

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.,**

**Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S VŘEDOVOU CHOROBU ŽALUDKU A DUODENA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ŠÁRKA SOUČKOVÁ

Praha 2012

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S VŘEDOVOU CHOROBOU ŽALUDKU A DUODENA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ŠÁRKA SOUČKOVÁ

Stupeň klasifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

Praha 2012



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

**Součková Šárka**  
**3. A VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 2. 2011 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s vředovou chorobou žaludku a  
duodena

*Nursing Care of the Patients with Ulceration in the Stomach and  
Duodenum*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce pro další studijní účely.

V Praze dne

## **ABSTRAKT**

SOUČKOVÁ, Šárka. *Ošetrovatelská péče pacienta s vředovou chorobou žaludku a duodena*. Vysoká škola Zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Praha 2012. 74 stran.

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta s vředovou chorobou žaludku a duodena. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá historií, patofyziologií, etiologií, lokalizací, charakteristikou onemocnění. Dále seznamujeme čtenáře s příznaky, vyšetřovacími metodami, komplikacemi, léčbou, průběhem onemocnění a dietním režimem. Praktická část práce obsahuje kazuistiku a ošetrovatelskou péči o pacientku s vředovou chorobou žaludku a duodena. Zvolili jsme koncepční model M. Gordonové. Realizovali jsme ošetrovatelskou metodologii na stanovení aktuálních a potencionálních diagnóz. Na podkladě těchto získaných diagnóz byla určena ošetrovatelská péče.

Klíčová slova

Vředová choroba žaludku a duodena. Patientka. Ošetrovatelská péče. Dieta.

## **ABSTRACT**

SOUČKOVÁ, Šárka. Nursing Care of Patient with Gastric and Duodenal Ulcer.

Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor. Tutor: PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Prague 2012. 74 pages.

My bachelor thesis is focused on nursing care of patient with gastric and duodenal ulcer. The thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part deals with history, pathophysiology, etiology, localization and characteristic of the disease. I also introduce signs and symptoms, examination methods, complications, treatment, duration of the disease and diet regimen to readers. The practical part includes casuistry, nursing care of a female patient with gastric and duodenal ulcer. I've chosen a conceptual model by M. Gordon. I've implemented nursing methodology for determining actual and potential. Base on theses diagnoses nursing care was designated.

Key words:

Gastric and Duodenal Ulcer. Female Patient. Nursing Care. Diet.

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>13</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>14</b>
<b>1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Historie gastroduodenálních vředů .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 Etiologie .....</b>	<b>15</b>
1.2.1 Nesteroidní antirevmatika.....	16
<b>1.3 Helicobacter pylori.....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Klinický obraz.....	18
1.3.2 Peptický vřed .....	18
1.3.3 Ulcer - like dyspepsie .....	18
1.3.4 Bulbitida.....	18
1.3.5 Duodenální vřed.....	19
1.3.6 Žaludeční vřed .....	20
1.3.7 Stresové vředy.....	20
<b>1.4 Komplikace .....</b>	<b>20</b>
1.4.1 Pylorostenóza či pylorospasmus.....	21
1.4.2 Krvácení peptického vředu .....	21
1.4.3 Penetrace vředu.....	21
1.4.4 Perforace vředu .....	21
<b>2 VYŠETŘOVACÍ METODY.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Anamnéza .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Rodinná anamnéza.....</b>	<b>24</b>
2.2.1 Pracovní anamnéza .....	24
<b>2.3 Fyzikální vyšetření.....</b>	<b>24</b>

<b>2.4</b>	<b>Laboratorní vyšetření .....</b>	<b>24</b>
<b>2.5</b>	<b>Endoskopické vyšetřovací metody .....</b>	<b>25</b>
2.5.1	Pomocná (paraklinická) vyšetření .....	25
<b>2.6</b>	<b>Endoskopická kapsle.....</b>	<b>26</b>
2.6.1	Historie kapslové endoskopie .....	26
<b>2.7</b>	<b>Rentgenové vyšetření .....</b>	<b>26</b>
2.7.1	Kontrastní látky pro rentgenovou diagnostiku.....	27
<b>3</b>	<b>LÉČBA.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1</b>	<b>Medikamentózní léčba .....</b>	<b>28</b>
3.1.1	Inhibitory protonové pumpy (PPI).....	28
3.1.2	Antacida .....	29
3.1.3	Anticholinergika (parasymmpatolytika) .....	29
3.1.4	H <sub>2</sub> - blokátory.....	30
3.1.5	Ambulantní léčba.....	30
<b>3.2</b>	<b>Chirurgická léčba .....</b>	<b>30</b>
3.2.1	Akutní operační výkony.....	31
3.2.2	Plánované operační výkony .....	31
<b>3.3</b>	<b>Rehabilitace, fyzikální terapie, balneologie .....</b>	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>DIETA U PACIENTŮ S VŘEDOVOU CHOROBU ŽALUDKU A DUODENA .....</b>	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>Nedoporučené potraviny .....</b>	<b>33</b>
<b>4.2</b>	<b>Povolené potraviny.....</b>	<b>34</b>
<b>5</b>	<b>PSYCHICKÝ DOPAD ONEMOCNĚNÍ NA NEMOCNÉHO.....</b>	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>KAZUISTIKA PACIENTKY S VŘEDOVOU CHOROBU ŽALUDKU .....</b>	<b>38</b>
<b>6.1</b>	<b>Systémové zhodnocení dle koncepčního modelu M. Gordonové .....</b>	<b>42</b>



<b>6.2 Ošetrovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry .....</b>	<b>49</b>
<b>7 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....</b>	<b>68</b>
<b>7.1 Zhodnocení ošetrovatelské péče všeobecnou sestrou .....</b>	<b>68</b>
<b>7.2 Zhodnocení ošetrovatelské péče pacientkou a její rodinou .....</b>	<b>69</b>
<b>7.3 Doporučení pro praxi.....</b>	<b>69</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>72</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ECHO .....	ultrazvukové vyšetření srdce
GIT .....	gastrointestinální
HCl .....	kyselina chlorovodíková
H.p. ....	Helikobakter pylori
IgG .....	imunoglobulin
IgM .....	imunoglobulin
i.v .....	intravenózní
JIP .....	jednotka intenzivní péče
LS .....	levá síň
NSA .....	nesteroidní antirevmatika
pH .....	vodíkový exponent, symbol pro vyjádření koncentrace vodíkových iontů v roztoku
PK .....	pravá komora
PMK .....	permanentní močový katétr
PŽK .....	periferní žilní katétr
RTG .....	rentgen
SONO .....	sonografie
TBC .....	tuberkulóza

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH NÁZVŮ

**Afekce** - chorobné postižení

**Antrální gastritida** - typ gastritidy vznikající v souvislosti s H.p.

**Autoptickém** - vztahující se k → pitvě (→autipsii) srov. bioptický

**Bioptát** - materiál

**Bulbitida** - zánětlivé změny v počátečním úseku dvanáctníku

**Bulbus** - *lat.* koule, kulovité rozšíření orgánu

**Campylobacter** - rod bakterií vyvolávajících u člověka průjmová onemocnění

**Cyklooxygenázy** - enzym podílející se na syntéze prostaglandinů

**Cystoid** - pseudocysta

**Campylobacter pyloridis a Campylobacter pylori** - původní název pro bakterii H.p.

**Dictum** - řečeno, vyřčeno

**Difuzní peritonitida** - samovolný pohyb molekul, iontů, postihuje celou pobřišnici

**Dilatace srdce** - rozšíření srdce v důsledku objemového přetížení nebo selhávání

**Doudenum** - dvanáctník

**Ektopické** - uložené či jsoucí mimo své obvyklé místo

**Epigastrium** - nadbříšek

**Gastroenteroanastomózy** - chirurgické napojení žaludku na střevní kličku

**Helicobacter pylori** - bakterie podílející se na vzniku zánětu žaludku a peptického vředu

**Hepatitis** - zánět jater

**Cholangolitida** - zánět žlučových cest

**Laparotomia explorativa** - chirurgické otevření dutiny břišní

**Léze** - poškození orgánu či tkáně, které má za následek narušenou funkci

**Modifikace** - úprava

**Nativní** - existující v přírodním, přirozeném, dalšími postupy neovlivněném stavu

**Pneumoperitoneum** - přítomnost vzduchu v břišní dutině

**Prevalence** - počet všech případů určitého onemocnění, obvykle na 100 000 obyvatel a kalendářní rok

**Renální insuficience** - selhání ledvin, nemohou plnit základní funkce

**Rigidní** - tuhý, ztuhlý

**Selektivní** - výběrový, vybraný

**Spastická bronchitis** - zánět průdušek, doprovázen bronchospasmy

**Spasmus** - svalová křeč

**Spirochéty** - čeleď pohyblivých bakterií spirálovitého typu

**Ulcus ventriculi** - *lat.* žaludeční vřed

**Vagotomie** - zvýšené působení parasympatického nervového systému

## ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsem si vybrala pacientku s vředovou chorobou gastroduodena, protože se toto onemocnění hojně vyskytuje v mojí rodině. Toto onemocnění je v dnešní době velice časté. Má vleklý průběh a nemocného provází po několik let nebo celoživotně.

Vředová nemoc postihuje přibližně 10,0 % populace. Roční prevalence v západních zemích je udávána v rozmezí 1,0 - 2,5 % u mužů ve věku 25 - 60 let. U žen je prevalence přibližně stejná, dle některých parametrů menší (DÍTĚ, 2000).

„Ve většině případů je průběh onemocnění benigní, obtíže jsou snesitelné, dobře zvládnutelné léčbou, mnohdy spontánně ustávají po několika týdnech bez léčby. U části nemocných (asi 10%) jsou projevy sužující, běžná terapie nepomáhá, mohou se projevit komplikace, které ohrožují život (DÍTĚ a kol., 2000, s. 30).“

Terapie vředového onemocnění tvoří několik základních složek. Jde o úpravu stravy, dostatečné množství spánku, duševní a fyzický klid, zcela nebo částečné omezení kouření, vysazení ulcerogenních léků, hospitalizace a lázeňská léčba (DÍTĚ a kol., 2000).

Cíl bakalářské práce spočíval v navržení plánu ošetrovatelské péče o pacienta s vředovou chorobou žaludku a dvanáctníku. Použita byla metodologie dle M.Gordonové. Dále poskytnutí informací pro nemocné, jejich rodiny a laickou veřejnost o způsobu, jak prodloužit klidovou fázi pomocí dietních opatření.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Anně Mazalánové, PhD. za cenné rady a podporu, kterou mi poskytla při zpracování bakalářské práce.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Charakteristika onemocnění

V České republice i ve světě zaujímá vředová choroba žaludku a duodena jedno z předních míst. Jde o častá onemocnění dennodenní klinické praxe. Jednoznačně nelze říci, jestli choroba ustupuje (LUKÁŠ, 2002).

Proniknutí pod muscularis mucosae je označováno, jako vřed. Na rozdíl od eroze, která neproniká do vrstvy muscularis mucosae. Všude, kde je v trávicí trubici volná HCl se vřed vyskytuje. Což je v jícnu, žaludku, duodenu, v ektopické žaludeční sliznici v Meckleově divertiklu (DÍTĚ a kol., 2000).

Gastroduodenální vředová choroba je provázána dlouhou pracovní neschopností a s tím spojenými i ekonomickými důsledky. Což narušuje psychiku pacienta a postihuje celou rodinu (LUKÁŠ, 2002).

### 1.1 Historie gastroduodenálních vředů

Žaludeční vředovou lézi poprvé popsal Marcello Donati v autoptickém materiálu v Itálii roku 1586. Johannes von Muralt popsal duodenální vřed u pitvané osoby kolem roku 1688. Histopatologicky byl poprvé peptický vřed popsán Francouzem Jeanem Cruveilhierem roku 1835. Od doby, kdy Cruveilhier napsal, že příčiny vzniku nemoci, jsou zahaleny temnotou, prodělaly názory velmi složitý vývoj (DÍTĚ, 2000).

Léze, vyskytující se v oblastech dosahu kyseliny solné, jsou označovány, jako peptické vředy (DÍTĚ, 2000).

Na konci 20. století došlo k rozvoji objasnění etiologie a léčebných postupů gastroduodenálních vředů (Lukáš, 2002). Australští vědci B. Marshall a J. Warren

roku 1983 popsali *Helicobacter pylori*. Tehdy se změnil názor na vznik peptického vředu (DÍTĚ a kol., 2000).

## 1.2 Etiologie

Za hlavní příčinu vzniku vředové choroby byla považována do roku 1982 nerovnováha agresivních a žaludečních ochranných faktorů. K agresivním faktorům nejvíce patří kyselina solná. Musíme podotknout, že kyselina solná není příčinou, ale je podmínkou pro vznik vředového onemocnění (DÍTĚ, 2000).

Roku 1910 doktor Schwartz, německý internista, vyslovil dictum, které platí dodnes. Kyselina chlorovodíková přítomna v sekretu žaludku podmiňuje vznik peptického vředu, z čehož vyplývá, že pokud není kyselina, tak není ani vřed (DÍTĚ a kol., 2000).

