální vředovou chorobou

- Aktivita, riziko intolerance
- Aspirace, riziko vzniku
- Bolest akutní
- Infekce, riziko vzniku
- Komunikace verbální narušená
- Nausea
- Neochota ke spolupráci
- Neznalost [potřeba poučení]
- Prokrvení tkání porušené (gastrointestinální)
- Průjem
- Snížená výkonnost
- Spánek porušený
- Strach
- Tělesná teplota, riziko poruchy regulace
- Tělesné tekutiny, deficit
- Tělesné tekutiny, riziko deficitu
- Únava
- Úzkost ze smrti
- Výživa porušená, nedostatečná
- Zácpa
- Zácpa, riziko vzniku
- Změny psychické a fyzické pohody

1.9 Edukace nemocného s gastroduodenální vředovou chorobou

V rámci ošetrovatelské péče je důležitá edukace pacienta, kdy zdravotnický personál nemocného informuje a učí o jejich nemocech a způsobu jejich léčby. Hlavní význam edukace vyplývá z následujících důvodů: každý pacient má právo na dostatek informací, aby se mohl rozhodnout pro léčbu a ztotožnit se s jejím průběhem a cílem,

u nemocných, kteří jsou dokonale edukováni, lze přepokládat vyšší zájem o jejich zdravotní stav a vyšší spolupráci při léčbě a dále prostřednictvím edukace nemocného uklidníme a omezíme jejich obavy.

U pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena je třeba zdůraznit změnu v životním stylu, zejména ve stravovacích návycích. Je třeba, aby pacient přestal kouřit, vyhýbal se alkoholu a jedl pravidelně. Pacientovi lze doporučit i návštěvu vhodných nutričních terapeutů, v případě, že by své stravovací návyky nezvládal.

Pro pacienta, který prodělal gastroduodenální onemocnění, je důležité, aby chodil na pravidelné endoskopické kontroly alespoň jednou za dva roky.

1.10 Prognóza

Gastroduodenální vředová choroba je v současné době v důsledku velmi účinné a minimálně zatěžující diagnostiky chorobou, která má neobyčejně vynikající prognózu. Hlavním důvodem je velmi účinná a efektivní farmakoterapie, díky které došlo mimo jiné k omezení chirurgických zákroků. Ty zůstávají vyhrazeny např. pro nezastavitelné krvácení nebo jiné nebezpečné komplikace vředu. Úmrtnost na nekomplikovaný vřed je výjimečná. Stejně tak i vznik komplikací při včasné léčbě je vzácný (Kohout, 2005).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Identifikační údaje pacienta

Jméno a příjmení (iniciály): M. V.

Pohlaví: muž

Rok narození: 1960

Věk: 48

Stav: ženatý

Národnost: česká

Povolání: soukromý podnikatel

Pojišťovna: vojenská (201)

Kontaktní osoba: manželka H. V.

Bydliště: Praha

Den přijetí: 24. 11. 2008

Pracoviště: interní oddělení gastroenterologie, hematologie a metabolismu

Dny ošetrovatelské péče: 24. 11. – 28. 11. 2008

2.2 Výtah z lékařské dokumentace

Pacient byl akutně přijat 24. 11. 2008 na interním oddělení gastroenterologie, hematologie a metabolismu pro pichlavé bolesti v epigastriu a nově zjištěnou anémii. Na interním oddělení nikdy nebyl hospitalizován.

2.2.1 Nynější onemocnění

Pacient přichází s akutní bolestí v oblasti epigastria. Asi před deseti dny měl střevní potíže s výskytem průjmu a zvracení. Průjem měl pětkrát denně hnědé barvy bez příměsy krve či melény. Od té doby si stěžuje na píchavou bolest v epigastriu a tmavší tuhou stolicí jednou za den. Dyspepsie má, pocítuje nevolnost. Subjektivně pozoruje pokles výkonnosti, protože je sportovec. Cítí se malátný. K obvodnímu lékaři šel, protože byl i velmi bledý.

2.2.2 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza

Překonaná a chronická onemocnění: Pacient prodělal běžná dětská onemocnění
Posthemorhagická anémie

Operace: Stav po resekci žaludku Billroth II. pro perforaci vředu v roce 1990
Stav po resekci tlustého střeva pro ileus v roce 1994

Úrazy: Pacient neprodělal žádné úrazy

Očkování: Pacient podstoupil běžná očkování

Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 59 letech na rakovinu prsu.

Otec byl zdrav, zemřel přirozenou smrtí v 68 letech.

Sourozenci – sestra je zdravá.

Děti – syn 25 let je zdrav, dcera – 24 let je zdravá, dcera – 9 let zdravá.

Farmakologická anamnéza

Neguje

Alergologická anamnéza

Neguje

Sociální anamnéza

Pacient žije v rodinném domku s manželkou a třemi dětmi.

Pracovní anamnéza

Pacient pracuje jako soukromý podnikatel.

Abúzus

Nekuřák, kávu nepije, alkohol 1 pivo denně.

2.2.3 Stav při přijetí (status praesens)

Pacient je při vědomí, orientován, přiměřeně hydratován, výživa v normě, bez klidové dušnosti, bez ikteru a cyanózy, zornice izokorické, dýchání čisté sklípkovité, kůže bez patologických eflorescencí. Krevní tlak 140/90 torr, pulz 79´.

Hlava a krk

Hlava mezocefalická, pokleповě nebolestivá. Bulby ve středním postavení, volně pohyblivé. Zornice izokorické, spojivky růžové, skléry bílé. Uši a nos bez výtoku. Jazyk vlhký, nepovleklý, plazí ve střední čáře. Hrdlo klidné, chrup sanován. Šíje volná, pulzace karotid symetrická a bez šelestu. Uzliny a štítná žláza nehmatné.

Hrudník

Hrudník symetrický, dýchání čisté sklípkovité. Akce srdeční pravidelná 110/min. Ozvy dvě ohraničené.

Břicho

Břicho měkké, bolestivé na pohmat s maximem v epigastriu. Bez hmatné rezistence. Tapotement negativní. Močový měchýř nebolestivý.

Dolní končetiny

Dolní končetiny bez otoků či známek zánětu.

Per rectum

Zevně normální nález. Sliznice hladká, volná, bez rezistencí. Prostata elastická, přiměřené velikosti. Stolice malé množství tmavě šedé barvy. Okultní krvácení pozitivní.

2.2.4 Závěr při příjmu

Lékařská diagnóza: Krvácející ulcerace přívodné i odvodné kličky
Posthemorhagická anémie

Přidružená onemocnění: Stav po resekci žaludku Billroth II. pro perforaci vředu
1990
Stav po resekci tlustého střeva pro ileus 1994

Ordinace při přijetí: Helicid 40 mg (intravenózně)

Dieta: 0S (dieta čajová)

Ordinovaná vyšetření při přijetí: Gastroskopie

2.3 Vyšetřovací metody

2.3.1 Laboratorní vyšetření

Tabulka č. 1 *Biochemické vyšetření krve*

Datum odběru	24. 11. 08	27. 11. 08	Referenční hodnoty
Natrium	139,0	142,0	137 - 146 mmol/l
Kalium	5,1	5,0	3,8 - 5,0 mmol/l
Chloridy	105	105	97 - 108 mmol/l
Urea	5,8	5,6	2,0 - 6,7 mmol/l
Kreatinin	97,0	99,5	44 - 104 μ mol/l
Protein	60,0	70,2	65,0 – 85,0 g/l
Bilirubin	16,0	12,0	2,0 - 17,0 μ mol/l
ALP	1,55	1,56	0,66 - 2,20 μ kat/l
AST	0,72	0,69	0,1 - 0,72 μ kat/l
ALT	0,61	0,58	0,1 - 0,78 μ kat/l
GMT	0,28	0,35	0,14 - 0,68 μ kat/l
Glykémie	4,0	4,2	3,9 - 5,6 mmol/l
CRP	3,1	2,9	0,0 - 6,5 mg/l

Tabulka č. 2 *Krevní obraz*

Datum odběru	24. 11. 08	27. 11. 08	Referenční hodnoty
Leukocyty	7,9	4,5	4,0 – 10,7 ⁹ /l
Erytrocyty	2,76	3,71	3,54 - 5,18 ¹² /l
Hemoglobin	67	97	116 - 163 g/l
Hematokrit	0,217	0,315	0,330 - 0,470 l
Trombocyty	362	333	131 – 364 ⁹ /l

Tabulka č. 3 *Vyšetření močového sedimentu*

Datum odběru	24. 11. 08	Referenční hodnoty
Leukocyty	17,5	< 15
Erytrocyty	5,6	< 10
Válce	0,5	0 - 1
Epitele přechodné	1,5	< 0
Bakterie a kvasinky	0	0 - 1
Epitel dlaždicový	0	0 - 1

Tabulka č. 4 *Vyšetření okultního krvácení*

Datum odběru	24. 11. 2008	Referenční hodnoty
Haemoccult	pozitivní	negativní

2.3.2 Zobrazovací metody

EKG – sinusový rytmus 68/min – normální nález

Gastroskopie – pacientovi byly provedeny během hospitalizace tři gastroskopie.

