

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.

PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S DIAGÓZOU VŘEDOVÁ CHOROBA ŽALUDKU**

VERONIKA FETTEROVÁ

PRAHA 2009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S DIAGNÓZOU VŘEDOVÁ CHOROBA ŽALUDKU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA FETTEROVÁ

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 používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

.....

Abstrakt

Fetterová, Veronika: Ošetřovatelský proces u pacienta s diagnózou vředová choroba žaludku. Praha 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Bakalář v oboru všeobecná sestra. Školitel: Mgr. Zuzana Pohlová.

Tématem této bakalářské práce je především problematika vředové choroby žaludku. Svou práci jsem rozdělila na teoretickou část, která je více obecná a praktickou část, která se konkrétní. Teoretická část obsahu historii onemocnění, patofyziologii, charakteristiku onemocnění, etiologii a patogenezí, rizikové faktory, příznaky onemocnění, diagnostiku, léčbu, komplikace nemoci, specifika ošetřovatelské péče, edukaci pacientky a prognózu nemoci. Nosnou částí je praktická část, ve které jsem se zaměřila na konkrétního pacienta. V praktické části jsem se snažila vytvořit a aplikovat ošetřovatelský proces, ve kterém byli zachovány biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby. V samotném závěru práce jsem se snažila zaměřit na edukaci pacientky v oblasti, která jí doposud nebyla známa (výživa a metabolismus).

Klíčová slova: Ošetřovatelský proces. Vředová choroba. Pacient.

Abstrakt

Fetterová, Veronika: The nursing process of patient with diagnosis of the gastric ulcer disease. Prague 2009. Bachelor thesis. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s Bachelor ops in general nurse. Supervisor: Mgr. Zuzana Pohlova.

The theme of this work is the issue of ulcerative stomach disease. My work, I was divided into a theoretical part, which is more general and practical part, which is concrete. The theoretical part of the contents of the history of the disease pathophysiology, disease characteristics, aetiology and pathogenesis, risk factors, symptoms of the disease, diagnosis, treatment, complications of disease, the specificities of nursing care, patient education and disease prognosis. Carrier is a practical part in which I fixed on the individual patient. In the practical part I tried to create and apply the nursing process, in which were preserved biological, psychological, social and mental needs. In the end of the work I have tried to fix on patient education in the section, it was not yet known (nutrition and metabolism).

Keyword: Nursing process. Ulcer disease. Patient.

Předmluva

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala z důvodů, že toto onemocnění je čím dál více rozšířené. Onemocnění je vyléčitelné, ale velmi často podceňované, takže může velmi často docházet ke komplikacím, kterých je u tohoto onemocnění mnoho a jsou velmi nebezpečné. Zaměřila jsem se na zkvalitnění ošetrovatelského procesu v dané problematice. Ošetrovatelský proces by neměl být proces náhodný, ale cílevědomý, plánovitý, respektující individuální potřeby pacienta.

Výběr tématu byl podmíněn studiem v oboru všeobecná sestra na Vysoké škole zdravotnické a v neposlední řadě absolvováním praxe na interních a chirurgických oddělení v Praze. Materiál jsem čerpala z knižních publikací.

Tato práce je určena pro studenty v oboru všeobecná sestra Vysoké školy zdravotnické. Pro zdravotní sestry a jejich rodiny, ale samozřejmě i pro veřejnost, která se s tímto onemocněním léčí, nebo teprve léčit bude.

Závěrem bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zuzaně Pohlové, za odborné konzultace a důležité připomínky k mé bakalářské práci. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat zdravotnickému personálu v Nemocnici sv. Karla Boromejského.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 VŘEDOVÁ CHOROBA ŽALUDKU	11
1.1 VŘEDOVÁ CHOROBA ŽALUDKU Z HLEDISKA HISTORIE	11
1.2 PATOFYZIOLOGIE	11
1.3 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	14
1.4 ETIOLOGIE A PATOGENEZE ONEMOCNĚNÍ	14
1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY	16
1.6 PŘÍZNAKY	16
1.6.1 <i>Subjektivní příznaky</i>	16
1.6.2 <i>Objektivní příznaky</i>	17
1.7 DIAGNOSTIKA	17
1.7.1 <i>Zobrazovací metody</i>	17
1.7.2 <i>Vyšetření infekce Helicobacter pylori</i>	19
1.7.3 <i>Ostatní vyšetření</i>	20
1.8 LÉČBA	20
1.8.1 <i>Konzervativní léčba</i>	20
1.8.2 <i>Medikamentózní léčba</i>	21
1.8.3 <i>Chirurgická léčba</i>	23
1.9 KOMPLIKACE VŘEDOVÉ CHOROBY	24
1.9.1 <i>Krvácení</i>	24
1.9.2 <i>Penetrace</i>	25
1.9.3 <i>Perforace</i>	25
1.10 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÝCH S VŘEDOVOU CHOROBOU ŽALUDKU	25
1.11 EDUKACE PACIENTA	26
1.12 NEJČASTĚJŠÍ OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY	27
1.13 PROGNÓZA	27
PRAKTICKÁ ČÁST	28
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	28
2.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	28
2.2 VÝTAH Z LÉKAŘSKÉ DOKUMENTACE	28
2.2.1 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ (NO):	28
2.2.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA	29

2.2.3 STAV PŘI PŘIJETÍ (STATUS PRAESENS)	29
2.2.4 ZÁVĚR PŘI PŘÍJMU	30
2.3 VYŠETŘENÍ	31
2.3.1 <i>Laboratorní vyšetření:</i>	31
2.3.2 <i>Zobrazovací metody</i>	32
2.3.3 ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ	33
2.4 FYZIOLOGICKÉ FUNKCE	33
2.5 BILANCE TEKUTIN	34
2.6 TERAPIE	34
2.7 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU (25.11.2008)	37
2.8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE M.GORDONOVÉ	37
2.9 SEZNAM OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	41
2.10 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	42
2.11 EDUKAČNÍ PROCES	47
2.11.1 <i>Edukační záznam, realizace</i>	47
2.11.2 <i>Kontrolní otázky pro sestru a pacienta</i>	49
2.11.3 <i>Hodnocení edukace</i>	49
ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	50
ZÁVĚR	51
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52
SEZNAM PŘÍLOH	54

Úvod

Vředová choroba žaludku zaujímá ve svém výskytu jedno z předních míst jak v České republice, tak ve světě. Postihuje osoby v produktivním, i ve vyšším věku. Statistické údaje uvádějí, že vředovou chorobou v průběhu života onemocní 10-12% české populace. Při znovuzobjevení bakterie *Helicobacter pylori* představuje jeden z největších mezníků v oblasti gastroenterologie za posledních 50 let. Na základě tohoto objevu není vředová choroba spojována pouze s poruchou rovnováhy agresivních faktorů žaludeční sliznice, ale především s přítomností infekce *Helicobacter pylori*. Toto onemocnění vyžaduje cílenou, různě kombinovanou konzervativní terapii. Velmi důležitá u tohoto onemocnění je diagnostika. Terapeutická i vyšetřovací metoda je gastroscopie. Tato metoda umožňuje bezbolestné prohlédnutí trávicí trubice s možností odběru bioptického materiálu na histologické vyšetření, stavění krvácení, odstranění polypů a dalších výkonů. Následná může být chirurgická léčba.

Má práce se dělí na teoretickou část a praktickou. Teoretická část obsahu historii onemocnění, patofyziologii, charakteristiku onemocnění, etiologii a patogenezí, rizikové faktory, příznaky onemocnění, diagnostiku, léčbu, komplikace nemoci, specifika ošetrovatelské péče, edukaci pacientky a prognózu nemoci. Nosnou částí je praktická část, ve které jsem se zaměřila na konkrétního pacienta. V praktické části jsem se snažila vytvořit a aplikovat ošetrovatelský proces, s důrazem na saturaci biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb nemocného. V samotném závěru práce jsem se snažila zaměřit na edukaci pacientky v oblasti, na poskytnutí informací týkajících se výživy a metabolismu v souvislosti s tímto onemocněním. Touto prací bych chtěla nápomoci zkvalitnění ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku.

Teoretická část

1 Vředová choroba žaludku

1.1 Vředová choroba žaludku z hlediska historie

Žaludeční vřed byl poprvé popsán v roce 1835 patologem Cruveilhierem, pojem „peptický vřed“ byl použit v roce 1882 panem Quincke. Velké změny v diagnostice a léčbě vředové choroby žaludku a duodena nastaly po zavedení flexibilní endoskopie do běžné gastroenterologické praxe. V této době byla pojmenována nová nozologická jednotka- bulbitida, jejíž příznaky jsou shodné s vředovou chorobou žaludku a duodena. Strategie léčby se změnila po zavedení H₂- blokátorů a později inhibitory protonové pumpy. Chirurgická léčba nekomplikované vředové choroby žaludku byla nahrazena konzervativní léčbou (medikamentózní). V roce 1983 Warren a Marshall objevili infekční agens, které bylo později pojmenováno jako *Helicobacter pylori*, které se na vzniku vředové choroby podílí. Tato bakterie není jediným patogenetickým činitelem, ale toto onemocnění se mění na sezónní výskyt (Kohout, 2005).

1.2 Patofyziologie

Žaludek (gaster, ventriculus) je vakovitý orgán, navazující na jícen a přecházející do bulbu dvanáctníku (duodena). Slouží jako rezervoár přijaté potravy, které může pojmout v krátké době velké množství potravy, které předběžně zpracovává k procesu trávení. Potrava je v žaludku předběžně zpracována a posléze je po částech transportována dále do střeva. Žaludek je variabilní svým tvarem, velikostí a uložením. Tvar žaludku je dvojitý:

- a) **Hákovitý** ve tvaru písmene J. Nejdříve má dlouhou sestupnou část po ní následuje kratší vzestupná část. Je častější spíše u žen a ve stoji, nebo při náplni. Nachází se u asteniků.
- b) **Býčí roh** tvoří poohnutou trubici, jejímž nejnižším místem je místo přechodu jícnu do duodena. Nachází se u pikniků.

Žaludek má levé zakřivení (curvatura major) a pravé zakřivení (curvatura minor). Dále rozlišujeme na žaludku přední a zadní stěnu (paries anterior a paries posterior). Rozdělení žaludku na tři hlavní části: kraniální část (fundus gastricus), tělo (corpus

gastricus), distální část (pars pilorica). Na fundu rozeznáváme místo při vústění jívcu (pars cardiaca – cardie). Na těle (insica angulara- angulární řasa) zlom v zakřivení malé kurvatury, který tvoří hranici mezi tělem a pylorem, na pars pilorica rozeznáváme vrátník (antrum pyloricum) místo přechodu žaludku v duodenum (Elišková, Naňka, 2006).

Nervové zásobení žaludku je zajišťováno parasymptikem. Tyto nervové struktury ovládají motorické i sekreční funkce. Žaludek má bohaté cévní zásobení, na kterém se podílejí z celiakálního kmene odstupující arteria gastrica ministra, arteria hepatica communis, arteria lienalis. Tyto artérie vytvářejí bohatě anastomózující spojky. V žaludeční submukóze je vytvořena bohatá kapilární síť s větvemi pro vlastní sliznici a do oblasti muscularis mucosae. Chudší kapilární síť můžeme naleznout pouze v oblasti malého zakřivení. Zde je častější výskyt vředových lézí. Žaludeční žíly odpovídají struktuře arteriálního zásobení. Při portálním přetlaku může dojít ke vzniku varixů v oblasti žaludečních žil. Tyto žíly nemají vlastní chlopně (Martínek, Špičák, 2000).

Lymfa z žaludku je odváděna do lymfatických uzlin v oblasti truncus coeliacus a dále přes ductus thoracicus do venozního systému krku.

Lidský žaludek produkuje denně asi 1-1,5 litrů žaludeční šťávy (primární acidita). Je produkována parietálními buňkami žaludku (Dítě, 2000).