Na vzniku žaludečních a duodenálních vředů se také ve velké míře podílí nerovnováha útočného (agresivního) a ochranného (projektivního) činitele. Mezi agresivní činitele patří stres, šokové stavy, kyselina chlorovodíková, hormonální faktory, užívání ulcerogenních léků. Oproti tomu protektivní činitelé mají vlastní odolnost žaludeční a duodenální sliznice, ta je ovlivňována buněčnou stavbou, žaludečním hlenem, prostaglandiny, aktivním iontovým proudem a vnitřním humorálním mechanismem (LUKÁŠ, 2005).

Agresivní proteolytický enzym pepsin je zvýšen u osob trpících vředovým onemocněním. K vzniku onemocnění přispívá mnoho faktorů. Předně to jsou genetické predispozice, stres a psychika. Velkou roli v poškození duodenální a žaludeční sliznice hrají léky (DÍTĚ a kol., 2000).

Svoje prvenství zaujímají nesteroidní antirevmatika. Kyselina acetylsalicylová tvoří skupinu léků, které jsou nejen volně prodejné, ale i často předepisované. Žaludeční sliznice se proti agresivním faktorům brání tvorbou ochranných faktorů. Jde o žaludeční bikarbonáty, ochranný žaludeční hlen, slizniční prostaglandiny a ostatní látky (DÍTĚ, 2000).

### **1.2.1 Nesteroidní antirevmatika**

Nesteroidní antirevmatika jsou často předepisována internisty i lékaři z terénní praxe. Užíváním nesteroidních antirevmatik se může žaludeční sliznice poškodit natolik, že dojde ke vzniku erozí či vředů, které jsou provázeny vážnými komplikacemi (DÍTĚ, 2000).

Na druhé straně to jsou léky, které mají pozitivní léčebné účinky. Bohužel už při malé dávce a aplikaci jinou cestou podání, než je cesta orální se může vyskytnout komplikace zažívacího traktu (LUKÁŠ, 2002).

Antirevmatika lze dělit dle farmakologických a imunofarmakologických vlastností na:

- nesteroidní antirevmatika
- kortikosteroidy, které působí protizánětlivě
- antirevmatika s imunomodulačním efektem, např. metotrexát, soli zlata a další

Nesteroidní antirevmatika mají velký význam při vzniku gastrointestinálních lézí (DÍTĚ, 2000).

Poškození duodenální a žaludeční sliznice začíná minimálními hemoragiemi, které jsou pozorovatelné endoskopií až po rozsáhlé léze vředů s možnou perforací. Přibližně u 75% pacientů, kteří užívají nesteroidní antirevmatika, se při endoskopii ukazují odchylky na sliznici (LUKÁŠ, 2002).

Denní dávka NSA pro vyvolání vředové choroby odpovídá jedné tabletě 400 mg kyseliny acetylsalicylové. Dávku nelze přesně stanovit a může být individuální (LUKÁŠ, 2002).



### 1.3 *Helicobacter pylori*

*Helicobacter pylori* představuje velký mezník při vzniku ulcerace. Vyvolává antrální gastritidu díky toxicko-metabolickým vlastnostem a ta se šíří orálním směrem. Nejčastěji se vyskytuje v Asii a Africe, zhruba v 80 %. Prevalence vyspělé Evropy je zhruba kolem 30 - 45 % (DÍTĚ a kol., 2000).

Studie tvrdí, že frekvence vzniku je podmíněna nízkou sociální a ekonomickou úrovní obyvatel. V Česku je prevalence vysoká, na populaci to je skoro 60%. U osob ve věkové skupině 50 - 59 let až 65 %. (LUKÁŠ, 2002).

Bakterie byly nejdříve nazvány *spirochety*. Dlouho jejich výskyt nebyl spojován s žaludečními problémy. Australané Waren a Marshall mezi lety 1980 - 1982 dokázali, že spirální bakterie v žaludeční sliznici jsou spojeny s gastritidou. Díky zapomenuté nasazené půdě s touto kulturou v laboratorním boxu, byla objevena první kultura získaná kultivací (DÍTĚ, 2000).

Campylobacter-like organism bylo první označení bakterie. Postupně byla zařazena do rodu *Campylobacter*. Posléze se její název ještě změnil na *Campylobacter pyloridis* a *Campylobacter pylori*. Roku 1988 se ustálil současný název *Helicobacter pylori* (DÍTĚ, 2000).

Bakterie je ve tvaru tyčinky s rozměry 3,5 x 0,5 x 0,5 mikromilimetrů. Pro umožnění pohybu má na jednom konci 3 - 5 bičíků, ale pozor - ne všechny kmeny mají bičíky. Z toho vyplývá, že nejsou všechny bakterie pohybu schopné (Dítě, 2000).

Výskyt protilátek proti H.p. je více v rodinách s infikovanými dětmi. Infekci lze získat i mimo rodinu tzv. extrafamiliárně (LUKÁŠ, 2002).

H.p. byl označen karcinogenem I. stupně. Proces kancerogeneze je nejen ovlivňován infekcí H.p., ale i složením potravy. Vysoký obsah soli, nízký příjem vitamínu C a dráždivel v podobě koření. To všechno zvyšuje riziko rakoviny žaludku (LUKÁŠ, 2002).

### **1.3.1 Klinický obraz**

Diagnostika závisí na morfologickém průkazu léze. Hledisko praktické uvádí symptomy, jakými se žaludeční a duodenální vředová nemoc projevuje. Subjektivní příznaky a data anamnestická, jsou rozlišné u pacientů s vředem dvanáctníku a žaludku (DÍTĚ, 2000).

Obtíže nemají jednotnou podobu a liší se typem onemocnění. Je mnoho projevů obtíží a podle toho se dělí funkční dyspepsie. Samozřejmě nejsou jednotné, a tak neexistuje žádná obecná uznávaná klasifikace (DÍTĚ a kol., 2000).

### **1.3.2 Peptický vřed**

Jedná se o onemocnění, u kterého není jednotná etiologie. Při patogenezi je uplatňována převaha agresivních dějů nad protektivními jevy. Ty mají chránit integritu sliznice. Kyselý žaludeční sekret, který je nejdůležitějším agresivním faktorem má schopnost natrávit vlastní sliznici. Přesáhne-li svalová léze sliznici, mluvíme o vředu. Jde o průnik přes svalovou vrstvu sliznice (muscularis mucosae). Léze, která nepřesáhne svalovou vrstvu sliznice, se nazývá eroze (KOHOUT, 2005).

### **1.3.3 Ulcer - like dyspepsie**

Napodobuje vředy peptické. Charakteristická bývá bolest na lačno a při přijetí potravy obtíže ustoupí. Někteří pacienti mají zvýšenou tvorbu kyseliny, která může být nastartována stresovou zátěží. Při vyšetření u většiny pacientů nebyla zjištěna nadprodukce HCl (BÁTOVSKÝ, 1999).

### **1.3.4 Bulbitida**

Jde o zánětlivé změny v počáteční části duodena, do něhož vyúsťuje žaludek. Místo bulbu duodena je díky infekci *Helicobacter pylori* vystaveno výskytu se zánětlivými změnami bez přítomností lézí sliznice, vředových defektů nebo eroze (KOHOUT, 2005).

### **1.3.5 Duodenální vřed**

Postižení se týká většinou mužské populace kolem 20. - 40. roku života. Musíme podotknout, že v poslední době přibývá i postižených žen (Dítě a kol., 2000). U vředů není dána věková hranice. Vyskytuje se u dětí i u lidí starších 70 let (DÍTĚ a kol., 2000).

Bolest lokalizovaná v epigastriu je typickým projevem dvanáctníkového vředu. Nemocný bolest popisuje, jako pálivou až svíravou, ale někdy je to pocit silného a bolestivého tlaku v epigastriu. Bolest ustupuje při požití antacid nebo jídla (DÍTĚ, 2000).

Bolest nastupuje většinou za 2 - 4 hodiny po jídle. Jde o tzv. bolest pozdní. Vyvolávači obtíží, jsou jídla grilovaná, kořeněná, pečená, aromatické přísady, mezi které především patří paprika, cibule, česnek a další (DÍTĚ, 2000).

Obtíže se objevují pod pravým žeberním obloukem a mohou imitovat onemocnění žlučníku. Pocit bolesti je různého charakteru. Od pocitu bolestivého hladu až po diskomfort (DÍTĚ a kol., 2000).

Poměrně často se vyskytuje pyróza, říhání, zácpa pocit nadmutí, předčasné sytosti nebo ztráta apetitu (BÁTOVSKÝ, 1999).

Pro předcházení bolesti je chuť k jídlu u některých lidí zachována. Tím dojde k nárůstu hmotnosti. Na druhé straně je tu část nemocných, u kterých naopak dochází k úbytku hmotnosti. Nemocní se z důvodu bolesti bojí najíst (KOHOUT, 2005).

Typický symptom duodenálního vředu je noční bolest. Většinou se vyskytuje mezi 1. - 2. hodinou ranní. Bolest reaguje na antacida nebo požití stravy. Vyskytuje se u více jak 50 % nemocných. Nemoc se objevuje několikrát do roka. A to na jaře na a podzim nebo v létě a zimě (DÍTĚ, 2000).

### **1.3.6 Žaludeční vřed**

Obě pohlaví jsou postižena rovnoměrně. Většinou se vyskytuje ve středním a starším věku. U mladších jedinců je výskyt ojedinělý. Příznaky žaludečních vředů nejsou tak typické, jako u vředů duodenálních (DÍTĚ a kol., 2000). Bolest se objevuje velmi rychle po jídle. Většinou už do 1 hodiny po příjmu potravy (Bátovský, 1999). Při umístění vředu v oblasti pylorického kanálu se příznaky projevují v podobě pylorospazmu nebo pylorostenózy. Jde o městnání žaludku a vyvrácení tekutin ve velkém množství nebo vyvrácením strávené potravy (KOHOUT, 2005).

Bolest se většinou objevuje ve středním epigastriu. Bolest vyskytující se v oblasti mečíku, která propaguje do oblasti krku nebo za hrudní kost, je způsobena vředem umístěným pod kardií (DÍTĚ, 2000).

### **1.3.7 Stresové vředy**

Manifestace těchto vředů se u nemocných projevuje v anesteziologicko-resuscitační péči. Řadí se sem popáleniny, sepse, šok atd. Jsou to pacienti, kteří mají akutní pankreatitidu, jaterní onemocnění, změny v oblasti míchy a centrálního nervového systému spojené s traumaty, srdečním selháním atd. (LUKÁŠ, 2002).

Častěji se nacházejí v žaludečním těle, přidružují se k jiným afekcím a jsou mnohočetné. Dvanáctníkové vředy, jsou náchylné k perforaci a je zde tendence ke krvácení (KOHOUT, 2005).

Léčba je stejná, jako u peptických vředů a u medikamentózní terapie se aplikují inhibitory protonové pumpy a H<sub>2</sub>-blokátory (KOHOUT, 2005).

## **1.4 Komplikace**

Je to častý jev peptického vředu. Zahrnuje penetrace, perforace, krvácení z vředové léze, pylorostenózu či pylorospasmus, stenózu bulbu či dalších úseků duodena (KOHOUT, 2005).

#### ***1.4.1 Pylorostenóza či pylorospasmus***

Pokud je v oblasti pyloru léze, může se zde vyskytovat spasmus. Nasazením léčby se tento stav upravuje. U léze, která je pre- nebo postpylorická, dochází k edému pyloru. Recidivující vředy vedou ke stenóze pylorického kanálu. Podávají se vysoké dávky inhibitorů protonové pumpy. Při neúspěchu konzervativní léčby indikujeme léčbu chirurgickou (KOHOUT, 2005).

#### ***1.4.2 Krvácení peptického vředu***

50 % krvácení z horní části trávicí trubice je způsobeno krvácením peptických vředů. Provedení hemostázy u první endoskopické proceduře (laser, klipy, ligace,) bývá v 94 % úspěšné. Inhibitory protonové pumpy podané při endoskopické i.v. léčbě zlepšují výsledek redukce krvácení, ale nezlepšují mortalitu. Antagonisté H<sub>2</sub> receptorů nejsou tak účinné, jako inhibitory protonové pumpy. Inhibitory protonové pumpy mají lepší preventivní účinek v pokračování nebo redukcii krvácení z vředů peptických (ALUŠÍK a kol., 2004).

#### ***1.4.3 Penetrace vředu***

Penetrace je proniknutí mimo stěnu žaludku. Příznaky jsou v intenzivní a neustupující bolesti. Může to být i bolest orgánu, do kterého penetruje. Vyšetřuje se endoskopickou metodou a pacient musí podstoupit chirurgický zákrok. Často je nutné resekovat část orgánů, do kterých vřed penetruje (KOHOUT, 2005).

