

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S VŘEDOVOU
CHOROBU GASTRODUODENA
NURSING PROCEDURE IN A PATIENT WITH GASTRODUODENAL
PEPTIC ULCER DISEASE

Bakalářská práce

PETRA VALÁŠKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-04-14

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 14. 4. 2011

ABSTRAKT

VALÁŠKOVÁ, Petra. *Ošetrovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou gastroduodena*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jitka Němcová, Ph.D. Praha. 2011. s. 56.

Hlavním tématem bakalářské práce je vlastní vředová choroba žaludku a duodena. Teoretická část práce pojednává o příčinách vzniku a projevech této choroby, diagnostice, léčbě. Léčba je rozdělená na konzervativní postup s nejčastěji používanými léky a terapii chirurgickou. Velkou částí práce je popis gastrokopie s podrobným popisem přípravy pacienta na toto vyšetření, dále to jsou režimová opatření včetně šetřící diety a komplikace vředové choroby žaludku a duodena. Praktická část obsahuje kazuistiku u konkrétního pacienta s diagnostikovanou vředovou chorobou žaludku. Ošetrovatelský proces byl stanoven na základě informací od pacienta hospitalizovaném v Krajské nemocnici Liberec, a. s. a doplněn z dokumentace pacienta.

Klíčová slova: Billroth I. a II. typu. Gastrokopie. *Helicobacter pylori*. Nesteroidní antiflogistika. Peptický vřed. Vředová choroba žaludku a duodena.

ABSTRACT

VALÁŠKOVÁ, Petra. *Nursing Procedure in a Patient with Gastroduodenal Peptic Ulcer Disease*. Vysoká škola zdravotnická (Health-Care College), o. p. s., qualification degree: Bachelor's. Thesis manager: PhDr. Jitka Němcová, Ph.D. Praha. 2011. page 56.

The main theme of the present bachelor's thesis is the gastroduodenal peptic ulcer disease proper. The theoretical part discusses the causes and manifestations of this disease, its diagnostics and therapy. The therapy is divided into conservative treatment procedure along with the drugs used, and surgical therapy. A large part of the present work consists of the description of gastroscopy providing a detailed description of patient preparation for this investigation, while other procedures described are regimen measures including bland diet, and complications of the gastroduodenal peptic ulcer disease. The practical part presents the case history of a patient diagnosed with stomach peptic ulcer disease. The nursing process was determined based on information from the patient who was hospitalized in Regional Hospital Liberec a.s., and was completed from the patient's medical records.

Key words: Type I and II Billroth's surgery. Gastroscopy. *Helicobacter pylori*. Non-steroidal anti-inflammatory drugs. Peptic ulcer. Gastroduodenal peptic ulcer disease.

PŘEDMLUVA

U většiny populace je zaměstnání na prvním místě v žebříčku hodnot, s tím souvisí nedostatek času, podceňování preventivních prohlídek u lékaře a samoléčba bolesti rizikovými analgetiky, které jsou bohužel na trhu nejdostupnější. Životní styl je individuální pro každého jedince, jeho nedílnou součástí je stres přítomný v každém věku.

Tato práce obsahuje charakteristiku daného problému s popisem vyšetřovacích metod, zaměřených především na gastrokopii. Nedílnou součástí práce jsou komplikace vředové choroby žaludku a duodena. Cílem práce je vypracování metodiky ošetrovatelské péče o pacienta s vředovou chorobou žaludku.

Výběr tématu práce byl ovlivněn pracovním poměrem na chirurgii v Krajské nemocnici Liberec a. s., kam jsou přijímáni pacienti již s komplikací vředové choroby žaludku nebo duodena. Podklady pro práci jsem čerpala pouze z knižních pramenů.

Práce je určena jak studentům vysokých škol, jako podklad pro studování onemocnění, tak i všeobecným sestřám, které si chtějí doplnit znalosti a postupy pro ošetřování pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena.

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Jitce Němcové, Ph.D., která mou práci trpělivě vedla. Vždy mi dobře poradila, její připomínky byly podnětné a oprávněné. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, za její trpělivost po dobu mého studia a při zpracování této práce.

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD | 12 |
| 1 Historický úvod..... | 13 |
| 1.1 Z historie české gastroenterologie..... | 13 |
| 2 Vředová choroba žaludku a duodena..... | 14 |
| 2.1 Etiologie a patogeneze | 14 |
| 2.2 Klasifikace, typy, podtypy | 16 |
| 2.3 Helicobacter pylori..... | 17 |
| 2.4 Nesteroidní antiflogistika (NSA) | 17 |
| 2.5 Klinický obraz..... | 18 |
| 2.6 Diagnostika | 19 |
| 2.6.1 Speciální anamnéza v gastroenterologii | 19 |
| 2.6.2 Fyzikální vyšetření | 21 |
| 2.6.3 Laboratorní vyšetření..... | 22 |
| 2.6.4 Invazivní metody průkazu Hp | 22 |
| 2.6.5 Neinvazivní metody průkazu Hp..... | 22 |
| 2.6.6 RTG žaludku | 22 |
| 2.6.7 Ultrazvukové vyšetření..... | 23 |
| 2.7 Gastroskopie, ezofagogastroduodenoskopie, orální endoskopie | 23 |
| 2.7.1 Příprava na endoskopická vyšetření | 24 |
| 2.7.2 Historie endoskopie | 25 |
| 2.8 Konservativní terapie | 25 |
| 2.9 Chirurgická terapie..... | 26 |
| 3 Přehled léků užívaných v terapii vředové choroby..... | 27 |
| 3.1 Antacida | 27 |
| 3.2 H ₂ – blokátory..... | 27 |
| 3.3 Inhibitory protonové pumpy (PPI)..... | 28 |

| | | |
|-----|---|----|
| 4 | Režimová opatření | 29 |
| 4.1 | Dieta | 29 |
| 5 | Komplikace | 30 |
| 5.1 | Penetrace | 30 |
| 5.2 | Perforace vředu | 30 |
| 5.3 | Krvácení z peptického vředu..... | 31 |
| 5.4 | Pylorostenóza či přechodný pylorospasmus | 32 |
| 5.5 | Stenóza duodena s vysokým ileem | 32 |
| 6 | Anamnéza | 33 |
| 6.1 | Osobní anamnéza: | 33 |
| 6.2 | Stav při přijetí..... | 33 |
| 7 | Zhodnocení klienta dle modelu Gordonové..... | 35 |
| 7.1 | Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou | 37 |
| 7.2 | Analýza informací | 39 |
| 8 | Průběh hospitalizace | 40 |
| 8.1 | První den hospitalizace | 40 |
| 8.2 | Druhý den hospitalizace | 41 |
| 8.3 | Pátý den hospitalizace | 42 |
| 9 | Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA domén..... | 43 |
| 10 | Edukace..... | 52 |
| | ZÁVĚR | 54 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 55 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | | |
|----------------------------|---|--|
| aPTT | - | aktivovaný protrombinový čas |
| amp | - | ampule |
| ARO | - | Anesteziologicko – resuscitační oddělení |
| BMI | - | Body Mass Index |
| cca | - | přibližně |
| CO ₂ | - | Oxid uhličitý |
| CRP | - | C - reaktivní protein |
| GCS | - | Glasgow Coma Scale |
| Hb | - | Hemoglobin |
| H ₂ – blokátory | - | Blokátory histaminového receptoru |
| IgG | - | Imunoglobulin G |
| IgM | - | Imunoglobulin M |
| INR | - | International Normalized Ratio, Quick test |
| i. v. | - | intravenózní |
| JIP | - | Jednotka intenzivní péče |
| KO | - | krevní obraz |
| mmHg | - | milimetry rtuťového sloupce |
| NH ₃ | - | amoniak |
| NPO | - | nic per os |
| pH | - | potenciál vodíku |
| p. o. | - | per os |
| RTG | - | rentgen |
| RZP | - | rychlá záchranná pomoc |
| SpO ₂ | - | saturace periferních tkání kyslíkem |
| tbl | - | tableta |
| VAS | - | visuální analogová škála bolesti |

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| Apoptóza | - | eliminace poškozených buněk |
| Eradikace | - | úplné odstranění |
| Floridní | - | akutní |
| Gastrektázie | - | rozšíření žaludku |
| Hypergastrinemie | - | abnormální sekrece gastrinu |
| Hyperparatyreóza | - | zvýšená funkce příštítných tělísek |
| Hypoxie | - | snížený obsah kyslíku ve tkáních |
| Incidence | - | výskyt chorob v určitém časovém období |
| Indagace | - | vyšetřování (konečníku) |
| Metaplazie | - | přeměna tkáně |
| Milk-alkali syndrom | - | nadměrný přívod mléka a antacid |
| Prevalence | - | poměr počtu nemocných k počtu obyvatel |
| Profylaxe | - | ochrana před nemocí |
| Zollingerův-Ellisonův syndrom | - | adenom pankreatu s hypergastrinémií |
| Žírné buňky | - | uplatňují se v zánětlivých procesech |

ÚVOD

Vředová choroba žaludku a duodena je poměrně rozšířené onemocnění ve všech věkových skupinách. V dětském věku je toto onemocnění vzácnější, u starší populace zejména v geriatrickém věku je výskyt sekundárních vředů častější. Vředová choroba žaludku a duodena se řadí mezi psychosomatické onemocnění, dále se na vzniku vředu podílí infekce *Helicobacter pylori* a medikamentózní vlivy. Prevalence vředové choroby žaludku a duodena v České republice není přesně známá. Odhaduje se, že peptický vřed postihuje v průběhu života 5 - 10 % populace.

Ošetrovatelský proces je předmětem neustálého vývoje tak, aby respektoval veškeré oblasti pacientových potřeb. Tohoto se nejlépe dosáhne holistickým přístupem k pacientovi, jako k jedinečné osobnosti. Metodikou ošetrovatelské péče u pacienta s vředovou chorobou žaludku respektujeme jeho potřeby tak, jak nám je vyjádřil pomocí modelu Gordonové. Na základě dysfunkcí v potřebách u pacienta stanovujeme ošetrovatelský proces.

V první kapitole se věnujeme historickému úvodu a rozvoji gastroenterologie, v druhé kapitole popisujeme vlastní vředovou chorobu žaludku a duodena s popisem vyšetřovacích metod. Třetí kapitola obsahuje přehled nejužívanějších léků používaných v terapii vředové choroby. Čtvrtá kapitola seznamuje s režimovými opatřeními a s dietou. V páté kapitole se věnujeme komplikacím vředové choroby žaludku a duodena. Šestá kapitola je popsána již v praktické části a obsahuje údaje z lékařského příjmu pacienta. V sedmé kapitole se věnujeme zhodnocení pacienta dle modelu Gordonové. Osmá kapitola popisuje průběh hospitalizace pacienta, v deváté kapitole jsou vypracovány ošetrovatelské diagnózy dle NANDA domén. Desátá kapitola obsahuje přehled edukací provedených u pacienta během hospitalizace.

1 Historický úvod

V 19. století byl dvanáctníkový vřed považován za relativně vzácné onemocnění. V roce 1909 zveřejnil Sir Arthur Hurst informaci, že v průběhu 66 let bylo při pitvách Guy's Hospital registrováno pouze 70 případů dvanáctníkového vředu. Žaludeční vřed patologickoanatomicky popsal v roce 1835 Cruveilhier a byl po něm označován jako „maladie de Cruveilhier“. Název peptický vřed pochází od Quinckeho z roku 1882. V 19. století žaludeční vřed nápadně převládal nad vředem dvanáctníkovým. Byl častý zejména u žen mladších než 30 let s nízkou životní úrovní. Neobvyklou přesnost pozorování prokázal Moynihan (1907), když si jako chirurg všiml, že dvanáctníkové vředy operuje buď ve fázi, kdy je zřetelně vytvořena vředová léze, nebo v době, kdy vřed není přítomen, ale sliznice bulbu je zarudlá, zduřelá, krvácivá, s erozemi a fibrinózním exudátem. Správně usoudil, že jde o různá stadia vředové choroby, jak bylo možné definitivně posoudit až při zavedení moderních endoskopických technik (MAŘATKA, 1999, s. 143).