- 24. 11. 2008 – V pahýlu žaludku natrávená krev. Krvácející drobná ulcerace v oblasti anastomózy při vstupu do přívodné kličky, krvácení je stavěno opichem, další drobná nekrvácející ulcerace velikosti 5 mm v odvodné kličce.
- 27. 11. 2008 – Křehká anastomóza se stále sáknoucí ulcerací a jejím okolím v přívodné kličce. Opět jsou prováděny opichy, které krvácení zastavují. V odvodné kličce objeven normální nález. Na sliznici pahýlu žaludku také objeven normální nález.

2.3.3 Fyziologické funkce a sledování nemocného

Tabulka č. 5 Fyziologické funkce a další hodnoty

Datum	24. 11. 2008	25. 11. 2008	26. 11. 2008	27. 11. 2008	28. 11. 2008	Referenční hodnoty
Tělesná teplota	36,4	36,2	36,4	36,5	36,4	36,1 – 36,9 °C
Krevní tlak	140/90	130/90	130/85	130/80	110/80	100-140/60-90
Tep	79	80	78	78	80	50 - 90/min
Dech	19	18	17	17	17	15 - 20/min
Hodnocení akutní bolesti	střední	střední	střední	mírná	mírná	žádná bolest
Hmotnost	61 kg	Výška	170 cm	BMI	21	19 – 25
Vyprazdňování stolice	ne	ne	ne	ne	ano	Tolerance tři dny

Příjem/výdej tekutin	2470/ 1300	2700/ 1650	2500/ 1450	2800/ 1700	2850/ 1800	
---------------------------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	--

Tabulka č. 6 *Sledování hmotnosti pacienta*

Datum	24. 11. 08	25. 11. 08	26. 11. 08	27. 11. 08	28. 11. 08
Hmotnost	61 kg	61 kg	61 kg	61 kg	61 kg

2.4 Terapie

2.4.1 Chirurgická léčba

Pacient v roce 1990 podstoupil operační zákrok Billroth II., kdy mu bylo odebráno 2/3 žaludku. V roce 1994 podstoupil resekci střeva z důvodu ileu.

Nyní je pacient léčen interním způsobem během endoskopického vyšetření, kdy mu je krvácení opakovaně zastavováno opichy pomocí adrenalinu v poměru 1:10000.

První den přijetí je provedena urgentní gastroskopie, při které je objevena v oblasti anastomózy při vstupu do přívodné kličky drobná krvácející ulcerace – je proveden opich 6 ml adrenalinu v ředění 1:10000. V oblasti odvodné kličky je objevena další ulcerace velikosti 5 mm s povleklou spodinou a lehce sáknoucím okrajem – je proveden opich 4 ml adrenalinu v ředění 1:10000.

Čtvrtý den pacient podstupuje druhou gastroskopii. V oblasti křehké anastomózy je stále sáknoucí ulcerace s čerstvou krví v přívodné kličce – je proveden opich anastomózy i ulcerace celkem 16 ml adrenalinu v ředění 1:10000. Krvácení ustává. V odvodné kličce je objeven normální nález. Je provedena biopsie z oblasti anastomózy na histologické vyšetření.

2.4.2 Konzervativní léčba

Farmakoterapie

Tabulka č. 7 *Terapeutické schéma*

Datum: 24. 11. – 28. 11.	Název	Interval	Způsob aplikace
Antiulcerózum	Helicid 40 mg	0 - 13.00 - 0	intravenózní
Antifibrinolytikum	Exacyl 1 amp.	17.00 - 01.00 - 9.00	intravenózní
Antiemetikum	Cerucal	15.00 - 21.00 - 03.00	intravenózní
Inhibitor protonové pumpy	Omeprazol	á 24 hodin	intravenózní
Antibiotikum	Amoxicillin	á 24 hodin	intravenózní
Antibiotikum	Klarithromycin	á 24 hodin	intravenózní

Infúzní a transfúzní terapie:

24. 11. 2008, 25. 11. 2008

1. Fyziologický roztok 500 ml + 40 ml Helicid (antiulcerózum) na 4 hodiny. Podáváno každých osm hodin.
2. Fyziologický roztok 100 ml + 1 ampule Cerucal (antiemetikum) podáván každých šest hodin.

24. 11. 2008, 25. 11. 2008

1. Erytrocytární masy transfúzí – podány celkem dvě ve 14.00 hodin a 14.30 hodin.

26. 11. 2008

1. Fyziologický roztok 500 ml + 40 ml Helicid (antiulcerózum) na 4 hodiny. Podáváno každých osm hodin.
2. Fyziologický roztok 100 ml + 1 ampule Cerucal (antiemetikum) podáván každých šest hodin.

27. 11. 2008, 28. 11. 2008

1. Fyziologický roztok 500 ml + 40 ml Helicid (antiulcerózum) na 4 hodiny. Podáváno každých osm hodin.
2. Fyziologický roztok 100 ml + 1 ampule Cerucal (antiemetikum) podáván každých osm hodin.

Dietoterapie

24. 11. 2008, 25. 11. 2008, 26. 11. 2008 - dieta číslo 0S (čajová)

27. 11. 2008, 28. 11. 2008 - dieta číslo 2 (dieta šetřící)

Pacient dodržuje dietu číslo 0S (čajová). Perorálně smí přijímat pouze čaj a vodu. Tuto dietu dodržuje pět dní, poté je pacientovi naordinovaná dieta číslo 2 (šetřící). O dietách a způsobu výživy je pacient řádně poučen.

Pohybový režim

24. 11. 2008, 25. 11. 2008 - přísný klid na lůžku

26. 11. 2008 - 28. 11. 2008 – klid na lůžku

Vzhledem ke zjištěné diagnóze a zdravotnímu stavu, pacient dodržuje přísný klid na lůžku, dostatečný odpočinek a spánek. Při zlepšení zdravotního stavu se postupně zapojuje do jednoduchých cvičení na lůžku a má dovoleno chodit po oddělení.

2.4.3 Psychoterapie

Pacient je veden k aktivní spolupráci na léčbě. Pravidelně s ním komunikuji o jeho potížích a obavách. Pacient získává dostatek informací, zejména o výživě a preventivních opatřeních. Vzhledem k tomu, že pacient se cítí psychicky vyčerpaný, doporučuji mu vhodné relaxační metody a dechová cvičení vedoucí k uvolnění. Doporučení psychologa pacient odmítá.

2.4.4 Fyzikální vyšetření pacienta sestrou (dne 24. 11. 2008)

Celkový stav pacienta

Pacient je při vědomí, orientován, spolupracuje. Dýchání je eupnoické. Pacient zaujímá aktivní polohu, chůze je bez obtíží. Je přiměřeně hydratován, výživa je v normě (BMI 21). Kůže bledá bez ikteru a eflorescencí. Řeč je plynulá.

Hlava a krk

Hlava normocefalická, pokleповě nebolestivá, držení hlavy přirozené, nervus trigeminus nebolestivý, průšňní žláza nezvětšená, oční bulby ve středním postavení. Skléry bílé. Spojivky růžové, zornice okrouhlé a izokorické. Uši a nos bez sekrece, pacient slyší dobře. Jazyk plazí ve střední čáře, je vlhký a mírně povleklý. Chrup vlastní, sanován.

Krk je souměrný, dobře pohyblivý. Krční cévy pulzují symetricky. Glandulu thyroideu nehmatám a lymfatické uzliny jsou také oboustranně nehmatné.

Hrudník

Hrudník atletický, souměrný bez deformit. Dechová vlna se šíří symetricky. Poklep je plný jasný. Pacient je bez klidové dušnosti, dýchá čistě. Dech 19'. Srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný. Pravidelná akce srdeční a ohraničené dvě ozvy. Pleurální třecí šelest neslyším.

Břicho

Břicho v niveau, dýchá volně. Poklep bubínkový. Palpačně bolestivé s maximem v epigastriu, bez hmatné rezistence. Peristaltika auskultačně omezená. Tapotement negativní. Játra nepřesahují pravý oblouk žeberní. Slezinu nehmatám. Jizvy po resekci žaludku a střeva jsou klidné. Podbřišek klidný. Pacient má normální váhu. Cítí bodavou bolest v epigastriu, pociťuje nevolnost.

Urogenitální systém

Pacient neudává problémy při močení. Močový měchýř nebolestivý. Scrotum nebolestivé, bez zduření.