#### ***1.4.4 Perforace vředu***

Je považována za život ohrožující komplikaci. Krvácení může být první projev gastropatie způsobené užíváním nesteroidních antirevmatik. Pacienti užívající nesteroidní antirevmatika patří do skupiny rizikových osob, u kterých se vyskytuje náhlá perforační příhoda. Při perforaci dojde k proniknutí vředové léze stěnou žaludku, a to rychleji než se vytvoří ohraničení pomocí zánětlivých srůstů (LUKÁŠ, 2002).

Dochází k akutní peritonitidě, která vyžaduje neodkladný chirurgický výkon. Diagnostiku můžeme prokázat nativním snímkem RTG břicha, kde se nachází volný vzduch pod bráničními oblouky. V dnešní době se již nemusí provádět resekce, ale výkon můžeme minimalizovat na přešíť léze s omentoplastikou a peritoneální drenáž dutiny nebo peritonea (KOHOUT, 2005).

## 2 VYŠETŘOVACÍ METODY

„Vyšetření chirurgického nemocného, terapeutická rozvaha a příprava nemocného k operaci představuje počátek kontinuální péče o nemocného a zraněného. Opomenutí nebo podcenění některých kroků může vést k tragickému omylu v našem diagnostickém uvažování, k neadekvátnímu zhodnocení aktuálního stavu nemocného vzhledem k plánovanému výkonu a k možnosti operování psychicky i fyzicky nepřipraveného a tudíž nezajištění nemocného (ZEMAN a kol., 2000, s. 133).“

### 2.1 Anamnéza

„Databáze obsahuje všechny základní informace o pacientovi, tj. sesterská anamnéza, fyzikální posouzení, lékařská anamnéza, fyzikální vyšetření, výsledky laboratorních a diagnostických testů a jiné materiály o pacientově zdravotním stavu (BOROŇOVÁ, 2010, s. 68).“

K diagnostice jakéhokoliv onemocnění je důležité získat naprosto podrobnou anamnézu. Musíme se ptát na současné potíže, ale také na další choroby, které by se současným onemocněním měly něco společného. Samozřejmě velice důležitá je rodinná anamnéza, kde je předpoklad k výskytu vředů (DÍTĚ a kol., 2002).

„Je pouze zdánlivě jednoduché získat dostatečné informace o současném i minulém zdravotním stavu nemocného. Na druhé straně je možné, i přes ohromný rozvoj pomocných vyšetřovacích metod, učinit na základě dobře odebrané anamnézy přesný diagnostický závěr (ZEMAN a kol., 2000, s. 133).“

Dokonalá anamnéza umožňuje odhalit charakteristické obtíže, vyskytující se u vředové a duodenální choroby. Důležité je i získání životního stylu a pracovních návyků (LUKÁŠ, 2002).

## **2.2 Rodinná anamnéza**

Pomáhá zjistit výskyt dědičných chorob. Typ dědičnosti umožňuje léčení samotného pacienta a léčení rodinných příslušníků (ZEMAN a kol., 2000).

### **2.2.1 Pracovní anamnéza**

„Hodnotí vlivy minulých i současných zaměstnání na vznik choroby či úrazu nemocného. Zpřesňuje diagnózu a kromě vlastní pracovní zátěže také hodnotí fyzickou kondici a aktivitu nemocného (ZEMAN a kol., 2000, s. 135).“

## **2.3 Fyzikální vyšetření**

U nekomplikovaných vředů se nevyskytují typické znaky. Je zde palpační citlivost epigastria nebo kolem oblasti pupku. Bledá kůže se objevuje při chronickém krvácení z lézí vředů nebo nemocný nezaznamenal melenu (LUKÁŠ, 2000).

„Postup vyšetření má zaručit kompletní klinické vyšetření nemocného a je tedy nutné, aby zejména mladší lékaři měli dostatečně zažité schéma vyšetřovacích postupů (ZEMAN a kol., 2000, s. 136).“

„Přesto se v chirurgické praxi velmi často uchylujeme k některým modifikacím nebo úplně jiným pravidlům vyšetřování (ZEMAN a kol., 2000, s. 136).“

U fyzikálního vyšetření klademe důraz na několik faktorů. Patří sem stav vědomí, tepová a dechová frekvence, krevní tlak a celkové vyšetření (LUKÁŠ, 2003).

## **2.4 Laboratorní vyšetření**

V diagnostice nám při nekomplikovaném vředu laboratorní vyšetření nepomohou. V současnosti se využívá vyšetření protilátek *Helicobacteria pylori* (v řadě IgG a IgM) ve stolici a krvi. Toto vyšetření nám nedokazuje výskyt vředového onemocnění, ale přítomnost infekce *H.p.* (KOHOUT, 2005).



„Při hodnocení laboratorních vyšetření je třeba dbát na to, že jde o vyšetření pouze doplňující s řadou možností falešné positivity i negativity. Ordinovaná vyšetření by měla mít dostatečnou senzitivitu, tj. být při určité chorobě pozitivní, a dostatečnou specificitu, tj. být negativní při nepřítomnosti předpokládané choroby (ZEMAN a kol., 2000, s. 140)“.

## **2.5 Endoskopické vyšetřovací metody**

V 70. a 80. letech minulého století endoskopické vyšetření nahradilo rentgenovou diagnostiku lézí žaludečních a duodenálních. V roce 1932 byl Wolffem a Schindlerem použit první rigidní gastroskop. Každý endoskop má ohebnou trubici, na jejíž konci jsou světelná vlákna, která umožňují vést studené světlo a obraz ze žaludku. Dále kanál, který umožňuje zavedení přístroje k odebrání biopsiátu. Táhla otáčejí přístrojem, což slouží k lepšímu zavedení a tím i dobrému přehledu v celém prostoru zkoumaných orgánů. Gastroskopické vyšetření trvá zhruba 10 minut. Během této doby můžeme dokonale prohlédnout jícen, žaludek a bulbus duodena (KOHOUT, 2005).

Tyto metody dovolují nahlédnout zrakem do dutých orgánů nebo vnitřních tělesných dutin díky přístrojům nazvaných endoskopy nebo fibroskopy. Přístroj endoskop je do dutin zaváděn přirozenými otvory, což je například konečník, močová trubice nebo vytvořenými otvory uměle záměrně pro tento účel, například laparoskopie. Vyšetření endoskopem je indikováno nejen pro účel diagnostický, ale i terapeutický (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

### **2.5.1 Pomocná (paraklinická) vyšetření**

Do skupiny těchto patří rentgenologická a endoskopická vyšetření. Jsou klíčová pro diagnostiku peptických vředů žaludku nebo duodena (KOHOUT, 2005).

## **2.6 Endoskopická kapsle**

Rozměry endoskopické kapsle jsou 11 x 26 mm a váží 3,8 gramů. Je tvořena optickou soustavou, zdroje světla, vysílače s anténou a baterie. Povrch kapsle je složen z bioplastu a naprosto odolává pH a teplotním změnám GIT. Baterie jsou stříbrooxidové, takže jsou netoxické (TACHECÍ a kol., 2008).

### **2.6.1 Historie kapslové endoskopie**

V 80. a 90. letech minulého století se dva londýnští vědci začali zabývat metodou kapslové endoskopie. Paula Swaina, profesora na londýnské Univerzitě College zajímala myšlenka zobrazení dat trávicího traktu pomocí bezdrátového spojení. Společně s bioinženýrem Timem Millsem zhotovili kapsli, která je schopna monitorovat žaludek a pH jícnu (TACHECÍ a kol., 2008).

Lékaři v České republice vyšetření kapslovou endoskopií provedli v roce 2002 v pražském Institutu klinické a experimentální medicíny. Postupně se vyšetřovací metoda rozšiřovala do dalších českých nemocničních pracovišť. Fakultní nemocnice v Hradci Králové zavedla kapslovou metodu v lednu roku 2003. Od roku 2008 se začala kapslová endoskopie provádět na 18ti pracovištích České republiky (TACHECÍ a kol., 2008).

## **2.7 Rentgenové vyšetření**

Než se rozšířilo vyšetření žaludku endoskopickými metodami docházelo k častému přeceňování rentgenové diagnostiky u vředového onemocnění. Rentgenové vyšetření žaludku musel vykonávat rentgenolog s dlouholetou zkušeností a praxí. I tak bohužel docházelo k přehlédnutí typických vředových lézí. Choroby, které měly podobnou nebo stejnou příčinu i léčbu, nešlo rentgenologickým vyšetřením rozlišit. Můžeme jmenovat, že šlo o stavy eroze žaludku, což jsou antrální gastritidy, erozivní gastropatie a zánět bulbu doudena - bulbitida (KOHOUT, 2005).

V současnosti se vyšetření pomocí rentgenu provádí ojedinele a to jen u pacientů, u kterých je kontraindikace endoskopického vyšetření. Je to naprosto nespolupracující pacient, u kterého se dostavují neadekvátní reakce při základní premedikaci, což může vést např. k poškození přístroje. Rentgen se provádí i u pacientů, kteří se bojí endoskopického vyšetření a striktně ho odmítají (LUKÁŠ, 2002).

### ***2.7.1 Kontrastní látky pro rentgenovou diagnostiku***

Pro vyšetření žaludku a duodena se používají baryové kontrastní látky. Podávají se perorální cestou ve formě hustší nebo řidší suspenze. Síran barnatý ( $\text{BaSO}_4$ ) je kontrastní látka anorganického původu. Látky obsahují chutné přísady, pro příjemnější a pohodlnější aplikaci (SVATOŠ, 1998).

Čep vředu je přímý znak vředu, který potvrdí rentgenové vyšetření s baryem. Je to defekt stěny, který je naplněný kontrastní látkou. Tam, kde je prosáknuta stěna, lze vidět defekty miskovitěho tvaru. Při lézi vředu v postižené oblasti lze vidět poruchu peristaltiky. Peptická léze duodena má mimo čepu vředu i deformitu bulbu dupdena. Vyšetření rentgenem se může upřesnit dvojkontrastním podáním. Podáme 150 - 200 ml baryové suspenze spasmolytika v podobě i.v. podání nebo 1 - 2 gramy šumivého prášku s protipěnovým prostředkem (LUKÁŠ, 2002).

## 3 LÉČBA

Léčba vředového onemocnění je velmi rozmanitá. Spočívá v aplikaci medikamentózní léčby, která je nejméně invazivní, až po zákroky urgentní péče.

U pacientů s negativním nálezem infekce H.p. se zkoumá příčina vzniku. Zjišťujeme ji na základě anamnestických podkladů. Základem léčby je odstranění obtíží, předcházení recidivám a zhojení sliznice gastroduodena (LUKÁŠ, 2002).

Před předepsáním léku, musí lékař zjistit, jestli příčina onemocnění není způsobena chováním nebo stravovacími návyky pacienta. Pokud se pacient neukázní ve svém chování a životosprávě, potom lékař předepisuje farmaka (LÜLLMANN, 2004).

### 3.1 Medikamentozní léčba

Spočívá v podávání léků, které mají schopnost neutralizovat žaludeční obsah (antacida) nebo snižovat sekreci žaludku. Patří sem selektivní parasimpatolytika, inhibitory protonové (IPP) a H<sub>2</sub> receptory (LUKÁŠ, 2002).

#### 3.1.1 *Inhibitory protonové pumpy (PPI)*

Jedná se o velké zpomalovače sekrece kyseliny solné, snižují stimulovanou a bazální tvorbu. K obnovení dojde při další syntéze enzymu, trvající zhruba 17 hodin. Při aplikaci jedné dávky vratně dochází ke snížení produkce žaludeční kyseliny zhruba na 24 hodin (ALUŠÍK, 2005).

V současnosti jsou zařazeny do léků první volby. Blokují tvoření enzymu a sekreci HCl do trávicí trubice. Používá se pro léčbu peptického vředu jakékoliv části trávicí trubice. Jsou aktivované kyselým žaludečním obsahem, a proto se užívají před snídaní (KOHOUT, 2005).

### 3.1.2 *Antacida*

Řadí se do nejstarších léků používaných při léčbě gastroduodenálních vředů, ale stále nejdéle využívaných. Neutralizují kyselé šťávy žaludku. Obsahují sloučeniny hliníku a tak mohou navázat žlučové kyseliny. Podle sloučenin je můžeme rozdělit do několika skupin s obsahem hliníku a hořčíku, hořčíku, hliníku, kyseliny alginové, vizmutu a hydrouhličitanu sodného (LUKÁŠ, 2000).

Antacida se užívají hodinu před jídlem nebo 2 hodiny po jídle, nepodáváme je dětem do 6 let, mají schopnost zpomalení některých léků např. antibiotik a nesmějí se dlouhodobě podávat bez vědomí lékaře (KOCINOVÁ, 2003).

**Hliník a hořčík** - užívají se u všech indikovaných gastroduodenálních vředů.

**Hořčík** - laxativní účinek.

**Hliník** - mají obstipační účinek.

**Kyselina alginová** - díky kyselému pH žaludku se antacida přeměňují na viskózní až gelovou tekutinu a tím dochází k ochraně žaludeční sliznice. Vhodné jsou u reflexní choroby jícnu a pyróze při překyselení.