1.1 Z historie české gastroenterologie

Na začátku historie české gastroenterologie stojí blízkovický rodák z jižní Moravy **Jiří Procháska** (1749 – 1820), profesor anatomie, fyziologie a očního lékařství v Praze (1778 – 1791) a potom ve Vídni. Procháska studoval význam hladu a žízně, funkci žvýkání a polykání, průběh žaludečního a střevního trávení a dobře popsal defekační reflex. Ocenil význam zevně sekreční funkce pankreatu a upozornil na funkční souvislost žlučové a pankreatické sekrece, která společně vtéká do duodena, aby mohla připravit tráveninu ke vstřebání. Hodně námahy věnoval pokusům o chemickou analýzu žaludeční šťávy a žluče, ale bez valného výsledku. Příčinou byla nevyspělost chemie, na kterou si opakovaně stěžoval. Funkci žaludku popisoval správně. Zjistil také, že některé těkavé látky se vstřebávají již v ústní dutině a v žaludku. Z Procháskových učebnic, které se používaly ještě ve třicátých letech 19. století, studoval zcela jistě také **Jan Ev. Purkyně** (1787 – 1869). Purkyně správně usoudil, že peptické trávení probíhá za fyziologických podmínek pouze v žaludku a ve střevě probíhají procesy jiného druhu. Zjistil, že žaludeční trávení se urychluje vlivem peristaltiky a zvýšeného hydrostatického tlaku v žaludku (MAŘATKA, 1999, s. 1-2).

2 Vředová choroba žaludku a duodena

Peptický vřed je časté onemocnění, určit přesnou prevalenci a incidenci však není možné, předpokládá se, že během života bývá postiženo peptickým vředem asi 10 % západní populace. Počet pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena přibývá s věkem. Může to být způsobeno rostoucím procentem pacientů infikovaných *Helicobacterem pylori* (Hp), poklesem účinnosti ochranných faktorů v žaludku a užíváním ulcerogenních léků. Incidence vředové choroby žaludku stoupá s věkem, tato choroba postihuje obě pohlaví stejně často. Vředová choroba vývodné části žaludku a duodena častěji postihuje muže mladšího a středního věku, může se však objevit jak u dětí, tak ve vyšších věkových skupinách. Incidence tohoto onemocnění u žen a dětí roste a distribuce mezi pohlavími se vyrovnává (KOHOUT, 2005, s. 15).

Vředová choroba žaludku i duodena je typická pro oblasti s vyšším procentem infikovaných Hp, naopak v populacích, kde je promoření Hp nízké (australští domorodci) je prevalence peptických vředů velmi malá. V naší populaci se odhady incidence infekce Hp pohybují mezi 60 a 80 %. Pro vředovou chorobu žaludku a duodena byl typický sezonní výskyt v jarních a podzimních měsících. Tato pravidelnost výskytu byla ovlivněna eradikací Hp. Častější výskyt peptického vředu u pacientů s krevní skupinou 0 souvisí pravděpodobně s jejich sníženou odolností proti patogenním kmenům Hp. Typická je zvýšená incidence vředové choroby u pacientů, kteří mají povolání s častým výskytem stresových situací (řidiči automobilů, autobusů), dále u osob s nepravidelným režimem. Ve vyšším věku přibývá pacientů se sekundárními peptickými vředy – především vředy způsobenými medikací nesteroidními antirevmatiky, či kortikosteroidy. Vředová choroba žaludku i duodena je častější u kuřáků cigaret, což souvisí s poruchou mikrocirkulace a zvýšenou sekrecí kyseliny chlorovodíkové (HCl) u těchto pacientů (KOHOUT, 2005, s. 15-16).

2.1 Etiologie a patogeneze

Peptický vřed je onemocnění, které nemá jednotnou etiologii. V jeho patogenezi se uplatňuje převaha agresivních dějů nad jevy obrannými (protektivními), které mají za úkol chránit integritu sliznice. Nejdůležitějším agresivním činitelem je působení kyselého žaludečního sekretu, který má schopnost natrávit vlastní sliznici, pokud tomu protektivní mechanismy nezabrání. Pokud takto vzniklá slizniční léze přesáhne

svalovou vrstvu sliznice (muscularis mucosae), hovoříme o vředu, je-li léze mělká, označuje se jako eroze. Mezi agresivní faktory patří HCl, pepsin, *Helicobacter pylori*, žluč, pankreatické enzymy, porucha cirkulace a mikrocirkulace, kouření, medikamentózní vlivy, kofein, dráždivá jídla, stres. Obranné faktory jsou pankreatické šťávy, endogenní prostaglandiny, alkalita slin, vrstva hlenu na žaludeční sliznici, bikarbonáty v žaludečním sekretu, normální cirkulace a mikrocirkulace, regenerační schopnost buněk, antiulcerózní medikace, alkalický vliv potravy. Vlastní vznik vředu je podmíněn tzv. lokálním Schwartzmanovým fenoménem, při kterém dochází na podkladě převahy agresivních činitelů nejprve k poškození sliznice, ke zpětné difuzi iontů vodíku a aktivaci žírných buněk. Na podkladě působení histaminu vznikají v kapilárním řečišti mikrotromby a dochází k poruše cirkulace s následnou lokální hypoxií. Takto oslabená sliznice pak již snadno podléhá natrávení a dochází ke vzniku vlastního vředového defektu. Kyselý žaludeční sekret, resp. peptická aktivita (pepsin), která je aktivována kyselinou chlorovodíkovou a nízkým pH v žaludku, je považována za jeden z nejdůležitějších agresivních činitelů. Dalším důležitým agresivním činitelem je osídlení sliznice žaludku *H. pylori* (objeveným v roce 1983 Warrenem a Marshalllem). K hlavním protektivním činitelům patří dostatečná tvorba prostaglandinů. Ty vznikají – spolu s prostacyklinem I₂ a tromboxanem – z kyseliny arachidonové působením enzymu cyklooxygenázy (COX). Při podávání nesteroidních antirevmatik, jejichž účinek spočívá právě v blokádě cyklooxygenázy, dochází k snížení tvorby prostaglandinů s následným snížením odolnosti sliznice. To se však týká zejména izoenzymu COX 1, který se uplatňuje celkově, zatímco izoenzym COX 2 působí především protizánětlivě. Blokátory tohoto izoenzymu mají proto podstatně menší negativní vliv na sliznici žaludku (KOHOUT, 2005, s. 16-18).

Za vředovou chorobu žaludku a duodena lze označit peptické vředy, u nichž dříve nebyla nalezena jednoznačná příčina. V současnosti lze jako hlavního etiologického činitele označit bakterii *Helicobacter pylori*.

Sekundární peptické vředy mají známou příčinu, může, ale nemusí, být přítomno osídlení *H. pylori*, předpokládá se, že tato infekce nemá příčinnou souvislost. Příčiny sekundárních peptických vředů mohou být následující:

- a) Endokrinopatie
 - hypergastrinemie – Zollingerův-Ellisonův syndrom
 - hyperparatyreóza

b) medikamentózní

- steroidní vředy (při aplikaci vyšších dávek kortikosteroidů, tj. v denní dávce přesahující ekvivalent 20 mg prednisonu)
- aplikace nesteroidních antirevmatik (včetně kyseliny acetylsalicylové)
- aplikace dalších medikamentů (např. kalium chloratum)

c) působení stresu

- popáleniny
- poškození CNS úrazem či chirurgickým zákrokem
- vředy kriticky nemocných (KOHOUT, 2005, s. 18)

2.2 Klasifikace, typy, podtypy

Peptický vřed je poškození trávicí trubice způsobené kyselinou chlorovodíkovou tam, kde je produkována nebo kde se může vyskytovat. Rozlišujeme vředy žaludku (gastrické) a vředy duodena, obecně se dále může peptický vřed objevit ve všech lokalitách, kde se vyskytuje HCl. V jícnu se hovoří o vředu junkčním (marginálním), který se vyskytuje v oblasti přechodu dlaždicového epitelu jícnu a cylindrického epitelu žaludeční sliznice – přechodná zóna, zóna junkce a o vředu Barrettově, který se vyskytuje v oblasti metaplazie cylindrického epitelu do epitelu jícnu – Barrettův jícen. Při nadprodukcí HCl (Zollingerově-Ellisonově syndromu) se mohou peptické vředy objevit ve větším množství též v oblasti distálního duodena (pod Vaterovou papilou). Peptický vřed se může objevit kdekoliv, kde na podkladě heterotopie žaludeční sliznice dochází k produkci HCl (např. v oblasti Meckelova divertiklu a v oblasti distálního ilea pod jeho ústím) nebo kam se HCl dostává.

V žaludku rozlišujeme peptické vředy topograficky na vředy subkardiálním (umístěné pod kardií), fornixu a těla žaludku (podle umístění je lze rozlišit na mediogastrické a angulární) a na vředy vývodné části žaludku neboli vředy antrální, event. vředy pylorického kanálu. V duodenu se vředy rozdělují na vředy bulbu duodena (bulbární) a vředy dalších částí duodena (postbulbární). Bulbitída, zánět sliznice bulbu duodena, má podobnou etiopatogenezi jako bulbární vřed, projevuje se stejnými příznaky a odpovídá na stejnou léčbu. Jde o stav, při kterém ještě nedošlo k poškození sliznice bulbu duodena do té míry, aby vznikla vředová léze (KOHOUT, 2005, s. 14-15).

2.3 *Helicobacter pylori*

H. pylori je spirálovitá gramnegativní tyčinka, mikroaerofilní, vybavená 4 až 6 opouzdřenými bičíky. Je to neinvazivní patogen, žijící pod vrstvou žaludečního hlenu, který vyvolává zánětlivé a destrukční změny na epitelových buňkách žaludeční sliznice. Má schopnost zachytit se pouze na buňkách žaludečního epitelu, které produkují alkalický hlen. V těchto místech si pro sebe zabírá mikroaerofilní, pH neutrální prostředí na pomezí mezi sliznicí a lumen. Jinak řečeno, *H. pylori* zůstává mimo vlastní organismus a neproniká do nitra tkání. Právě v tom spočívá příčina, proč se organismus nemůže zbavit *H. pylori* normální buněčně a humorálně zprostředkovanou imunitní reakcí. Prostřednictvím bičíků je Hp pohyblivý a díky své motilitě a spirálovitému tvaru je schopen prorazit si cestu a usídlit se pod vrstvou hlenu. Mikrob přilne k membránám epitelových buněk prostřednictvím adhezivních proteinů. Všechny kmeny Hp tvoří vysokomolekulární enzym ureázu, který umožňuje tomuto acidolabilnímu mikrobi přežití v kyselém prostředí. Ureáza štěpí ureu na amoniak a bikarbonát. Ureáza má sama o sobě cytopatický efekt. Poškozuje těsná buněčná spojení, čímž umožní zpětný přítok vodíkových iontů k bazálním vrstvám žaludeční mukózy, a tak způsobí, že se v plné míře uplatňuje acidopeptická aktivita. Ureáza je nezbytná v průběhu iniciálních kroků kolonizace, dříve než mikrob pronikne do hlenové vrstvy, která pokrývá povrch žaludeční sliznice. Ureázová aktivita se zvyšuje v kyselém prostředí a naopak je minimální v alkalickém prostředí. Vyšší pH prostředí ureázu inaktivuje. Lidé se zdají být jediným velkým rezervoárem infekce i vektorem přenosu. Mohou jím však být i domácí zvířata nebo kontaminovaná voda. Nejpravděpodobnější způsob šíření infekce je přenos z osoby na osobu (KYZELKOVÁ, 1998, s. 30-35).