Stěna žaludku se skládá ze čtyř vrstev: sliznice (tunica mucosa), podslizniční vazivo (tela submucosa), zevní svalovina (tunica muscularis), seróza (tunica serosa).

Žaludeční sliznice je uspořádána v žaludeční řasy, které jsou podélné. Sliznice tvoří tři vrstvy: epitel, slizniční vazivo (lamina propria mucosae) a slizniční svalovina (lamina muscularis mucosae). Na povrchu žaludeční sliznice jsou malá políčka (area gastricae), na kterých se nacházejí malé jamky – (foveolae gastricae), do nichž ústí žaludeční žlázy. Sliznice žaludku je pokryta jednovrstevným cylindrickým epitelem, který vystylá žaludeční jamky. Tyto cylindrické buňky vystylající foveoly (malé jamky) produkují hlen – mucin. Lamina propria mucosae je vyplněna žaludečními žlázkami. Žlázy jsou trojího typu: žlázy kardié (glandula cardiaca), žlázy těla a žaludečního fundu (glandulae gastricae propriae), žlázy pyloru (glandulae pyloricae). Typy žlázek se liší svojí hloubkou, větvením a přítomností jednotlivých typů buněk. V žaludečních žlázkách se vyskytují čtyři druhy buněk:

- a) Hlavní buňky (chief cells) mají zodpovědnost za sekreci enzymů a pepsinogenu. Enzymy jsou aktivovány při nízkém pH a inaktivovány při pH kolem 6 při dosažení duodena.
- b) Krycí buňky (parietal cells) produkují kyselinu chlorovodíkovou. Těchto buněk je asi jedna miliarda. Buňky produkují vnitřní faktor, který se váže s vitamínem B12 a umožňuje tím ileální absorpci.
- c) Buňky krčku (neck cells) vystylají krčky žlázek a představují kmenové buňky, regeneruje cylindrický epitel žaludeční sliznice a také některé typy buněk žlázek.
- d) Neuroendokrinní buňky jsou rozmístěny po celé sliznici žaludku a produkují různé hormony. Enterochromafinní (ECL) buňky- produkují histamin, G- buňky- produkují gastrin, D- buňky – produkují somatostatin.

Žlázky v kardii obsahují buňky tvořící hlen, ve fundu a těle žaludku obsahují hlavní a krycí žlázky. V pylorické oblasti se vyskytují převážně G- buňky a buňky produkující hlen. Žaludek na rozdíl od střeva nemá vlastní lymfatickou tkáň.

Funkce žaludku je velmi složitý proces, který je založený na vzájemném propojení neurogenních faktorů s exkrecí (vyloučení) gastrinu a neuropeptidů. Jsou tři fáze žaludeční sekrece a to fáze kefalická, fáze žaludeční, fáze střevní.

Kefalická fáze – Sekrece je zprostředkována nervus vagus. Stimulační podněty jsou vedeny do centrální nervové soustavy (hlad, čich, vztek). Sekrece se tlumí například strachem, pocitem sytosti, hyperglykémii.

Žaludeční fáze – Tato fáze nastává vstupem peptidů do žaludku. Sekreční odpověď je veliká a je na základě hormonální stimulace parietálních buněk gastrínem. Součástí je i produkce žaludeční šťávy, tato odpověď je řízena vagovým reflexem.

Střevní fáze - žaludeční sekrece je nejméně významná, je řízena pomocí enterohormonů horní části duodena (cholecystokin). Dále se na regulaci podílejí žlučové kyseliny v horní části duodena, absorpce tuků v tenkém střevě a jiné vlivy.

Potrava, která pronikne do jícnu, pomocí vagového reflexu vyvolá receptivní relaxaci, která vede ke zvětšení objemu žaludku. Vrstva žaludeční svaloviny tlak uvnitř žaludku, který vypuzuje tekutý obsah do duodena. Příčná vrstva hladké svaloviny v těle a antru vytváří peristaltickou vlnu. Celkově se antrum stahuje. Obsah žaludku je tlačěn směrem orálním. Fyziologicky se v duodenu objevují kontrakce když je pylorus

uzavřen, aby nemohlo docházet k reflexu duodenálního obsahu do žaludku. Tato funkce žaludku je tlumena tuky v potravě (Dítě, 2000).

1.3 Charakteristika onemocnění

Vředová choroba žaludku je nejrozšířenějším onemocněním populace ve všech věkových skupinách a u obou pohlaví, nejméně se nachází toto onemocnění v dětském věku, častěji v adolescenci a v dospělosti. Pro vředovou chorobu žaludku byl typický sezónní výskyt v jarních a podzimních měsících. Nyní je ovlivněna výskytem bakterie *Helicobacter pylori* (Hp). Peptický vřed se častěji objevuje u pacientů s krevní skupinou 0, která souvisí s jejich sníženou odolností proti kmenům *Helicobacter pylori*. Nejčastěji jsou postiženi pacienti s častým stresovým vypětím a dále u osob s nepravidelným režimem. Dále se vyskytuje u kuřáků a pacientů, kteří užívají nesteroidní antirevmatika.

Peptický vřed je poškození sliznice trávicí trubice kyselinou chlorovodíkovou (HCL-kyselina solná) její výskyt může být v jícnu, žaludku, dvanáctníku, v tenkém střevě, Meckelův divertikl.

Autor této knihy uvádí: „ Peptický vřed vznikající v oblasti intaktní sliznice trávicí trubice, na jeho vzniku se hlavní měrou podílí *Helicobacter pylori*.“ (Kohout, 2005, s.13).

Peptický vřed dělíme na primární (vředová choroba žaludku a duodena, je to onemocnění, při které má hlavní úlohu bakterie *Helicobacter Pylori*) a sekundární (příčina onemocnění je jiného původu)(Viz příloha číslo 1 obrázek číslo 1). Vředy rozlišujeme žaludeční (gastrické) a dvanáctníkové (duodenální). V žaludku rozlišujeme peptické vředy na subkardiální (umístěné pod kardií), fornixu a těla žaludku (dle umístění, mediogastrické a angulární) a na vředy vývodné části žaludku (vředy astrální, jiná symptomatologie).

1.4 Etiologie a patogeneze onemocnění

Peptický vřed je onemocnění, které má mnoho příčin, tudíž nemá jednotnou etiologii. Etiologie vředové nemoci je multifaktoriální. V jeho patogenezi se nachází převaha agresivních dějů nad ději obrannými (protektivními), které mají chránit

integritu sliznice. Agresivním činitelem je působení kyselého žaludečního sekretu, který může natrávit vlastní sliznici, pokud tomu nezabrání ochranné děje. Pakliže takto vzniklá slizniční léze přesáhne svalovou vrstvu sliznice (muscularis mucosae) hovoříme o vředu, pokud je léze mělká hovoříme o erozi. Agresivní faktory jsou kyselina chlorovodíková (HCL), peptická aktivita žaludečního sekretu, *Helicobacter pylori*, žluč a pankreatické enzymy, porucha cirkulace a mikrocirkulace, kouření, medikamentózní vlivy, kofein a některá dráždivá jídla. Obranné faktory jsou alkalita slin a pankreatické šťávy, bikarbonáty v žaludečním sekretu, vrstva hlenu na žaludeční sliznici, endogenní prostaglandiny, normální cirkulace a mikrocirkulace, regenerační schopnosti buněk, antiulcerózní medikace, alkalický vliv potravy.

Agresivní faktory se mohou ještě rozdělit na endogenní (kyselá sekrece, sekrece pepsinu, vliv žlučových kyselin a lysolecitinu) a na exogenní (patogenita kmenů *Helicobacter pylori*, vliv medikamentů, potravy, kouření a stresu).

Za vředovou chorobu žaludku a duodena lze považovat peptické vředy, u nichž nebyla nalezena jednoznačná příčina. Nyní lze označit hlavní příčinu bakterii *Helicobacter pylori*.

Sekundární peptické vředy mají známou příčinu, může jí být *Helicobacter pylori*, ale také nemusí. Příčiny mohou být následující:

a) Endokrinopatie

- hyperparatyreoza,
- hypergastrinemie- Zollingerův- Ellisonův syndrom,
- mnohočetná endokrinní adenomatoza,
- postižení hypofýzy, méně kůry nadledvin či štítné žlázy

b) Medikamentózní

- steroidní vředy (aplikace vyšších dávek kortikosteroidů)
- aplikace nesteroidních antirevmatik (včetně kyseliny acetylsalicylové)
- další medikamenty (preparáty zlata, kalium chlorátům)

c) Působení stresu

- poškození centrální nervové soustavy úrazem, chirurgickým zákrokem
- vředy kriticky nemocných, polytraumata
- popáleniny (Curlingův vřed)

V etiopatogenezi vředové choroby žaludku a duodena je nyní jednoznačně *Helicobacter pylori* určen, i když není jediným patogenetickým činitelem, na vzniku se

podílejí i jiné agresivní faktory. Bakterie má tvar tyčinky o rozměrech 3,5 x 0,5 x 0,5 mikromilimetrů. Na jednom konci bakterie jsou bičíky, které umožňují její pohyb. Ne všechny kmeny jsou opatřeny bičíky. *Helicobacter* obsahuje řadu enzymů ureázu, katalázu, oxidázu, alkalickou fosfatázu, proto tedy může existovat v kyselém prostředí žaludku. Produkce ureázy, enzymu štěpícího ureu (močovinu) na oxid uhličitý a amoniak. Takto se diagnostikuje přítomnost bakterie ve sliznici žaludku a duodena. Bakterie je schopna tvorby a sekrece látek, které charakterizují její patogenitu. *Helicobacter* se rozlišuje na I. kmen a II. kmen. Přenos může být orálně- orální nebo fekálně- orální, záleží na hygieně (Dítě, 2000; Kohout, 2005).

1.5 Rizikové faktory

Z faktorů, které můžeme ovlivnit se jedná o aplikaci nesteroidních antirevmatik, zejména těch, které působí neselektivně. Dalším rizikovým faktorem je kouření, stimulace kyselé sekrece z některých potravin a nápojů, stres. U *Helicobacteru pylori* musíme uvědomit, že se jedná o bakterii s fekálně orálním přenosem, proto je přenos v nižší hygienické úrovni, snížené hygienické návyky.

1.6 Příznaky

1.6.1 Subjektivní příznaky

U žaludečního vředu je hlavním příznakem bolest, která se objevuje velice záhy, do 1 hodiny po jídle. Lokalizace bolesti je nejčastěji ve středním epigastriu. Vřed, který je lokalizovaný pod kardií se projevuje bolestí, která se nachází v oblasti mečíku propagací za sternem, nebo v oblasti krku či dolní čelisti. Bolest bývá velmi intenzivní po jídle, proto nemocný nechce přijímat potravu, což vysvětluje ztrátu hmotnosti v akutním stadiu. Dochází ke snížené chuti k jídlu, objevuje se nauzea (nevolnost) a zvracení, dyspeptické potíže (řihání, pálení žáhy, nechutenství). Jestliže je vřed umístěn v pylorickém kanále, může se projevovat pylorostenózou (zúžení) či pylorospasmu, může docházet k městnání obsahu žaludku a zvracení velkého objemu tekutin či špatně strávené potravy. U některých pacientů se na vředovou chorobu přijde až vznikem komplikací (krvácení do gastrointestinálního traktu, pylorostenóza).

1.6.2 Objektivní příznaky

Objektivní příznaky bývají velmi nenápadné, pokud nedojde ke komplikacím. U nekomplikovaného žaludečního vředu může být příznakem pouze lehká palpační citlivost nebo bolestivost epigastria. Někdy bývá u pacientů zvýšená neurovegetativní dráždivost, která se projevuje červeným dermografismem nebo zvýšenou potivostí dlaní a chodidel. Další příznaky mohou být nápadné hubnutí, zvracení, ztráta chuti k jídlu, melena (natrávená krev ve stolici), hematemeza (zvracení krve) (Martínek, Špičák, 2000; Kohout, 2005).