**Vizmut** - můžeme mluvit o eliminačním účinku na *Helikobacteria pylori*. Není vhodný pro pacienty s onemocněním ledvin a terapie by neměla překročit 8 týdnů. Stolice je zbarvená do černa, takže nesmíme zapomenout informovat pacienty.

**Hydrouhličitan sodný** - fungují na principu rychlé neutralizace pH žaludku. Nadměrné užívání vede k metabolické alkalóze (LUKÁŠ, 2005).

### 3.1.3 *Anticholinergika (parasymmpatolytika)*

Vzhledem k nežádoucím účinkům se dnes neselektivní anticholinergika k léčbě vředové chory již nepoužívají. Měly velké vedlejší účinky, které spočívaly v tachykardii, mydriáze, bolestech hlavy a suchosti sliznic. Menší nežádoucí účinky

mají selektivní parasymptolytika. Nežádoucí účinek je ale stále vysoký, oproti nově vyvinutým lékům H<sub>2</sub> - blokátorů nebo inhibitorů protonové pumpy (KOHOUT, 2005).

#### **3.1.4 H<sub>2</sub> - blokátory**

Tyto léky jsou schopné zahojení až 90 % vředových lézí zhruba do 6 - 8 týdnů. Dokážou blokovat jen jeden receptor a tím je jejich účinek limitován. Léčba nezabrání vzniku recidivy, ale účinky inhibitorů protonové pumpy jsou vyšší a jsou aplikovány k úplnému odstranění bakterie (KOHOUT, 2005).

#### **3.1.5 Ambulantní léčba**

Při léčbě gastroduodenálních vředů a peptického vředu se v současné době dává přednost ambulantní péči před hospitalizací. Hospitalizace je indikována, pokud hrozí komplikace spojené s tímto onemocněním. Spadají sem např. perforace, penetrace, krvácení peptického vředu, pylorostenóza nebo pylorospasmus. Samozřejmě záleží na etiopatogenezi nekomplikovaného vředu. Je - li původce H.p. je důležitá eradiace bakterie. U sekundárního peptického vředu zamezíme sekreci kyseliny chlorovodíkové, pokusíme se snížit množství nesteroidních antirevmatik nebo zvolíme NSA s nižší žaludeční toxicitou (KOHOUT, 2005).

Léčbu provádíme okamžitě po určení diagnózy peptického vředu. Provádíme ji pomocí gastrokopie, kdy zjišťujeme přítomnost *Helicobacteru pylori*, vředovou lézi nebo jinou příčinu (KOHOUT, 2005).

### **3.2 Chirurgická léčba**

Využívá se při resistenci konzervativní léčby a při komplikacích. Nejedná se o primární terapii nekomplikovaných vředů (KOHOUT, 2005).

K resekci se přistupuje pokud po dobu 8 týdnů vřed žaludku nereaguje na žádnou léčbu. Hrozí možnost malignity, i když nebyl potvrzen pomocí biopsie. Jde

o mnohočetné žaludeční vředy, medikamentózní vředy, s nemožností vysazení léčby a léčby konzervativní cestou (KOHOUT, 2005).

Cíl operační terapie spočívá v odstranění chorobného ložiska. Výkony může rozdělit na náhlé příhody břišní, spadají do akutních operací, a operace plánované. Kritéria, která se musí u pacienta brát v úvahu, jsou věk pacienta, jeho stav, výživa a délka akutního stavu (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

Při chirurgické léčbě vředů duodena se provádí vagotomie. Jde o přerušení bloudivého nervu - tedy jeho větví. Operace může být skombinovaná s antrektomií (resekce antra). Přerušení větví vagového nervu můžeme provést laparoskopickou metodou (KOHOUT, 2005).

### **3.2.1 Akutní operační výkony**

Do tohoto operačního výkonu je řazeno krvácení z vředu žaludku nebo dvanáctníku. V současnosti můžeme krvácení zastavit endoskopickou metodou. Lékaři se dnes odklánějí od resekčních výkonů, a pokud je volí, tak za účelem vážných komplikací nebo nádorových stavů, které jsou operabilní. Laparotomií chirurg zjišťuje závažnost stavu krvácení žaludku nebo duodena. Další indikace k operačnímu výkonu je penetrace vředu. Pokud je zdravotní stav pacienta, tak vážný, že nedovolí žádný radikální ani resekční výkon, volí se uzavření perforačního otvoru s následnou paliativní léčbou (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

Po stanovení indikace chirurgem k provedení akutního operačního výkonu, by měl pacienta před výkonem ještě vyšetřit internista, především anesteziolog. Příprava na operaci následuje po vzájemné dohodě všech tří (PAFKO, 2006).

### **3.2.2 Plánované operační výkony**

Pokud konzervativní léčba vředů selhala nebo je nedostatečná, dochází k deformacím gastroduodena nebo je zde možnost malignity, volí se plánovaný výkon.

Rozvoj laparoskopie snížil počet výkonů laparotomickou metodou a dnes už lze i vagotomii provést laparoskopickou metodou (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

Chirurg Billroth rozlišil chirurgické postupy do dvou základních typů. Při resekci I. typu jde o odstranění části žaludku a pyloru. Dále pahýlu žaludku bulbu duodena v anastomóze. Při resekci II. typu jde o odstranění části žaludku, která je vývodná, a jejím následným slepým uzavřením. Poté se slepě uzavře duodenální pahýl (KOHOUT, 2005).

V některých případech nálezu na žaludku chirurg provede totální *gastrectomii*, při které se odstraní celý žaludek, a jícen se spojí s tenkým střevem. Napojení jícnu na duodenum není tak časté. Výkony jsou doplněny spojkami na střevě typu Rouxe tvaru „Y“ apod.. Takto se řeší i *pylorostenóza* (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

### **3.3 Rehabilitace, fyzikální terapie, balneologie**

Lázeňská léčba po chirurgické léčbě, což je po resekci žaludku nebo duodena, (indikace III/3) je péče komplexní, tedy plně hrazena pojišťovnou. Léčbou gastroenterologických onemocnění se zabírají hlavně Karlovy Vary a Bílina (KOHOUT, 2005).



## **4 DIETA U PACIENTŮ S VŘEDOVOU CHOROBU ŽALUDKU A DUODENA**

Vliv kyselé šťávy žaludku způsobuje porušení žaludeční nebo duodenální sliznice a tím je zapříčiněn vznik vředů. Mezi rizikové faktory se řadí vysoký krevní tlak, onemocnění jater, stres, cukrovka a užívání léků, jako jsou nesteroidní antirevmatika. U tohoto onemocnění se nesmí konzumovat jídla, která způsobují iritaci sliznice žaludku a vylučování kyseliny solné. Obtíže se mohou projevat bolestí břicha v závislosti na ročním období (jaro a zima), po jídle, nucením na zvracení, pálením žáhy (FREJ, 2006).

Pokrmby by měly být připravované tak, aby co nejméně mechanicky a chemicky dráždily sliznici žaludku. Potraviny musíme poměrně dlouho připravovat, protože musí být měkké, vyhýbáme se ostrému koření, nadýmavým potravinám, silným masovým vývarům. Je dobré dodržovat pravidelné intervaly a malé porce. Pro přípravu jídla je dobré používat mikrovlnou nebo horkovzdušnou troubu, teflonovou pánev, allobal, varné sklo a vaření v páře (HAVLOVÁ, 2001).

### **4.1 Nedoporučené potraviny**

Pacienti s vředovým onemocněním by měli striktně dodržovat dietní opatření, aby předcházeli bolestivým záchvatům a následným komplikacím. Především by se měli vyvarovat určitým typům potravin (HAVLOVÁ, 2001).

Mezi tyto potraviny patří:

- divočina, nakládaná tučná, smažená a konzervovaná masa,
- aromatické sýry (romadúr, syrečky, niva atd.), vejce, jako samotný pokrm,

- čerstvá cibule, luštěniny, česnek, sušené i čerstvé houby, ledový salát, meloun, některé citrusy, rybíz, angrešt, zelí, paprika, nakládaná zelenina, hrušky,
- smažené těsto (koblihy), kynuté buchty a koláče, listové těsto, čerstvé pečivo, teplé koláče,
- sójová a worcesterská omáčka, masox, ocet, ostré koření - kari, pálivá paprika, pepř,
- jitrnice, vinné klobásy, métský salám, vysočina, vuřty, uherský salám, apod.,
- tučné uzené a nakládané ryby, šproty,
- 100% džusy, silný tmavý čaj, káva, některé ovocné čaje, nápoje s vysokým obsahem kysličníku uhličitého (sodovky), těžká vína, alkohol, vícestupňové pivo, mák, buráky, mandle, chipsy, slunečnicová semínka, vlašské ořechy,

## 4.2 Povolené potraviny

Oproti nevhodným a zakázaným potravinám jsou zde samozřejmě zdravější, kvalitnější a lehce stravitelné potraviny. Tyto potraviny, ale musíme připravovat vhodným způsobem (HAVLOVÁ, 2001).

Mezi povolené potraviny patří:

- debrecínka, dušená šunka, drůbeží salámy,
- libové maso (králík, kuře, kapr, štika, filé, hovězí a vepřová kýta),
- ovoce (jablka, meruňky, banány, mandarinky, kiwi apod.),
- zelenina (mrkev, petržel, tykev, chřest, brokolice, květák, patison atd.),

- starší pečivo, nekynuté koláče, chléb,
- zelené koření (oregáno, bazalka, libeček, meduňka, máta peprná, bobkový list),
- káva bez kofeinu, slabý tmavý čaj, nápoje bez oxidu uhličitého),

Pokud nastane akutní fáze, nedoporučuje se pacientům podávání kořeněných jídel, vzhledem k překrvené sliznici. Avšak některé studie prokazují, že pacienti s žaludečními vředy, kteří dostávali stravu s kayenským pepřem, potvrdili, že se jim značně ulevilo. Je dobré částečně nechat na pacientovi výběr některých potravin, které mu přinášejí úlevu (KOHOUT, 2005).

## 5 PSYCHICKÝ DOPAD ONEMOCNĚNÍ NA NEMOCNÉHO

Nemoc chronického původu je často velmi pomalá a nedává o sobě dlouhou dobu vědět. Ve velké míře si ani nechceme přiznat, že můžeme být nemocní. Díváme se na ni, jako na akutní onemocnění a počítáme s tím, že brzy odejde a my budeme opět v pořádku. Mnoho chronických onemocnění momentálně neohrožuje náš zdravotní stav, ale dost často má střídavý průběh. Jsou zde různě dlouhá období, kdy se pacient cítí výborně a nemá žádné potíže. Tento stav se může během krátkého časového období změnit v nesnesitelné bolesti. Mohou to být bolesti, tak ukrutné až nesnesitelné, že nedovolí nemocnému vést normální život. Nemocní se s nemocí musejí vyrovnat, dostává je do stresu, brání jim v pracovním i soukromém životě (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

„Bolest je známá každému, je atributem lidského bytí, kazí radost ze života a dosáhne-li určité intenzity, může i sama lidský život zničit. Bolest je nejkomplicovanější lidskou zkušeností, neboť její prožívání je spojeno s poznatky tělesnými, emočními i sociálními. Bolest je stavem tísně, samostatným stresorem až přidavným šokujícím momentem, spouštěčem mediátorových kaskád s dalekosáhlými změnami ve vzdálených orgánech celého organismu (TRACHTOVÁ a kol., 2008, s. 125).“

„Zjištění, že každému z nás jde o to „být živ a zdrav“, není ničím novým. Stane-li se, že nejsme v tomto žádoucím stavu, snažíme se něco dělat pro to, aby se situace, pro nás nepříjemná a nežádoucí, změnila. Snažíme se zvládnout nepříznivou situaci. Způsoby, jak to děláme jsou různé (KŘIVOHLAVÝ, 2001, s. 69).“

Chronické onemocnění pacienta se také ve velké míře dotýká jeho rodiny. Může nastat přebrání rolí. Při onemocnění dominantního partnera např. manžela, musí manželka převzít dominantní roli. Jsou dokázané případy, kdy se výměnou rolí

z důvodu chronického onemocnění zlepšil a upevnil partnerský vztah (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 Kazuistika pacientky s vředovou chorobou žaludku

Pro zpracování bakalářské práce jsem si vybrala pacientku, která byla přijata na chirurgické oddělení Nemocnice Na Františku v Praze, kde jsem vykonávala praxi.