Horní a dolní končetiny

Horní končetiny volně pohyblivé, bez patologických změn, nebolestivé. Dolní končetiny bez edémů. Klouby volně pohyblivé. Prsty symetrické bez tvarových změn. Pulzace dolních končetin hmatná do periferie. Pacient se pohybuje sám bez kompenzačních pomůcek. Subjektivně pozoruje pokles výkonnosti, protože je sportovec. Kůže končetin teplá, pružná se zachovanými adnexy.

2.5 Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordonové (dne 25. 11. 08)

1. Vnímání zdravotního stavu

Pacient vnímá svůj zdravotní stav jako narušený. Pro udržení zdraví pravidelně sportuje a snaží se dodržovat zdravou výživu. Za poslední rok neprodělal žádná vážná onemocnění, ani úrazy. Lékařská doporučení se snaží dodržovat, léky žádné neužívá. Při objevení současných obtíží navštívil svého lékaře, který ho poslal do nemocnice.

2. Výživa, metabolismus

Stav výživy pacienta je přiměřený. Má normální váhu, BMI = 21 (viz Příloha č. 3 - Hodnocení nutričního stavu). Ke změně váhy v poslední době došlo. Udává snížení tělesné váhy o 2 kg za posledních 14 dní. Pociťuje nechutenství. Pacient naposledy zvracel před přijetím do nemocnice. Nyní se cítí malátný. Vzhledem k endoskopickým vyšetřením, pacient má naordinovanou dietu číslo 0S – čajová. Pije pouze čaj, vodu a je parenterálně vyživován. Má vlastní chrup. Potíže při polykání neudává. Běžně vypije 2 – 2,5 litru tekutin, preferuje minerální vodu a zelený čaj. Kožní turgor je mírně snížený, sliznice jsou bledé. Stav vlasů a nehtů je dobrý.

3. Vylučování – moče, stolice, potu

Pacient nemá žádné problémy s mikcí, ani neudává žádné změny v poslední době. Pacient nepotřebuje žádnou pomoc při vylučování. Vzhledem k tomu, že součástí léčby je klidový režim, nyní se vyprazdňuje na lůžku. Množství vylučované moči je fyziologické, bez patologických příměsí.

Pacient měl doma pravidelnou stolicí 1krát za den. Stolice byla tuhá, tmavšího zbarvení bez příměsí krve či melény. Během defekace pacient nepociťoval žádné

problémy. Nyní vzhledem ke sníženému příjmu potravy pacient nebyl na stolicí dva dny.

4. Aktivita, cvičení

Pacient je sportovec. Pravidelně chodí na tenis, nohejbal a běhá. Pacient subjektivně pociťoval v poslední době pokles fyzické síly. Udává, že při hraní tenisu „málem omdlel“ a obtížně se mu dýchalo. Nyní je dýchání fyziologické. Pacient dodržuje přísný klid na lůžku. Pacient potřebuje dopomoc při běžných denních aktivitách, je zcela soběstačný. Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů. Pacient je soběstačný, nezávislý (viz Příloha č. 3 - Bartelův test základních všedních činností). Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové – 34 bodů. Vznik dekubitů nehrozí (viz Příloha č. 3 - Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové). Zjištění rizika pádu dle hodnotící škály – 0 bodů. Pacient není ohrožen pádem (viz Příloha č. 3 - Zjištění rizika pádu dle hodnotící škály).

5. Spánek, odpočinek

Pacient je zvyklý spát 6 – 7 hodin. Mezi jeho časté usínací návyky patří čtení knížky. Doma spí nerušeně, ale pokud má pracovní starosti, budí se 1 – 2krát za noc. Nyní pacient udává, že se budí několikrát za noc, protože cítí bolest a potí se. Po probuzení se cítí unavený. Léky na spaní neužívá. Přes den spí několik hodin, minimálně dvě.

6. Vnímání, poznávání

Pacient je při vědomí. Je plně orientovaný osobou, místem, časem. Sluch a zrak je neporušený. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Řeč je plynulá, artikulovaná, plně rozumí mluvenému slovu. Pacient plně udržuje stálou pozornost. Udržuje otevřený kontakt a plně spolupracuje. Paměť má neporušenou. Učí se logicky a mechanicky. Nyní pociťuje bolest, která je lokalizována v oblasti epigastria, intenzity dle vizuální analogové škály stupně 3 (střední), bodavého charakteru, s výskytem několik hodin po jídle a v noci (viz Příloha č. 4 - Hodnocení bolesti).

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacient se považuje za pesimistu a důvěřuje si méně. Rád sportuje a je zručný v mechanických činnostech. Sportem pomáhá odstranit stres, který je často vyvolávaný pracovními starostmi. Stejně tak má plnou podporu v rodině. Pacient pociťuje strach,

protože neví, jak se jeho stav bude vyvíjet. Již dvakrát podstoupil dvě operace. Také se mu stýská po rodině.

8. Role – mezilidské vztahy

Pacient bydlí v rodinném domě s manželkou a třemi dětmi. Rodinné problémy nemají. Rodina reaguje na onemocnění se zájmem a ochotou pomoci. Pacient pracuje jako soukromý podnikatel. Se svým zaměstnáním je spokojený, ale poslední dobou řeší problémy, které ho stresují. S lidmi je v kontaktu denně, chová se k lidem asertivně i přátelsky.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Sexuální vztahy považuje za velmi dobré, mají dlouholetý harmonický vztah se svou manželkou. Popisuje, že jejich vztah je postaven na vzájemné důvěře. Sexuální obtíže a onemocnění nebo chirurgické zákroky urogenitální oblasti neguje.

10. Stresové zátěžové situace

V posledních třech měsících napětí prožívá často. Především ho způsobují pracovní starosti. Vyrovnávat se s ním pacientovi chvíli trvá, ale ve všem ho plně podporuje jeho rodina. Prostřednictvím relaxace a sportu stresové vypětí úspěšně snižuje. V posledních dvou letech žádné důležité změny nenastaly.

Posouzení aktuálního psychického stavu: (viz Příloha č. 3 - Posouzení aktuálního psychického stavu).

- A. Orientace – 7 bodů. Pacient je plně orientovaný.
- B. Emoce – 1 bod. Pacient je emocionálně stabilní.
- C. Chování – 0 bodů. Pacient spolupracuje, udržuje přátelský a otevřený kontakt.

11. Víra, životní hodnoty

Víra je pro pacienta důležitou hodnotou. Je katolického vyznání. O návštěvu duchovního či návštěvu nemocniční kaple osobní zájem nemá. Jeho víra ho nezavazuje k žádnému omezení. Následující hodnoty pacient seřadil v tomto pořadí: zdraví, rodina, víra, peníze, práce, záliby, cestování.

12. Jiné

Pacient jiné problémy neudává.

2.6 Ošetrovatelské diagnózy

1. Prokrvení tkáně porušené (gastrointestinální) z důvodu krvácející ulcerace v přívodné a odvodné kličce projevující se bledostí, anémií a sníženou výkonností pacienta
2. Bolest akutní v oblasti epigastria z důvodu krvácející ulcerace v přívodné a odvodné kličce duodena projevující se stupněm číslo 3 (střední), verbalizací, vyhledáváním úlevové polohy, neklidem, častým buzením
3. Výživa porušená, nedostatečná z důvodu sníženého příjmu potravy projevující se snížením tělesné hmotnosti a celkovým oslabením pacienta
4. Strach z budoucnosti z důvodu základního onemocnění projevující se verbalizací, zvýšeným napětím, sníženou sebejistotou, nervozitou a zvýšeným pocením
5. Tělesné tekutiny, deficit z důvodu krvácející ulcerace v přívodné a odvodné kličce a sníženého příjmu projevující se sníženým kožním turgorem, oslabením pacienta, bledostí a pocením
6. Společenská izolace z důvodu hospitalizace a ztráty pocitu pohodlí projevující se verbalizací, smutkem
7. Únava z důvodu poruchy spánku a onemocnění projevující se podrážděností, nervozitou a snížením psychické a fyzické aktivity
8. Tělesná teplota, riziko poruchy regulace z důvodu onemocnění a snížení odolnosti organismu
9. Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedeného periferního žilního katétru

1. Prokrvení tkáně porušené (gastrointestinální) z důvodu krvácející ulcerace v přívodné a odvodné kličce projevující se bledostí, anémií a sníženou výkonností pacienta

Dlouhodobý cíl: Pacient má fyziologické parametry prokrvení tkáně v normálním rozmezí do konce hospitalizace

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

Pacient má fyziologickou barvu pokožky do 1 týdne

Pacient zná důvody svého stavu do 5 hodin

Pacient pocítuje zvýšení své výkonnosti do 1 týdne

Intervence:

Edukuj pacienta o nutnosti krevní transfuze do 2 hodin (sestra)

Edukuj pacienta o průběhu krevní transfuze do 2 hodin (sestra)

Sleduj stav pokožky – denně (sestra)

Sleduj laboratorní výsledky pacienta – ihned (sestra)

Změř pacientovi tělesnou teplotu, krevní tlak – ihned (sestra)

Podej krevní transfuzi - dle ordinace lékaře (sestra)

Pravidelně kontroluj pacienta při podávání krevní transfuze (sestra)

Kontroluj reakce pacienta během a po podání krevní transfuze (sestra)

Zajisti, aby pacient dodržoval přísný klid na lůžku – denně (sestra)

Edukuj rodinu pacienta o průběhu krevní transfuze do 2 hodin (sestra)

Sleduj hodnoty fyziologických funkcí nemocného – ihned (sestra)

Sleduj projevy krvácení – průběžně (sestra)

Realizace:

Nemocnému jsem vysvětlila průběh transfúzní léčby a zásady, které musí nemocný dodržovat. Při podání jsem sledovala jeho stav a měřila fyziologické funkce. Pravidelně jsem sledovala a zaznamenávala barvu kůže nemocného, průběžně jsem sledovala výsledky laboratorních vyšetření a projevy krvácení.