1.7 Diagnostika

Důležitá pro diagnostiku je anamnéza. Je třeba se vyptat na současné potíže, onemocnění, které mohou být spojeny se vznikem nemoci. Zjistit údaje o medikaci a rodinné anamnéze a výskyt vředové choroby v rodině. Při setkání s pacientem jsme kromě sběru anamnestických dat provedli i fyzikální vyšetření břicha. Fyzikální vyšetření břicha není dostačující k tomu, abychom stanovili správnou diagnózu, ale zcela postačí, abychom zjistili napětí břišní stěny a palpační bolestivost břišní dutiny.

U nekomplikovaného vředu laboratorní vyšetření příliš nepomohou. Odebírá se KO (krevní obraz), krevní skupina, Rh-faktor, základní hemokoagulační hodnoty, hodnoty sérových elektrolytů (Na-sodík, K-draslík, Cl- chlór), glykémie, urea, kreatinin, jaterní testy (AST, ALT, ALP), biochemické změny, kromě změn v krevním obrazu (leukocytóza, anemie), provázejí většinou komplikace vředové nemoci. Laboratorního vyšetření lze využít na protilátky proti *Helicobacter pylori* v krvi a ve stolici. Pozitivita tohoto vyšetření nesvědčí pro vředovou chorobu žaludku, ale pouze pro infekci *Helicobacter pylori* (Dítě, 2000; Kubicová a kolektiv, 2000).

1.7.1 Zobrazovací metody

a) Rentgenologické vyšetření

Aplikace kontrastní látky (baryová kaše) eventuelně s dvojitým kontrastem (vzduch jako negativní kontrast či šumivé látky tvořící plyn) byl po dlouhá léta jedinou

diagnostickou metodou k potvrzení či vyloučení žaludečního a duodenálního vředu. Baryové přípravky pro perorální podání jsou vždy ochuceny. Tato metoda nebyla příliš vhodná, protože vředy na přední či zadní straně nebyly příliš vidět, často se hodnotilo podle nepřímých znaků. Na rozdíl od endoskopie nebylo možno terapeuticky zasáhnout. Výhodou byla diagnostika vředů penetrujících do okolních orgánů dutiny břišní, kdy čep kontrastní látky zasahoval mimo konturu duodena a žaludku.

Ošetrovatelská péče k vyšetření

Pacient musí být před vyšetřením alespoň 8 hodin lačný, poslední lehké jídlo má požit před 22 hodinou. Je důležité pacienta před vyšetřením poučit, že nesmí pít, jíst, kouřit, neužívat žádné léky (zvláště antacida a spasmolytika). Nemocnému nemá být aplikován lék ve formě injekce nebo čípku, které by mohli ovlivnit sekreci žaludku. Pacienti musí mít sundané veškeré cennosti. U pacientů diabetiků na inzulínu je nutné, aby šli na vyšetření přednostně, aby nebyli příliš dlouho lační.

Vyšetření

Nemocný polkne nejdříve 2-3 doušky baryové suspenze, tímto se zobrazí slizniční reliéf. Po prohlédnutí sliznice a zhotovení snímků vypije pacient celou dávku suspenze. Sleduje se peristaltické pohyby žaludku přechod kontrastní látky do částí dvanáctníku. Naplněný žaludek se sleduje v různých polohách. Po 2-3 hodinách od vyšetření se sleduje vyprazdňování žaludku. Žaludek v této době už bývá vyprázdněný a kontrastní látka je v kličkách tenkého střeva.

Ošetrovatelská péče po vyšetření

Po vyšetření sledujeme u pacienta vyprazdňování. Je dobré aby nemocný dodržoval pitný režim, aby došlo k naředění baryové suspenze. Zejména v tlustém střevě se může zahustit a způsobit zácpu.

b) Gastroskopie

Základní vyšetřením žaludku a duodena je endoskopické vyšetření. Je to invazivní vyšetření. Indikace tohoto vyšetření je při podezření na vředovou chorobu. Kromě přehledu celé oblasti je výhodou možnost bioptického vyšetření a provádění

terapeutických výkonů. Gastroskopie umožňuje přímý, barevný pohled do dutých orgánů. Rigidní gastroskop byl poprvé použit Wolfem a Schindlerem v roce 1932, v roce 1958 byl použit Hirschowitzem poprvé semiflexibilní endoskopický přístroj. Každý endoskop má ohebnou trubici, jejíž koncová část lze řídit, ve které jsou umístěna světelná vlákna, která zprostředkují studené světlo a vedení obrazu ze žaludku. V endoskopu je kanál, kterým je možné zavést různé přístroje k odběru tkáně. Přístroj je možné otáčet pomocí táhel, pro snazší zavedení a získání přehledu v prostoru prohlížených orgánů- jícen, žaludek, duodenum. Toto vyšetření trvá okolo 10 minut. Při tomto vyšetření lze odebrat část tkáně z okolí vředové léze, je možné potvrdit nebo vyloučit infekci *Helicobacter pylori* (Kohout, 2005).

Ošetrovatelská péče k vyšetření

Pacient nesmí od půlnoci jíst, pít kouřit, na vyšetření musí být lačný. Toto vyšetření se provádí u ambulantních i hospitalizovaných pacientů. Zde je velmi důležitá psychická podpora pacienta a hlavně důkladné vysvětlení následujícího vyšetření. Gastroskop se zavádí po místním znecitlivění hltanu a po případné premedikaci například diazepamem (anxiolytikum).

Ošetrovatelská péče po vyšetření

Po vyšetření přetrvává lokální znecitlivění, proto je vhodné, aby pacient ještě 2 hodiny po výkonu nejedl a nepil.

1.7.2 Vyšetření infekce *Helicobacter pylori*

Vyšetření lze provádět jak invazivně (endoskopické vyšetření) či neinvazivně (průkazem ve stolici či odběrem krve). Při endoskopii odebereme vzorek z okolí vředu, nebo z vývodné části žaludku. Vzorek posíláme na histologické vyšetření, protože při barvení solemi stříbra jsou bakterie velmi dobře znázorněny, průkazem ureázové reakce *Helicobacter pylori* (*Helicobacter* produkuje ve tkáni ureázu a ta štěpí močovinu, při jejím rozštěpení vzniká barevná reakce) nebo odběrem na mikrobiologické vyšetření, kde lze *Helicobacter pylori* kultivovat a provádět průkaz jeho invazivity či citlivosti na antibiotické léčbě.

1.7.3 Ostatní vyšetření

Další možné vyšetření jsou CT břicha (počítačová tomografie), metody nukleární medicíny. Tyto metody k diagnostice peptického vředu jícnu, žaludku či duodena již příliš nepomohou (Juřeniková a kolektiv, 1999).

1.8 Léčba

1.8.1 Konzervativní léčba

Důležitým pravidlem je správná životospráva a vyloučení všech škodlivých faktorů, které mohou vředovou chorobu způsobovat. Do léčebného režimu se zahrnuje:

1. *Fyzický klid* – u některých pacientů může být pouze relativní, ale některým pacientům dělá sebemenší zátěž potíže, tak dodržují režim absolutně. Medikamentózní léčba je tak účinná, že pacient nemusí dodržovat absolutní klid na lůžku.
2. *Duševní klid a dostatek spánku* – důležité je vyvarovat se stresovým situacím, kde byla vředová choroba vyvolána stresem.
3. *Dieta a stravovací režim* – dnes neexistuje žádná speciální dieta. Zcela nevhodné jsou potraviny „chemicky dráždivé“ to je strava kořeněná a aromatická. Zcela jistě nevhodné je pití kávy a to i bez kofeinu, podobné účinky má silný čaj, Coca cola. Nevhodný je alkohol – víno, destiláty. Řada pacientů dobře snáší „malé“ a méně stupňové pivo, vypité po jídle. Strava má být dobře tepelně a mechanicky připravená a malé porce. Dieta u pacientů s vředovou chorobou žaludku je individuální.
4. *Negativní vlivy* – zcela na místě je zákaz kouření, anebo významné omezení kouření. Dále je třeba vyloučit veškeré nesteroidní antirevmatika a kyselinu acetylsalicylovou. Osoby s akutní vředovou chorobou, které vykonávají fyzicky těžkou práci nebo pracují ve směnném provozu, měli by být v pracovní neschopnosti.
5. *Lázeňská léčba* – další režimové opatření je lázeňská léčba. Kromě zajištění pravidelného stravovacího režimu a léčebných procedur je zde i psychoterapeutická složka, která je nedílnou součástí léčby vředové choroby žaludku.

1.8.2 Medikamentózní léčba

Medikamenty se dělí do následujících skupin dle způsobu účinky.

- Antacida
- Cytoprotektiva
- Léky tlumící sekreci žaludeční kyseliny chlorovodíkové
- Antibiotika v případě infekce *Helicobacter pylori*

Antacida

Jsou to látky, které neutralizují kyselost žaludečního obsahu. Jsou to látky účinné, ale nevýhoda je že se musí užívat v krátkých časových intervalech (2-4 hodiny). Podávají se i jako prevence peptického vředu v rizikových situacích. Dělí se na adsorbční a resorbovatelná. Adsorbční antacida tvoří s žaludeční kyselinou komplex, kterým je kyselina chlorovodíková vyvázána. Resorbovatelná antacida kyselinu přímo neutralizují. Resorbovatelná antacida obsahují hydrogenuhličitan sodný (zažívací soda – soda bicarbona). Při dlouhodobém podávání může dojít k metabolické alkalóze. Pro tato rizika se již nedoporučuje podávat, jsou však volně prodávána. Adsorbční antacida využívají účinku koloidních hydroxidů (algedrát). Jsou zde některé nežádoucí účinky (zácpa, osteoporóza, průjem).

Přehled antacid

Adsorpční

Hydroxid hlinitý (algedrát)

- Maalox, Anacid, Acidos, Hydrotalcid, Rutacid, Talcid, Magnesium aluminas, Gastrogel

Kombinované preparáty

- Rennie, Tums

Resorbovatelná

Hydrogenuhličitan sodný, Gaviscon

H₂- blokátory

Když byl objeven na trhu histaminovaný H₂-receptor na parietální buňce, výrazně se urychlila léčba žaludečního vředu. Účinnost těchto léků je vysoká, zhojení 85- 90% vředových lézí do 6-8 týdnů. Podávají se v malých dávkách a zabrání vzniku stresového vředu. Jsou limitovány, blokují pouze jeden receptor. Před nástupem protonové pumpy byly tyto léky s oblibou kombinovány se selektivními parasymptolytiky.

Přehled H₂-blokátorů

Cimetidin

- Cumlich 200, Lock 2, Primamet

Ranitidin

- Apo- Ranitidine, Histac 75mg, 150mg, 300mg, Ranisan 75mg, 150mg, 300mg, Ranital 150mg, 300mg, Ulcosan

Famotidin

Apo-Famotidine 20,40mg, Famosan 10,20,40 mg, Quamatel 20,40mg

Cytoprotektiva

Tyto léky podporují obranné schopnosti žaludeční sliznice. Do této skupiny patří léky s jiným mechanismem účinku, mohou být zařazeny v jiné skupině například antacida.

Sukralfát

Jedná se o zásaditou sůl hydroxidu hlinitého a sulfatovanou sacharózu, které mají při nízkém pH polymerační schopnosti a vytvářejí vazký gel.

Preparáty:

- Center, Ulcogant, Sukralan

Bismut

Jeho funkce je podobná jako u sukralfátu, vytváří vrstvu, která pevně lpí na defektech sliznice žaludku a umožní jejich hojení. V České republice momentálně není k dispozici ani jeden z těchto léků.

Inhibitory protonové pumpy

Inhibitory protonové pumpy zablokují dočasně tvorbu enzymu a tím sekreci kyseliny chlorovodíkové do trávicí trubice. Tato léková skupina se používá ve všech indikacích léčby peptického vředu ať se nachází v jakékoliv části trávicí trubice. Dávkování tohoto léku je 1-2 dávky, popřípadě kontinuálně.