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

**Jméno a příjmení:** M. B.

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 79 let

**Datum narození:** 19. 12. 1931

**Adresa bydliště a telefon:** Na Pohoří 789, 100 00, Praha 1, 222 123 789

**Adresa příbuzných:** Na Pohoří 789, 100 00, Praha 1, 222 123 789

**Číslo pojišťovny:** 302

**Vzdělání:** obuvnice

**Zaměstnání:** důchodce

**Stav:** vdova

**Datum přijetí:** 26. 10. 2011

**Typ přijetí:** akutní

**Oddělení:** chirurgie oddělení A

**Ošetřující lékař:** MUDr. René Příbyl

**Důvod přijetí udávaný pacientem:** Pacientka si stěžuje na bolest břicha

**Medicínská diagnóza hlavní:** pneumoperitoneum, difunzní peritonitida, ulcus ventrikuli perforatum, eroze bulbu duodena, dehydratace

**Medicínské diagnózy vedlejší:** spastická bronchitis s levostrannou kardiální subkompenzací

## **VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ**

**TK:** 150/90

**P:** 90/min

**D:** 20/min

**Stav vědomí:** při vědomí

**Výška:** 170 cm

**Hmotnost:** 60 kg

**BMI:** 20, 8

**Pohyblivost:** mobilní

**Krevní skupina:** A Rh+

## **Anamnéza**

**RA:** Matka a otec: zemřeli stářím, bratr zemřel na TBC plic v 25 letech, syn se léčí s hypertenzí.

**OA:** V 21 letech prodělala hepatitis A, hospitalizace pro cholangiolitidu se sepsí a renální insuficiencí, úrazy 0, transfúze ano, očkování proti žloutence, chřipce, TBC, tetanu.

**FA:** Furosemid 40 mg tbl  $1/2 - 1/2 - 0$ , Cordaron 1 - 0 - 0, Euphylin 200mg tbl 1 - 0 - 1

**AA:** Neguje.

**SA:** Důchodce, žije se synem a jeho manželkou.

**GA:** Menopauza v 55 letech, menstruace byla pravidelná, menarche ve 13 letech, 1 spontánní porod, poslední gynekologická prohlídka před 10 lety.

**Abúzy:** Po obědě si dá malou skleničku piva nebo vína, kouří cca 5 cigaret denně, kávu 2x denně.

### **Fyzikální vyšetření**

**Hlava:** Mezocefalická, na poklep nebolestivá, výstupy n. trigeminu nebolestivé, facialis inervuje správně, bulby ve středním postavení, symetrické, volně pohyblivé, bez nystagmu, spojivky růžové, skléry bílé, zornice izokorické, fotoreakce +, arcus senilis corneae, sliznice dutiny ústní růžová, hydratace snižená, jazyk plazí ve střední čáře, vyhlazený.

**Krk:** Souměrný, karotidy bilat +, symetrický, struma 0, uzliny nezvětšeny, pohmat nebolestivý, šíje volná, neoponuje.

**Hrudník a dýchací systém:** Souměrný, na plicích je poklep jasný, dýchání sklípkovité, vpravo pískoty, vlevo oslabené + nepřízvučné chrůpky, akce srdeční pravidelná, tachykardie.

**Břicho a GIT:** Difuzně palpačně citlivé se známky peritonálního dráždění, volná pupeční kýla.

**Kostrosvalový systém:** Horní končetiny bpn, dolní končetiny bez otoků, tep na perifériích ++, varixy bilat drobnější, bez známek TEN.

**Ordinovaná vyšetření:** SONO břicha, RTG srdce a plic, ECHO, urologické vyšetření.



## **Výsledky:**

**Snímek hrudníku:** Dilatace srdce, mírné známky centrální hypertermie.

**ECHO:** Dobrá systolická funkce LK, lehká hypertrofie base IVS, lehká dilatace LS a K, malá mitrální a trikuspidální regurgitace, známky lehké plicní hypertenze.

**SONO břicha:** Choledecholithiasa, cystoid malé pánve, korová cysta pravé ledviny.

**Urologický nález:** Pacientka má PMK, při totálním prolapsu dělohy, cévka podle ošetřujícího lékaře odvádí málo, kontrola cévky s proplachem, odvádí žlutou moč.

## **Medikamentózní léčba:**

- Per os

Verospiron 25 mg, Cardaron, Betaloc SR 200 mg, Lusopres, Mucosolvan,

- Intra venózní

Helicid 160 mg + 50 ml F1/F, Furosemid 40 mg, PLL 148 1000 ml + KCl 7,5 % 25 ml + MgSO<sub>4</sub> 10 % 10 ml, G 10 % 500 ml + 8 j HMR, F1/F 250 ml + 1 amp Syntophylin +

20 mg Solumedrolu

## **Chirurgická léčba:**

Dne 26. 10. 2011 Dg. Ulcus ventrikuli perforatum, peritonitis.

Výkon: laparotomia explorativa, sutura ventriculi omento plastika, drains.

Popis operace: K laparotomii přistupujeme pro známky peritoneálního dráždění u pacientky na kortikoterapii. Šikmým řezem v epigastriu otvíráme dutinu břišní, nacházíme difuzně zelený výpotek - odsáváme cca 500 ml. Sutura defektu pokračovacím stehem, sutura pak kryta stehy fixovaným omentem. Žlučník vyplněný konkrementem, stěna ztlustělá. Volná pupeční kýla, branka o průměru 2 cm. V malé pánvi hladký cystický útvar velikosti mužské pěsti - v.s. cysta ovaria. Opakovaně

vyplachujeme dutinu břišní Betadine, pak zakládáme 3 drény - zprava pod játra, zleva pod bránici a do Douglasu.

Údaje jsou použity z lékařské a sesterské dokumentace se souhlasem pacientky, vrchní i staniční sestry, se členy rodiny, rozhovorem a pozorováním pacientky. Systémové zhodnocení jsme vypracovali dle koncepčního modelu M. Gorgonové. Na tomto základě jsme stanovili aktuální a potencionální diagnózy. Ošetřovatelská péče je aplikovaná od prvního dne po přeložení z JIP na standardní chirurgické oddělení, což je od 2. 11. 2011 do 9. 11. 2011.

## **6.1 Systémové zhodnocení dle koncepčního modelu M. Gordonové**

### **VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ - SNAHA UDRŽET SI HO**

#### **Subjektivně:**

„Můj věk je tak vysoký, že onemocnění, která se u mě vyskytují, nejsou nijak výjimečná a i mladší lidé jsou na tom hůře. Často mě bolelo břicho, ale nepřikládala jsem tomu žádný velký význam. Myslela jsem, že jsem něco špatného snědla. Dietu moc nedodržuji. Moje paní doktorka mi říkala, že beru hodně léků a mohou mi způsobit bolesti břicha. Bydlím se synem a jeho manželkou, ale nechci je obtěžovat a tak se snažím o sebe postarat, co nejvíce sama. Stane se, že občas zapomenu vzít nějaký ten lék. Během roku jsem nijak nemocná nebyla, jen lehké nachlazení. Kouření jsem omezila na 5 cigaret denně. Dříve jsem byla silnější kuřák. Kouřila jsem 10 - 15 cigaret denně. Po obědě si dám pivo nebo skleničku vína. Kávu si dám ráno ke snídani a odpoledne.“

#### **Objektivně:**

Pacientka je momentálně po operaci žaludečních vředů. Cítí se lépe, ale bolest v oblasti jizvy jí znemožňuje volný pohyb. Je zesláblá a bojí se sama vstát z postele. Dopoledne chodí s fyzioterapeutkou po chodbě, odpoledne s návštěvou nebo praktikujícími studenty fyzioterapie a ošetřovatelství. Doma si občas zapomene vzít

léky nebo je zamění. Doporučenou dietu moc nedodržuje, kouří a denně pije alkohol. K PL chodí pravidelně pro léky, které jí jsou předepisovány na 3 měsíce.

**V této oblasti byly nalezeny ošetřovatelské problémy - neznalost, bolest (chronická).**

## **VÝŽIVA - METABOLISMUS**

### **Subjektivně:**

„Jím všechno, na co mám chuť. Některá jídla mě nadýmají a mám pocit pálení žáhy. Jím zhruba čtyřikrát denně. Z toho oběd a večeře je teplá. Odpoledne si dám svačinu s kávou.

Snídám bílé pečivo, chléb s máslem, loupák nebo koblihu. Zapíjím to kávou s mlékem. K obědu mám polévku, maso s přílohou nebo něco sladkého například žemlovku, ovocné kynuté knedlíky, vdolky. Odpolední svačina se skládá z malé sladkosti a kávy. K večeři dojím buď, co zbylo od oběda, nebo si dám nějaké jiné teplé jídlo. Třeba těstoviny, rýži, maso, zeleninu.

Ráno si uvařím litrovou konvičku čaje a popíjím ji postupně celý den. Více, jak litr denně nevypiji.

Svoji tělesnou hmotnost nijak nesleduji. Doma osobní váhu nemám. Vážím se jen u PL, při pravidelných kontrolách. Většinou úbytek nebo nárůst hmotnosti poznám na oblečení. Naposledy jsem měla 60 kg a měřím 170 cm. Na můj věk jsem s postavou spokojená. Nechutenstvím netrpím, ale nemocniční jídlo mi moc nechutná. Sním zhruba polovinu porce a dojím se svým jídlem, co mi nosí rodina z domova.

S kůží problémy nemám, jen mi přijde trošku sušší a citlivější. Zhruba 15 let mám už kompletní protézu horních a dolních zubů. Na noc si vyndávám horní díl, spodní nechávám v ústech“.

### **Objektivně:**

Stav výživy je dostatečný. Při výšce 170 cm a váze 60 kg je BMI 20,8. Toto číslo spadá do kategorie normální váhy. Pacientka má k jídlu kladný vztah. Jí 3 - 4x denně. Dietu moc nedodrží a nevyhýbá se potravinám, které jí způsobují potíže. Stav hydratace je nízký. Pacientka vypije pouze litr čaje za den a ještě 2 kávy. Kůže je suchá, šupí se a je citlivá, kožní turgor je snížený.

Riziko vzniku dekubitů je nízké. Byla použita měřicí škála podle Nortonové (viz. příloha C). Chrup je umělý.

**V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy - nedostatek tělesných tekutin, neznalost.**

## **VYLUČOVÁNÍ**

### **Subjektivně:**

„Stolici mám pravidelnou jednou denně vždy ráno. Je normální, někdy je řidší, ale průjmy netrpím. Při vylučování stolice mě trošku trápí pupeční kýla. Větry odcházejí normálně.

Mám problémy s udržení moče. Při zakašlání pociťuji únik moče. Používám inkontinenční pomůcky. Zhruba 4 - 5x denně chodím močit. Na noc používám inkontinenční vložky s vyšší absorpční schopností.“

### **Objektivně:**

Pacientka každé ráno pravidelně chodí na stolici. Je formovaná, někdy řidší, ale ne průjmovitá. Při tlačení se bojí vyhřeznutí kýly. Frekvence močení odpovídá dennímu příjmu tekutin, moč je bez patologických příměsí, má jantarově žluté zbarvení. Jiné obtíže pacientka neje.

**V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy - únik moči.**

## **AKTIVITA - CVIČENÍ**

### **Subjektivně:**

„Dříve jsem rekreačně lyžovala a plavala. V současné době chodím na různě dlouhé procházky. Záleží, jak se cítím. Občas jdu svému synovi do parku vyvenčit psa. Jsem venku zhruba 10 - 15 minut a pokud to dovolí počasí, tak i déle. Jdu pomalu, ale snažím se sama všechno zvládat.“

### **Objektivně:**

Po fyzické stránce je stav pacientky přiměřený jejímu věku a zdravotnímu stavu. Dříve sportovala, ale jen rekreačně. U pacientky byl aplikován Barthelův test (viz příloha A).

**V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.**

## **SPÁNEK A ODPOČINEK**

### **Subjektivně:**

„Chodím spát kolem půl desáté večer. Beru léky na spaní, ale jednou za noc se probudím. Probouzím se kolem šesté hodiny ranní. Občas pospávám i během dne například po obědě nebo odpoledne u televize.“

V nemocnici špatně spím, i když si vezmu prášek na spaní. Stále se budím a mám špatné sny. Ve dne jsem moc unavená a musím se prospat.

### **Objektivně:**

Pacientka je z domova zvyklá na hypnotika. V nemocnici i přes podání léku na spaní má nekvalitní spánek a častěji se v noci budí. Ráno je unavená a podrážděná.

**V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy - porucha spánku.**

## **VNÍMÁNÍ - POZNÁVÁNÍ**

### **Subjektivně:**

„Mám problémy se zrakem. Nosím brýle na čtení, ale při dostatečném denním osvětlení je nepotřebuji. Pravidelně jednou do roka chodím k očnímu lékaři na preventivní prohlídky. S pamětí je to trošku horší. Občas si nemohu vzpomenout, co potřebuji koupit nebo se mi pletou jména vnoučat. Užívám ginko - bilobu, pro lepší paměť a prokrvení končetin, protože trpím studenými končetinami.“

### **Objektivně:**

Pacientka používá brýle na čtení a zrak si nechává pravidelně kontrolovat u očního lékaře. Staropaměť a novopaměť odpovídá věku pacientky. Větší problémy má s novopamětí.