Hodnocení:

Pacient nemá projevy krvácení, hodnoty vyšetření potvrzují anémii, kůže nemocného je bledá. Pacient uvádí, že se necítí být tak unavený.

2. Bolest akutní v oblasti epigastria z důvodu krvácející ulcerace v přívodné a odvodné kličce duodena projevující se stupněm číslo 3 (střední), verbalizací, vyhledáváním úlevové polohy, neklidem, častým buzením

Dlouhodobý cíl: Pacient je bez bolesti do 1 týdne

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient verbalizuje zlepšení ze stupně číslo 3 na stupeň číslo dva do 2 dnů

Pacient zná a využívá úlevovou polohu do 12 hodin

Pacient chápe příčiny vzniklé bolesti do 2 hodin

Pacient se cítí klidnější do 12 hodin

Pacient zná dechová cvičení ulevující od bolesti do 12 hodin

Pacient zná složení naordinované diety do 2 hodin

Pacient spí nepřerušovaně 6 hodin do 5 dnů

Intervence:

Hodnoť bolest 3x denně dle hodnotící stupnice bolesti 0 - 5 (sestra)

Posuď vnímavost pacienta a jeho chování – vždy (sestra)

Při každém kontaktu s pacientem pozoruj neverbální projevy (sestra)

Sleduj základní fyziologické parametry 3x denně (sestra)

Zajisti pacientovi klidné a pohodlné prostředí – denně (sestra)

Doporuč pacientovi relaxační cviky (dechová cvičení) – denně (sestra)

Pobídi pacienta k zabavení se poslechem hudby či hovorem s ostatními – vždy (sestra)

Zajisti, aby pacient dodržoval dostatečný klid na lůžku – vždy (sestra)

Edukuj pacienta o dietě čajové a šetřící – ihned (sestra)

Edukuj pacienta o přísném dodržování klidu na lůžku – ihned (sestra)

Zjisti veškeré faktory, které přispívají k nespavosti do 10 hodin

Edukuj pacienta o příčinách bolesti do 5 hodin

Zjisti návyky pacienta před spaním do 12 hodin (sestra)

Zjisti, jak podle pacienta vypadá přiměřený spánek do 5 hodin (sestra)

Vyslechněte pacienta, jaké okolnosti jeho spánek narušují do 5 hodin (sestra)

Doporuč pacientovi vhodné denní aktivity přiměřené jeho stavu do 5 hodin (sestra)

Realizace:

Každý den jsem hodnotila pacientovu bolest dle hodnotící stupnice bolesti, posoudila jeho vnímavost na bolest a sledovala jeho neverbální projevy. Vysvětlila jsem pacientovi příčiny vzniklé bolesti a doporučila jsem mu vhodné relaxační cviky,

vyhledávání úlevové polohy a nutnost dodržovat klid na lůžku. Pacienta jsem také poučila o dietě, kterou dodržoval. Vyslechla jsem usínací návyky pacienta, kolik hodin je zvyklý spát a v jakém prostředí se mu nejlépe usíná. Pravidelně jsem u pacienta kontrolovala fyziologické funkce.

Hodnocení:

Pacientova bolest se do dvou dnů snížila na stupeň číslo 2 (mírná bolest). Přes den umí využívat dechová cvičení. Pacient uvádí i zlepšení spánku, začal si před spaním pravidelně čistit knížku.

3. Výživa porušená, nedostatečná z důvodu sníženého příjmu potravy projevující se snížením tělesné hmotnosti, BMI 21 a celkovým oslabením pacienta

Dlouhodobý cíl: Pacient dosáhne zvýšení hmotnosti o 2 kg do 5 týdnů

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient zná příčiny svého onemocnění do 5 hodin

Pacient zná důvody ztráty hmotnosti do 5 hodin

Pacient se váží 2krát do týdne

Pacient pociťuje nárůst energie do konce hospitalizace

Pacient zná principy čajové a šetřící diety do 5 hodin

Pacient se učí osvojit zdravý životní styl do 1 týdne

Intervence:

Zhodnot' pacientovu hmotnost, věk, tělesnou konstituci, svalovou sílu, poměr aktivity a odpočinku do 12 hodin (sestra)

Vypočti optimální hmotnost dle BMI (Body Mass Index) do 5 hodin (sestra)

Važ pacienta 2krát do týdne a sleduj vývoj tělesné hmotnosti (sestra)

Prober s pacientem vhodné aktivity do 12 hodin (sestra)

Zkontroluj, zda pacient nemá porušenou schopnost žvýkat a polykat – vždy (sestra)

Prodiskutuj stravovací návyky pacienta do 5 hodin (sestra)

Sleduj pravidelnost a charakter stolice – denně (sestra)

Sleduj příjem a výdej tekutin – denně (sestra)

Zajisti, aby pacient byl dostatečně hydratován – vždy (sestra)

Edukuj pacienta o nutnosti dodržování naordinované diety – ihned (sestra)

Edukuj pacienta o nutnosti změny životního stylu – ihned (sestra)

Doporuč pacientovi konzultaci s nutričním terapeutem do 12 hodin (sestra)

Realizace:

Pacienta jsem vážila 2krát do týdne. Každý den jsem sledovala a hodnotila vyprazdňování stolice a bilanci tekutin. Poučila jsem pacienta o naordinované dietě a nutnosti jejího dodržování. Edukovala jsem pacienta i o vhodnosti dodržovat zdravý životní styl, vyhýbat se konzumaci alkoholu a dráždivých jídel. Doporučila jsem i konzultaci s nutričním terapeutem, kterou ale pacient odmítl.

Hodnocení:

Dle Body Mass Indexu jsem vypočetala optimální hmotnost (BMI=23). Pacientova výživa je denně kontrolována, pacient během hospitalizace nezredukoval, udržoval si současnou hmotnost.

4. Strach z budoucnosti z důvodu základního onemocnění projevující se verbalizací, zvýšeným napětím, sníženou sebejistotou, nervozitou a zvýšeným pocením

Dlouhodobý cíl: Pacient pocítuje snížení strachu v maximální možné míře do 1 týdne

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient mluví o svém strachu do 2 dnů

Pacient pocítuje snížené napětí do 48 hodin

Pacient pracuje na zvýšení své sebejistoty během hospitalizace

Pacient je dostatečně informován o svém zdravotním stavu, způsobech léčby do 5 hodin

Pacient dává najevo přiměřené spektrum citů a zmírněný strach do 5 dnů

Intervence:

Přistupuj k pacientovi s pochopením a podporuj pacienta v kontrole nad sebou samým – vždy (sestra)

Jednej s pacientem empatickým způsobem – vždy (sestra)

Aktivně naslouchej pacientovy obavy – vždy (sestra)

Kontroluj pacientovu pozornost, projevy chování a smyslové vnímání – denně (sestra)

Mluv s pacientem o jeho pocitech strachu – denně (sestra)

Edukuj pacienta o průběhu léčby do 5 hodin (sestra)

Nauč pacienta relaxaci do 24 hodin (sestra)

Doporuč pacientovi vhodné denní aktivity, které pacienta odreagují do 5 hodin (sestra)

Informuj rodinu o pocitech strachu pacienta do 24 hodin (sestra)

Doporuč rodině časté návštěvy do 24 hodin (sestra)

Realizace:

Pravidelně jsem kontrolovala chování, pozornost a smyslové vnímání pacienta. Přistupovala jsem k pacientovi empatickým způsobem, snažila jsem se vést rozhovor o jeho obavách a pocitech strachu. Dostatečně jsem pacienta poučila o jeho nemoci, způsobech léčby a možnostech využívání relaxačních technik. Rodinu jsem informovala o pocitech pacienta a domluvila jsem s nimi častější návštěvy.

