

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

PRAHA 5

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KRVÁCENÍM DO GIT

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARIE POSSELTOVÁ, DiS.

Praha 2013

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KRVÁCENÍM DO GIT

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARIE POSSELTOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, Ph.D.

Praha 2013

Schválení práce

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 ke studijním účelům.

V Praze dne 27. 5. 2013

.....
Marie Posseltová, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Haně Belejové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a čas strávený při konzultacích. Také děkuji za podporu, připomínky a cenné rady při vypracování této bakalářské práce. Stejně tak i všem ostatním, kdo se na procesu tvorby jakýmkoliv způsobem podíleli.

ABSTRAKT

POSSELTOVÁ, Marie. *Ošetrovatelský proces u pacienta s krvácením do GIT*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, Ph.D. Praha. 2013. 59 stran.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s krvácením do gastrointestinálního traktu. Teoretická část zahrnuje rozdělení krvácení na akutní a chronické, charakteristiku jednotlivých typů krvácení – z horní části GIT, z dolní části GIT a z jícnových varixů, jejich příčinu, příznaky, diagnostiku a léčbu. Základní částí práce je zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta s tímto onemocněním, který musí splňovat určitá kritéria k zajištění potřeb pacienta a prožití co nejkvalitnějšího života i přes následky onemocnění. Krvácením do GIT, zejména akutní krvácení z horní části GIT, je život ohrožující stav, který často vede až ke smrti pacienta.

Klíčová slova:

Gastrointestinální krvácení. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

POSSELTOVÁ, Marie. *The nursing process od a patient with gastrointestinal bleeding*. University of Health, o.p.s. Level of qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Hana Belejová, Ph.D. Praha. 2013. 59 pages.

The main theme of this work is the nursing process in a patient with gastrointestinal bleeding. The theoretical part involves the division of bleeding in acute and chronic, characteristics of different types of bleeding - from the upper gastrointestinal tract, from the bottom of gastrointestinal and esophageal varices, their causes, symptoms, diagnosis and treatment. The basic part is the processing of the nursing process for patients with this disease, which must meet certain criteria to ensure the patient's needs and experience the highest quality of life despite the consequences of the disease. Gastrointestinal bleeding, especially acute hemorrhage of upper gastrointestinal tract, is a life-threatening condition that often leads to the patient's death.

Keywords:

Gastrointestinal bleeding. Nursing care. Nursing process.

PŘEDMLUVA

K napsání této bakalářské práce přispěla moje osobní zkušenost s pacienty, s hlavní diagnózou krvácení do gastrointestinálního traktu, kteří bývají často hospitalizováni na JIP interních oborů v nemocnici Přerov, kde již 2 roky pracuji. Toto onemocnění jsem si vybrala proto, že je pro mě zajímavé svou závažností, která často ohrožuje nemocného na životě, svým náhlým a nečekaným vývojem a náročností na ošetrovatelskou péči.

Cílem mé bakalářské práce je nastínit onemocnění krvácení do gastrointestinálního traktu, seznámit s rozdělením krvácení do GIT na akutní a chronické, popsat jednotlivé typy krvácení a zpracovat ošetrovatelský proces u jednoho pacienta s touto diagnózou.

Materiál k zpracování této práce jsem si opatřila z knihovny v Přerově a z vědecké knihovny v Ostravě, ze zdrojů nemocniční knihovny, z dokumentace používané v nemocnici Přerov a hlavně osobním kontaktem s pacientem.

Práce je určena pro studenty oboru zdravotnický asistent a diplomovaná všeobecná sestra. Je vhodná i pro sestry pracující na interních a chirurgických odděleních, kde se často s těmito pacienty setkávají.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD	15
1 AKUTNÍ KRVÁCENÍ DO GIT	17
1.1 DEFINICE	17
1.2 KRVÁCENÍ Z HORNÍ ČÁSTI GIT.....	18
1.2.1 Příčiny	18
1.2.2 Příznaky	19
1.2.3 Diagnostika	20
1.2.4 Léčba.....	21
1.2.5 Ošetrovatelská péče	22
1.3 KRVÁCENÍ Z DOLNÍ ČÁSTI GIT.....	23
1.3.1 Příčiny	23
1.3.2 Příznaky	24
1.3.3 Diagnostika	24
1.3.4 Léčba.....	25
1.3.5 Ošetrovatelská péče	25
1.4 KRVÁCENÍ Z JÍCNOVÝCH VARIXŮ.....	26
1.4.1 Příčiny	26
1.4.2 Příznaky	26
1.4.3 Diagnostika	26
1.4.4 Léčba.....	27
1.4.5 Okamžitá opatření.....	28
2 CHRONICKÁ KRVÁCENÍ DO GIT	31
2.1 DEFINICE	31
2.2 EPIDEMIOLOGIE	31
2.3 DIAGNOSTIKA	31
2.4 KLASIFIKACE	32
2.5 VYŠETŘOVACÍ ALGORITMUS	33
2.6 LÉČBA.....	36