**V této oblasti byly nalezeny ošetřovatelské problémy - paměť porušená.**

## **SEBEPOJETÍ - SEBEÚCTA**

### **Subjektivně:**

„Na svůj věk se cítím dobře. Samozřejmě jsem nemocná, ale to už k mému věku patří. Beru život takový, jaký je. Snažím se být soběstačná a udržovat se stále v dobré kondici.“

### **Objektivně:**

Pacientka je vyrovnaná. Snaží se být soběstačná a udržuje si fyzickou a duševní vitalitu.

**V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy.**

## **ROLE - MEZILIDSKÉ VZTAHY**

### **Subjektivně:**

„Před pěti lety jsem ovdověla. Se svým manželem jsem bydlela mimo Prahu. V současnosti bydlím v činžovním domě se synem a jeho manželkou. Byt je 4 + 1 s velkou halou, takže si nepřekážíme. Mám svůj oddělený pokoj s koupelnou a záchodem. Občas k nám jezdí na návštěvu vnoučata a pravnoučata.

Syn se snachou stále pracují, takže pokud máme v rodině nějaké problémy, snažíme se je včas vyřešit.“

### **Objektivně:**

Pacientka žije ve společné domácnosti se synem a jeho manželkou. Byt je dostatečně velký, takže může mít svůj pokoj se sociálním zařízením. Rodina pravidelně dochází do nemocnice na návštěvy a snaží se o brzké navrácení pacientky do domácího prostředí.

**V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy.**

## **SEXUALITA - REPRODUKČNÍ SCHOPNOST**

### **Subjektivně:**

„První menstruaci jsem dostala ve 13 letech. Byla celkem pravidelná. Mám jedno dítě. Otěhotněla jsem ve 22 letech, 2 roky po svatbě. Porod byl komplikovaný, syn se neotočil a měl omotanou pupeční šňůru kolem krku. Menstruovat jsem přestala v 55 letech. Na gynekologické prohlídky jsem pravidelně začala chodit až v období přechodu. Naposledy jsem byla před 10 lety.“

### **Objektivně:**

Pacientka prodělala jeden spontánní porod, který byl komplikovaný. Není sexuálně aktivní a nikdy nebrala antikoncepci. Na gynekologické preventivní prohlídky začala chodit až v období klimakteria. Naposledy byla před 10 lety.

**V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy.**

## **STRES - ZÁTĚŽOVÉ SITUACE**

### **Subjektivně:**

„Před 5 lety jsem ovdověla. Byla to pro mě velká ztráta. S manželem jsem byla 55 let. Prodělal 3 infarkty a od 55 let byl v invalidním důchodu. Jelikož jsme bydleli mimo Prahu a syn s rodinou k nám jezdil nepravidelně, žili jsme jeden pro druhého. Po manželově odchodu jsem půl roku žila sama v našem bytě. Nechtěla jsem opustit místo, kde jsem prožila celý život. Syn stále naléhal, abych se k němu přestěhovala do Prahy. Nedokázala jsem si představit, že bych se z venkova měla přestěhovat a ještě ke všemu do Prahy. Nakonec jsem souhlasila. Byt byl pro jednoho člověka velký a díky rodině jsem smutek zvládala daleko lépe. Vím, že v ní mám velkou oporu a jsem s nimi moc šťastná.“

### **Objektivně:**

Pacientka před 5 lety ovdověla. Přestěhovala se z venkova k synovi do Prahy. Přítomnost blízkých jí pomohla se zvládnutím smutku. V současnosti je vyrovnaná bez známek psychických obtíží.

**V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy.**

## **VÍRA**

### **Subjektivně:**

„Jsem bez vyznání, ale do kostela pravidelně chodím na Vánoce a Velikonoce. Mám ráda atmosféru těchto svátků.“

### **Objektivně:**

Pacientka je ateistka, do kostela chodí jen o Vánocích a Velikonocích.

**V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy.**



## JINÉ

### **Subjektivně:**

„Je to asi vše, co jsem Vám chtěla říci. Zatím nic nepotřebuji“.

### **Objektivně:**

Pacientka nic nepotřebuje,

## **6.2 Ošetřovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry**

Při sestavování ošetřovatelských diagnóz jsem použila Kapesní průvodce zdravotní sestry. Diagnózy jsou seřazeny dle priorit, a to od již vniklých aktuálních a hrozících potencionálních.

**Neznalost, potřeba poučení v souvislosti se zapomínáním braní léků, projevující se bolestmi žaludku.**

**Bolest chronická v souvislosti se zánětlivými změnami sliznice žaludku, projevující se vyhledáváním úlevové polohy.**

**Tělesné tekutiny, deficit v souvislosti s nízkým denním příjmem tekutin a pití kávy, projevující se suchostí pokožky.**

**Inkontinence moči funkční v souvislosti s oslabením pánevní struktury, projevující se únikem moči při zakašlání.**

**Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí, projevující se únavou a podrážděností.**

**Paměť porušená v souvislosti s neschopností si vybavit známé osoby a konkrétní informace.**

**Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením periferního žilního katétru.**

**Neznalost, potřeba poučení v souvislosti se zapomínáním braní léků, projevující se bolestmi žaludku.**

**Priorita:** střední

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

- Pacientka chápe stav nemoci a dodržuje správné dávkování léků - do 24 hodin.

**Dlouhodobý:**

- Pacientka zahájí změny životního stylu a bude se účastnit léčby - do 3 měsíců.
- Pacientka projeví zájem zodpovědně přistupovat k učení se a klást otázky do 1 měsíce.

**Výsledná kritéria:**

- Pacientka zná činitele, kteří podporují bolesti žaludku - do 24 hodin.
- Pacientka zná změny v dávkování léků - do 12 hodin.
- Pacientka si chystá léky do lékového dávkovače se zvukovým signálem - do 1 týdne.
- Pacientka ví, jak a kdy se léky berou - do 12 hodin.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Zjistí úroveň znalostí pacienta, též s ohledem na to, co bude potřebovat vědět

(všeobecná sestra). (1)

- Přesvědč se, zda bude potřeba poučit i pacientovi blízké (všeobecná sestra). (2)
- Pozitivním způsobem povzbuzuj pacienta, nepoužívej kritiky ani hrozby (všeobecná sestra). (3)
- Poskytuj především ty informace, které mají vztah k situaci (všeobecná sestra). (4)
- Diskutuj s pacientem, co vnímá jako potřebné (všeobecná sestra). (5)
- Poskytni pacientovi písemné materiály, k nimž se dle potřeby může vracet (všeobecná sestra). (6)

### **Realizace 1. den (2.11.2011)**

- Při příjmu jsem se pacientky zeptala, jak je informovaná o svém stavu. 9:00.
- Pacientky jsem se ptala, co je pro ni v léčbě na prvním místě. 9:30.
- Pacientku jsem informovala o důležitosti správného užívání léků. 10:00.
- Během odpolední návštěvy jsem mluvila s rodinou pacientky o jejich dohledu při užívání léků. 15:00.
- Pacientku jsem pozitivně motivovala. 16:00.
- Pacientce i její rodině jsem poskytla informační brožuru, do které mohou při nejasnostech nahlédnout. V 15 hod.

### **Realizace 2. - 6. den hospitalizace (3.11. 2011 - 7.11.2011)**

- Během celého dne jsem sledovala chování pacientky. 9:00.

- Na pokoj jsem dala pacientku se stejným onemocněním. 10:00.
- Pacientka měla zájem o nové informace. 11:00.
- Rodina se kladně staví k situaci, ve které se nacházejí a sami se dále zajímají a prohlubují svoje informace. V 16 hod.

**Vyhodnocení:**

**Cíl byl splněn částečně, intervence dále pokračují (2, 5, 6).**

Pacientka si je vědoma, že její znalost je nedostatečná a souhlasila se všemi navrženými intervencemi. Během hospitalizace došlo k dostatečnému poučení o správném denním i časovém užívání léků. Cíle krátkodobé byly během pobytu v nemocnici splněny a dlouhodobé stále trvají. S péčí byla pacientka i její rodina spokojená.

**Bolest chronická v souvislosti se zánětlivými změnami sliznice žaludku, projevující se vyhledáváním úlevové polohy.**

**Priorita:** střední

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

- Pacientka zná, co bolest způsobuje a ví, jak ji zmírnit - do 24 hodin.

**Dlouhodobý:**

- Naučit se metody, jak zmírnit bolest - do 3 měsíců.

### **Výsledná kritéria:**

- Pacientka ví o příčinách vzniku bolesti - do 3 hodin.
- Pacientka umí zaujmout relaxační techniku - do 12 hodin.
- Pacientka si osvojí metody zmírnění bolesti - do 48 hodin.
- Pacientka dodržuje farmakologickou léčbu - každý den.

### **Ošetrovatelské intervence:**

- Diskutuj o vhodnosti užívání nikotinu, cukru, kofeinu, alkoholu (nutriční terapeut). (1)
- Urči individuální práh bolesti pacienta (celkovým a fyzikálním vyšetřením), (všeobecná sestra). (2)
- Přibliž pacientce očekávání reality, protože bolest často nelze zcela odstranit, ale většinou ji lze zmírnit nebo kontrolovat (všeobecná sestra). (3)
- Nauč pacientku o relaxačních technikách, např. poslech hudby, masáž, (fyzioterapeut). (4)
- Minimalizuj faktory, které zhoršují bolest (hluk, teplota, světlo, únava, stres), dle potřeby ulož pacientku do úlevové polohy (všeobecná sestra). (5)
- Informuj o nutnosti odpočinku (fyzioterapeut). (6)

### **Realizace 1. den (2.11.2011):**

- Nutriční terapeutka si s pacientkou promluvila o jejích nevhodných stravovacích návycích, které vyvolávají bolesti v oblasti žaludku, a informovala ji o potravinách, kterých se má vyvarovat. 9:00.
- Požádala jsem pacientku, aby mi popsala svou bolest. Bolest se vyskytuje většinou při nedodržení užití léků nebo příjmu nevhodných potravin. Lokalizace bolesti je v oblasti žaludku a přechází až na žlučník. Časový horizont bolesti je individuální, intenzita dle numerické škály bolesti stupnice od 1 - 10 byla na stupni 4 (viz příloha B). 9:30.
- Pacientu jsem poprosila, aby si každý den zapisovala bolest. 10:00.
- Fyzioterapeutka pacientku informovala o technikách, které mohou zmírnit její obtíže. 10:30.

### **Realizace 2. - 6. den (3.11.2011 - 7.11.2011)**

- Snažila jsem se odstranit veškeré rušivé elementy, které by mohly zhoršovat bolest. 10:00.
- Fyzioterapeutka s pacientkou stále prováděla relaxační techniky. 11:00.
- Kladla jsem důraz na nutnost pravidelného odpočinku. 14:00.

### **Vyhodnocení:**

#### **Cíl byl splněn částečně, intervence pokračují (4, 5, 6).**

Během hospitalizace pacientka otevřeně mluvila o své bolesti, osvojila si techniky, jak zvládnout bolest a ví, co vyvolává příčinu bolesti (nevhodné potraviny a nepravidelné užívání farmak). K odstranění bolesti došlo částečně. Z tohoto důvodu

jsem se s pacientkou dohodla, že bude nadále pokračovat v ošetrovatelských intervencích. Pacientka souhlasila.

**Tělesné tekutiny, deficit v souvislosti s nízkým denním příjmem tekutin a pití kávy, projevující se suchostí pokožky.**

**Priorita:** střední

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

- Pacientka vypije minimálně 2 litry tekutin - do 24 hodin.

**Dlouhodobý:**

- Udržet objem tekutin na funkční úrovni, což se projeví dobrým kožním turgorem - do 3 měsíců

**Výsledná kritéria:**

- Pacientka si uvědomuje následky nízkého příjmu tekutin - do 24 hodin.
- Pacientka ví o nevhodnosti nadměrného pití kávy a nízkého příjmu tekutin - do 24 hodin.
- Pacientka si uvědomuje příčiny suchosti kůže - do 12 hodin.
- Pacientka se snaží zvýšit denní příjem tekutin - do 3 dnů.

### **Ošetrovatelské intervence:**

- Urči účinky věku (starší lidé mívají snížený pocit žízně a nemusí si pro to být žízně vědomi), (nutriční terapeut nebo všeobecná sestra). (1)
- Sleduj diurézu, všímej si barvy moči, měř množství (všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent). (2)
- Kontroluj vitální funkce a tělesné známky dehydratace, snížení turgoru kůže, stavů zmatenosti (všeobecná sestra). (3)
- Prováděj méně často koupel, používej jen jemná mýdla a kůži vždy ošetři emulzí, aby se zachovala integrita kůže (zdravotnický asistent). (4)
- Zajisti dostatečný přísun tekutin (všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent). (5)
- Pouč pacientku o potravinách s vysokým obsahem vody (nutriční terapeut). (6)
- Pečuj o hygienu dutiny ústní (všeobecná sestra). (7)
- Informuj pacientku o přesném zapisování tekutin během hospitalizace (všeobecná sestra). (8)
- Informuj pacientku o omezení pití tekutin s močopudným účinkem (nutriční terapeut). (9)

### **Realizace 1. den (2.11.2011):**

- Nutriční terapeutka si s pacientkou promluvila o jejím nízkém denním příjmu tekutin a vysvětlila jí, kolik tekutin by denně měla vypít. Poučila ji, že část denního příjmu tekutiny může doplnit i formou stravy. 9:00.
- S nutriční terapeutkou a s pacientkou jsme se dohodly, že každou hodinu vypije dvě 250 ml sklenice tekutin. 9:30.