2.4 Nesteroidní antiflogistika (NSA)

Nesteroidní antiflogistika jsou látky, které působí antiflogisticky, analgeticky a antipyreticky. Mechanismus účinku NSA je komplexní. Inhibují syntézu prostaglandinů a leukotrienů, mají však i řadu dalších farmakologických účinků, které nejsou zprostředkovány blokováním syntézy prostaglandinů. Ovlivňují tvorbu a uvolňování lyzozomálních enzymů, cytokinů a superoxidových radikálů, významně ovlivňují proliferaci epitelových buněk, apoptózu, některé slizniční imunitní funkce a také mikrocirkulaci. Nejdůležitější je však inhibice enzymu cyklooxygenázy. Odhaduje se, že celosvětově užívá NSA pravidelně nejméně 30 milionů osob. Ve Velké

Británii a v USA 70 % osob starších 65 let užívá NSA alespoň jednou týdně. V České republice jeden praktický lékař registruje v průměru 200 pacientů s degenerativními nebo zánětlivými chorobami pohybového aparátu. Polovina z nich užívá NSA více než 2 měsíce v roce. Většina z těchto osob je starší 65 let. První zpráva, že aspirin může způsobit peptickou ulceraci, je z roku 1938 (ŠPIČÁK et al., 2008, s. 121-122).

2.5 Klinický obraz

Subjektivní potíže mohou zahrnovat širokou škálu příznaků od průběhu zcela bezpříznakového (asymptomatického) až k příznakům pro vředovou chorobu typickým. **Žaludeční vřed** se projevuje bolestmi břicha – nejčastěji v oblasti pod mečíkovým výběžkem hrudní kosti. Závislost na jídle může určit jeho topografické umístění. Zatímco u pacientů se subkardiálním vředem začíná bolest ihned po jídle, u vředu žaludečního těla za 1/2 - 1 hodinu po jídle. Pacienti s vředem vývodné části žaludku či pyloru mají příznaky podobné vředu bulbu duodena. Bolest tedy není vázána na jídlo, resp. může se objevit spíše nalačno a po jídle zmizí. Pacienti se žaludečními vředy mají častěji sníženou chuť k jídlu, objevuje se nauzea a v některých případech i zvracení. Pokud je vřed umístěn v pylorickém kanále, může se projevovat příznaky pylorostenózy či pylorospasmu, tj. vést k měštnání obsahu žaludku a zvracení velkého objemu tekutin či špatně strávené potravy. Typickým příznakem u pacientů s **dvanáctníkovým vředem** je bolest v epigastriu (pod mečíkovým výběžkem) či pod pravým žeberním obloukem, která se vyskytuje nalačno (více než 2 hodiny po jídle, typicky ve spánku) a ustupuje po požití potravy. Může se šířit pod pravý žeberní oblouk či do zad. Chuť k jídlu bývá dobrá, někteří pacienti naopak přibírají (z důvodu nutnosti opakovaně jíst při bolestech břicha), někteří mohou pro nechutenství naopak hubnout. K dalším možným příznakům patří pálení žáhy, zvracení kyselých šťáv, event. zácpa, únavnost (KOHOUT, 2005, s. 22-23).

Objektivní příznaky bývají většinou chudé, pokud nedojde ke komplikacím. U nekomplikovaného žaludečního či duodenálního peptického vředu může být jediným objektivním příznakem lehká palpační citlivost či bolestivost epigastria či pravého hypochondria bez výraznější propagace, která se na rozdíl od Murphyho příznaku při akutní cholecystitidě nemění s dýchacími exkurzemi – nádechem a výdechem. U některých pacientů bývá zvýšená neurovegetativní dráždivost projevující se červeným dermografismem či zvýšenou potivostí dlaní či nohou. U pylorického

vředu provázeného spasmem či stenózou pyloru se může objevit gastrektázie s typickým poslechovým nálezem – šplouchání tekutiny při pohybu žaludkem či palpační vjem rezistence v levém hypochondriu (KOHOUT, 2005, s. 23).

2.6 Diagnostika

Anamnéza je sice výpověď nemocného, ale musí to být aktivní postup vedený lékařem. Nejde o to zaznamenávat vše, co nemocný řekne. Vždy je třeba klást cílené otázky, které co nejdříve vystihnou podstatné obtíže nemocného. Vhodně kladenými dotazy je třeba u mnohých nemocných ověřovat věrohodnost výpovědi, je důležité zaznamenávat i některé podstatné negativní odpovědi. Anamnéza se skládá z několika částí.

Nynější onemocnění – aktuální obtíže

Osobní anamnéza informuje o všech podstatných onemocněních, které pacient prodělal během svého života. Údaje se zapisují tak jak je pacient říká, nepřekládají se do odborného jazyka. Důležitou součástí je dotaz na požívání alkoholu, kouření, případně jiné toxikomanie.

Rodinná anamnéza uvádí onemocnění vyskytující se u blízkých příbuzných, popřípadě rok a příčinu úmrtí příbuzného.

Léková anamnéza obsahuje všechny léky, které nemocný užívá.

Alergická anamnéza obsahuje údaje o alergenech, popřípadě o výskytu alergických reakcí.

Pracovní a sociální anamnéza by měla doplnit nezbytnou charakteristiku prostředí, ve kterém nemocný žije (LUKÁŠ et al., 2005, s. 46).

2.6.1 Speciální anamnéza v gastroenterologii

Velmi častou základní stížností nemocných je **bolest** v oblasti břicha. Nemocný např. řekne, že ho bolí žaludek. Tento údaj nemůže postačit. U každé bolesti musíme registrovat řadu okolností:

- a) lokalizaci
- b) charakter bolesti

- c) délka trvání bolesti
- d) po čem dochází k úlevě
- e) intenzita bolesti

Dyspepsie (z řečtiny dys = předpona značící poruchu, nesoulad, pepsis = vaření, trávení) je označení pro velmi často se vyskytující soubor obtíží, kterými se projevují poruchy trávení. Do pojmu dyspepsie se obvykle zahrnují tyto obtíže:

Anorexie – nechutenství

Borborygmy – kručení, škroukání v břiše

Eruktace – říhání, krkání

Flatulence – zvýšený odchod střevních plynů

Foetor ex ore, halitosis – zápach z úst

Meteorismus – plynatost

Nauzea – nevolnost, nucení na zvracení

Plnost - pocit tlaku v břiše

Pocit netrávení – jídlo dlouho leží v žaludku

Pyróza – pálení žáhy

Diarrhoe – průjem

Obstipace – zácpa

Emesis – zvracení

Další gastroenterologické obtíže:

Dysfagie – váznutí sousta při polykání

Glossodynie – pálení jazyka

Regurgitace – návrat žaludečního obsahu do jícnu a do úst bez zvracení

Singultus – škytavka

Meléna – tmavá stolice podmíněná natrávenou krví

Enterorrhagie – stolice s příměsí čerstvé červené krve

Hemateméza – krev ve zvracích (LUKÁŠ et al., 2005, s. 47-48)

2.6.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření spočívá:

- a) v celkovém posouzení tělesného a duševního stavu pacienta,
- b) ve vyšetření jednotlivých tělesných partií (hlava, krk, hrudník, břicho, končetiny).

Při tělesném vyšetření se používají tyto vyšetřovací metody: pohled, poslech, poklep, pohmat a vyšetření per rektum (zaměřeno na vyšetření břicha). Nejdříve si všímáme duševního stavu (stav vědomí, hlas, řeč, orientace osobou, místem a časem).

Při celkovém posouzení tělesného stavu si všímáme vzrůstu, tělesné polohy, celkové hybnosti a pohybů končetin, hmotnosti, stavu výživy, zbarvení kůže a sliznic. Vyšetření břicha je u nemocného s gastroenterologickými příznaky vyšetřením klíčovým.

Pohledem se hodnotí břicho vystupující nad úroveň hrudníku (obezita, nádor, cysta, ascites - nahromadění tekutiny v dutině břišní).

Poklep břicha informuje především o plyné náplni v trávicím traktu nebo o přítomnosti tekutiny v dutině břišní. V obou případech je zvuk vyvolaný poklepem na břicho diametrálně odlišný. Bolestivá reakce při poklepu je varovným znamením možnosti dráždění pobřišnice.

Pohmat je nejdůležitější metodou fyzikálního vyšetření břicha, povrchovým pohmatem se zjišťuje přítomnost hmatných útvarů, hlubokým pohmatem se vyšetřují vnitřní orgány jako dolní okraj jater, zvětšení sleziny. Významným projevem při pohmatu je palpační bolestivost, která je častým projevem onemocnění dutiny břišní.

Poslechem břicha za fyziologických podmínek slyšíme přelévání obsahu a škroukání, zvuky vyvolávané tekutinou v kličkách střevních s plynovou náplní.

Vyšetření **per rektum** (vyšetření konečníku prstem) patří do základního vyšetření břicha. Informuje o přítomnosti patologických útvarů (karcinom rekta), u mužů velikost a změny prostaty, u žen je hmatný děložní čípek. Douglasův prostor je při peritonitidě vyklenutý a bolestivý. Zbytek stolice ne rukavici se pohledem vyšetřuje na přítomnost krve (LUKÁŠ et al., 2005, s. 48-50).

2.6.3 Laboratorní vyšetření

U nekomplikovaného vředu v diagnostice nepomohou laboratorní vyšetření, v posledních letech lze využít vyšetření protilátek proti Hp (v řadě IgG a IgM) v krvi i ve stolici. Pozitivita tohoto vyšetření však nesevčí pro vředovou chorobu, jen pro infekci Hp ať už floridní či prodělanou (KOHOUT, 2005, s. 24).

2.6.4 Invazivní metody průkazu Hp

Rychlý ureázový test

Odebraný vzorek žaludeční sliznice je dán do testovacího prostředí (tekuté, gel), kde je přítomna urea. Je-li ve vzorku Hp, dojde působením jeho ureázy k rozštěpení močoviny za vzniku NH₃. Tím se zvýší pH, což se snadno zaregistruje prostřednictvím změny barvy přítomného indikátoru.

Histologické vyšetření

K přesnému určení Hp v žaludeční sliznici se užívá stříbření metodou podle Warthina a Starryho. K posouzení množství bakterií v žaludeční sliznici slouží určení stupně kolonizace, tzv. grading. Rozlišuje se mírný, střední a těžký stupeň.

Kultivace (MAŘATKA, 1999, s. 151)

2.6.5 Neinvazivní metody průkazu Hp

Dechové testy

Jsou užívány testy s ureou, ta podaná v tekutině nebo v kapsli je v žaludku hydrolyzovaná ureázou z Hp. Uvolněný označený CO₂ se dostane plícemi do vydechaného vzduchu, který je analyzován různým způsobem podle označené urey (MAŘATKA, 1999, s. 151).