Přehled preparátů

- Apo-Ome 20mg, Gasec 20mg, Helicid 10,20mg, Losec, Omeprazol AL 20mg

Antibiotická léčba Helicobacter pylori

Kombinace těchto léků tvoří základní schéma. 2x20mg omeprazolu (inhibitor protonové pumpy), 2x1000mg amoxicilinu (antibiotikum), 2x200 metronidazolu (antibiotikum, chemoterapeutikum). Antibiotika jsou podávány v pravidelných časových intervalech (po 4, 6, 8, 12 hodinách dle ordinace lékaře). Používat nejméně 7 dní. Na antibiotika se nesmí pít alkohol, konzumovat kyselé potraviny. Nepodávají se kojícím matkám pouze život ohrožující stav. Mohou se vyskytnout nežádoucí účinky pachuť kovu, říhání spojené s hořkou příchutí, povlak na jazyku, zánět ústní sliznice, tlak v žaludku, nevolnost, zvracení, průjem, nechutenství. Proto je nutné, aby byl pacient sestrou neustále sledován (Kohout, 2005).

1.8.3 Chirurgická léčba

Medikamentózní léčba je v posledních 10 letech velmi významná, četnost akutních komplikací se snižuje. Tato léčba vede k poklesu chirurgických zákroků vředové choroby. Hlavní zásadou je odstranění vředové léze excizní (vyříznutí) nebo resekce části žaludku nebo totální gastrektomie (úplné odstranění žaludku) (Valenta a kolektiv, 2005)

Resekce typu Billroth I. (B I.)

Resekuje se distální 2/3 žaludku, část kde se produkuje gastrin. Tato metoda se užívá velmi zřídka. Nelze využít u duodenálních vředů, protože vřed by nebyl odstraněn. Velmi často vede k duodenogastrickému refluxu (návrat obsahu). (Viz příloha číslo 1 obrázek číslo 2).

Resekce typu Billroth II. (B II.)

Je starší tradiční metodou, kdy se odstraňují distální 2/3 žaludku. Odlišuje se rekonstrukcí, je uzavíráno duodenum v oblasti za pylorem. Nevýhoda této metody je častý reflux žluči do žaludku, karcinom. (Viz příloha číslo 1 obrázek číslo 3).

Resekce typu Y-Roux

Tato metoda se nejvíce používá při resekcii žaludku. Dochází k resekcii 2/3 žaludku jako u Billroth II. , ale je to výkon rozsáhlejší může dojít až totální gastrektomii. Duodenum je slepě uzavřeno, jejunum je přerušeno 20-30cm. Distální klička je našita na pahýl žaludku a střevní kontinuita je obnovena. Pacient tento výkon velmi dobře toleruje. (Viz příloha číslo 1 obrázek číslo 4).

Totální gastrektomie

Je to úplné odstranění žaludku, ale u vředové choroby žaludku je tento výkon výjimečný. V úvahu přichází malignita nebo vysoká lokalizace vředu u kardiie. Další indikací metody je Zollingerův-Ellisonův syndrom, nádor pankreatu. Pokud se nepodaří včas nádor lokalizovat a resekovat vytváří se mnohočetné vředy žaludku, které jsou rezistentní na konzervativní léčbu, dochází k totální gastrektomii.

1.9 Komplikace vředové choroby

1.9.1 Krvácení

Jedná se o velmi vážnou komplikaci vředové choroby žaludku, celková mortalita (úmrtnost) při krvácení ze žaludečních vředů je 6-8% a u duodenálních vředů je to 4-6%. Příznaky krvácení je hemateméza (zvracení krve), melena (natrávená krev ve stolici). Při těchto příznacích se musí urgentně provést endoskopické vyšetření. Musí se také myslet na jiné příčiny krvácení do horní části trávicího traktu (jícnové varixy, slizniční krvácení). Léčba krvácení je endoskopická, nejčastěji se užívá injekční technika. Do vředu a jeho okolí se aplikuje látka s hemostatickým nebo vasokonstrikčním účinkem (adrenalin, fibrin). K zástavě krvácení se používají i jiné techniky (termo-, elektro-koagulace, klipy). Závažnost krvácení a recidivy určuje Forrestova klasifikace krvácení z peptického vředu. (Viz příloha číslo 2.) Až do stadia

II.b je endoskopická léčba důležitá, snižuje se riziko recidivy. Pokud endoskopická léčba není úspěšná (více jak 2 recidivy po endoskopické léčbě) dochází na chirurgické řešení.

1.9.2 Penetrace

Penetrace je postupné pronikání vředu skrz stěnu žaludku do okolních orgánů, nejčastěji do pankreatu (slinivka břišní). Penetrace je pomalá, dochází k rozvoji zánětlivé reakce, díky které se vytváří srůsty s okolím. Klinické projevy jsou velmi silné bolesti v epigastriu (nadbřišku), které vystřelují až do zad. Musíme odlišit jiné náhlé příhody břišní a diafragmatický infarkt myokardu. Elevace amylázy (enzym, který zajišťuje štěpení škrobu na jednodušší cukry) a lipázy (enzym v lidském těle, který rozkládá tuky na glycerol a mastné kyseliny) v séru, zvyšuje podezření na penetraci. Léčba je chirurgická, u některých pacientů může dojít k intenzivní konzervativní léčbě inhibitory protonové pumpy (IPP), parenterální výživa, odsávání žaludečního obsahu.

1.9.3 Perforace

Perforace je „proděravění“ vředu do volné dutiny břišní. Nestačí se vytvořit srůsty z okolím, protože vřed perforuje rychle. Při vyšetření břicha nacházíme známky peritoneálního (pobřišnice) dráždění. Při nativním vyšetření břicha nacházíme v peritoneální dutině vzduch. U perforace vředu do dutiny břišní je obvyklá leukocytóza (úbytek bílých krvinek). Léčba je chirurgická, provádí se laparoskopie (optická vyšetřovací metoda dutiny břišní). Když je nalezen pozitivní *Helicobacter pylori* musí se co nejdříve zahájit eradicační léčba (Martínek, Špičák, 2000).

1.10 Specifika ošetrovatelské péče u nemocných s vředovou chorobou žaludku

Pacienti s vředovou chorobou žaludku jsou většinou přijímáni k diagnostickému nebo léčebnému režimu na interní standardní lůžkové oddělení. Nemocní s akutními komplikacemi (perforace, penetrace, krvácení) jsou přijímáni na chirurgická oddělení. Nemocného s vředovou chorobou žaludku je vhodné uložit na klidný pokoj. Je mu umožněn volný pohybový režim, ale je důležité, aby dodržoval dostatek tělesného klidu.

Sestra musí být od pacienta denně informována o vyprazdňování stolice pacienta. Komplikace, které by mohli během hospitalizace nastat jsou obstipace (zácpa), melena (krvácení do stolice), hemateméza (zvracení krve). Hemateméza a náhlá krutá bolest v nadbřišku a opakované zvracení svědčí o perforaci vředu.

Psychický stav pacient je další součástí komplexní léčby. Velmi důležitá je pro pacienta rodina. Sestra musí při každém kontaktu s nemocným dbát na uplatnění správného psychologického přístupu, protože nemocní bývají velmi citliví a vnímaví. Hygienické potřeby si pacient obstarává zcela sám.

Výživa je u pacienta s vředovou chorobou žaludku velmi důležitá. Svým složením nesmí potrava dráždit ke zvýšení sekrece žaludeční šťávy. Úprava a složení stravy se liší v období akutních obtíží a ve stadiu rekonvalescence. Nemocný musí jíst 6-7 denně po menších porcích, protože přijatá potrava neutralizuje žaludeční šťávu. Významnou potravinou v dietě je mléko, protože mírní hypersekreci žaludeční šťávy a snižuje kyselost (tím mírní pálení žáhy a tiší bolest). V akutním stadiu u hospitalizovaných pacientů podáváme velmi přísně šetřící dietu, která je označená v dietním systému číslem 1. Z diety jsou vyřazeny chuťově výrazné potraviny. Strava je tekutá, kašovitá. Při postupném zlepšování se přechází na přísnou šetřící dietu a posléze na šetřící dietu. Pacient by měl dietu dodržovat ještě 2-3 měsíce po zhojení vředu.

U pacientů s vředovou chorobou je důležité vysadit léky, které mohou mít ulcerogenní efekt (analgetika, obsahující kyselinu acetylsalicylovou). Medikamentózní léčba snižuje žaludeční hyperaciditu a tlumí pohyblivost žaludku, zvyšuje ochranný mechanismus žaludeční sliznice (Valenta a kolektiv, 2005).

1.11 Edukace pacienta

Edukace u pacienta s vředovou chorobou žaludku se bude zaměřovat zcela na stravu a dietní režim. Základem terapie je úprava životosprávy a doporučení jíst pravidelně. Nemocnému se musí vysvětlit, že nesmí jíst kořeněná, aromatická jídla, nezralé ovoce, nesmí pít černou kávu, kouřit a pít alkohol, nejíst studená nebo příliš horká jídla. Potrava se musí rozdělit do 5 denních dávek. Dieta je u pacienta tekutá nebo kašovitá (číslo 1, 2) (Dítě, 2000).

1.12 Nejčastější ošetrovatelské problémy

Akutní bolest, ztráty objemu tělesných tekutin, snížení výkonnosti v důsledku celkové slabosti, stresový syndrom, poruchy ve výživě, strach, úzkost, poruchy polykání z důvodů invazivních vstupů (žaludeční sonda), poruchy soběstačnosti, poruchy vyprazdňování stolice z důvodů krvácení, porucha kožní integrity, narušená verbální komunikace (Kubicová a kolektiv, 2000).

1.13 Prognóza

Prognóza je v podstatě velmi dobrá za předpokladu, že se nemocný bude léčit včas a v plném rozsahu, to znamená, že bude mimo jiné ochoten splnit všechna doporučení. Pokrok ve vývoji léčiv je obdivuhodný a je pravděpodobné, že zatím nebylo ještě řečeno poslední slovo. Intenzivně se pracuje na vakcíně proti *Helicobacteru pylori*, která by mohla výrazně omezit nejen výskyt vředové choroby, ale i rakoviny žaludku.

Praktická část

2 Ošetrovatelský proces

2.1 Identifikační údaje

Iniciály: J.N

Ročník narození: 1941

Věk: 67 let

Bydliště: Praha

Zdravotní pojišťovna: 111 (všeobecná pojišťovna)

Hospitalizována: 1.den na interním oddělení

Vzdělání: dříve účetní, nyní je důchodkyně

Stav: vdova

Datum přijetí: 25.11.2008

Dny ošetrovatelské péče: 25.11- 29.11. 2009

Kontaktní osoba: dcera H.N

2.2 Výtah z lékařské dokumentace

2.2.1 Nynější onemocnění (NO):

Pacientka byla hospitalizována od 22.11.2008 na chirurgickém oddělení pro náhle vzniklou bolest v nadbřišku a melenu (krev ve stolici). Gastroskopicky zjištěn vřed na přední stěně žaludku, terapie je konzervativní. Dále udávala bolesti v levé polovině břicha, sonografické vyšetření břicha s negativním nálezem, kolonoskopické vyšetření do 40 centimetrů v normě, posléze ukončeno pro alergickou reakci. Pacientka přeložena na interní oddělení ke zbylému vyšetření.

2.2.2 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza: V dispenzarizaci interní kliniky, kvůli polakysurii (časté močení přes den)) kontrolována na urologii, arteriální hypertenze, diabetes mellitus 0, ICHS (ischemická choroba srdeční) 0, TBC (tuberkulóza) 0.

Operace: Stav po operaci štítné žlázy v roce 1982

Úrazy: 0

Alergická anamnéza: Neudává.

Rodinná anamnéza: Otec zemřel na karcinom jater 54 let. Matka zemřela na karcinom jater 62 let.