Hodnocení:

Pacient pravidelně hovoří o svých pocitech, popisuje snížení napětí. Rodina pacienta velmi podpořila, což se odrazilo na zmírnění jeho strachu, který udával. Pacient se zvýšeně nepotí.

5. Tělesné tekutiny, deficit z důvodu krvácející ulcerace v přírodní a odvodné kličce a sníženého příjmu projevující se sníženým kožním turgorem, oslabením pacienta, bledostí a pocením

Dlouhodobý cíl: Pacient má fyziologickou rovnováhu tělesných tekutin do 8 dnů

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient má dobrý kožní turgor do 3 dnů

Pacient cítí zvýšení fyzické síly do 4 dnů

Pacient má fyziologickou barvu pokožky do 1 týdne

Pacient nepocítuje zvýšené pocení do 3 dnů

Pacient dostává dostatečné množství tekutin do 48 hodin

Intervence:

Sleduj pacientův duševní stav a vědomí – vždy (sestra)

Posud' další etiologické faktory (dostupnost tekutin, přítomnost horečky) do 5 hodin (sestra)

Zvaž pacienta a posud' jeho hmotnost do 24 hodin (sestra)

Vytvoř individuální rozvrh náhrady tekutin do 12 hodin (sestra)

Dle indikace lékaře podávej náhradní tekutiny (nitrožilně) – vždy (sestra)

Sleduj rovnováhu mezi příjmem a výdejem tekutin – 1x denně (sestra)

Kontroluj základní fyziologické funkce – 3x denně (sestra)

Sleduj kožní turgor a stav sliznic – vždy (sestra)

Sleduj laboratorní výsledky (hemoglobin, urea) – vždy (sestra)

Edukuj pacienta o rizikových faktorech a preventivním opatření do 12 hodin (sestra)

Doporuč pacientovi vést si deník o příjmu tekutin, počtu mikce za den do 12 hodin (sestra)

Realizace:

Pravidelně jsem kontrolovala pacientovo vědomí a duševní stav. Zajistila jsem, aby byl pacient dostatečně hydratován a měl dostatek tekutin. Kontrolovala jsem fyziologické funkce, bilanci tekutin. Průběžně jsem sledovala výsledky laboratorních vyšetření a kožní turgor pacienta.

Hodnocení:

U pacienta nedošlo ke vzniku nerovnováhy tělesných tekutin. Kožní turgor byl zpočátku snížený, po třech dnech léčby byl kožní turgor normální.

6. Společenská izolace z důvodu hospitalizace a ztráty pocitu pohodlí projevující se verbalizací, smutkem

Dlouhodobý cíl: Pacient nepocit'uje sociální izolaci v maximální možné míře během hospitalizace

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient nemluví o svých pocitech izolace do 24 hodin

Pacienta navšt'evuje rodina v maximální možné míře do 24 hodin

Pacient vykonává aktivity, které napomáhají snížit pocity izolace do 48 hodin

Pacient nepocit'uje smutek v maximální možné míře do 48 hodin

Pacient sdílí pokoj s dalším klientem do 48 hodin

Intervence:

Urči přítomnost faktorů, které způsobují izolaci pacienta do 12 hodin (sestra)

Urči, co brání společenskému kontaktu do 12 hodin (sestra)

Vyslechni pacienta, proč se cítí izolován do 12 hodin (sestra)

Poskytni pacientovi podporu a důvěru – vždy (sestra)

Doporuč rodině časté návštěvy a telefonáty – ihned (sestra)

Zajisti pacientovi poslech rádia, čtení časopisů, sledování televize – denně (sestra)

Pravidelně kontroluj pacientovo chování a pocity – denně (sestra)

Realizace:

Určila jsem faktory, které způsobily pacientovu izolaci. Vždy jsem pacientovi poskytovala podporu a důvěru. Zajistila jsem pacientovi, aby měl k dispozici dostatek časopisů a mohl poslouchat rádio. Rodině jsem doporučila časté návštěvy a aby pravidelně pacientovi volala. Denně jsem kontrolovala pacientovo chování, jeho projevy a pocity.

Hodnocení:

Pacient našel důvody, které mu způsobovaly společenskou izolaci a našel způsob, jak se izolaci bránit. Rodina se s ním každý den telefonicky kontaktuje a pacienta pravidelně navšt'evuje.

7. Únava z důvodu poruchy spánku a onemocnění projevující se podrážděností, nervozitou a snížením psychické a fyzické aktivity

Dlouhodobý cíl: Pacient se cítí odpočatý v maximální možné míře do 10 dnů

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient zná příčiny své únavy a ví, jak se jí bránit do 12 hodin

Pacient udržuje klid na lůžku do 3 hodin

Pacient cítí pokles nervozity a podrážděnosti do 3 dnů

Pacient se snaží provádět lehké aktivity na lůžku do 5 hodin

Pacient mluví o zvýšení psychické i fyzické síly do 3 dnů

Intervence:

Doporuč pacientovi aktivity vhodné jeho stavu do 12 hodin (sestra)

Kontroluj pacienta, aby dodržoval klid na lůžku – vždy (sestra)

Hovoř s pacientem o jeho pocitech – denně (sestra)

Všimni si rozložení energie během dne - denně (sestra)

Povzbuzuj pacienta k tomu, aby prováděl vše, co je v jeho silách – vždy (sestra)

Sleduj stav výživy a rovnováhu tekutin – vždy (sestra)

Sleduj změny fyziologických funkcí (tlak, dech, tep) – denně (sestra)

Zajisti, aby pacient aktivně spolupracoval ve své léčbě – vždy (sestra)

Zjisti, jestli má pacient hodně pracovních povinností do 12 hodin (sestra)

Posuď přítomnost spánkové poruchy do 10 hodin (sestra)

Vyslechni pacienta, co podle něho únavu způsobuje – ihned (sestra)

Realizace:

Vysvětlila jsem pacientovi příčiny vznikající únavy a možnosti, jak se únavě bránit. Proto jsem pacientovi doporučila kromě dostatečného odpočinku i aktivitu, která byla přiměřená jeho stavu (čtení, poslech). Sledovala jsem denně stav výživy a bilanci tekutin a pravidelně hodnotila fyziologické funkce. Pacienta jsem podporovala a aktivizovala ke spolupráci.

Hodnocení:

Pacientovi se postupně navracela fyzická síla, zlepšila se i psychická aktivita. Pacient se projevoval klidněji.

8. Tělesná teplota, riziko poruchy regulace z důvodu onemocnění a snížení odolnosti organismu

Dlouhodobý cíl: Pacient má tělesnou teplotu v normálních mezích do 3 dnů

Priorita: střední

Intervence:

Dle indikace lékaře podávej náhradní tekutiny (nitrožilně) – vždy (sestra)

Sleduj stav výživy denně (sestra)

Sleduj příjem a výdej tekutin – denně (sestra)

Udržuj příjemné zevní prostředí – vždy (sestra)

Dle indikace prováděj oteplování či ochlazování těla pacienta (sestra)

Monitoruj tělesnou teplotu – 3x denně (sestra)

Edukuj pacienta o možnostech vzniku poruchy regulace do 12 hodin (sestra)

Edukuj pacienta o rizikových faktorech (příliš teplé nebo chladné prostředí, nepřiměřené oblékání, špatný stav výživy) do 12 hodin (sestra)

Realizace:

Poučila jsem pacienta o možnosti poruch regulace tělesné teploty a o rizikových faktorech. Pravidelně jsem sledovala stav výživy, příjem a výdej tekutin. Zajistila jsem, aby pacient byl dostatečně hydratován. Každý den jsem monitorovala pacientovu tělesnou teplotu. Udržovala jsem příjemné zevní prostředí.

Hodnocení:

Cíl se splnil. Pacientova tělesná teplota nepřekročila fyziologické hodnoty.

9. Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedeného periferního žilního katétru.