- Pacientce jsem zajistila konvici s čajem. 10:00.
- Patientku jsem poučila, jak si má zapisovat denní příjem tekutin a výdej moče a během dne jsem ji kontrolovala. 10:15.
- Nutriční terapeutka pacientce zařídila potraviny s vysokým obsahem vody. 10:30.

### **Realizace 2. - 6. den (3.11.2011 - 7.11.2011)**

- Pacientce jsem zajistila konvici s čajem. 8:00.
- Pacientce jsem dala nový bilanční list. 8:15.
- Zkontrolovala jsem hustotu moče. 13:00.
- Během dne jsem šla patientku zkontrolovat. 15:00.
- Kontrolovala jsem kožní turgor a stav pokožky. 16:00.

### **Vyhodnocení:**

#### **Cíl se podařil zcela splnit.**

Pacientka si osvojila návyk dostatečného denního příjmu tekutin a to nejen ve formě tekutin, ale i ovoce a zeleniny.

**Inkontinence moči funkční v souvislosti s oslabením pánevní struktury, projevující se únikem moči při zakašlání.**

**Priorita:** střední

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

- Pacientka ví o všech dostupných metodách léčby inkontinence - do 24 hodin.

**Dlouhodobý:**

- Pacientka nebude mít problém s únikem moče - do 6 měsíců.

**Výsledná kritéria:**

- Pacientka zná všechny dostupné metody léčby - do 2 dnů.
- U pacientky nedojde ke vzniku infekce, během hospitalizace.
- U pacientky nedojde ke vzniku žádných defektů, během hospitalizace.
- Pacientka si osvojila návyky péče o kůži - do 24 hodin.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Upřesni anamnézu nemoci a užívání léků nebo látek, které zvyšují tvorbu moči nebo porušují tonus (napětí) močového měchýře, např. prolaps měchýře, diuretika, kofein (všeobecná sestra). (1)
- Požádej pacienta, aby vedl denní záznamy o močení (zdravotnický asistent). (2)
- Naplánuj močení každé 3 hodiny, aby se předešlo nadměrnému naplnění měchýře (zdravotnický asistent). (3)

- Sleduj barvu kůže a jakékoliv změny zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace (všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent). (4)
- Doporuč pacientce vhodnost přípravků pro péči o pokožku (všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent). (5)
- Informuj pacientku o dodržování hygieny v oblasti genitálu (všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent). (6)
- Informuj pacientku o použití inkontinenčních pomůcek (všeobecná sestra). (7)
- Prováděj cvičení na posílení svalů pánevního dna (fyzioterapeut). (8)

**Realizace 1. den (2.11.2011):**

- Pacientka mi popsala svoje problémy s únikem moče. Sdělila mi, jak se tento problém promítá v její psychice. 9:00.
- Pacientka mi sdělila, že každý den pije kávu. Tento údaj jsem zapsala do ošetrovatelské dokumentace. 10:00.
- Zdravotnický asistent poučil pacientku, jak si pravidelně zapisovat záznam o močení. 11:30.
- Poučila jsem pacientku o pravidelné hygienické péči v oblasti genitálu. 13:00.
- Doporučila jsem pacientce vhodné přípravky pro péči o pokožku. 13:30.
- Fyzioterapeutka s pacientkou provádí cviky na posílení svalů pánevního dna. 14:00.

## **Realizace 2. - 6. den (3.11.2011 - 7.11.2011)**

- Kontrolovala jsem dodržování hygieny a sledovala barvu kůže a případné změny jsem zapisovala do ošetrovatelské dokumentace. 8:00.
- Sledovala jsem dodržování léčebných a preventivních opatření. 10:00.
- Zdravotnický asistent dodržuje s pacientkou intervaly močení. 11:30.
- Kontrolovala jsem, jak si pacientka vede záznam o močení. 13:00.
- Dala jsem pacientce brožuru o inkontinenčních pomůckách. 15:00.

### **Vyhodnocení:**

#### **Cíl se podařil splnit částečně, intervence pokračují (3, 4, 6, 7).**

Pacientka byla poučena, jak správně dodržovat hygienu v oblasti genitálu, provádět rehabilitaci a používat inkontinenční pomůcky.

**Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí, projevující se únavou a podrážděností.**

**Priorita:** nízká

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

- Pacientka bude mít zlepšenou kvalitu a délku spánku - do 24 hodin.

**Dlouhodobý:**

- Pacientka bude mít kvalitní spánek a bude odpočatá - do 2 měsíců.

**Výsledná kritéria:**

- Pacientka usíná do 30 minut po ulehnutí na lůžko.
- Pacientka spí nejméně 6 hodin bez probuzení.
- Pacientka se po probuzení cítí odpočatá - do 24 hodin.
- Pacientka ví o relaxačních technikách, které navozují spánek - do 24 hodin.
- Pacientka se probudí maximálně 1x za noc a do 15 minut opět usne.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zjistí příčiny poruchy spánku (všeobecná sestra). (1)
- Sleduj průměrnou délku pacientčina spánku (všeobecná sestra). (2)
- Zajisti klidné a tiché prostředí, zamez množství rušivých elementů z okolí (všeobecná sestra). (3)
- Pouč pacientu o nevhodnosti konzumace kofeinu a těžkého jídla před spaním (všeobecná sestra). (4)
- Umožni pacientce před spaním provádět rituály, na které je zvyklá (všeobecná sestra). (5)
- Pomoz pacientce vypracovat individuální program relaxace (všeobecná sestra). (6)
- Před spaním dostatečně vyvětrej místnost (všeobecná sestra). (7)

**Realizace 1. den (2.11.2011):**

- Při ranní hygieně jsem se pacientky zeptala, jak se vyspala. Sdělila mi, že vůbec nevyspala. 7:30.

- Zjistila jsem výskyt rušivých faktorů, které během noci narušují spánek. 9:00.
- Doporučila jsem pacientce, aby přes den nespala a věnovala se nějakým aktivitám. 9:30.
- Pacientce jsem půjčila časopisy a rodina jí přinesla plení. 15:00.
- Informace o pacientce jsem sdělila noční sestře. 19:00.
- Noční sestra pacientce před spaním vyvětrala, naklepala polštář a vytvořila klidné prostředí. 21:30.

**Realizace 2. den (3. 11. 2011):**

- Po příchodu na ranní směnu jsem se pacientky ptala, jak se vyspala. Pacientka mi sdělila, že lépe. Vzbudila se jednou za noc a do 30 minut znovu usnula. 7:30.
- Přes den jsem pacientku aktivizovala, pacientka souhlasila. 13:00.
- Informace o pacientce jsem předala noční sestře. 19:00.
- Noční sestra zajistila klidné prostředí a pokoj vyvětrala. 21:30.

**Realizace 3. - 7. den (4.11.2011 - 8.11.2011):**

- Zlepšení spánku je podle pacientky výrazné. V noci se neprobudila, pouze lehce procitla a následně hned tvrdě usnula. 8:00.
- Pacientce jsem doporučila, aby pokračovala v dosavadních denních aktivitách, které jí zkvalitňují spánek. 10:00.
- Pacientka souhlasila. 10:15.

**Vyhodnocení:****Cíl se zcela podařil splnit.**

Pacientka 3. den hospitalizace konstatovala zlepšenou kvalitu spánku. V noci se neprobudila, jen lehce procitla. Veškeré poruchy spánku ustoupily a pacientka byla spokojená.

**Paměť porušená v souvislosti s neschopností si vybavit známé osoby a konkrétní informace.**

**Priorita:** střední

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

- Pacientka si je vědoma problému s pamětí - do 14 týdnů

**Dlouhodobý:**

- Pacientka si vytvoří metody na zapamatování - do 3 měsíců

**Výsledná kritéria:**

- U pacientky nedojde ke zhoršení paměti - během hospitalizace.
- Pacientka zná metody procvičování paměti - do 24 hodin.
- Pacientka má osvojené návyky na procvičování paměti - do 24 hodin.
- Pacientka spolupracuje na procvičování paměti - každý den.

### **Ošetrovatelské intervence:**

- Zjistí, jak rodina pohlíží na problém, aby bylo možno určit závažnost problému (všeobecná sestra). (1)
- Zaved' vhodné techniky trénování paměti např. psaní seznamů, mnemotechnické pomůcky, hry kladoucí nároky na paměť atd.. (všeobecná sestra). (2)
- Doporuč pacientce a rodině pořádat schůzky s opakováním osobních údajů, vzpomínáním na různé zážitky atd.. (všeobecná sestra). (3)
- Doporuč dlouhodobější rehabilitační programy (fyzioterapeut). (4)
- Pomoz pacientce zvládat funkční omezení a nalézt zdroje k uspokojení potřeb a dosažení maximální nezávislosti (všeobecná sestra). (5)

### **Realizace 1. den (2.11.2011):**

- Při odpolední návštěvě jsem se pacientčiny rodiny ptala na míru závažnosti poruchy paměti. Syn mi sdělil, že si maminka pamatuje vše z minulosti, jen má problém vzpomenout si na jména např. vnoučat nebo na položky v nákupním seznamu. Ve 14 hod.
- S pacientkou jsem dělala mini mental test. Pacientka je plně orientovaná v čase a místě. Výsledky testu jsem založila do ošetrovatelské dokumentace. V 10 hod.
- Fyzioterapeutka s pacientkou denně provádí paměťová cvičení. V 11 hod.
- Doporučila jsem pacientce využití mnemotechnických pomůcek v běžném životě. V 10:30.



### **Realizace 2. - 5. den (3.11.2011 - 6.11.2011)**

- Pacientku jsem aktivizovala luštěním křížovek. Sdělila mi, že jí to dělá dobře na procvičování paměti. Luští i doma. V 10 hod.
- Dohlížela jsem na rodinu, jakým způsobem provádí paměťová cvičení. 15:00.

### **Vyhodnocení:**

#### **Cíl se podařil splnit částečně, intervence pokračují (3, 4, 5).**

Pacientka i její rodina aktivně spolupracují na zlepšení novopaměti. Rodina je spokojena s aktivitou fyzioterapeutů.

### **Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením periferního žilního katétru.**

**Priorita:** střední

**Cíl:**

**Krátkodobý:**

- Pacientka chápe, jak o periferní žilní katétr pečovat - do 1 hodiny po zavedení.

**Dlouhodobý:**

- Infekce nevznikne - po čas hospitalizace.

### **Ošetrovatelské intervence:**

- Dbej na aseptický postup při převazech (všeobecná sestra). (1)
- Kontroluj denně místo i.v. vstupu (všeobecná sestra). (2)
- Zabezpeč sterilitu všech pomůcek (všeobecná sestra). (3)
- Informuj o zásadách hygieny, jako je umývání rukou, zejména po použití toalety (všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent). (4)

### **Realizace 1. den (2.11.2011):**

- Při příjmu jsem zkontrolovala zavedení periferního žilního katétru. 8:00.
- Dodržovala jsem aseptické zásady při i.v. aplikaci. 8:30.
- Vpich byl bez známek infekce. 8:45.
- Informovala jsem pacientku, jak má pečovat o periferní žilní katétr. Vše pochopila. 9:00.
- Poučila jsem ji o nezbytné hygieně rukou. 9:30.

### **Realizace 2. - 4. den (3.11.2011 - 5.11.2011):**

- Za dodržení aseptických postupů jsem udělala převaz periferního žilního katétru. 14:00.
- Vpich byl bez známek patologických jevů. 14:15.

**Realizace 5. den (6.11.2011)**

- Dle ordinace lékaře byl 6.11.2011 PŽK odstraněn. V 11 hod.

**Vyhodnocení:**

**Cíl se podařilo zcela splnit.**

Pacientka byla bez známek infekce. Pacientka dodržela všechna opatření a intervence.

## 7 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Data získaná od pacientky, rodiny, sesterské a lékařské dokumentace posloužily k vypracování systematického zhodnocení dle koncepčního modelu M. Gordonové. Tyto údaje posloužily ke stanovení aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz, podle kterých byla aplikována ošetrovatelská péče.

Stanoveno bylo 6 aktuálních a 1 potencionální ošetrovatelská diagnóza. Mezi aktuální diagnózy patří **neznalost, bolest chronická, tělesné tekutiny, inkontinence moči, porucha spánku a paměť porušená**. Potencionální diagnóza byla stanovena **riziko vzniku infekce**. Některé diagnózy se podařily splnit úplně (riziko vzniku infekce, porucha spánku, tělesné tekutiny) a některé se splnily částečně (neznalost, bolest chronická, inkontinence moči, paměť porušená). V případě těchto diagnóz ošetrovatelské intervence pokračují i po propuštění do domácího léčení.