Farmakologická anamnéza:

Helicid 20mg (antiulcerozum) 1-0-1, kapsle, p.o, Anacid (antacidum) 1-1-1-1 sáček, gel, p.o., Euthyrox 100ug (hormon štítné žlázy) 3x1/2 tablety, p.o., Oxazepam (anxiolytikum) 1 tableta na spaní, p.o, Algifen dle potřeby(analgetikum), kapky, p.o.

Sociální anamnéza: Pacientka je důchodkyně, vdova. V bytě žije s dcerou, která se o ní stará. Má jedno dítě, dcera, zdravá.

Pracovní anamnéza: Dříve pracovala jako účetní, nyní je důchodkyně.

Abusus: Kouří 15 cigaret denně, alkohol 0, káva 0.

2.2.3 Stav při přijetí (status praesens)

Krevní tlak (TK): 125/80, Tepová frekvence (TF): 88/minutu, Tělesná teplota (TT): 36,7, hmotnost: 44kilogramů, výška: 160 centimetrů, Body Mass Index (BMI): 17,2 (podváha) (Viz příloha číslo 3). Pacienta je orientovaná, bez klidové dušnosti, ikteru (žluté zbarvení) a cyanosy (promodrávání), astenická, hydratace dobrá, bledší kožní kolorit, skoliotické zakřivení páteře, kašel.

Hlava: poklep nebolestivý, inervace nervů symetrická, výstupy nervů nebolestivé, oční bulby volně pohyblivé, skléry jsou subikterické, spojivky prokrvené, zornice izokorické, hrdlo klidné, jazyk středem bíle povleklý.

Krk: šije volná, karotidy tepou symetricky, mírně zvýšená náplň krčních žil, klidná jizva po operaci štítné žlázy, uzliny nehmatné.

Hrudník: dýchání čisté sklípkové, 2 ozvy bez šelestu.

Břicho: měkké, palpačně bolestivé v levém mesogastriu a hypogastriu, bez hmatné rezistence.

Dolní končetiny: bez otoků a známek zánětu.

Per rectum: nevyšetřeno

2.2.4 Závěr při příjmu

Lékařská diagnóza:

Peptický vřed přední stěny žaludku

Stav po krvácení Dolichokolon

Dolichosigma pro pozánětlivou stenozu sigmatu

Arteriální hypertenze

Polakisurie v dispenzarizaci na urologii

Kyfoskolioza Th páteře

Stav po operaci štítné žlázy 1982

Ordinace při přijetí:

- Dieta: č. 3 Racionální, režim šetřící
- Terapie: Helicid 20mg 1-0-0 kapsle, p.o, Egilok 25mg 1/2-1/2-1/2 tablety, p.o, Cerucal- dle potřeby tablety, p.o , Anacid-antacidum1-1-1-1 sáček gel, p.o, Algifen- dle potřeby kapky, p.o, Oxazepam- 1 tableta na spaní tablety, p.o, Euthyrox 100ug 1/2-1/2- 1/2 tablety, p.o.
- Režim: Šetřící

Ordinovaná vyšetření při přijetí:

- Hematologické a biochemické vyšetření krve
- Biochemické vyšetření moče, vyšetření močového sedimentu
- Nativní snímek plic a srdce
- Elektrokardiografické vyšetření
- Endoskopické vyšetření
- Irigografické vyšetření
-

2.3 Vyšetření

2.3.1 Laboratorní vyšetření:

Tabulka číslo 1- Přehled hodnot sedimentace

Datum odběru	25.11.2008	27.11.2008	Referenční hodnoty
1 hod.	35	22	1-15
2 hod.	56	37	4-37

Tabulka číslo 2- Přehled hodnot krevního obrazu

Datum odběru	25.11.2008	27.11.08	Referenční hodnoty
Leukocyty	6,2 $10^9/l$	6,1 $10^9/l$	4,0–10,7 $10^9/l$
Erytrocyty	3,42 $10^{12}/l$	3,85 $10^{12}/l$	3,54-5,18 $10^{12}/l$
Hemoglobin	111 g/l	113 g/l	116-163 g/l
Hematokrit	0,274 l	0,342	0,330-0,470 l
Trombocyty	278 10^9	335 $10^9/l$	131-364 $10^9/l$

Tabulka číslo 3 - Přehled biochemického vyšetření krve

Datum odběru	25.11.2008	27.11.08	Referenční hodnoty
Natrium	139	137	137-146 mmol/l
Kalium	4,47	4,0	3,8-5,0 mmol/l
Chloridy	101	99	97-108 mmol/l
Urea	9,6	6,8	2,0-6,7 mmol/l
Kreatinin	131	101	44-104 μ mol/l
Protein	72,5	69,8	65,0 – 85,0 g/l
Bilirubin	4,8	4,3	2,0-17,0 μ mol/l

ALP	1,37	1,35	0,66-2,20 μ kat/l
AST	0,1	0,1	0,1-0,72 μ kat/l
ALT	0,21	0,20	0,1-0,78 μ kat/l
GMT	0,39	0,36	0,14-0,68 μ kat/l
Glykémie	4,04	4,0	3,9-5,6 mmol/l
CRP	negativní	negativní	0,0 - 6,5 mg/l

Tabulka číslo 4- Vyšetření močového sedimentu

Datum odběru	25.11.2008	Referenční hodnoty
Leukocyty	4-6	< 15
Erytrocyty	0-1	< 10
pH moče	5,0	< 6

Kultivace sputum, stolice (Bakteriologické vyšetření)

Sputum- *Hamophilus parainfluenza*, *Neisseria catarhalis*, *Streptokoky viridující*. Citlivé na běžné antibiotika.

Stolice- *E. coli*.

2.3.2 Zobrazovací metody

- Elektrokardiograf (EKG)

Datum: 25.11.2008

Závěr: 80/min, osa vertikální, PQ 0,12, QRS vlny štíhlé, naznačeny miskovitě ST-T, aVF, V6.

- Nativní snímek plic a srdce

Datum: 25. 11. 2008

Závěr: Kyfoskoliosa, plíce bez čerstvých ložisek, srdce lehce doleva zvětšené se sklerotickou aortou.

2.3.3 Endoskopické vyšetření

- Endoskopické vyšetření

Datum: 23. 11. 2008

Závěr: Stav po proběhlém krvácení z peptického defektu v horní třetině přední stěny žaludku, antrální gastritida. Odběr vzorku- negativní.

- Irigografické vyšetření

Datum: 27. 11. 2008

Závěr: Zánětlivé změny na sigmatu s relativním zúžením a rigiditou.

2.4 Fyziologické funkce

Tabulka číslo 5- Fyziologické funkce pacientky během hospitalizace

Datum	25.11.08	26.11.08	27.11.08	28.11.08	29.11.08	<i>Referenční hodnoty</i>
Tělesná teplota	36,3°C	37,1°C	36,8°C	36,5°C	36,6°C	36,1–36,9°C
Krevní tlak	125/80	130/90	120/60	135/70	110/70	100–140/60-90 torr
Tep	88/min	88/min	72/min	76/min	80/min	50-90/min
Dech	15/min	20/min	16/min	17/min	16/min	15-20/min
Hodnocení akutní bolesti	VAS 5	VAS 3	VAS 4	VAS 2	VAS 1	žádná bolest
Hodnocení chronické bolesti	VAS 2	VAS 1	VAS 2	VAS 1	VAS 1	žádná bolest
Hmotnost	44 kg	Výška	160 cm	BMI	17,2	18 - 25

Tabulka číslo 6- Body Mass Index

Datum	25.11.2008	29.11.2008
Výška	160cm	160cm
Hmotnost	44kg	43,5kg
BMI (Body Mass Index)	17,2 (podváha)	16,9 (podváha)

2.5 Bilance tekutin

Tabulka číslo 7- Přehled bilance tekutin

Datum	25.11.2008	26.11.2008	28.11.2008
Příjem	1000 ml	3500 ml	2000 ml
Výdej	800 ml	2500 ml	1600 ml

2.6 Terapie

Tabulka číslo 8- Terapeutické schéma

Datum: 25.11. 2008	ordinace	interval	forma léků	způsob aplikace
Dieta	Racionální č.3			p.o.
Antiulcerozum	Helicid 20mg	á 12 hod.	capsle	p.o.
Antacidum	Anacid	4x1 sáček	tablety	p.o.
Hormon štítní žlázy	Euthyrox 100ug	3x 1/2	tablety	p.o.
Analgetikum	Algifen 20 kapek	á 6 hod.	kapky	p.o.
Antiemetikum	Cerucal	á 6 hod.	kablety	p.o.

Datum: 26.11. 2008	ordinace	interval	forma léků	způsob aplikace
Dieta	Racionální č.3, od půlnoci lační.			p.o.
Antiulcerozum	Helicid 20mg	á 12 hod.	capsle	p.o.
Antihypertenzivum	Egilok 25 mg	á 6 hod ½ tablety	tablety	p.o.
Hormon štítné žlázy	Euthyrox 100ug	3x1/2 tablety	tablety	p.o
Antiemetikum	Cerucal	á 6 hod.	tablety	p.o.
Antacidum	Anacid	4x1 sáček	gel	p.o.
Analgetikum	Algifen 20 kapek	á 6 hod.	kapky	p.o
Anxiolytikum	Oxazepam	1 tableta na spaní	tablety	p.o.
Laxativum Provedené očistné klyzma 2x	Lactulosa	á 6 hod	sirup	p.o

Datum: 27.11. 2008	ordinace	interval	forma léků	způsob aplikace
Dieta	tekutá číslo 1.			p.o.
Antiulcerozum	Helicid 20mg	á 12 hod.	capsle	p.o.
Antihypertenzivum	Egilok 25 mg	á 6 hod ½ tablety	tablety	p.o.
Analgetikum	Algifen 20 kapek	á 6 hod.	kapky	p.o
Hormon štítné žlázy	Euthyrox 100ug	3x1/2 tablety	tablety	p.o
Antiemetikum	Cerucal	á 6 hod.	tablety	p.o.
Antacidum	Anacid	4x1 sáček	gel	p.o.

Tabulka číslo 9- Záznam zvracení

Čas	15:00 hodin	17:00 hodin
	Zvracení s příměsí krve	Nezvrací, cítí se lépe
Obtíže	Bolest žaludku (VAS 1-5) 4.	Má mírnou bolesti žaludku (VAS 1-5) 2.
Dieta	Číslo 1. tekutá	Číslo 1. tekutá
Léčba	Cerucal 1 tableta, p.o, Helicid 20mg capsle, p.o, Algifen 20 kapek p.o.	
Fyziologické funkce	TT 36,8 , TK 140/80, Tep 86	TT 36,7, TK 120/60, Tep 72

Datum: 28.11. 2008	ordinace	interval	forma léků	způsob aplikace
dieta	Kašovitá č.2			p.o.
Antiulcerozum	Helicid 20mg	á 12 hod.	capsle	p.o.
Antihypertenzivum	Egilok 25 mg	á 6 hod ½ tablety	tablety	p.o.
Analgetikum	Algifen 20 kapek	á 6 hod.	kapky	p.o
Hormon štítné žlázy	Euthyrox 100ug	3x1/2 tablety	tablety	p.o
Antiemetikum	Cerucal	á 6 hod.	tablety	p.o
Antacidum	Anacid	4x1 sáček	gel	p.o.

Datum: 29.11. 2008	ordinace	interval	forma léků	způsob aplikace
dieta	Racionální č.3			p.o.
Antiulcerozum	Helicid 20mg	á 12 hod.	capsle	p.o.
Antihypertenzivum	Egilok 25 mg	á 6 hod ½ tablety	tablety	p.o.
Hormon štítné žlázy	Euthyrox 100ug	3x1/2 tablety	tablety	p.o
Analgetikum	Algifen 20kapek	á 6 hod.	kapky	p.o.
Antacidum	Anacid	4x1 sáček	gel	p.o.