2.6.6 RTG žaludku

RTG žaludku pomocí aplikace kontrastní látky (baryová kaše), event. s dvojitým kontrastem (s použitím vzduchu jako negativního kontrastu či šumivé látky tvořící plyn) byl po dlouhá léta jedinou diagnostickou metodou k potvrzení či vyloučení žaludečního nebo dvanáctníkového vředu. Jeho nevýhodou byla nízká diagnostická výtěžnost –

vředy na přední či zadní stěně byly hůře viditelné, často se hodnotilo spíše podle nepřímých znaků, na rozdíl od později zavedené endoskopie nebylo možné terapeuticky zasáhnout, výhodou byla lepší diagnostika vředů penetrujících do okolních orgánů, kdy čep kontrastní látky zasahoval mimo konturu žaludku či duodena (KOHOUT, 2005, s. 24).

2.6.7 Ultrazvukové vyšetření

Jde o neinvazivní vyšetření, které je pro nemocného zcela bezpečné a nenáročné. Principem vyšetření jsou ultrazvukové vlny vysílané přístrojem, které procházejí tkáněmi a odrážejí se na jejich rozhraních. Tato rozhraní mohou být vytvořena okraji orgánů, nádory, kameny, tekutinami, plyny. Odražené vlny jsou registrovány a výsledný obraz se zobrazuje na monitoru. Vyšetření žaludku a střev ultrazvukem je ale omezené vzhledem k obsahu plynu (LUKÁŠ et al., 2005, s. 50).

2.7 Gastroskopie, ezofagogastroduodenoskopie, orální endoskopie

Hlavním cílem vyšetření je většinou žaludek za účelem diagnostickým nebo terapeutickým. Cestou do žaludku je přístrojem s prohrádní optikou možnost prohlédnout též jícen a obvykle se přístroj zavádí až do dvanáctníku. Jelikož je přístroj zaváděn ústy, užívá se někdy výraz orální. Indikace orální endoskopie jsou velmi široké, prakticky již pouhé podezření na onemocnění jícnu, žaludku nebo duodena je dostatečným důvodem k vyšetření. Možnost odběru malých vzorků tkáně (biopsie) je jedna z velkých předností endoskopických metod. Je tak umožněno histologické ověření podstaty pozorovaných změn. Tyto nálezy jsou většinou pro diagnózu směrodatné. Velmi častým nálezem jsou peptické vředy buď v žaludku, nebo v duodenu. Při nálezu peptického vředu je třeba bezprostředně provést vyšetření přítomnosti *Helicobacter pylori*. I toto vyšetření se provádí odběrem biopsie pomocí bioptických klíčků zavedených zvláštním kanálem gastroskopu. Výsledek je pro léčbu peptického vředu rozhodující. Pracovní (bioptický) kanál gastroskopu umožňuje zavádět i jiné vhodné nástroje (polypektomické klíčky, nástroje k odstraňování cizích těles). Kontraindikací orální endoskopie je nespolupráce nemocného, anatomické překážky bránící bezpečnému zavedení, šok a horečnaté stavy (LUKÁŠ et al., 2005, s. 51-52).

2.7.1 Příprava na endoskopická vyšetření

Příprava nemocného na gastroduodenoskopii spočívá v přípravě psychologické a farmakologické. **Psychologická příprava** začíná už při samotném objednávání nemocného na vyšetření. Důležitou částí je důkladné vysvětlení samotného postupu při vyšetření a vysvětlení režimu po vyšetření. Před endoskopickým vyšetřením je nutné podepsat informovaný souhlas nemocného s výkonem (LUKÁŠ et al, 2005, s. 61-62).

Farmakologická příprava je nutná při komplikovanějších výkonech. O premedikaci vždy rozhoduje lékař, který vyšetření provádí. Podávají se spasmolytika, benzodiazepiny, analgetika. Antibiotika a chemoterapeutika se podávají v profylaxi infekčních komplikací u rizikových nemocných. Důležitý je cílený dotaz na alergické reakce, zejména po lokálních anestetících. Každý lék podaný pacientovi může mít za následek i nežádoucí účinky, a proto je nutné vybavit endoskopické pracoviště tak, aby dokázalo tyto situace zvládnout. K vyšetření horní části trávicího traktu postačí, aby vyšetřovaný cca 6 – 8 hodin před výkonem nejedl, nepil a nekouřil. Důležité je mít zajištěný žilní přístup (LUKÁŠ et al, 2005, s. 63-64).

Před endoskopickým vyšetřením je nezbytné znát hodnoty laboratorních výsledků, jako jsou jaterní testy, koagulace – INR, aPTT a krevní obraz. Při prodloužených koagulačních časech některé zákroky nejde provést, hrozí zde nebezpečí zvýšeného krvácení po výkonu. Pacientům, kteří mají antikoagulační léčbu, a výkon je u nich potřebné provést, je nutné jim před výkonem změnit léčbu především na nízkomolekulární hepariny. U všech pacientů s prodlouženým koagulačním časem je nutné upravit koagulaci a výkon provést s určitým časovým odstupem. Je-li však stav pacienta život ohrožující a endoskopické vyšetření může průběh onemocnění zásadně ovlivnit, lze v některých případech zvolit alternativní nebo atypický postup. Urgentní gastroskopie u nemocných s krvácením do trávicího traktu je ztížena krví, která zůstává v žaludku a tím zhoršuje přehlednost. Na tyto výkony se používá gastroskop se širokým pracovním kanálem, který má možnost přídavného oplachu a intenzivního odsávání. Zároveň je připraveno veškeré instrumentárium pro ošetření krvácení (LUKÁŠ et al., 2005, str. 64-65). Krvácení lze zastavit opichem 0,1 % adrenalinem, naložením hemoklipu, provedením koagulace unipolární či bipolární elektrodou nebo aplikací tkáňového fibrinového lepidla do lumen cévy. Kontrolní gastroskopie se provádí za 24 - 48 hodin (KOHOUT, 2005, s. 31).

2.7.2 Historie endoskopie

Za začátek orální endoskopie lze pokládat rok 1868, kdy Kussmaul poprvé zavedl kovovou trubici o průměru 13 mm do žaludku polykače mečů. Skutečné gastroscopické pozorování provedl rigidním přístrojem až v roce 1881 Mikulicz. Od té doby se gastroscopie rigidním přístrojem prováděla na některých pracovištích jako náročný diagnostický výkon. V roce 1932 byl zaveden semiflexibilní přístroj Wolfův a Schindlerův, který přece jen poněkud rozšířil využití gastroscopie. Tento přístroj měl orální dvě třetiny rigidní, distální konec byl sestaven ze souboru čoček, což umožňovalo omezenou ohebnost této části přístroje. Zásadní změnu přinesl objev skleněných vláken a jejich využití v endoskopii. Autorem prvního fibroskopu (fibra - vlákno) byl Američan Basil Hirschowitz v roce 1958. Přístroje pracující na principu skleněných vláken jsou používány dodnes. Od roku 1983 jsou do endoskopické praxe zaváděny videoendoskopy pracující na elektronickém principu (DÍTĚ et al., 1996, s. 73).

2.8 Konzervativní terapie

Léčba peptického vředu a vředové choroby žaludku a duodena se změnila po objevení účinných léků z léčby nemocniční na léčbu ambulantní. Hospitalizace nemocných zůstává v záloze pro léčbu komplikovaných pacientů, tj. jak pacientů, u kterých lze předpokládat komplikovaný průběh z důvodu jejich základní nemoci, tak pacientů s komplikací peptického vředu. Rozhodnutí o strategii léčby nekomplikovaného vředu záleží na etiopatogenezi. V případě, že jde o vředovou chorobu způsobenou Hp, je nutná eradikace (trvalé odstranění) této bakterie. Pokud jde o sekundární peptický vřed, blokuje se v první řadě sekrece kyseliny chlorovodíkové (léčbou první volby je aplikace inhibitorů protonové pumpy), pokud je to možné, odstraní se primární příčina (nesteroidní antirevmatika).

Terapii je nutné začít ihned po stanovení diagnózy peptického vředu, resp. vředové choroby žaludku a duodena. Znamená to potvrdit diagnózu provedením gastroscopie, při které se zjistí přítomnost vředové léze, zjistit primární příčinu, event. osídlení Hp. V případě negativity průkazu Hp se zahájí léčba pomocí inhibitorů protonové pumpy v běžné dávce a odstraní se primární příčina. U žaludečního vředu se endoskopicky pacienti kontrolují pravidelně po 2 týdnech do úplného vyhojení léze, poté po 6 týdnech a 6 měsících. Podávají se inhibitory protonové pumpy, Antacida,

Antagonisté H₂ receptorů dle závažnosti onemocnění buď jako kontinuální terapie intravenózně – při hospitalizaci, nebo tyto léky per os (KOHOUT, 2005, s. 40-42).

2.9 Chirurgická terapie

U žaludečního vředu je indikovaná resekce žaludku v případě, že vřed nereaguje 8 týdnů na žádnou léčbu (zde je riziko maligního procesu, i když nebyl zachycen při odběru biopsií), jde-li o mnohočetné žaludeční vředy, medikamentózní vředy (po nesteroidních antirevmatikách, při léčbě kortikoidy), pokud není možné léčbu vysadit, časné recidivy vředu, neléčitelné konzervativně. Chirurgická léčba duodenálního vředu je indikována při trvání obtíží navzdory konzervativní léčbě, u velkých vředů v nepříznivé lokalizaci, především Hp negativních, při recidivě obtíží 3 – 4krát během dvou let, dále při nedodržování nebo nemožnosti dodržování režimových opatření a léčby (např. alkohol, kouření, zaměstnání, nutnost užívání analgetik či nesteroidních antirevmatik, kortikoidů) či při recidivě vředů po krvácení, sutuře po proběhlé perforaci (KOHOUT, 2005, s. 55).

Jsou dva základní typy obvyklé resekce žaludku, které se označují podle rakouského chirurga Billrotha na Billroth I. a Billroth II. U resekce I. typu se pahýl dvanáctníku spojí přímo s pahýlem žaludku – potrava prochází stejným způsobem jako před operací. Při resekci II. typu se pahýl dvanáctníku slepě uzavře a pahýl žaludku se spojí s vytaženou kličkou tenkého střeva, obvykle na přechodu dvanáctníku v první oddíl tenkého střeva. Přívodnou kličkou zbylou částí dvanáctníku přichází žluč a pankreatická šťáva a mísí se s potravou, která se ze žaludku vyprazdňuje do odvodné kličky (VESELÝ, 1986, s. 72).

3 Přehled léků užívaných v terapii vředové choroby

V léčbě vředové choroby žaludku a duodena se užívají Antacida, H₂ – blokátory, Inhibitory protonové pumpy. Dle závažnosti onemocnění buď per os formou, nebo intravenózně při akutní fázi a při komplikacích. Dávkování určuje gastroenterolog po provedené gastroskopii.

3.1 Antacida

Antacida jsou látky, jejichž účelem je neutralizace kyselého žaludečního obsahu. Rozdělují se na adsorbční a resorbovatelná. Adsorbční antacida tvoří s žaludeční kyselinou komplex, kterým je kyselina chlorovodíková vyvázána, zatímco resorbovatelná antacida kyselinu přímo neutralizují (proto se také někdy označují jako reaktivní). Resorbovatelná antacida zahrnují zejména hydrogenuhličitan sodný (soda bikarbona, tj. zažívací soda) a uhličitan vápenatý (calcii carbonas), jejich resorpce je spojena s rizikem metabolické alkalózy (při dlouhodobém podávání), klasickou komplikací (zejména při současné aplikaci mléčné diety) byl také tzv. milk – alkali syndrom. Pro tato rizika nežádoucích účinků se již nedoporučují a nepodávají, jsou však volně prodávána. Běžná dávka je 15 – 30 ml nebo 2 – 4 tbl na jednu dávku po 2 – 4 hodinách. Zástupci: Maalox, Anacid, Rennie (KOHOUT, 2005, s. 43-45).