Dlouhodobý cíl: Pacient nejeví známky infekce do konce hospitalizace

Priorita: střední

Intervence:

Pravidelně kontroluj místo vstupu kanyly – denně (sestra)

Jednou za tři dny převaž periferní žilní katétr (sestra)

Dle potřeby vyměň periferní žilní katétr (sestra)

Hodnoť a dokumentuj stav kůže v místě vstupu kanyly – denně (sestra)

Mysli na možnost vzniku sepse, k jejímž příznakům patří horečka, třesavka, pocení a poruchy vědomí – vždy (sestra)

Kontroluj stav pacienta – teplotu, vědomí – denně (sestra)

Denně očisti místo vstupu kanyly vhodným roztokem (sestra)

Izoluj místo vpichu a chraň ho před vnějším prostředím – vždy (sestra)

Pouč pacienta o rizikových faktorech vzniku infekce do 5 hodin (sestra)

Realizace:

Denně jsem kontrolovala místo vstupu kanyly. Jednou za tři dny jsem pacientovi převázala periferní žilní katétr. Denně jsem hodnotila a dokumentovala stav kůže v místě vstupu kanyly. Nezapomínala jsem na možnost vzniku sepse, k jejímž příznakům patří horečka, třesavka, pocení a poruchy vědomí. Pravidelně jsem kontrolovala stav pacienta. Každý den jsem očistila místo vstupu kanyly vhodným roztokem. Izolovala jsem místo vpichu a chránila ho před vnějším prostředím. Poučila jsem pacienta o rizikových faktorech vzniku infekce.

Hodnocení:

Cíl se splnil. Pacient nejevil známky infekce v místě vstupu kanyly, místo bylo klidné.

2.7 Edukační proces

V rámci edukační činnosti jsem se zaměřila především na nutnost reedukace o endoskopickém vyšetření. Téma vyplývá z ošetrovatelských problémů zjištěných

v ošetřovatelské anamnéze. Téma obsahuje název problematiky, formu, cíl a doporučení, použité metody a pomůcky. K tématu jsem pro mého klienta vyrobila informační letáky, které shrnují důležité informace probírané během edukační činnosti.

2.7.1 Edukační záznam, realizace

Téma edukace: Poučení pacienta před endoskopickým vyšetřením.

Forma edukace: verbálně

Cíl edukace: Seznámení pacienta s průběhem endoskopického vyšetření.

Doporučení: Popsat postup výkonu (znecitlivění, polohu, přibližnou délku trvání).

Upozornit, že se nejedná o příjemný výkon.

Psychická příprava pacienta.

Před výkonem 8 hodin lačný.

Ráno nejíst, nepít, nekouřit, neužívat léky.

Vyjmout umělý chrup.

Před výkonem znecitlivění lokálním anestetikem.

Po výkonu nejíst a nepít 1 až 2 hodiny.

Příjemce edukace: pacient

Edukátor: zdravotní sestra

Metody: výklad, rozhovor

Pomůcky: informační leták, poskytnutí teoretické části mé práce

2.7.2 Edukační plán

Neznalost [potřeba poučení] endoskopického vyšetření z důvodu nedostatku zkušeností projevující se slovním vyjádřením problému a žádostí o dané informace

Dlouhodobý cíl: Pacient zná průběh endoskopického vyšetření do 5 hodin

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient zná postup endoskopického vyšetření do 5 hodin

Pacient zná cíle endoskopického vyšetření do 5 hodin

Pacient chápe nutnost podstoupit endoskopické vyšetření do 5 hodin

Intervence:

Zjistí úroveň znalostí pacienta do 2 hodin (sestra)

Určí pacientovu schopnost učit se – ihned (sestra)

Zaznamenej osobní faktory (věk, pohlaví, sociální a kulturní vlivy, zkušenosti, náboženství) do 2 hodin (sestra)

Edukuj pacienta o konkrétním postupu vyšetření do 2 hodin (sestra)

Popiš pacientovi přesný postup přípravy na vyšetření – ihned (sestra)

Vysvětli pacientovi, že se jedná o nepříjemné vyšetření – ihned (sestra)

Povzbud' pacienta a podpoř ho – vždy (sestra)

Vyslechni všechny pacientovy otázky na daný problém – vždy (sestra)

Popiš výsledky vyšetření, jichž má být dosaženo - vždy (sestra)

Užij informačních letáků – vždy (sestra)

Realizace:

Zjistila jsem úroveň znalostí pacienta. U pacienta jsem určila logickou a mechanickou schopnost učit se. Zaznamenala jsem osobní faktory (věk, pohlaví, sociální a kulturní vlivy, zkušenosti, náboženství), které nebránily ve výkonu vyšetření. Poučila jsem pacienta o konkrétním postupu vyšetření. Vyslechla jsem všechny pacientovy otázky na daný problém. Popsala jsem výsledky vyšetření, jichž má být dosaženo. K lepšímu pochopení jsem využila informační letáky.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacient pochopil a seznámil se s průběhem, následky a cílem endoskopického vyšetření.

2.7.3 Kontrolní otázky pro sestru a pacienta

Tabulka č. 8 *Kontrolní otázky pro sestru*

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
1. Co je gastroskopie?	<i>Gastroskopie je vyšetření tělní dutiny pomocí endoskopu, při kterém lze odebírat část tkáně na mikrobiologické vyšetření.</i>

2. Jaké jsou indikace ke gastrokopii?	<i>K hlavním indikacím gastrokopie patří epigastrická bolest, dyspepsie, hemateméza a meléna, dysfagie, sledování hojení vředu.</i>
3. Kde se gastrokopie provádí?	<i>Gastrokopie se provádí na malých sálech nebo v místnostech určených speciálně pro tento účel. V místnosti je vždy vyšetřovací stůl, skříň s pomůckami. Sterilní pomůcky se připravují na sterilně prostřený stůl.</i>
4. Jak pacienta připravit na gastrokopické vyšetření?	<i>Příprava spočívá v psychické podpoře a poskytnutí dostatečných informací. Pacient lační 8 hodin před výkonem, na noc dostane prášek na uklidnění, ráno nejí, nepije, nekouří. Před vlastním výkonem je sprejem znecitlivěn začátek trávícího ústrojí.</i>

Tabulka č. 9 *Kontrolní otázky pro pacienta*

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
1. Jaká je příprava před gastrokopií?	<i>Pacient lační 8 hodin před výkonem, na noc dostane prášek na uklidnění, ráno nejí, nepije, nekouří. Před vlastním výkonem je sprejem znecitlivěn začátek trávícího ústrojí, popř. dostane premedikaci.</i>
2. Jakou polohu zaujímáte při vyšetření?	<i>Pacient je vyšetřován na levém boku.</i>
3. Jak se chovat po výkonu?	<i>Po výkonu přetrvává lokální znecitlivění, proto je vhodné, aby pacient 1 - 2 hodiny nejedl a nepil.</i>

2.7.4 Hodnocení edukace

Pacient během edukační činnosti aktivně spolupracoval a komunikoval. Během edukace jsem pacientovi poskytla nejen informační letáky o endoskopickém vyšetření, ale i ilustrační obrázky. Pacient dostal i prostor na své otázky, které jsem mu zodpověděla. Setkání mělo úplný efekt. Endoskopické vyšetření proběhlo bez obtíží.

2.8 Vyhodnocení ošetrovatelského procesu

O pacienta s diagnózou vředové choroby jsem se starala po dobu pěti dnů. Pacient se během pěti dnů zaktivizoval a dostatečně se podílel na léčbě svého onemocnění. Pozadu nezůstávala ani rodina, která ho pravidelně navštěvovala nebo byla v telefonickém spojení, čímž pozitivně přispěla na zlepšení zdravotního a psychického stavu pacienta.

Během hospitalizace u pacienta docházelo ke zmírnění bolesti, vymizely pocity nevolnosti a zvýšila se fyzická a psychická aktivita. Pacient navázal přátelský kontakt s dalšími klienty i zdravotnickým personálem. V rámci svého zdravotního stavu využíval vhodné aktivity a zájmy, které přispěly k eliminaci neklidu, podráždění a strachu. U pacienta došlo i ke zlepšení bilance tekutin a snížení únavy. Výživa pacienta byla pravidelně kontrolována a hlídána. Během hospitalizace nedošlo ke snížení pacientovi hmotnosti. Dále také nedošlo k rozvoji infekce v místě periferního žilního katétru. Pacienta jsem dostatečně poučila o způsobech léčby, podstupujících výkonech a možnostech preventivních opatřeních.

Všechny cíle, které jsem si stanovila, byly splněny. Vzhledem k tomu, že pacient se úspěšně zapojil do léčebného procesu a přesně dodržoval všechny podmínky léčby, jeho prognóza byla dobrá.

Závěr

„Jednou z podmínek uzdravení je chuť uzdravit se.“

Lucius Annaeus Seneca

Léčba gastroduodenální vředové choroby prodělala v posledních letech velký pokrok, který prokazuje stále zlepšování prognózy tohoto onemocnění. Rozvoj vyšetřovacích metod a léčebných postupů otevřel novou epochu. Systematická práce ve velkých studiích prověřuje skutečný efekt nové léčby, ale teprve informovanost laické i lékařské veřejnosti uvádí objevy do praxe a přináší nemocným skutečný užitek.