2.7 Fyzikální vyšetření sestrou (25.11.2008)

Hlava: velikost lebky je normocefalická, tvar je mezocefalický, poklep je nebolestivý, držení hlavy je přirozené výstupy nervů jsou nebolestivé, inervace je správná, příušní žláza je nebolestivá, víčka jsou bez patologických nálezů, oční bulby ve středním postavení, zorné pole souvislé 160 stupňů, spojivky prokrvené, skléry subikterické, rohovka průhledná, zornice jsou okrouhlé a izokorické, boltec je bez patologického nálezu, zvukovod bez sekrece, sluch je dobrý, rty jsou souměrné, růžové, jazyk plazí ve střední čáře, je mírně bíle povleklý, patrové oblouky růžové hladké, tonzily malé, hladké, dásně růžové, chrup vlastní sanován.

Krk: šíje je volná, pohyblivá, pulzace karotid symetrická, náplň jugulárních vén je mírně zvýšená, lymfatické uzliny oboustranně nehmatné, operace štítné žlázy, jizva je klidná.

Hrudník: je astenický, dechová vlna se šíří symetricky, prsy jsou symetrické bez rezistence, plíce poklep jasný, dýchání je čisté sklípkové, bronchofonie oboustranně symetrická, vedlejší dechové šelesty 0, srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, srdeční akce pravidelná 75', ozvy ohraničené.

Břicho: je měkké palpačně bolestivé v levém mesogastriu a hypogastriu.

2.8 Ošetřovatelský proces dle M.Gordonové

1. Vnímání zdraví

Pacientka se cítí unavená, má bolesti v nadbříšku, „cítí, že něco není v pořádku“. Obává se, jak vše dopadne. Zdravotní stav vnímá jako narušený. Má obavy i z průběhu léčby. Pacientka kouří 15 cigaret denně, kávu a alkohol nepije. Za poslední rok neprodělala závažnější onemocnění. Pacientka veškeré lékařské doporučení dodržuje důsledně, léky užívá pravidelně. Pro udržení zdravotního stavu si je vědoma, že by neměla kouřit, ale snaží se žít zdravě. Po propuštění z nemocnice se chce pokusit přestat kouřit a důsledněji dodržovat zásady zdravého životního stylu a především „nějak přizpůsobit stravování“.

Ošetřovatelský problém: strach z léčby a budoucnosti

2. Výživa a metabolismus

Výška: 160 cm Hmotnost: 44 kg BMI: 17,2 podváha (Viz příloha číslo 3- Hodnocení stavu výživy).

Pacientka se stravuje 2xdenně, má bolest do 1 hodiny po jídle, nechce jíst, hubne. Před hospitalizací občas zvracela po jídle. Pacientka trpí nechutenstvím. Poslední měsíc uvádí úbytek na váze 5 kilogramů. Stravu přijímá per os (ústy), ale velmi malé porce především kaše nebo jen pečivo se sýrem a nějakou uzeninu. Snaží se dodržovat pitný režim vypije tak 1,5 až 2 litry denně. Upřednostňuje čaj a někdy minerální vody. Kožní turgor v normě. Doma dietu nedodržovala nyní má racionální dietu číslo 3.

Ošetrovatelský problém: nedostatečná výživa, nepravidelné stravování, odmítání stravy, neznalost

3. Vylučování moči a stolice

Pacientka má problém s vylučováním moče, má polakysurii (časté močení přes den). Je dispenzarizovaná na interní klinice v urologické ambulanci. V současné době uvádí normální frekvenci močení. Jinak nemá jiné obtíže. Frekvence vylučování stolice je 2x do týdne, naposledy měla melenu . Někdy trpí zácpou. V současné době 4 dny stolice nebyla, uvádí pocit plnosti.

Ošetrovatelský problém: zácpa

4. Aktivita, cvičení

Pacientka je doma aktivní, snaží se dceři pomáhat s domácností. Ráda si čte, luští křížovky a velmi ráda chodí na procházky, kouká na televizi, občas si vyjde s kamarádkou. Přes den doma prakticky nespí, někdy jen odpoledne odpočívá. Pacientka udává „Chodím na procházky s dcerou, ale hlavně s kamarádkou, která má psa. Občas mi ho půjčí na procházku.“ Pacientka je soběstačná. Nyní má relativní klid na lůžku, snaží se odpočívát je velmi unavená. Pacientka se těší domů za dcerou. (Viz příloha číslo 4 - Barthelův test všedních činností).

Ošetrovatelský problém: únava

5. Spánek a odpočinek

Pacientka spí doma dobře, občas má problémy s usínáním, protože někdy spí odpoledne. V nemocnici se jí spí hůře, dostává oxazepam na spaní a na zklidnění. K ránu se budí. Spí i přes den je unavená.

Ošetrovatelský problém: porucha spánku

6. Smyslové vnímání, bolest

Pacientka je při vědomí, je orientovaná místem, časem, osobou, je soběstačná, komunikuje. Pacientka slyší dobře, chrup má vlastní sanován, nosí brýle na čtení, které jí plně vyhovují. Řeč je plynulá. Bolest v nadbříšku, nyní je bolest (VAS 1-5) číslo 3 mírnější, než před začátkem hospitalizace. Popisuje bolest, která se dostavuje přibližně hodinu po jídle. Má bolest hodinu po jídle.

(Viz příloha číslo 5- Hodnocení bolesti).

Ošetrovatelský problém: bolest

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka je většinou pesimistka, vidí vše „černě“. Má ráda svojí rodinu a své kamarády a oni jí pomáhají ve všem. Pacientka udává „Mám strach z následných vyšetření a léčby, ale doufám, že se brzy uzdravím a budu dbát na životní styl.“

Ošetrovatelský problém: strach

8. Role- mezilidské vztahy

Pacientka bydlí s dcerou, která jí navštěvuje v nemocnici, pacientka je vdova, nyní důchodkyně, dříve pracovala jako účetní. Rodinné i přátelské vztahy popisuje velmi pozitivně, těší se vždy na návštěvu dcery.

Ošetrovatelský problém :0

9. Sexualita a reprodukční činnost

Porod 1 dítě, gynekologické operace 0, menarche 12 let, menopauza 51 let. Pacientka žije bez partnera, popisuje, že s manželem měla dříve kvalitní život a byla spokojená.

Ošetrovatelský problém: 0

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí

V poslední době pacientka stresové situace neměla. Dříve v práci měla stres, zvládala ho hůře, je si vědoma, že se stresovala i věcmi, které byly nepodstatné. Velká zátěžová situace byla smrt manžela. Více se pacientka nechtěla o „citlivé“ situaci zmiňovat. Nyní je klidnější. Veškeré problémy sdílí s dcerou, mají velice krásný vztah jak sama uvádí.

Ošetrovatelský problém: 0

11. Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Pacientka je ateistka. Nejdůležitější je pro ní zdraví své a její dcery a následně jejich spokojenost. Brzy by chtěla mít vnoučata, ale hlavně se musí uzdravit.

Ošetrovatelský problém: 0

12. Jiné

Pacientka je velmi příjemná, komunikativní. Na všechny otázky mi odpověděla. Má strach z průběhu léčby, ale doufá, že bude brzy v pořádku. Je ochotna dodržovat veškeré léčebné omezení. Velmi dobře se komunikovalo s pacientkou i její dcerou, která chodila za maminkou na návštěvu.

2.9 Seznam ošetřovatelských diagnóz

Bolest akutní v epigastriu z důvodů žaludečního vředu projevující se intenzitou stupně 5 (VAS 1-5), verbalizací problému, zaujímáním úlevové polohy, mimikou obličeje, odmítáním stravy

Strach z následných vyšetření, léčby a budoucnosti z důvodů diagnostiky vředové choroby žaludku projevující se neklidem, kladením častých dotazů týkajících se onemocnění, obtížným usínáním a zvýšeným napětím

Zácpa z důvodů vředové choroby žaludku a léčebného režimu projevující se nepravidelným vyprazdňováním a zvýšeným pocitem plnosti

Výživa porušená nedostatečná z důvodu nepravidelného a sníženého energetického příjmu a netolerance stravy projevující se BMI 17,2 a únavou

Neznalost, potřeba poučení o dodržování léčebného režimu v oblasti stravování a složení stravy projevující se častými otázkami a projevením obav

Prokrvení tkání porušené, riziko vzniku z důvodu proběhlého krvácení z peptického defektu v horní třetině přední stěny žaludku

2.10 Ošetrovatelské diagnózy

Bolest akutní v epigastriu z důvodů žaludečního vředu projevující se intenzitou stupně 5 (VAS 1-5), verbalizací problému, zaujímáním úlevové polohy, mimikou obličeje, odmítáním stravy

CÍL: Pacientka pociťuje zmírnění bolesti do konce hospitalizace

Výsledná kritéria: Pacientka neverbalizuje problém do 5 dnů

Pacientka zná techniky napomáhající zaujímat úlevovou polohu do 2 hodin

Pacientka umí hodnotit svojí bolest na VAS 1-5 do 20 minut

Pacientka je klidná a spolupracuje do 6 hodin

Pacientka umí vyjádřit ústup bolesti do 4 dnů

Pacientka zná důvody své bolesti do 6 hodin

Pacientka neodmítá stravu do konce hospitalizace.

Intervence: Požádej pacientku, aby klasifikovala svojí bolest do 2 hodin (sestra).

Měř a zaznamenávej intenzitu a charakter bolesti po celou dobu hospitalizace (sestra).

Informuj lékaře o stavu pacientky, ihned (sestra).

Komunikuj s pacientkou při každém kontaktu a vše jí řádně vysvětli, ihned (sestra).

Podávej medikamenty dle ordinace lékaře, ihned (sestra).

Sleduj účinek a nežádoucí účinky analgetik, ihned (sestra).

Pomáhej pacientce se zaměřit na aktivní činnost (relaxační a dechové cvičení) do 2 dnů (sestra, fyzioterapeut).

Sleduj a zaznamenávej vitální funkce pacientky, stále (sestra).

Informuj pacientku o úlevových polohách do 2 hodin (sestra).

Realizace: Pacientce jsem podávala léky dle ordinace lékaře a sledovala jejich účinek. Měřila a zaznamenávala intenzitu a charakter bolesti. Komunikovala s pacientkou,

řádně jí vše vysvětlila. Informovala o technikách napomáhající zmírnění bolesti. Sledovala a zaznamenávala fyziologické funkce.

Hodnocení: Bolest se nemocné zmírnila ze stupně 5. na stupeň 3. Pacientka verbalizuje zmírnění bolesti. Pacientka je klidnější, nemá změněnou mimiku obličeje. Pacientka neodmítá stravu.

Strach z následných vyšetření, léčby a budoucnosti z důvodů diagnostiky vředové choroby žaludku, projevující se neklidem a kladením častých dotazů týkajících se onemocnění, obtížným usínáním, zvýšeným napětím

CÍL: Pacientka nepocítuje strach do 5 dnů

Výsledná kritéria: Pacientka není nervózní do konce hospitalizace

Pacientka neverbalizuje problém do 4 dnů

Pacientka zcela chápe své onemocnění a nepocítuje strach do konce hospitalizace.

Pacientka je klidná do konce hospitalizace.

Pacientka je klidná, nemá problémy s usínáním do konce hospitalizace.

Intervence: Komunikuj s pacientkou při každém kontaktu a vše jí řádně vysvětlí ihned (sestra).

Buď k pacientce vstřícná a milá, stále (sestra).

Plň ordinace lékaře, stále (sestra).

Informuj lékaře o stavu pacientky, stále (sestra).

Zajisti pacientce, volný přístup rodiny, ihned (sestra).

Zajisti pacientce informační letáky týkající se jejího onemocnění do 3 dnů (sestra).

Vysvětlí pacientce potřebné postupy na takové úrovni, aby byla schopna je pochopit a následně realizovat do 12 hodin (sestra).