3.2 H₂ – blokátory

H₂ – blokátory jsou léky, které dobře blokují sekreci kyseliny chlorovodíkové. Uvedení H₂ - blokátorů na trh po objevení histaminového H₂ receptoru na parietální buňce výrazně zrychlilo léčbu žaludečního vředu a v 80. letech 20. stol. to byly v léčbě peptického vředu žaludku a duodena léky první volby. Jsou to léky účinné, které umožní zhojení 85 – 90 % vředových lézí do 6 – 8 týdnů, event. podávané v malých dávkách zabrání vzniku stresového vředu. Jejich účinnost je však limitována tím, že blokují pouze jeden z receptorů. Všechny H₂ – blokátory jsou závislé na jaterním a renálním metabolismu, při jaterní nebo renální insuficienci je nutné dávku léku snižovat. Zástupci: Ranisan, Ulcosan, Famosan, Quamatel (KOHOUT, 2005, s. 45-47).

3.3 Inhibitory protonové pumpy (PPI)

Jsou to v současnosti léky první volby vzhledem k možnosti dokonalé suprese produkci kyseliny chlorovodíkové. Inhibitory protonové pumpy zablokují dočasně tvorbu klíčového enzymu a tím sekreci HCl do trávicí trubice. Tato léková skupina se užívá prakticky ve všech indikacích léčby peptického vředu, ať se nachází kdekoliv, v jakémkoliv místě trávicí trubice. Běžná dávka u léčby peptického vředu je 20 mg 2krát denně, při prevenci stresových vředů je nutné dávku zvýšit na 40 mg 2krát denně. U komplikovaných vředů se inhibitory protonové pumpy podávají kontinuálně – bolus 80 mg i. v. a dále 8 mg/kg za hodinu. Zástupci: Helicid, Losec, Omeprazol, Controloc, Lanzul (KOHOUT, 2005, s. 49-52).

4 Režimová opatření

Režimová opatření mají důležitou, nikoli hlavní roli v léčbě pacientů s peptickým vředem žaludku či duodena. Vzhledem k tomu, že důležitou úlohu v etiopatogenezi peptického vředu hraje stres, je důležité pokusit se stresory odstranit a zvolit uklidňující režim. K tomu patří pracovní neschopnost, která se pacientovi doporučuje na 2 – 4 týdny. Vhodné je omezit, lépe však ukončit kouření, které se podílí na zhoršení prokrvení sliznice žaludku a duodena (KOHOUT, 2005, s. 54-55).

4.1 Dieta

V době účinné léčby mají dietní opatření menší vliv, než tomu bylo v minulosti, kdy dieta tvořila zásadní součást léčby. Jídlo v pravidelných intervalech slouží jako nejpřirozenější antacidum, je vhodné vyloučit jídla, která pacientovi vyvolávají obtíže a ta, o kterých víme, že vedou ke zvýšení kyselé sekrece. K těmto potravinám a nápojům patří nápoje s obsahem kofeinu, který je stimulatorem žaludeční sekrece, např. černá káva, černý čaj, dále kolové nápoje (Coca – Cola, Kofola aj.). Také alkohol stimuluje sekreci kyseliny chlorovodíkové, proto je vhodné ho vynechat. V akutní fázi je také vhodné nepodávat pacientům kořeněná jídla z důvodu překrvení sliznice. Základním kamenem diety bývalo mléko a mléčné výrobky, v dnešní době se doporučují spíše zakysané mléčné výrobky, které jsou lépe tráveny i při snížené žaludeční aciditě. V každém případě je vhodné rozdělit jídlo do většího počtu denních dávek, které se podávají v kratších intervalech, a napomoci tak zkrácení období, ve kterém je pacient lačný (KOHOUT, 2005, s. 55).

Nedráždivá strava má šetřit žaludek před mechanickým, tepelným i chemickým drážděním. Nemá tedy obsahovat hrubé, tuhé součásti, zejména slupky ovoce a vůbec nekousanou a slinami nezměkčenou stravu. Příliš horké pokrmy zvyšují prokrvení sliznice až ke krvácení a zvyšují i vyměšování šťáv, studené pokrmy mohou vyvolat bolest. Chemicky šetřící dieta neobsahuje aromatické ovoce a zeleninu, pikantní masa kyselá, uleželá nebo nedostatečně připravená. Nemocný by se měl vyvarovat většímu množství sodovek a minerálních vod pro jejich obsah kysličníku uhličitého. Omezení chemicky a tepelně dráždivé stravy by se mělo dodržovat po dobu 4 – 6 měsíců po skončení léčebné kúry (VESELÝ, 1986, s. 49)

5 Komplikace

Ke komplikacím peptického vředu patří penetrace, perforace, krvácení z vředové léze, pylorostenózy či pylorospasmus, stenóza bulbu či dalších úseků duodena (KOHOUT, 2005, s. 29).

5.1 Penetrace

Penetrace vředu znamená jeho proniknutí mimo oblast žaludeční stěny, např. do pankreatu či jater. Projevuje se intenzivnější nemizící bolestí, event. příznaky postižení orgánu, do kterého vřed penetruje. Diagnostika se provádí pomocí endoskopického vyšetření. Rozlišují se 3 stupně – při prvním dochází k průniku všemi vrstvami stěny postiženého orgánu, ne však serózou, při druhém dochází k rozšíření stěny trávicí trubice a penetraci celé její hloubky, u třetího stupně je podstatné pronikání mimo stěnu orgánu do orgánů okolních, event. vznik píštělí mezi žaludkem a okolními orgány. Terapie této komplikace je chirurgická, většinou je nutné částečně resekovat orgán, do kterého vředový kráter proniká (KOHOUT, 2005, s. 29).

5.2 Perforace vředu

Perforace vředu je způsobeno proniknutím vředové léze žaludeční stěnou (tedy jejím proděravěním) rychleji, než dojde k ohraničení zánětlivými srůsty. Vzniká akutní peritonitida s nutností urgentní operační léčby, diagnostika je možná průkazem volného vzduchu pod bráničními oblouky (pomocí nativního RTG břicha a podbráničních prostorů – snímek je nutný provést vstoje). Pokud pacient není schopen se postavit, provádí se RTG břicha horizontálním chodem paprsků a projasnění se hledá v oblasti pod břišní stěnou. Někdy lze diagnózu určit až při chirurgickém zákroku indikovaném pro akutní peritonitidu nejasné příčiny. Diagnostika spočívá v rozlišení proti jiným náhlým příhodám břišním zánětlivého charakteru s vysokou hladinou leukocytů v krvi a vysokým CRP. Léčba je chirurgická, spočívá v akutním operačním výkonu (KOHOUT, 2005, s. 29-30).

5.3 Krvácení z peptického vředu

Jak peptický vřed žaludku, tak peptický vřed duodena mohou při pokračování nekrotického procesu arodovat (nahlodávat) cévy s následným vznikem krvácení. Krvácení z peptického vředu (žaludku či duodena) je příčinou asi 50 % krvácení z horní části trávicího traktu. Projevem krvácení ze žaludku či duodena je hamatemeze či meléna, dále vznik akutní posthemoragické anemie, popř. anemického syndromu se slabostí, tachykardií, únavou. Pravidlem bývá zlepšení symptomatologie peptického vředu, resp. vymizení bolesti. Velmi často souvisí krvácení s medikací nesteroidními antirevmatiky nebo analgetiky (kyseliny acetylsalicylová), jak terapeutickou (virové onemocnění), tak preventivní (kardiovaskulární onemocnění). Důležité je provést vždy urgentní endoskopii. Výhodné je provést endoskopické vyšetření do 1 – 2 hodin po přijetí do nemocnice, nejpozději by mělo být endoskopické vyšetření provedeno do 24 hodin.

Krvácení se rozděluje podle závažnosti a velikosti krvácení na základě klasifikace podle Forresta z roku 1974:

Aktivní krvácení (Forrest I)

- Ia – arteriální (stříkající) krvácení
- Ib – vytékající krev

Evidence recentního krvácení (Forrest II)

- IIa – viditelná céva na dně vředu
- IIb – koagulum na spodině vředu
- IIc – černá skvrna

Bez evidence krvácení (Forrest III)

- Nejsou známky recentního krvácení

V léčbě je podstatné umístit pacienta na jednotku intenzivní péče k monitorování životních funkcí, zajistit žilní přístup, udržet cirkulaci – aplikací náhradních roztoků a převodem krve, event. krevních derivátů, zavést nazogastrickou sondu k odsávání krve a koagul ze žaludku (KOHOUT, 2005, s. 30-31).

5.4 Pylorostenóza či přechodný pylorospasmus

Oblast pyloru může být vzhledem ke svému uzpůsobení postižena spasmem (pokud je v blízkosti pyloru léze), po léčbě dochází k úpravě. Vředová léze prepylorická či postpylorická nebo v pylorickém kanálu může vést k edému pyloru, event. recidivující vředy pylorické oblasti k jeho stenóze. Léčba spočívá v aplikaci vysokých dávek inhibitorů protonové pumpy, zavedení nazogastrické sondy, zavedení umělé výživy – pokud se podaří transpyloricky zavést jejunální sondu, použije se enterální výživa, pokud nikoliv, podává se výživa parenterální. Pokud konzervativní léčba nevede k úspěchu, přistupuje se k chirurgické léčbě (KOHOUT, 2005, s. 31).

5.5 Stenóza duodena s vysokým ileem

Stenóza duodena představuje podobný problém jako předchozí komplikace, je však umístěna v oblasti bulbu či postbulbárního duodena. Léčba je antisekreční, aplikace tekutin, umělé výživy, odsávání žaludečního obsahu nazogastrickou sondou. Není-li léčba úspěšná, indikuje chirurg většinou za 7 – 10 dní chirurgické řešení (KOHOUT, 2005, s. 32).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Anamnéza

Anamnéza u konkrétního pacienta byla odebrána lékařem Krajské nemocnice Liberec, a. s. při příjmu k hospitalizaci dne 12. 2. 2011.

6.1 Osobní anamnéza:

Jméno: F. E.

Věk: * 1951

Pohlaví: muž

Operace: ne

Úrazy: vypadl z kočárku na hlavu

Léková anamnéza: sine

Abusus: kouří 15 – 20 cigaret denně, alkohol 2 – 3 piva 4krát týdně, káva 2/den

Alergie: neguje

Nynější onemocnění: Přijat z chirurgické ambulance pro hematemesu. Dnes ráno zvracel 1krát krev čerstvou i natrávenou. Asi měsíc pobolívá v epigastriu, 3 dny více. Na bolesti bral Ibalgin. Několik dní málo jí, tlak v epigastriu po jídle. Jedl dnes ráno polévku, pak zvracel.