Písemný materiál, který jsem využila ke psaní bakalářské práce, mi byl poskytnut na Interním oddělení gastroentologie, hematologie a metabolismu ve Vojenské nemocnici v Praze. Po přijetí pacienta s diagnózou vředové choroby jsem zahájila realizaci ošetrovatelského procesu na základě odebrané ošetrovatelské anamnézy dle Marjory Gordon. Hlavní pacientovy problémy byla bolest, vnitřní krvácení, únava, bledost a pocity nechutenství. V rámci ošetrovatelského procesu jsem vytvořila a rozpracovala ošetrovatelské diagnózy včetně potenciálních diagnóz. Pacient během hospitalizace podstoupil tři gastrokopie, při nichž bylo krvácení zastavováno. Osmý den hospitalizace pacient podstoupil třetí gastrokopii, která uvedla, že anastomóza i oblast při vstupu do přívodné kličky je klidná bez krvácení s lehkou nerovností a s hojící se drobnou ulcerací. Sliznice v obou kličkách jsou hladké, lesklé a bez defektů.

Vzhledem k častému podstupování endoskopického vyšetření probíhala u pacienta edukace, během které byl dostatečně poučen a informován o průběhu gastrokopického vyšetření. Vzhledem k tomu, že se jednalo již o recidivu onemocnění, pacient měl již určité zkušenosti. Přesto byla nutná opětovná reedukace.

Pacient byl propuštěn po třinácti dnech hospitalizace. Byla mu doporučena kontrolní gastrokopie, kterou podstoupil po dvou měsících. Výsledkem byl normální endoskopický nález v oblasti anastomózy.

Celkový plán ošetrovatelského procesu a jednotlivé diagnózy byly seřazeny dle priorit nemocného. Všechny ošetrovatelské diagnózy měly charakteristický projev, ale reakce pacienta je vždy odlišná, a proto i přístup k pacientovi může být u každého

individualizovaný. Všechny ošetrovatelské intervence byly splněny a většina z nich měla pozitivní výsledky již v brzkou dobu.

Během psaní bakalářské práce a ošetřování pacienta jsem si uvědomila, že zdraví každého z nás je nejdůležitější. Za úspěšné považuji i objev bakterie *Helicobacter pylori*, protože díky tomu se již odstupuje od operativních zákroků, které mnohdy vedly k rozvoji dalších komplikací.

Věřím, že tato bakalářská práce bude úspěšnou pomůckou sestrám, které potřebují zkvalitnit péči o pacienty s gastroduodenální vředovou chorobou, studentům i laické veřejnosti, kteří mají zájem získávat informace o tomto onemocnění.

Seznam použité literatury

Knihy

1. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, spol. s r. o., 2002. ISBN 80-247-0143-X.
2. DÍTĚ, Petr. *Vředová nemoc žaludku a duodena: diagnostika a terapie v praxi*. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7262-079-1.
3. DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha : Grada Publishing, spol. s r. o., 2001. ISBN 80-247-0242-8.
4. KOHOUT, Pavel. *Vředová choroba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha : Maxdorf, s. r. o., 2005. ISBN 80-7345-077-1.
5. KOHOUT, Pavel; PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku*. Praha : Forsapi, s. r. o., 2008. ISBN 978-80-903820-7-7.
6. KUBICOVÁ, Ludmila a kolektiv. *Chirurgické ošetřovatelství*. Martin : Osveta, 2000. ISBN 80-8063-049-6.
7. LUKÁŠ, Karel a kolektiv. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1283-0.
8. LUKÁŠ, Karel; ŠVESTKA, Tomislav. *Refluxní choroba jícnu a vředová choroba gastroduodena: diagnostika a léčba v každodenní praxi*. Praha : Triton, s. r. o., 2002. ISBN 80-7254-309-1.
9. MARTÍNEK, Jan. *Onemocnění žaludku a dvanáctníku, Helicobacter pylori*. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254-106-4.

10. MYSLIVEČEK, Jaromír; TROJAN, Stanislav. *Fyziologie do kapsy*. Praha : Triton, s. r. o., 2004. ISBN 80-7254-497-7.
11. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1150-8.
12. STARNOVSKÁ, Tamara; KMENT, Milan. *Diety při onemocnění peptickými vředy*. Praha : Sdružení MAC, spol. s. r. o., 2002. ISBN 80-86015-85-8.
13. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetřovatelství*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1777-8.
14. ŠVÁB, Jan. *Náhlé příhody bříšní*. Praha : Galén, 2000. ISBN 978-80-7262-485-0.
15. VALENTA, Jiří et al. *Základy chirurgie*. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-403-4.

Internetové zdroje

[Www.helio.com](http://www.helio.com) [online]. [cit. 2009-03-09]. Dostupné z WWW: < http://www.helico.com/disease_duo.html >.

[Www.nrc-cnrc.gc.ca](http://www.nrc-cnrc.gc.ca) [online]. [cit. 2009-03-10]. Dostupné z WWW: < <http://www.nrc-cnrc.gc.ca/eng/education/biology/gallery/helicobacter.html> >.

[Www.simplicityhealth.co.uk](http://www.simplicityhealth.co.uk) [online]. [cit. 2009-03-09]. Dostupné z WWW: < http://www.simplicityhealth.co.uk/popup_faqs/Peptic_ulcer.htm >.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1	Biochemické vyšetření krve	35
Tabulka č. 2	Krevní obraz	36
Tabulka č. 3	Vyšetření močového sedimentu	36
Tabulka č. 4	Vyšetření okultního krvácení	36
Tabulka č. 5	Fyziologické funkce a další hodnoty	37
Tabulka č. 6	Sledování hmotnosti pacienta	38
Tabulka č. 7	Terapeutické schéma	39
Tabulka č. 8	Kontrolní otázky pro sestru	57
Tabulka č. 9	Kontrolní otázky pro pacienta	58

Seznam příloh

Příloha č. 1	Tabulka 1 - Agresivní a protektivní faktory
Příloha č. 2	Tabulka 2 - Doporučené a zakázané potraviny u vředových obtíží
Příloha č. 3	Barthelův test základních všedních činností Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové Posouzení aktuálního psychického stavu Hodnocení nutričního stavu Zjištění rizika pádu
Příloha č. 4	Hodnocení bolesti
Příloha č. 5	Peptický vřed
Příloha č. 6	Duodenální a žaludeční vřed
Příloha č. 7	Helicobacter pylori

Příloha č. 1 Tabulka 1 *Agresivní a protektivní faktory (Kohout, 2005)*

Agresivní faktory	Ochranné (protektivní) faktory
HCL – kyselina chlorovodíková	alkalita slin, pankreatické šťávy
peptická aktivita žaludečního sekretu	bikarbonáty v žaludečním obsahu
Helicobacter pylori	vrstva hlenu na žaludeční sliznici
žluč, pankreatické enzymy	endogenní prostaglandiny
porucha cirkulace a mikrocirkulace	normální cirkulace a mikrocirkulace
kouření	regenerační schopnost buněk
medikamentózní vlivy	antiulcerózní medikace
kofein, některá dráždivá jídla	alkalický vliv potravy

Příloha č. 2 Tabulka 2 *Doporučené a zakázané potraviny u vředových obtíží*
(Kohout, 2005)

Potraviny zakázané	Potraviny doporučené
alkohol, černá káva	tuky – olej, máslo, margaríny
pikantní sýry	mléko a mléčné výrobky – mimo pikantních sýrů
husa, kachna, zvěřina, uzené ryby, sardinky, kaviár	maso – libové (telecí, kuře, králík, krůta, vepřové), ryby
uzeniny, tučné maso	uzeniny – drůbeží a vepřová šunka v malém množství
zelí, kapusta, květák, zelená paprika, okurka, ředkvičky, česnek	zelenina – mladá (mražená, sušená)
ostružiny, maliny, fíky, datle	ovoce – zralá jablka, třešně, višně, banány, meruňky, broskve
ostré koření (pepř, pálivá paprika)	koření – bobkový list, petržel, majoránka, kmín, kopr, červená sladká paprika

Příloha č. 4 *Hodnocení bolesti*

Příjmení: *V.*
 Jméno: *H.*
 R.č.:
 Oddělení: str. 6

Hodnocení bolesti

ÚVN
 Ústřední vojenská nemocnice
 Praha

Datum:	25. 11. 2008	26. 11. 2008	27. 11. 2008
Hodnota	7 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6 7 5 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6 7 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6		
Skupina			
Analgetika			
Charakter	<input type="checkbox"/> špičkový <input checked="" type="checkbox"/> bodavý <input type="checkbox"/> kolíková <input type="checkbox"/> pásový <input type="checkbox"/> svalový <input type="checkbox"/> vyšetřovací <input type="checkbox"/> palčivý <input type="checkbox"/> řezavý <input type="checkbox"/> pásový <input type="checkbox"/> neuritický <input type="checkbox"/> jiný	<input type="checkbox"/> špičkový <input checked="" type="checkbox"/> bodavý <input type="checkbox"/> kolíková <input type="checkbox"/> pásový <input type="checkbox"/> svalový <input type="checkbox"/> vyšetřovací <input type="checkbox"/> palčivý <input type="checkbox"/> řezavý <input type="checkbox"/> neuritický <input type="checkbox"/> jiný	<input type="checkbox"/> špičkový <input checked="" type="checkbox"/> bodavý <input type="checkbox"/> kolíková <input type="checkbox"/> pásový <input type="checkbox"/> svalový <input type="checkbox"/> vyšetřovací <input type="checkbox"/> palčivý <input type="checkbox"/> řezavý <input type="checkbox"/> neuritický <input type="checkbox"/> jiný
Procedurní prostředky			