Realizace: S pacientkou jsem mluvila vstřícně, snažila jsem se každý její dotaz zodpovědět. K pacientce měla přístup dcera i její rodina. O zdravotním stavu jsem informovala lékaře. Plnila ordinace lékaře.

Hodnocení: Cíl byl splněn. Pacientka pochopila zásady, které bude dodržovat, aby se její zdravotní stav zlepšil. Pacientka se nebojí na cokoli zeptat. A věří že vše bude zase dobré.

Zácpa z důvodů vředové choroby žaludku a léčebného režimu projevující se nepravidelným vyprazdňováním a zvýšeným pocitem plnosti a verbalizací

CÍL: Pacientka má fyziologické vyprazdňování do konce hospitalizace

Výsledná kritéria: Pacientka zná a chápe důvody zácpy do 12 hodin

Pacientka neverbalizuje problém do 4 dnů

Pacientka nemá pocit plnosti břicha do 4 dnů

Pacientka se vyprázdnila do konce hospitalizace pomocí Lactulosity a očistných klyzma

Intervence: Pouč pacientku o pitném režimu, ihned (sestra).

Plň ordinace lékaře, ihned (sestra).

Posud' míru aktivity u pacientky, do 3 dnů (sestra).

Zjistí zda-li je defekace bolestivá, jestli není s příměsí (krev,hlen), ihned (sestra).

Podávej medikamenty dle ordinace lékaře, stále (sestra).

Komunikuj s pacientkou o problému, stále (sestra).

Urči trvání současného problému a stupeň jeho závažnosti, do 2 dnů (sestra).

Umožni pacientce soukromí při defekaci, ihned (sestra).

Zaznamenávej pravidelnost stolice, každý den (sestra).

Realizace: Pacientka byla seznámena s nutností dodržování pitného režimu a dietního režimu. S pacientkou jsem o problému mluvila otevřeně. Zaznamenávala jsem každý den, jestli byla pacientka na stolici. Stolicí jsem kontrolovala zda-li nejsou příměsí krve a stolice. Léky podány dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Pacientka se během hospitalizace vyprázdnila, bezbolestně a bez příměsí krve a hlenu, dostala Lactulosu a očistné klyzma před vyšetřením. Doma bude dodržovat dietní omezení a pitný režim. Pacientka nyní neverbalizuje problém.

Výživa porušená, nedostatečná z důvodu nepravidelného a sníženého energetického příjmu a netolerance stravy projevující se BMI 17,2, občasným zvracením, verbalizací, únavou

CÍL: Pacientka zvýší svojí hmotnost o 0,5 kilogramu za týden

Výsledná kritéria: Pacientka neubývá na váze do 7 dnů

Pacientka neverbalizuje problém do konce hospitalizace

Pacientka dodržuje dietní režim do konce hospitalizace

Pacientka není unavená do konce hospitalizace

Pacientka nezvrací do konce hospitalizace

Intervence: Informuj pacientku o dietním režimu, ihned (sestra).

Komunikuj s pacientkou při každém kontaktu (sestra).

Sleduj pacientku a informuj lékaře o jejím zdravotním stavu, stále (sestra).

Podávej medikamenty dle ordinace lékaře (sestra).

Informuj pacientku o zdravém životním stylu do konce hospitalizace (sestra).

Zajisti pacientce dietní sestru, ihned (sestra).

Zaznamenávej množství zkonsumované potravy, stále (sestra).

Sleduj a zaznamenávej zvracení pacientky, stále (sestra).

Sleduj a zaznamenávej hmotnost pacientky, stále (sestra).

Komunikuj s rodinou o dodržování diety, stále (sestra).

Realizace: Pacientku jsem informovala o dietním režimu a zdravém životním stylu. Zaznamenávala její hmotnost. Plnila ordinace lékaře, podávala léky dle ordinace lékaře. Komunikovala s pacientkou. Zaznamenávala množství zkonsumované potravy. Sledovala jsem celkový stav nemocné, zvracení. Zajistila pacientce dietní sestru.

Hodnocení: Pacientka chápe nutnost zdravého stravování a životního stylu. Stravuje se v malých porcích víckrát denně. Pacientka při hospitalizaci nenabyla na váze, zvracela 1x, stravu lépe toleruje.

Neznalost, potřeba poučení o dodržování léčebného režimu v oblasti stravování a složení stravy projevující se častými otázkami a projevením obav

CÍL: Pacientka je poučena o léčebném režimu do konce hospitalizace

Výsledná kritéria: Pacientka nemá obavy do 3 dnů

Pacientka chápe vážnost dodržování léčebného režimu do 4 dnů

Pacientka neverbalizuje problém do konce hospitalizace

Intervence: Buď k pacientce milá a vstřícná, stále (sestra).

Reaguj na veškeré pacientčiny dotazy a obavy, stále (sestra).

Plň ordinace lékaře, stále (sestra).

Komunikuj s pacientkou při každém kontaktu (sestra).

Vysvětli pacientce daný problém tak, aby byla schopná ho pochopit do konce hospitalizace (sestra).

Umožni k dispozici pacientce letáčky, které se týkají dietního režimu a správného stravování, ihned (sestra).

Zajisti dietní sestru do konce hospitalizace (sestra).

Realizace: Pacientce jsem vše řádně vysvětlila, vstřícně odpovídala na její dotazy. Poučila jí o dietním režimu a životním stylu, zajistila dietní sestru. Umožnila jsem nemocné literaturu týkající se dané problematiky. Poučila o následné léčbě.

Hodnocení: Pacientka vše pochopila. Dotazy ohledně onemocnění jí byly zodpovězeny.

Prokrvení tkání porušené, riziko vzniku z důvodu proběhlého krvácení z peptického defektu v horní třetině přední stěny žaludku

CÍL: Pacientka nekrvácí z peptického vředu do konce hospitalizace

Intervence: Sleduj stav pacientky, stále (sestra).

Informuj lékaře o stavu pacientky, ihned (sestra).

Měř a zaznamenávej fyziologické funkce pacientky, dle ordinace lékaře (sestra).

Pouč pacientku o vhodné stravě a životním stylu do konce hospitalizace (sestra).

Sleduj a zaznamenávej stolici a zvracení a příměsi do konce hospitalizace (sestra).

Plň ordinace lékaře, ihned (sestra).

Komunikuj s pacientkou při každém kontaktu (sestra).

Realizace: Sledovala jsem pacientku, měřila fyziologické funkce dle ordinace lékaře, zaznamenávala stolici a zvracení, komunikovala s pacientkou, poučila nemocnou o důležitosti stravovacích návyků.

Hodnocení: Ke krvácení z peptického defektu během hospitalizace nedošlo.

2.11 Edukační proces

V rámci edukace pacientky jsem se zaměřila na seznámení nemocné s dietním omezením a dodržování zdravého životního stylu.

2.11.1 Edukační záznam, realizace

Téma edukace: Poučení pacientky v problematice výživa a metabolismus.

Forma edukace: verbálně, letáčky

Cíl edukace: Pacientka chápe nutnost dodržování pravidelné stravy a dietního režimu.

Doporučení: Pacientce bylo vysvětleno, že se musí pravidelně stravovat.

Pacientka musí sledovat bolest břicha po jídle, stolici a její příměsi.

Psychická příprava nemocné.

Vysvětlit nemocné problematiku stravování.

Příjemce edukace: pacient

Edukátor: zdravotní sestra

Metody: výklad, rozhovor

Pomůcky: např. letáky

Edukační plán

Neznalost a potřeba poučení v oblasti výživa a metabolismus z důvodu vředové choroby žaludku projevující se nízkým BMI 17,2, opakovanými dotazy na daný problém

Cíl: Pacientka chápe a zná danou problematiku v oblasti výživy a metabolismu do konce hospitalizace.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka zná složení stravy do 2 hodin.

Pacient chápe vážnost podvýživy do 3 dnů.

Pacient zná komplikace podvýživy do 2 hodin.

Pacientka neverbalizuje problém do konce hospitalizace.

Intervence:

Zjistí zda si nemocná umí zhodnotit BMI do konce hospitalizace (sestra).

Určí nemocné schopnost učit se, ihned (sestra).

Edukuj nemocnou o zdravé výživě, nutnosti pravidelného stravování, malé porce a vhodné stravě do konce hospitalizace (sestra).

Použij k edukaci vhodnou literaturu a letáčky, ihned (sestra).

Buď milá a vstřícná a zodpověz veškeré dotazy ohledně daného problému, ihned (sestra).

Realizace:

Zjistila jsem, že pacientka nevěděla co je to BMI, naučila jsem pacientku BMI zhodnotit. Pacientce jsem vysvětlila nutnost dodržování pravidelného stravování a správné složení stravy a porce. Určila jsem nemocné schopnost se učit, nové věci ohledně stravování a životního stylu. S pacientkou jsem komunikovala otevřeně a reagovala na veškeré její dotazy a obavy.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientka pochopila celou problematiku stravování velmi dobře.

2.11.2 Kontrolní otázky pro sestru a pacienta

Tabulka číslo- 10 *Kontrolní otázky pro sestru*

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
1. Zhodnot' BMI pacientky?	Výška pacientky na druhou / váha.
2. Kožní kurgor?	Fyziologický, přiměřený věku.
3. Zdravé stravování?	NE kořeněné, dráždivé, solené, NE černou kávu, malé porce v pravidelných intervalech. Dodržování pitného režimu.

Tabulka číslo- 11 *Kontrolní otázky pro pacienta*

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
1. Zhodnot' BMI?	Výška na druhou/hmotnost.
2. Co je to BMI 17,2?	Podvýživa, z důvodů nedostatečného stravování.
3. Jaké zásady stravování jsou u pacientů s peptickým defektem?	Vhodná dietní strava, ne kořeněné, ne mastné, dráždivé, pravidelnost stravování, malé porce. Pitný režim.

2.11.3 Hodnocení edukace

Pacientka během edukace spolupracovala. Danou problematiku velmi rychle pochopila. Po edukaci si sama uměla zhodnotit BMI, je poučena o stravování a životním stylu. Pacientka byla nadšená novým stravováním. Pacientka správně odpovídala na položené dotazy, chápe problematiku edukace. Cíl byl splněn.

Zhodnocení ošetrovatelského procesu

Komunikace s pacientkou byla velmi dobrá, na vše mi odpověděla. Pacientka dodržovala veškeré lékařské i ošetrovatelská doporučení . Komunikace s rodinou pacientky byla taktéž velmi dobrá. Pacientka byla ochotná a připravená na nové změny v životě ohledně stravování a životního stylu.

Závěr

Cílem při psaní této bakalářské práce bylo přispět k zvýšení kvality ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku, vytvořit jakousi předlohu pro studenty zdravotních škol a bakalářských programů, tak i pro sestry v praxi v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče u pacientů, kteří tímto onemocněním trpí

Materiály, které jsem použila ve své bakalářské práci, mi byly poskytnuty na interním oddělení Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Ke sběru potřebných dat jsem využila ošetrovatelskou anamnézu dle modelu M. Gordonové. Stanovila jsem ošetrovatelské diagnózy. Zhodnotila biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby pacientky. Hlavní mou snahou byla saturace veškerých potřeb nemocné. Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodů častého výskytu onemocnění. Toto onemocnění je vyléčitelné, pouze se nesmí zanedbat, pak dochází ke komplikacím, které ohrožují život pacienta. Při ošetřování pacientky jsem pochopila jak moc je důležitá komunikace mezi sestrou a pacientkou. Pacientka spolupracovala velmi dobře, byla velice komunikativní, nebála se na cokoli zeptat, řádně plnila doporučení lékaře i sester. . Během ošetrovatelské péče došlo k vzájemné důvěře, což vedlo ke zlepšení celého ošetrovatelského procesu. Dcera nemocné byla velmi komunikativní a taktéž spolupracovala.

Pacientku jsem se snažila edukovat v oblasti zdravého stravování a zdravého životního stylu. Poučila jsem jí ve směru pravidelnosti stravy a vhodnosti potravin. Řádně nemocné vysvětlila, jak je strava důležitá. Cíl edukace byl splněn, nemocná pochopila vážnost stravování.