Subjektivně: bolest v epigastriu

KO bez poklesu, CRP 27.9

6.2 Stav při přijetí

Váha: 62 kg

Výška: 168 cm

BMI: 22.0

TK: 145/70 mmHg

Tep: 72 za minutu

Počet dechů: 16 za minutu

Teplota: 36,5 °C

Status praesens: orientovaný, spolupracuje

Hlava a krk: poklep nebolestivý, inervace V. i VII. h. n. v normě, očima sleduje ve všech směrech, oči i uši bez hnisavé sekrece, sclery bílé, zornice izokorické, jazyk

plazí středem, na rtech stopy zaschlé krve, anteflexe volná, nebolestivá, lymfatické uzliny nezvětšeny, štítná žláza nehmatná

Hrudník: symetrický, dýchání čisté, sklípkové bez vedlejších fenoménů, akce srdeční pravidelná, 2 ohraničené ozvy bez šelestu, bez známek čerstvého traumatu

Břicho: symetrické, v niveau, břicho měkké, palpačně bolestivé v epigastriu, bez hmatné rezistence, poklep diferenciálně bubínkový, bez známek peritoneálního dráždění, H+L nehmatám, tapottement bilat. negativní

Per rectum: indagace nebolestivá, ampula plná kašovitě stolice bez patologické příměsi, ampula bez rezistence

Genitál: odpovídá věku

Končetiny, páteř, pánev: pánev pevná, DK bez otoků, bez známek TEN, HK četná tetování bilat.

Předběžný diagnostický závěr: Hematemesis

7 Zhodnocení klienta dle modelu Gordonové

Anamnézu dle modelu Gordonové jsem odebírala 19. 2. 2011, tj. 8. den hospitalizace.

Vnímání zdraví, aktivity k udržení zdraví

Současnou úroveň zdraví považuje za částečně dobrou. Pacient udává asi měsíc píchání v oblasti žaludku, bolest byla snesitelná, bral Ibalgin. Za poslední rok se neléčil s žádným onemocněním, úrazy také nebyly. Lékařská doporučení dodržuje částečně. Pacient si je vědom, že pro své zdraví by mohl dělat zdaleka více. Při projevení současných obtíží si pacient zavolal RZP. O své diagnóze je informován. Pacient kouří 15 – 20 cigaret denně, alkohol udává 2 – 4 piva 4krát týdně, káva 2krát denně. Seběpěči v současné době zvládá sám. Alergii neudává.

Výživa a metabolismus

Pacient se stravuje nepravidelně, přibližně 2 – 3krát denně, vypije asi 2 litry tekutin. Pocit žízně nemá, nechutenstvím nikdy v minulosti netrpěl. Problémy s příjmem stravy a tekutin nikdy neměl, poruchu polykání neudává. Několik dní před přijetím málo jedl, protože měl po jídle bolesti v oblasti žaludku. Chrup má v pořádku. V poslední době nepozoroval změny hmotnosti. Žádnou dietu nedodržuje, stravuje se dle chuti – občas fast food. Vlasy jsou umyté, nehty čisté. Sliznice jsou růžové, stav kůže je normální, kožní turgor je normální. Pacient váží 62 kg, měří 168 cm, BMI je 22. Pacientovi byl při příjmu zaveden periferní žilní katétr, který je vyměňován dle standardizovaných postupů nebo podle potřeby. Momentálně je periferní žilní katétr funkční, bez známek infekce, sterilně krytý. Dekubity, otoky ani jiné defekty pacient nemá. Pacient byl při příjmu informován o dietě nic per os. Důvod této diety mu byl vysvětlen, pacient porozuměl. Nyní má dietu kašovitou.

Vylučování

Pacient močí do urinoáru, z důvodu kontinuální terapie. S močením problémy nemá, moč má fyziologickou barvu, bez patologických příměsí. Stolice je pravidelná, bez příměsí, normální barvy. Pacient je poučen o nutnosti nahlášení změny barvy stolice, event. příměsí. Ráno v den příjmu zvracel po jídle krev čerstvou i natrávenou, dále bez nauzey či zvracení. Potí se přiměřeně.

Aktivita, cvičení

Pacient svůj volný čas trávil spíše venku. K pohybu nepotřebuje žádné kompenzační pomůcky. Faktory bránící tělesné aktivitě pacient neudává. Žádnému sportu se aktivně nevěnuje, necvičí. Nyní za hospitalizace upoután na lůžko z důvodu kontinuální terapie, jinak je chodící, soběstačný. Soběstačnost není narušena.

Spánek, odpočinek

V domácím prostředí, ani za hospitalizace pacient se spánkem problémy nemá, denně spí přibližně 7 hodin. Spánek probíhá bez děsů nebo jiných poruch spánku. Po probuzení se cítí odpočatý, ale přesto za hospitalizace usíná i během dne.

Vnímání, poznávání

Pacient je menší, štíhlé postavy, upravený. Zrak a sluch je v pořádku, bez kompenzačních pomůcek. Řeč je plynulá, problémy s čichem, hmatem, chutí neudává. Je plně orientován místem, časem i osobou. Potíže s pamětí nepozoruje. Pozornost je stálá, oční kontakt udrží. Pacient udává mírné bolesti v oblasti žaludku.

Sebekoncepce, sebeúcta

Pacient se charakterizuje jako optimista, s lidmi se snaží vycházet dobře. Pocit osamělosti nemá, oporu má ve své rodině. Je se sebou zcela spokojen. Současnou situaci prožívá přiměřeně. Rodina ho chodí navštěvovat.

Role, mezilidské vztahy

Pacient žije se svou rodinou v pronajatém bytě v Liberci. Často se navštěvuje s přáteli. Rodinné problémy nemá. V současné době je nezaměstnaný, má jen občasné brigády. Svou nezaměstnanost připisuje romskému původu a základnímu vzdělání. Plně důvěřuje zdravotnickému personálu.

Sexualita, reprodukční schopnost

Pacient má syna a dceru se svou manželkou. Nikdy se neléčil na pohlavní choroby.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání – tolerance

Pacient napětí prožívá zřídka, ve zvládnání stresu mu pomáhají cigarety. Nejčastější příčinou stresu je ztráta zaměstnání.

Víra, životní hodnoty

Pacient není věřící.

Jiné

Pacient nemá v tuto chvíli žádné dotazy, nic nepotřebuje.

7.1 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava, hygiena: čistý, upravený

Sliznice: čistá, sliznice růžová, vlhká, jazyk vlhký s fyziologickým povlakem, hrdlo klidné

Zuby: chrup vlastní

Zrak: bez problémů

Sluch: bez problémů

Krevní tlak: 130/70 mmHg

Puls: rychlost 82', pravidelný

Dýchání: 18', pravidelné

Stisk ruky: pevný

Může zvednout tužku: ano

Rozsah pohybu kloubů: zachován

Svalová pevnost: v normě

Kůže: dostatečně hydratovaná, kožní turgor v normě

Kožní léze: ne

Hrudník: symetrický, dýchací šelesty normální

Břicho: měkké, palpačně bolestivé v epigastriu

Riziko dekubitů dle stupnice Nortonové: 32 bodů

schopnost spolupráce: částečně omezená – 3, věk: pod 60 let – 2, stav pokožky: normální – 4, přidružené onemocnění: žádné – 4, fyzický stav: zhoršený – 3, stav vědomí: bdělý – 4, aktivita: chodí – 4, mobilita: úplná – 4, inkontinence: není – 4

Chůze: nevyžaduje pomoc

Držení těla: fyziologické

Chybění části těla: ne

Kanyly intravenózní: na předloktí PHK 2. den

Permanentní močový katétr: ne

Drény: ne

Odsávání: ne

Nynější hmotnost: 62 kg, **Výška:** 168 cm, **Tělesná teplota:** 36,6 °C

Funkční úroveň zdraví: soběstačný

schopnost najíst se – 0, okoupat se – 0, schopnost dojít na toaletu – 0, schopnost obléknout se – 0, nakoupit si – 0, umýt se – 0, celkový pohyb – 0, pohyb na lůžku – 0, uvařit si – 0, udržování domácnosti – 0

Barthel test základních všedních činností: 100 bodů

příjem potravy a tekutin: samostatný bez pomoci – 10, oblékání: samostatné bez pomoci – 10, koupání: samostatné či s pomocí – 5, osobní hygiena: samostatné či s pomocí – 5, kontinence moči: plně kontinentní – 10, kontinence stolice: plně kontinentní – 10, použití WC: samostatné bez pomoci – 10, přesun na lůžko – židli: samostatně bez pomoci – 10, chůze po rovině: samostatně nad 50m – 10, chůze po schodech: samostatné bez pomoci – 10

Riziko pádu: 1 bod

pohyb: neomezený – 0, vyprazdňování: nevyžaduje pomoc – 0, medikace: užívá léky ze skupiny psychotropik – 1, smyslové poruchy: žádné – 0, mentální status: orientován – 0, věk: 18 – 65 – 0

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření:

Orientace: dobrá, orientován časem, místem, osobou

Chápe myšlenky a otázky, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy: ano

Řeč, způsob vyjadřování: mluví plynule, srozumitelně, bez vad řeči

Hlas, způsob řeči: bez známek abnormalit

Úroveň slovní zásoby: dostatečná

Oční kontakt: udrží

Rozsah pozornosti: soustředěná, vyrovnaná

Nervozita: ne

Asertivní nebo pasivní: asertivní

Vzájemná spolupráce se členy rodiny: dobrá

7.2 Analýza informací

Věk: * 1951

Pohlaví: muž

Rodinný stav: ženatý

Zaměstnání: nezaměstnaný

Vzdělání: základní

Sociální zázemí: žije s manželkou a dětmi v pronajatém bytě

Datum přijetí: 12. 2. 2011

Typ přijetí: akutní

Den hospitalizace: 8. den hospitalizace

Předešlé hospitalizace: nebyly

Alergie: neudává

Hlavní diagnóza: K 922 Krvácení ze žaludku a střev

Další onemocnění: sine

Terapie: p. o.: sine

i. m.: sine

i. v.: Helicid 160 mg/24 hodin – inhibitor protonové pumpy, antiulcerózum
Tiapridal 1 amp po 8 hodinách – psychofarmakum, neuroleptikum
Plasmalyte G 5 % 1000 ml 80 ml/hodinu

s. c.: sine

Subjektivně: bez obtíží, bolesti neudává

Objektivně: břicho měkké, zcela prohmatné, bez palpační bolestivosti, aperitoneální

8 Průběh hospitalizace

Pacient F. E. byl 12. 2. 2011 v 10:50 přivezen na chirurgickou ambulanci RZP pro hematemesu k nemocničnímu ošetření. Ze záznamu RZP po příjezdu k pacientovi: pacient při vědomí, orientován, GCS 15 bodů, fyziologické funkce: TK 120/80, P 85', SpO₂ 94 %, zavedena periferní žilní kanyla, do které podáno FR 1/1 500 ml.

Na chirurgické ambulanci ošetřen, provedeny krevní odběry, pacientovi doporučen příjem k hospitalizaci – souhlasí. Objednána gastroskopie cca v 14:00, informovaný souhlas podepsán. Dále proveden RTG nativ břicha kde popisována pneumatoso v arkádovitě uspořádaných kličkách tenkého střeva v mesogastriu s krátkými hladinkami tekutiny při subileosním stavu.

Pacient byl přijat k hospitalizaci na standartní oddělení všeobecné chirurgie v 12:55. Poté byla provedena urgentní gastroskopie, která byla nutná v analgosedaci. Z gastroskopie doporučen překlad na JIP, který uskutečněn v 16:50. Překlad z JIP zpět na standartní oddělení 14. 2. 2011 v 9:30. Kontrolní gastroskopie provedena 16. 2. 2011, kde je popisováno zlepšení nálezu. Dne 20. 2. 2011 v 9:30 dimise.

8.1 První den hospitalizace

Pacient F. E. byl přijat na standartní lůžkové oddělení všeobecné chirurgie Krajské nemocnice Liberec, a.s. (KNL, a.s.) pro hematemesu, zde mu byl připevněn identifikační náramek, byl seznámen s oddělením, uložen na lůžko. S pacientem byla vyplněna vstupní ošetřovatelská anamnéza, byl seznámen s Domácím řádem KNL, a.s. a právy pacientů. Pacientovi bylo vysvětleno hodnocení bolesti dle škály VAS. Pacient byl informován, že ošetřovací jednotka je školním pracovištěm studentů a souhlasí s ošetřováním a nahlížením do zdravotnické dokumentace studenty.