Příjmení: *V.*
 Jméno: *H.*
 R.č.:
 Oddělení: str. 6

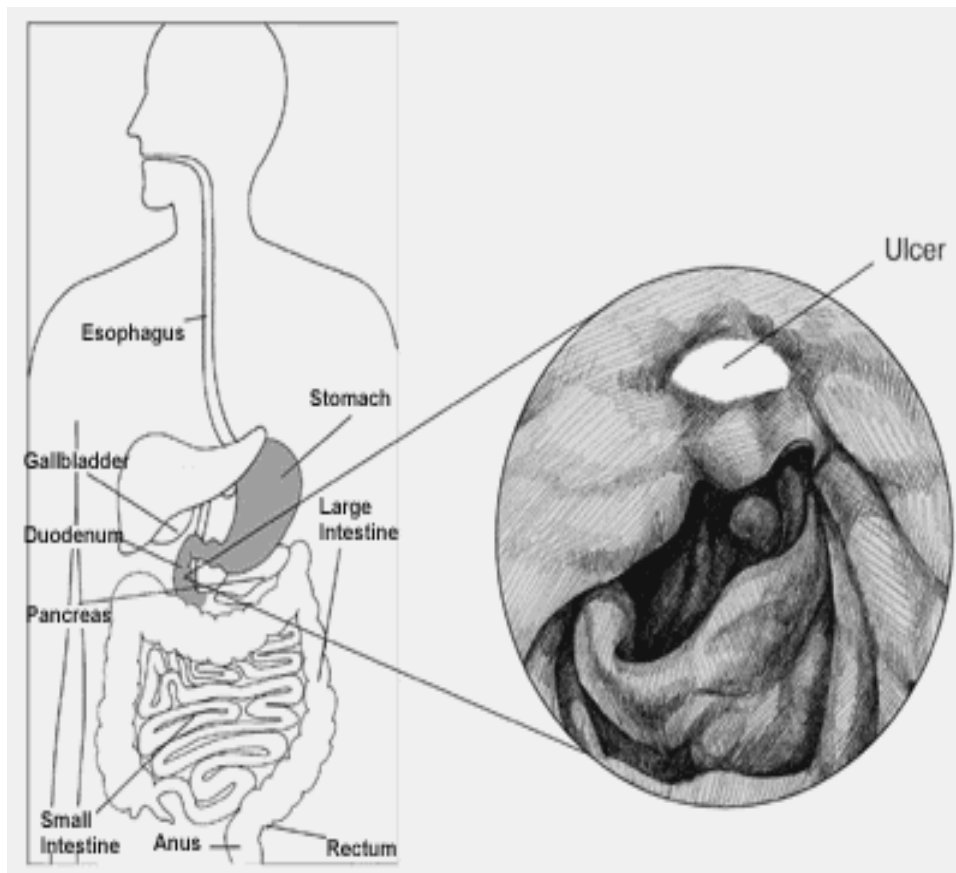
Hodnocení bolesti

ÚVN
 Ústřední vojenská nemocnice
 Praha

Datum:	28. 11. 2008		
Hodnota	7 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6 7 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6 7 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6		
Skupina			
Analgetika			
Charakter	<input type="checkbox"/> špičkový <input checked="" type="checkbox"/> bodavý <input type="checkbox"/> kolíková <input type="checkbox"/> pásový <input type="checkbox"/> svalový <input type="checkbox"/> vyšetřovací <input type="checkbox"/> palčivý <input type="checkbox"/> řezavý <input type="checkbox"/> neuritický <input type="checkbox"/> jiný	<input type="checkbox"/> špičkový <input checked="" type="checkbox"/> bodavý <input type="checkbox"/> kolíková <input type="checkbox"/> pásový <input type="checkbox"/> svalový <input type="checkbox"/> vyšetřovací <input type="checkbox"/> palčivý <input type="checkbox"/> řezavý <input type="checkbox"/> neuritický <input type="checkbox"/> jiný	<input type="checkbox"/> špičkový <input checked="" type="checkbox"/> bodavý <input type="checkbox"/> kolíková <input type="checkbox"/> pásový <input type="checkbox"/> svalový <input type="checkbox"/> vyšetřovací <input type="checkbox"/> palčivý <input type="checkbox"/> řezavý <input type="checkbox"/> neuritický <input type="checkbox"/> jiný
Procedurní prostředky			

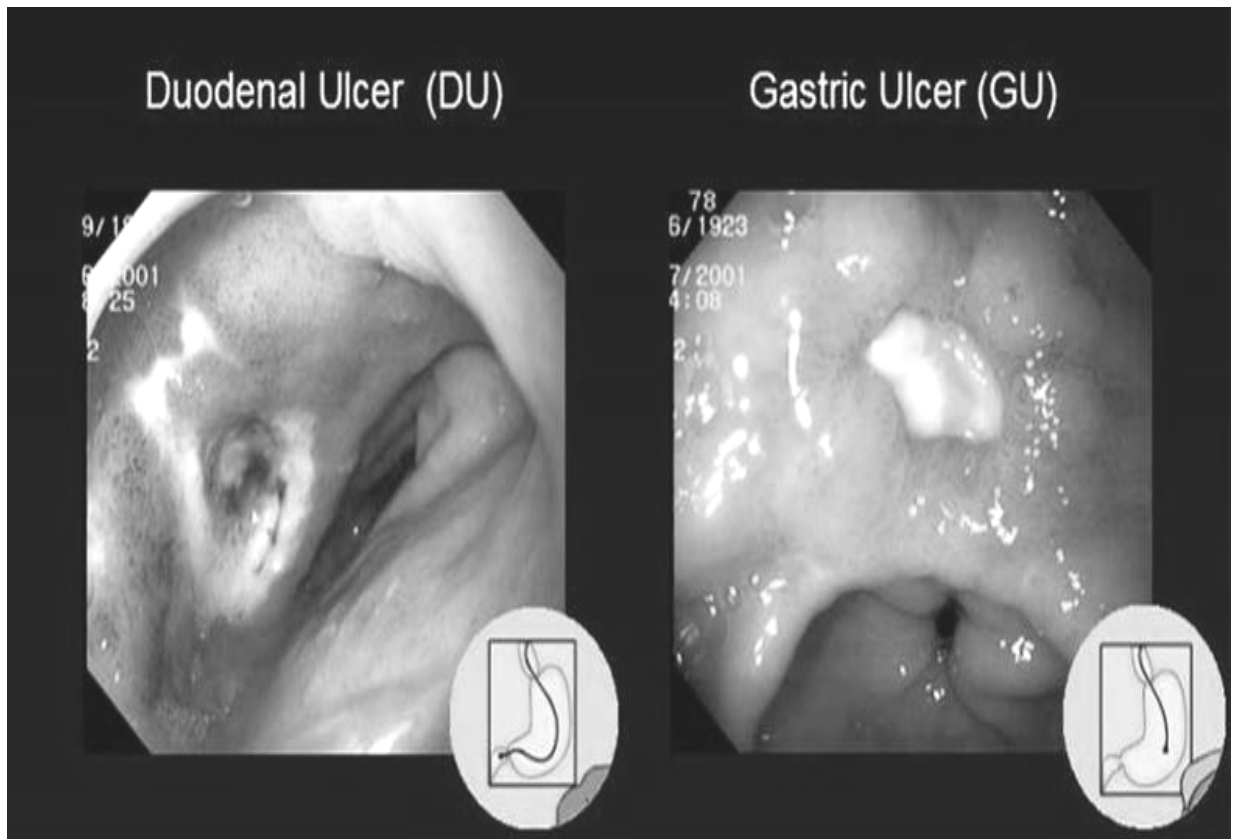
Příloha č. 5 *Peptický vřed*

zdroj: www.simplicityhealth.co.uk/.../Peptic_ulcer.htm



Příloha č. 6 *Duodenální a žaludeční vřed*

zdroj: www.helico.com/disease_duo.html



Příloha č. 7 *Helicobacter pylori*

zdroj: www.nrc-cnrc.gc.ca/.../gallery/helicobacter.html