Doufám, že tato práce bude vhodná učební pomůcka nejen pro sestry z klinické praxe a studenty zdravotnických škol a bakalářských programů v rámci výuky a realizace ošetrovatelské péče samotné, ale i přispěje široké veřejnosti především z hlediska preventivního v souvislosti s tímto civilizačním onemocněním, kam bezesporu vředová choroba patří.

Seznam použité literatury

ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. Praha : Univerzita Karlova, 2006. ISBN- 80-246-1216-X.

KOHOUT, P. *Vředová choroba*. Praha: Nakladatelství Maxdorf s.r.o., 2005. ISBN- 80-7345-077-1.

DÍTĚ, P. *Vředová nemoc žaludku a duodena*. Praha: Nakladatelství Galén, 2000. ISBN- 80-7262-079-7.

MARTÍNEK, J. ; ŠPIČÁK, J. *Onemocnění žaludku a dvanáctníku*. Praha: Nakladatelství Triton s.r.o., 2000. ISBN- 80-7254-106-4.

VALENTA, J. a kol. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN- 80-246- 0644-5.

KUBICOVÁ, L. a kol. *Chirurgické ošetrovatel'stvo*. Žilina: Vydavatel'stvo Osveta, 2000. ISBN- 80-8063-049-6.

NEUWIRTH, J.; FIFEROVÁ, G. *Ošetrovatelství 2*. Praha: Nakladatelství Informatorium, 1996. ISBN- 80-85427-88-5.

ROZSYPALOVÁ, M. a kol. *Ošetrovatelství 1/2*. Praha: Nakladatelství Informatorium, 1999. ISBN-80-86073-40-8.

ZEMAN, M. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Nakladatelství Grada, 2000. ISBN- 80-7169-705-2.

PAFKO, P. *Náhlé příhody břišní*. Praha: Nakladatelství Grada Publishing, 2006. ISBN- 80-247-0981-3.

MYSLIVEČEK, J.; TROJAN, S. *Fyziologie do kapsy*. Praha: Nakladatelství Triton, 2004. ISBN- 80-7254-497-7.

LUKÁŠ, K. *Vředy žaludeční a dvanáctníkové: Stručný průvodce pro pacienty*. Praha: Nakladatelství Triton, 1999. ISBN- 80-7254-025-4.

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. USA, Colorado: David company, translation Grada Publishing, spol. s.r.o, 2001. ISBN- 80-247-0242-8.

Seznam příloh

Příloha číslo 1- Peptický vřed, chirurgická léčba

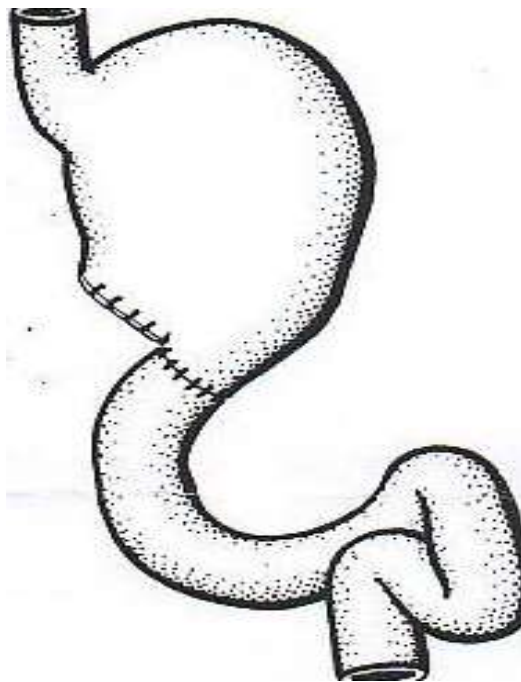
Příloha číslo 2- Forresterova klasifikace krvácení z peptického vředu

Příloha číslo 3- Body Mass Index

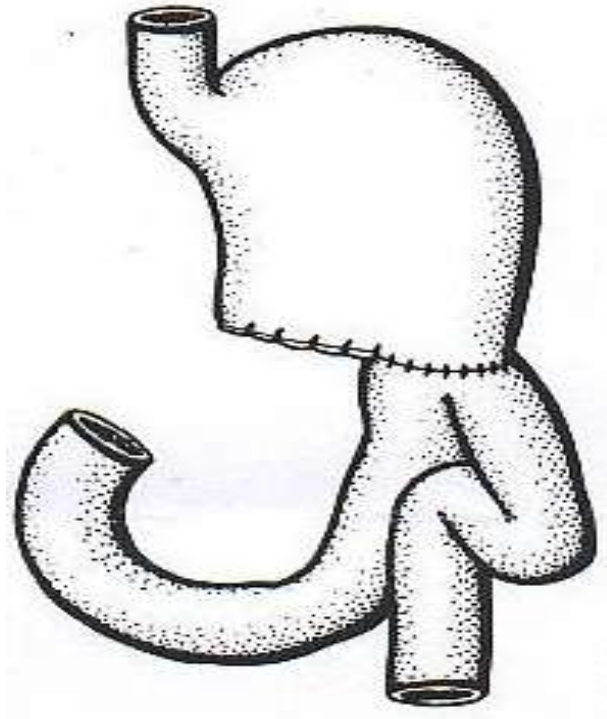
Příloha číslo 4- Barthelův test všedních činností

Příloha číslo 5- Hodnocení bolesti

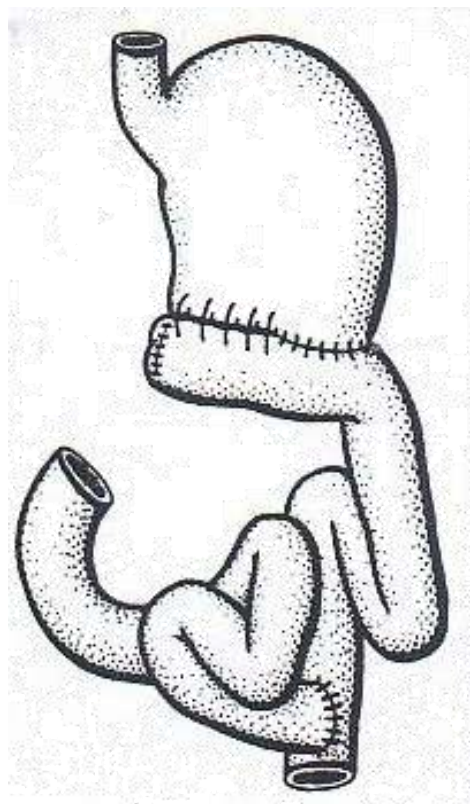
Příloha číslo-1 Peptický vřed



Resekce žaludku typu Billroth 1.



Resekce žaludku typu Billroth 2.



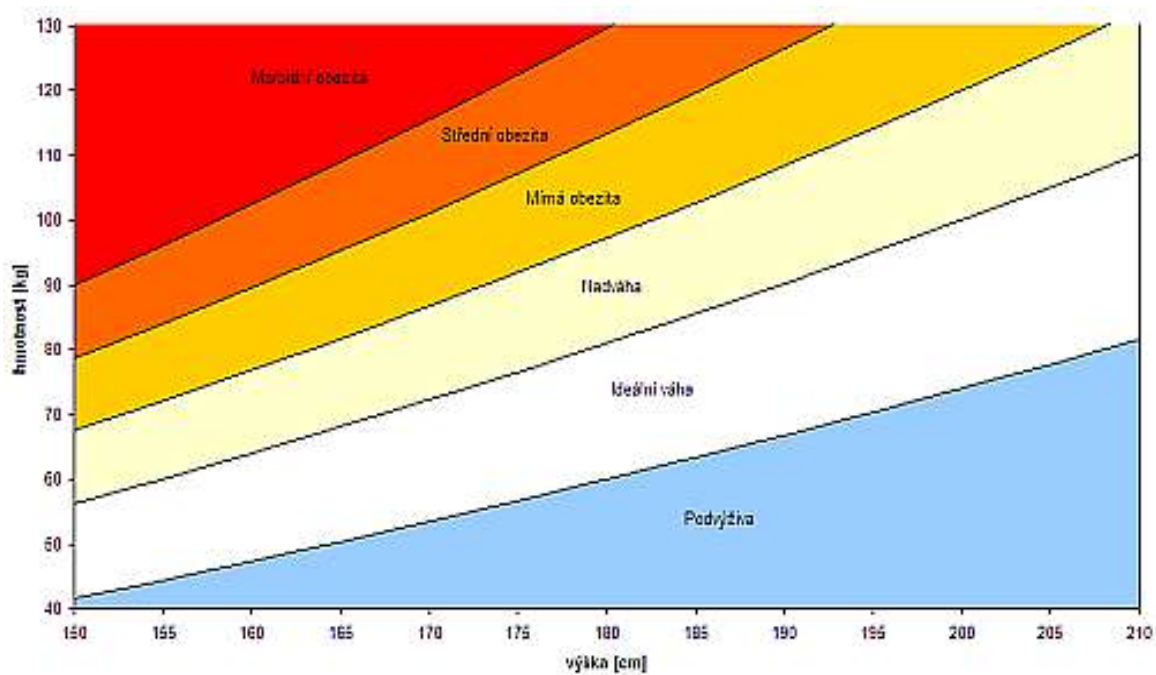
Resekce žaludku s anastomózou typu Y-Roux

Příloha číslo- 2 Forresterova klasifikace krvácení z peptického vředu

STADIUM	POPIS SITUACE	% RECIDIVY KRVÁCENÍ
Ia	Arteriální krvácení (silným proudem)	90%
Ib	Venózní nebo kapilární krvácení	55-60%
IIa	Viditelná céva na spodině vředu	50%
IIb	Vřed krytý koagulem	12-33%
IIc	Vřed s hematinovou spodinou	10%
III	Vřed bez známek krvácení	3%

Příloha číslo-3 Body Mass Index

	Kategorie	Zdravotní rizika
méne než 18,5	podváha	vysoká
18,5 - 24,9	normální váha	minimální
25 - 29,9	nadváha	středně vysoká
30 - 34,9	obezita	1. stupně vysoká
35 - 39,9	velká obezita	2. stupně vysoká
40 a více	klinická obezita	velmi vysoká



Příloha číslo- 4 Barthelův test základních všedních činností

Položka	hodnocení	počet bodů
1. Najedení, napití	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. Oblékání	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. Osobní hygiena	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. Koupání	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. Kontinence moči	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. Použití WC	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. Chůze po schodech	sám	10
	s pomocí	5
	nelze	0
9. Přesun lůžko-židle	sám	15
	s malou pomocí	10
	ev.vozík s dopomocí, vydrží sedět	5
	nelze	0
10. Chůze po rovině	nad 50m	15
	s pomocí	10
	na vozíku	5
	nelze	0

Vyhodnocení Barthelova testu

Hodnocení stupně závislosti	0 – 40 bodů Vysoce závislý	65 – 95bodů Lehká závislost
	45 – 60 bodů Závislost středního stupně	96 – 100 bodů Nezávislý

Příloha číslo- 5 Hodnocení akutní bolesti – Vizuální analogová škála

Jméno: J.N

Rok narození: 1941

Celkové bodové hodnocení.....Datum...25.11.2008

žádná bolest---0---1---2---3---4---5-----nesnesitelná bolest

Celkové bodové hodnocení.....Datum 26.11.2008

žádná bolest---0---1---2---3---4---5-----nesnesitelná bolest

Celkové bodové hodnocení.....Datum 27.11.2008

žádná bolest---0---1---2---3---4---5-----nesnesitelná bolest

Celkové bodové hodnocení.....Datum 28.11.2008

žádná bolest---0---1---2---3---4---5-----nesnesitelná bolest

Celkové bodové hodnocení.....Datum 29.11.2008

žádná bolest---0---1---2---3---4---5-----nesnesitelná bolest