Z lékařského příjmu plnění ordinací, měření TK a P po hodině. V transfúzní stanici objednáno 4krát EBR (erytrocyty bez buffy coatu resuspendované) a 2krát mražená plasma do zásoby. Pacient si stěžuje na píchání v epigastriu, bolest je snesitelná, VAS 2. Na 14:00 byla objednaná urgentní gastroskopie, ze které má obavy. Gastroskopie byla provedená v analgosedaci za asistence ARO. Doporučení gastroenterologa pro jistě penetrující vřed na malé kurvatuře hospitalizace pacienta na JIP, observace, NPO, kontrolní gastroskopie s biopsií za 4 – 5 dní, Helicid 80 mg i. v. bolus pak kontinuálně 240 mg/24 hodin i. v. až do kontrolní gastroskopie.

Na JIP pokračování v kontinuální terapii, Ringerfundin 140 ml/hodinu kontinuálně, kontrola fyziologických funkcí (TK, P, TT, SpO₂) po hodině - měření pomocí monitoru, glykémie po 12 hodinách. Zaveden permanentní močový katétr (PMK) a měření diurézy po 6 hodinách. Fyziologické funkce v normě, pacient afebrilní, glykémie v normě, diuréza dostačující. Moč bez patologických příměsí.

00132 akutní bolest

00148 strach

00110 deficit sebeděče při vyprazdňování

00004 riziko infekce

Riziko dekompenzace fyziologických funkcí

Riziko retence moče

Riziko dekompenzace glykémie

8.2 Druhý den hospitalizace

Pacient se dožaduje překlady na standartní oddělení, zřejmě počínající abstinční příznaky (nikotinismus), proto do medikace přidán Tiapridal 1 amp. i. v. po 6 hodinách. Dle ošetřujícího lékaře pacient velmi simplicitní, nechápe nic. Na bolesti si již nestěžuje. Ringerfundin změněn na Plasmalyte s glukózou 5 % 150 ml/hodinu kontinuálně i. v., PPI beze změny. Přepočítáno riziko pádu – 3 body. Fyziologické funkce (TK, P, TT, SpO₂) v normě – měřeny po hodině. Hodnoty glykemií v normě, diuréza dostatečná. Pacient bez nauzey, nezvrací. Zatím za hospitalizace pacient nebyl na stolici.

00070 oslabené přizpůsobení

00110 deficit sebeděče při vyprazdňování

00004 riziko infekce

00155 riziko pádů

Riziko dekompenzace fyziologických funkcí

Riziko retence moče

Riziko dekompenzace glykémie

8.3 Pátý den hospitalizace

Pacient je již hospitalizován na standardním oddělení. Subjektivně bez obtíží, bez bolestí. Objektivně epigastrium bez palpační bolestivosti, břicho zcela měkké, aperitoneální. Riziko pádů – 1 bod. Dieta: čaj. PMK pacientovi odstraněn čtvrtý den hospitalizace. Nyní močí do urinoáru nebo na WC. Ani po opakovaném vysvětlení nutnosti podávání kontinuální terapie nedodrží léčebný režim, přistižen sestrou při kouření na toaletě, poté se neustále nechává odpojovat od kontinuální terapie (pod záminkou nutnosti močení) a opouští oddělení. Pacient se domnívá, že pokud už není hospitalizován na JIP, a protože již nemá bolesti, jeho stav nevyžaduje kontinuální podávání léků. Vysvětlováno opakovaně, není jisté, zda pochopil. Změna v podávání Tiapridalu po 8 hodinách i. v. Měření TK, P 4krát denně. Měření TT 2krát denně. Pro měření SpO₂ není standardní oddělení přístrojově vybavené. Provedena kontrolní gastroskopie, nález výrazně zlepšen, vřed na malé křivce s fibrinem, plošší, nekrvácející. Doporučení: PPI stále ve vysokých dávkách minimálně 3 dny, poté lze přejít na p. o. formu PPI až do příští kontroly. Dále doporučena dnes a zítra tekutá dieta, poté alespoň tři dny dieta kašovitá. Pacient byl na stolici, která byla bez patologických příměsí a fyziologické barvy.

00070 oslabené přizpůsobení

00148 strach

00004 riziko infekce

Riziko dekompenzace fyziologických funkcí

9 Ošetrovateľské diagnózy dle NANDA domén

Diagnózy jsou seřazeny podle závažnosti, a dále jsou rozděleny na diagnózy aktuální a potencionální. Některé nalezené diagnózy klasifikace NANDA nepopisuje.

Ošetrovateľská diagnóza č. 1

Akutní bolest – 00132

Určující znaky:

- sdělení, označení bolesti
- vyhledávání poloh snižujících bolest (úlevové polohy)
- bolestivý výraz v obličeji

Související faktory:

- biologický poškozující agens

Cíle:

- cíl 1: pacient bude udávat zmírnění bolesti
- cíl 2: bolest nebude omezovat běžné denní aktivity
- cíl 3: pacient bude klidně spát

Kritéria:

- pacient bude udávat bolest ve výši VAS 1 - 3

Intervence:

- monitorování bolesti a záznam stupně do dokumentace
- doporučení a pomoc do úlevové polohy
- sledování nonverbálních projevů pacienta
- v případě VAS 3+ informovat lékaře

Realizace:

- pacient si na doporučení ošetrovateľského personálu vyhledává úlevové polohy
- výši VAS sestra zapisuje do dokumentace
- VAS se pohybuje v rozmezí 1 – 2
- bolest pacienta nijak neobtěžuje, v noci klidně spí

Hodnocení cílů:

- cíle splněny – trvají až do vymizení bolesti

Hodnocení intervencí:

- intervence účelné

Ošetřovatelská diagnóza č. 2

Strach – 00148

Určující znaky:

- identifikace objektu (gastroskopie), který strach vyvolává

Související faktory:

- odloučení od opory (manželka), při hospitalizaci

Cíl:

- informovaný pacient

Kritéria:

- pacientovi bude podrobně vysvětlen postup vyšetření
- pacient nebude verbalizovat strach

Intervence:

- empatické vysvětlení postupu gastroskopie
- vysvětlení přípravy na gastroskopii
- ponechání dostatečného prostoru na pacientovi dotazy
- ověření zda pacient pochopil
- podepsání informovaného souhlasu pacienta s gastroskopií

Realizace:

- postup vyšetření pacientovi vysvětluje lékař, ten s pacientem podepisuje i informovaný souhlas s gastroskopií
- sestra zajistí přípravu pacienta, která obnáší zajištěný žilní přístup, edukuje pacienta večer před vyšetřením o nutnosti diety NPO
- edukaci sestra zapisuje do dokumentace pacienta
- sestra podporuje pacienta po psychické stránce

Hodnocení cíle:

- splněn – pacient chápe průběh vyšetření

Hodnocení intervencí:

- intervence účelné

Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Deficit sebedpěče při vyprazdňování – 00110

Určující znaky:

- neschopnost přemístit se na toaletu
- zavedený permanentní močový katétr

Související faktory:

- akutní onemocnění
- léčebný režim

Cíl:

- PMK je průchodný
- dostatečné množství odváděné moče

Kritéria:

- funkční permanentní močový katétr

Intervence:

- péče o PMK dle platných SOP
- kontrola polohy a průchodnosti PMK
- kontrola vzhledu a množství odváděné moče
- množství odváděné moče sestra zaznamenává do dokumentace

Realizace:

- sestra dbá na zvýšenou hygienickou péči v okolí zavedení PMK
- pacient dodržuje léčebný režim a s tím související klid na lůžku
- polohu PMK sestra pravidelně kontroluje
- PMK odvádí dostatečné množství moče
- moč neobsahuje patologické příměsi

Hodnocení cíle:

- cíle splněny – přetrvávají po dobu zavedení PMK

Hodnocení intervencí:

- intervence účelné

Ošetřovatelská diagnóza č. 4

Oslabené přizpůsobení – 00070

Určující znaky:

- zanedbává činnosti, které jsou prevencí budoucích zdravotních problémů
- popírá změnu zdravotního stavu

Související faktory:

- negativní postoje ke zdravému způsobu chování
- nízká úroveň dosaženého vzdělání pacienta

Cíl:

- cíl 1: pacient chápe vážnost onemocnění
- cíl 2: pacient dodržuje léčebný režim

Kritéria:

- pacient kouření omezí nebo s kouřením cigaret přestane

Intervence:

- vysvětlení nutnosti dodržování léčebného režimu
- edukace o škodlivosti kouření
- edukace o dodržování šetřící diety
- záznam provedených edukací do dokumentace

Realizace:

- pacientovi byly opakovaně vysvětlovány základní pilíře léčebného režimu
- pacient potvrzuje, že vše pochopil, ale následně opět léčebný režim porušuje
- edukaci o dietě provádí dietní sestra, předá pacientovi informace o dietě v tištěné podobě a provede záznam o edukaci do dokumentace pacienta

Hodnocení cíle:

- cíl 1 splněn částečně – pacient méně chápavý, neuvědomuje si rizika nedodržování léčebného režimu
- cíl 2 nesplněn – pacient nedodržuje léčebný režim

Hodnocení intervencí:

- intervence i přes nesplnění cílů účelné

Ošetrovatelská diagnóza č. 5 - potencionální

Riziko infekce – 00004

Rizikové faktory:

- invazivní procedury

Cíl:

- periferní venózní katétr (PVK) bez známek infekce
- PMK odvádí čistou moč

Kritéria:

- cíl 1: PVK bude zaveden maximálně 72 hodin
- cíl 2: PMK bude funkční a bude vyměňován dle SOP

Intervence:

- postup ošetrování PVK dle platných SOP
- aseptický postup při převazování PVK
- kontrola okolí a funkčnosti PVK
- monitorace místních známek infekce
- vedení PVK a jeho ošetrování zaznamenat do dokumentace pacienta
- zvýšená hygiena okolí zavedení PMK
- kontrola funkčnosti PMK
- monitorace patologických příměsí odváděné moče

Realizace:

- sestra se o PVK stará a ošetruje ho dle platných SOP – převazy provádí dle potřeby a za aseptických podmínek
- sestra pravidelně kontroluje okolí místa vpichu
- výměna PVK se provádí za 72 hodin
- při nefunkčnosti katétru nebo při zjištění známek infekce sestra PVK vymění ihned
- o PMK se ošetrovatelský personál stará dle patných SOP

Hodnocení cíle:

- cíle splněny – infekce neprojevena, PMK odvádí čistou moč

Hodnocení intervencí:

- intervence účelné

Ošetrovatelská diagnóza č. 6 - potencionální

Riziko pádů – 00155

Rizikové faktory:

- akutní onemocnění

Cíl:

- u pacienta nedojde k pádu

Kritéria:

- pacient bude dodržovat klid na lůžku

Intervence:

- postup dle příslušného SOP
- kontrola bezpečnosti prostředí
- signalizace v dosahu pacienta
- poskytnutí zábran lůžka

Realizace:

- sestra přepočítává riziko pádu (podle SOP KNL, a. s) každých 7 dní
- sestra označí identifikační náramek pacienta štítkem s významem rizika pádu (v KNL a. s. červené označení)

Hodnocení cíle:

- cíl splněn – u pacienta nedošlo k pádu

Hodnocení intervencí:

- intervence účelné

Ošetrovatelská diagnóza č. 7 - potencionální

Riziko dekompenzace fyziologických funkcí (není v NANDA doménách)

Rizikové faktory:

- akutní onemocnění

Cíl:

- včasné odhalení nežádoucích změn

Kritéria:

- pacient bude dodržovat klid na lůžku
- fyziologické funkce se budou pohybovat ve fyziologických hodnotách

Intervence:

- měření fyziologických funkcí (TK, P, TT, SpO₂) podle ordinace lékaře
- nežádoucí změny v hodnotách nahlásit lékaři

Realizace:

- sestra zajišťuje měření fyziologických funkcí, na JIP měření pomocí monitoru
- na standartním oddělení sestra měří krevní tlak pomocí rtuťového tonometru
- naměřené hodnoty sestra zapisuje do dokumentace pacienta

Hodnocení cíle:

- cíl splněn – fyziologické funkce jsou v normě

Hodnocení intervencí:

- intervence účelné

Ošetrovatelská diagnózy č. 8 - potencionální

Riziko retence moče (není v NANDA doménách)

Rizikové faktory:

- akutní onemocnění
- nemožnost přijímat tekutiny per os – léčebný režim
- klid na lůžku

Cíl:

- dostatečné množství odváděné moče

Kritéria:

- náhrada tekutin infuzní terapií

Intervence:

- sledování množství odváděné moče
- množství odváděné moče se zapisuje do dokumentace
- podávání infuzní terapie dle ordinace lékaře
- případné nežádoucí změny ve vyprazdňování nahlásit lékaři

Realizace:

- sestra měří množství odváděné moče dle ordinace lékaře – na JIP po 6 hodinách
- sestra množství moče zapisuje do dokumentace pacienta
- sestra podává infuzní terapii dle ordinace lékaře, rychlost podávání infuzních roztoků řídí pomocí infuzní pumpy

Hodnocení cílů:

- cíl splněn – PMK odvádí moč v dostatečném množství

Hodnocení intervencí:

- intervence účelné

Ošetrovatelská diagnóza č. 9 - potencionální

Riziko dekompenzace glykémie (není v NANDA doménách)

Rizikové faktory:

- léčebná dieta nic per os
- podávání roztoků s obsahem glukózy

Cíl:

- hodnoty glykémie se budou pohybovat ve fyziologických hodnotách

Kritéria:

- hodnoty glykémii budou měřeny po 6 hodinách

Intervence:

- sledování změn chování pacienta
- monitorace hodnot glykémie dle ordinace lékaře
- nežádoucí změny v hodnotách hlásit lékaři

Realizace:

- sestra měří glykémii dle ordinace lékaře po 6 hodinách kalibrovaným glukometrem
- hodnoty glykémii se pohybují ve fyziologických hodnotách

Hodnocení cíle:

- cíl splněn – glykémie v normě

Hodnocení intervencí:

- intervence účelné

10 Edukace

Edukace pacientů o ošetrovatelských postupech jsou velice důležité. Pacienti dostanou ucelené informace, podle kterých by se měli řídit a nezanedbat tak léčebný režim. Každému pacientovi se v průběhu hospitalizace dostane několika edukací. Pacient F. E. byl edukován v následujících oblastech. Každou edukaci pacient stvrzuje podpisem v edukačním záznamu.

Edukace o identifikaci pacienta

Pacient byl seznámen s významem identifikačního náramku a systémem identifikace pacienta pomocí tří kroků. Systém spočívá v identifikaci pacienta pomocí uvedení jména pacienta nad lůžkem, dále pomocí identifikačního náramku a aktivním dotazem ošetrovatelského personálu na jméno pacienta. Identifikačnímu systému pacient porozuměl.

Edukace o právech pacienta, denním režimu oddělení

Krajská nemocnice Liberec a. s. má pro pacienty k dispozici vypracovaný tzv. „základní edukační balíček“, který obsahuje práva pacientů, domácí řád oddělení, hodnocení bolesti dle škály VAS, preventivní opatření proti vzniku proleženin a hygienu rukou s použitím desinfekce, ta je pro pacienty dostupná na každém pokoji a na WC.

Edukace o dietě NPO před gastrokopií a po vyšetření

Pacientovi byla vysvětlena nutnost této diety vzhledem k přípravě na vyšetření. Po vyšetření byla tato dieta jako součást léčebného režimu. Pacient chápe účel této diety.

Edukace o škodlivosti kouření vzhledem k onemocnění

Pacient se domníval, dle jeho slov, že kouření způsobuje „pouze“ nádor plic. O celkovém vlivu na organismus a to zejména na žaludeční sekreci HCl pacient nevěděl. Dle mého názoru pacient nemá v plánu s kouřením cigaret přestat.

Edukace o šetřící dietě

Základ šetřící diety je nenadýmavá, lehce stravitelná, pestrá strava. Dieta by se měla dodržovat dlouhodobě. Při úpravě pokrmů se používá dušení, vaření, pečení, zapékání ve vodní lázni. Strava by měla být připravena do měkka, bez nestravitelných zbytků a bez tvrdých kůrek. Pokrmy se upravují nasucho, tuk se přidává do hotového pokrmu. Zahušťuje se moukou, solí se mírně, nepřeslazuje a nepřekyseluje se.

Zakázané potraviny:

- tučné maso, husa, kachna, zvěřina, uzeniny
- uzené ryby, sardinky, očka, kaviár
- pikantní sýry
- nakládaná zelenina
- okurky, zelí, zelená paprika, květák, kapusta, luštěniny, česnek, ředkvičky
- maliny, ostružiny, rybíz, datle, fiky, ořechy, mák, rebarbora
- ostré koření (pepř, pálivá paprika), sójová omáčka, maggi, masox
- alkohol, černá káva, nápoje s CO₂
- velmi horké a velmi studené nápoje a pokrmy
- kynuté těsto, listové těsto, linecké těsto

O dietě pacienta edukuje dietní sestra.

Edukace o pitném režimu po vytažení PMK

Pacientovi byl čtvrtý den hospitalizace vytažen PMK, s tím souvisí několik možných komplikací, o kterých byl pacient informován. Po vytažení PMK je důležité zvýšit svůj pitný režim (dieta: čaj bez omezení), aby se pacient spontánně vymočil do 8 hodin od vytažení PMK, z důvodu možné retence moče v močovém měchýři. Veškeré projevy možného zánětu močových cest (pálení, řezání při močení) pacient nahlásí ošetřovatelskému personálu. Pacient se vymočil bez obtíží.

ZÁVĚR

Během vypracovávání ošetrovatelského procesu s pacientem romského původu se projevilo, jak je výše dosaženého vzdělání důležitá. Člověk s vyšším vzděláním získá větší náhled na různé oblasti problémů. Zvláště pak při zjištění nějakého onemocnění je výše vzdělaný jedinec schopen lépe a důsledněji dodržovat léčebný režim. Toto je pouze náš osobní názor, který není podložen výzkumem, vznikl při vypracovávání metodiky ošetrovatelské péče o pacienta se základním vzděláním.

Cílem bakalářské práce bylo vypracovat metodiku ošetrovatelské péče u pacienta s vředovou chorobou žaludku. Stanoveného cíle bylo dosaženo. Na základě rozhovoru s pacientem byly získány informace potřebné k vytvoření ošetrovatelského procesu, tyto informace byly za souhlasu hlavní sestry Krajské nemocnice Liberec a. s. doplněny z dokumentace pacienta.

Závěrem ještě nutno podotknout, jak je důležitá znalost technik multikulturního ošetrovatelství. Na území České republiky trvale žije několik etnických a rasových skupin. U těchto skupin je velká pravděpodobnost různých návyků, jiných tradic a v neposlední řadě také jazyková bariéra. Proto si myslíme, že je nutné se v tomto oboru dále vzdělávat a všeobecné sestry by měly ovládat alespoň jeden ze světových jazyků

Domníváme se, že veřejnost je nedostatečně informována o nežádoucích účincích spojených s užíváním nesteroidních protizánětlivých léků. Tomu by se dalo předejít vytvořením informačních letáků, které by se umístily na místa s předpokládaným největším výskytem rizikových skupin – čekárny u praktického lékaře, na ambulancích a v lékárnách.

Doufáme, že předložená bakalářská práce poskytne potřebné informace při studiu onemocnění jak studentům vysokých zdravotnických škol, tak všeobecným sestrám.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DÍTĚ, Petr aj. 1996. *Základy digestivní endoskopie*. Praha : Grada Publishing, a. s., 1996. ISBN 80-7169-237-9.

DOENGES Marilyn E.; MOORHOUSE Mary F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha : Grada Publishing a. s., 2001. ISBN 80-247-0242-8.

IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství*. První vydání. Praha : Grada Publishing a. s., 2005. ISBN 80-247-1212.1.

JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing a. s., 2007. ISBN 80-247-2150-3.

KOHOÚT, Pavel. 2005. *Vředová choroba*. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-077-1.

KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing a. s., 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

KYZELKOVÁ, Josefina. 1998. *Žaludeční dyspepsie a Helicobacter pylori*. Praha : Grada Publishing, a. s., 1998. ISBN 80-7169-621-8.

LUKÁŠ, K. aj. 2003. *Diferenciální diagnostika symptomatologie nemocí trávicího traktu*. Praha : TRITON s. r. o., 2003. ISBN 80-7254-420-9.

LUKÁŠ, Karel aj. 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a. s., 2005. ISBN 80-247-1283-0.

MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha : Grada Publishing a. s., 2006. ISBN 80-247-1399-3.

MAŘATKA, Zdeněk. 1999. *Gastroenterologie*. Praha : Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-561-2.

MIKŠOVÁ, Z.; FRONKOVÁ, M.; HERNOVÁ, R.; ZAJÍČKOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1442-6.

MIKŠOVÁ, Z.; FRONKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing a. s., 2006. ISBN 80-247-1443-4.

NĚMCOVÁ, Jitka, MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha: Maurea, s. r. o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.

Pharmindex brevír. 2005. Praha : MediMedia Information, spol. s. r. o, 2005. ISBN 80-86336-06-9.

SEDLÁČKOVÁ, M. aj. 1996. *Infekce Helicobacter pylori*. Praha : Maxdorf s. r. o., 1996. ISBN 80-85800-32-2.

ŠPIČÁK, Julius aj. 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN 978-80-247-1783-8.

TIMULÁK, L. 2006. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-7367-106-9.

VESELÝ, Karel T. 1986. *Vředová nemoc*. 3. vydání. Praha : Avicenum, 1986. ISBN 08-003-86.

VOKURKA, M.; HUGO, J. aj. 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha : Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-202-5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – *Helicobacter pylori*

Příloha B – Tabulka poklesu hemoglobinu

Příloha C – Žádost o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace

Příloha A – *Helicobacter pylori*



Zdroj: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:EMpylori.jpg>

Příloha B – Tabulka poklesu Hemoglobinu

| Datum | Čas odběru | Hladina hemoglobinu |
|-------------|------------|---------------------|
| 12. 2. 2011 | 12:00 | 142 g/l |
| | 20:00 | 125 g/l |
| 13. 2. 2011 | 06:00 | 124 g/l |
| | 17:00 | 119 g/l |
| 14. 2. 2011 | 06:00 | 123 g/l |
| 15. 2. 2011 | 08:00 | 121 g/l |
| 16. 2. 2011 | 06:00 | 117 g/l |
| 17. 2. 2011 | 08:00 | 120 g/l |
| 18. 2. 2011 | 08:00 | 123 g/l |

Zdroj: dokumentace pacienta