### 7.1 Zhodnocení ošetrovatelské péče všeobecnou sestrou

Řešení některých diagnóz je zdlouhavé a velice náročné. U ošetrovatelské diagnózy **neznalost, potřeba poučení** pacientka pochopila důležitou časovou osu v pravidelnosti stravy.

V případě ošetrovatelské diagnózy, **bolest chronická** pacientka ví, jak předcházet bolestem a zná vyvolávající faktor (nevhodné potraviny a nepravidelné užívání farmak).

U ošetrovatelské diagnózy **tělesné tekutiny** se pacientka naučila denní pravidelnosti v příjmu vhodných tekutin.

Další ošetrovatelská diagnóza **inkontinence moči**, pacientka se naučila, jak správně dodržovat hygienu v oblasti genitálu, rehabilitační metody a použití inkontinenčních pomůcek.

Předposlední ošetrovatelská diagnóza **porucha spánku**, v tomto případě si pacientka osvojila systém, který vedl ke zlepšení kvality spánku.

Poslední ošetrovatelská diagnóza **paměť porušená**, zde se pacientka i její rodina podílí na aktivizaci novopaměti.

## **7.2 Zhodnocení ošetrovatelské péče pacientkou a její rodinou**

Pacientka byla po dobu hospitalizace spokojená. I přes vyšší věk zaujímala pozitivní vztah ohledně nových informací spojené s její nemocí a aktivně se zapojovala. Kladně hodnotila přístup lékařů, všeobecných sester a ostatního zdravotnického personálu.

Rodinní příslušníci také pozitivně zhodnotili péči a přivítali nové informace.

## **7.3 Doporučení pro praxi**

Došla jsem k závěru, že péče o pacienty s vředovou chorobou se potýká s jistými nedostatky a tímto bych chtěla navrhnout řešení, které by se aplikovalo v běžné praxi.

### **a) Vrcholový management zdravotnického personálu (vrchní a staniční sestry)**

- Umožnění dalšího vzdělávání všeobecných sester a nelékařského zdravotnického personálu v rámci ošetrovatelské péče o pacienta s vředovým onemocněním.
- Snaha o vytvoření dostatku informací pro pacienty a jejich rodiny.
- Hodnocení kvality poskytnuté péče očima pacientů a jejich příbuzných

### **b) Střední zdravotnický personál (všeobecné sestry, nelékařský zdravotnický personál)**

- Pozitivně motivovat pracovní kolektiv.

- Pozitivně přistupovat k pacientům a jejich rodinným příslušníkům.
- Hodnotit a kontrolovat pacienty v léčbě
- Jasně definovat samostatné sebevzdělávání v oblasti vředové choroby.
- Cíleně dodržovat léčbu a veškerá další opatření.

**c) Pacienti a rodinní příslušníci**

- Dodržovat doporučení a léčebný režim.
- Spolupracovat se zdravotnickým personálem (lékaři, sestry, nelékařský zdravotnický personál).
- Zajímat se o nové informace týkající se nemoci.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá chirurgickou ošetrovatelskou péčí o pacienta s vředovou chorobou gastroduodena. Choroba je komplikovaná a postihuje jakoukoliv věkovou skupinu lidí. Nejčastěji se vředy vyskytují v oblasti žaludku a dvanáctníku.

Vředové onemocnění se řadí k onemocněním denní praxe. U lokalizace, jak vředu žaludečního, tak i dvanáctníkového, je průběh v podobě chronické cesty. Často dochází k remisím a doba mezi jednotlivými obdobími vzplanutí je rozdílná. Většinou jde o vzplanutí 1 - 2x do roka a to na jaře a na podzim. Většinou se jedná o benigní onemocnění a obtíže jsou dobře zvládnutelné a snesitelné. Onemocnění je doprovázeno častými komplikacemi, které se ve většině případů musí řešit chirurgickou cestou. Často se jedná o krvácení, penetraci a perforaci z vředové léze (DÍTĚ a kol., 2000).

Pokud to stav onemocnění dovoluje, přistupujeme ke konzervativnímu způsobu léčby. Pokud je tato terapie nedostatečná, přistoupí se k chirurgickému řešení. Důležitou roli hraje i psychoterapie (FERKO, 2002).

Cíl byl dosažen pomocí zpracování teoretického materiálu a sestavení systematického zhodnocení dle modelu M. Gordonové. Prodloužení klidové fáze pomocí dietních opatření má informovat, jak laickou veřejnost, tak i nemocné a jejich blízké. K tomuto účelu byly použity lékařské, ošetrovatelské a nutriční záznamy.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) ALGMED, s.r.o. Intenzita a hodnotenie bolesti. [online]. [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW: <http://www.algmed.sk/intenzita.php> >.
- 2) ALUŠÍK, Š. a kol. 2004. *Novinky ve farmakoterapii interních chorob* Praha: Triton, 2004. 258 s. ISBN 80-7254-563-9.
- 3) BÁTOVSKÝ, M. a kol. 1999. *Poruchy gastrointestinální motility a prokynetiká*. Trnava: Univerzita sv. Alžběty. 1999. 149 s. ISBN 80-85565-00-5.
- 4) BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství*. Plzeň: Nava tisk, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- 5) DÍTĚ, P. 2000. *Vředová nemoc žaludku a duodena*: Praha: Galén, 2000. 111 s. ISBN 80-7262-079-7.
- 6) DÍTĚ, P. a kol. 2000. *Gastroenterologie*. LF MU: Brno, 2000. 196 s. ISBN 80-210-2379-1.
- 7) DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*: Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- 8) FERKO, A., VOBOŘIL, Z., ŠMEJKAL, K., BEDRNA, J. 2002. *Chirurgie v kostce*: Praha: Grada Publishing, s.r.o. 2002. 596 s. ISBN 80-247-0230-4.
- 9) FREJ, D. 2006. *Dietní sestra dieta ve zdravotnictví*. Praha: Triton, 2006. 310 s. ISBN 80-7254-537-X.
- 10) HAVLOVÁ, V., WOHL, P. 2001. *Kuchařka při onemocnění žaludku*. Praha: Vyšehrad, 2001. 85 s. ISBN 80-7021-481-3.
- 11) HRABOVSKÝ, J. a kol. 2006. *Chirurgie pro zdravotnické školy*: Praha: Eurolex Bohemia a.s.. 2006. 444 s. ISBN 80-86861-49X.
- 12) KOHOUT, P. 2005. *Vředová choroba*. Praha: Maxdorf, 2005. 77 s. ISBN 80-7345-077-1.
- 13) KOCINOVÁ, S., ŠTERBÁKOVÁ, Z. 2003. *Přehled nejužívanějších léčiv*: Praha: Informatorium, 2003. 93 s. ISBN 80-7333-012-1.



- 14) KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*: Praha: Portál, s.r.o.. 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
- 15) KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*: Praha: Grada Publishing. 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 16) LUKÁŠ, K. a kol. 2003. *Gastroenterologie 2003. Diferenciální diagnostika symptomatologie nemocí trávicího traktu*: Praha: Triton. 2003. 292 s. ISBN 80-7254-420-9
- 17) LUKÁŠ, K., ŠVESTKA, T. 2002. *Refluxní choroba jícnu a vředová choroba gastroduodena*: Praha: Triton. 2002. 207 s. ISBN 80-7254-309-1.
- 18) LÜLLMANN, H., MOHR, K., WEHLING, M. 2004. *Farmakologie a toxikologie*: Praha: Grada. 2004. 725 s. ISBN 80-247-0836-1.
- 19) NĚMCOVÁ, J., BORŇOVÁ, J. 2011. *Repetitorium ošetrovatelství*: Plzeň: Maurea, s.r.o.. 2011. 188 s. ISBN 978-80-902876-7-9.
- 20) NĚMCOVÁ, J., MAURITZOVÁ, I. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*: Plzeň: Maurea. 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
- 21) PAFKO, P., KABÁT, J., JANÍK, V. 2006. *Náhlé příhody břišní: Operační manuál*: Praha: Grada Publishing. 2006. 135 s. ISBN 80-247-0981-3.
- 22) PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. a kol. 1998. *Akademický slovník cizích slov*: Praha: Academia Praha. 1998. 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
- 23) SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
- 24) SVATOŠ, J. 1998. *Zobrazovací systémy v lékařství*. Praha: ČVUT. 1998. 244 s. ISBN 80-01-01873-3.
- 25) ŠEFLOVÁ, L., BERÁNKOVÁ, I. Management ošetřování dekubitů. [online]. Květen 2006. [cit. 2011-03-16]. Dostupné z WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2006/05/12.pdf>.
- 26) TACHECÍ, I. a kol. 2008. *Kapslová endoskopie*. Praha: Nucleus HK, 2008. 272 s. ISBN 978-8087009-45-1.
- 27) TRACHTOVÁ, E. a kol. 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*: Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

- 28) VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. 2006. *Velký lékařský slovník 6. vydání*: Praha: Jessenius Maxdorf. 2006. 1017 s. ISBN 80-7345-105-0.
- 29) VOKURKA, M., HOGO, J. a kol. 2011. *Praktický slovník medicíny 10. aktualizované vydání*: Praha: Maxdorf s.r.o.. 2011. 519 s. ISBN 978-80-7345-262-9.
- 30) ZEMAN, M. 2000. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada Publishing, 2000, 2003. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A</b> - Barthelův test základních všedních činností (ADL).....	II
<b>Příloha B</b> – Numerická škála bolesti .....	IV
<b>Příloha C</b> - Rozšířená škála dle Nortonové .....	V

## Příloha A - Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Jméno pacienta: .....

Datum narození pacienta (věk): .....

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre*</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0

<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>Celkem</b>			

Hodnocení stupně závislosti: \*\*

**ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

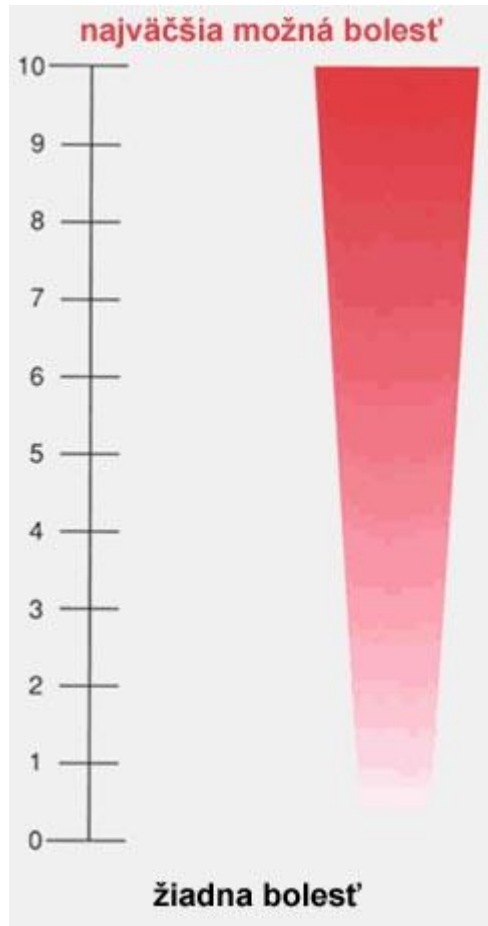
**ADL 3** 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

**ADL 2** 65 – 95 bodů **lehká závislost**

**ADL 1** 96 – 100 bodů **nezávislý**

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace VFN Praha, III. interní klinika.

## Příloha B – Numerická škála bolesti



Zdroj: Algmed s.r.o. Intenzita a hodnotenie bolesti [online]. [cit. 2011-03-14]. Dostupné z WWW:<http://www.algmed.sk/intenzita.php> >.

## Příloha C - Rozšířená škála dle Nortonové

14. Rozšířená stupnice Nortonové									
Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
4	• úplná	• do 10 let	• normální	• žádné	• dobrý	• bdělý	• chodící, samostatný	• úplná	• kontinentní
3	• malá	• do 30 let	• suchá, šupinatá	• snížení imunity • horečka • diabetes mellitus	• zhoršený	• apatický	• chodící s doprovodem	• částečně omezená	• občasná inkontinence
2	• částečná	• do 60 let	• vlhká	• sklerosis multiplex • obezita • anemie	• špatný	• zmatený	• sedící na lůžku, v křesle	• velmi omezená	• inkontinence převážně moče
1	• žádná	• 60 let +	• alergie, porušená	• onemocnění cév • kachexie • karcinom	• velmi špatný	• bezvědomí	• ležící	• žádná	• inkontinence moče a stolice
									Celkem
<b>Riziko vzniku dekubitu</b>		nizké (25 - 24 bodů)	střední (23 - 19 bodů)		vysoké (18 - 14 bodů) <small>*založte Záznam o ošetřování kůže rány</small>		velmi vysoké (13 - 9 bodů) <small>*založte Záznam o ošetřování kůže rány</small>		

Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace VFN Praha, III. interní klinika.