3	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S KRVÁCENÍM DO GIT	37
3.1	ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	37
3.2	SPECIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	40
4	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KRVÁCENÍM DO GIT.....	41
4.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	42
4.2	VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ	43
4.3	ANAMNÉZA.....	44
4.4	POSOUZENÍ SOUČASNÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU ZE DNE 24. 3. 2013 (PRVNÍ DEN HOSPITALIZACE), V 16:00 HODIN	49
4.5	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 24. 3. – 28. 3. 2013	59
4.6	SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 24. 3. 2013.....	61
4.7	STANOVENÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ ZE DNE 24. 3. 2013 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT	62
4.8	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PACIENTKY 1., 3. A 5. DEN HOSPITALIZACE.....	69
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	72
	ZÁVĚR	74
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
	SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM ZKRATEK

ABR	acidobazická rovnováha
ALP	alkalická fosfatáza (alkaline phosphatase)
ALT	alaninaminotransferáza
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas (time)
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
AST	aspartátaminotransferáza
BMI.....	body mass index
CRP	C – reaktivní protein
CT	computer tomography (počítačová tomografie)
CŽK	centrální žilní katétr
DF	dechová frekvence
DKK	dolní končetiny
EBR	erytrocytový koncentrát bez Buffy coatu
EKG	elektrokardiografie
et al.	et alii (a kolektiv)
FR.....	fyziologický roztok
P	pulz
GIT	gastrointestinální trakt
GMT	gama-glutamyltransferáza
Hb	hemoglobin
HKK	horní končetiny
INR	international normalization ratio
i. v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
JIP IO	jednotka intenzivní péče interních oborů
KO	krevní obraz
KS	krevní skupina
NPO	nic per os
NSAIDs	nonsteroidal anti-inflammatory drugs (léky s protibolestivým, protihorečnatým a protizánětlivým účinkem)

OK	okultní krvácení
PHK	pravá horní končetina
PLT	krevní destičky trombocyty - platelets
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	permanentní žilní katétr
RBC	erytrocyt - red blood cell
RTG	rentgen
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
SpO ₂	saturace krve kyslíkem
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
UPV	umělá plicní ventilace
USG	ultrasonografie
WBC	leukocyt - white blood cell

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

aborální	vzdálený od úst, opak orální
angiodysplazie	vrozená porucha tvorby cév
antifibrinolytika	látky tlumící proces rozpouštění krevní sraženiny
trombu	
ascites	stav, při kterém se v břišní dutině hromadí tekutina
bradykardie	zpomalená srdeční frekvence
bulbitida	zánětlivé změny v počátečním úseku dvanáctníku
diuréza	odborný výraz pro vylučování moči
ezofagitida	zánět jícnu
gastritida	zánět žaludku
gastroenterologie	obor zabývající se prevencí, diagnostikou a léčením
chorob trávicího ústrojí	
hemoragická gastropatie	nezánětlivá, nenádorová choroba žaludku, kterou provází krvácení různé intenzity
hemoragický šok	nebezpečná reakce organismu, který ztratil více než 30 % množství krve (1 500 ml)
histologie	odběr živé tkáně
hydrotorax	přítomnost tekutiny v pleurální dutině
hypersplenizmu	zvětšení sleziny
hypoventilace	mělké a zpomalené dýchání
hypotenze	nízký tlak krve v tepnách
hypovolemický šok	šokový stav, vzniklý nedostatečným objemem krve obíhající v krevním řečišti
ikterus	žluté zbarvení tkání patrné na kůži
intravenózně	do žíly
koagulopatie	porucha srážlivosti krve
kolitida	zánět tlustého střeva
per rectum	přes konečník
peristaltika	pozvolný rytmický pohyb stěn některých dutých orgánů, které slouží k posouvání jejich obsahu jedním směrem
portální hypertenze	je zvýšený tlak krve v povodí vrátnicové žíly

proteolytické enzymy jsou hydrolázy, které katalyzují hydrolytické štěpení proteinů

pulzní oxymetrie neinvazivně měří saturaci hemoglobinu kyslíkem v arteriální části krevního řečiště

recidiva opětovné vzplanutí nemoci

tachykardie zvýšená tepová frekvence

transamináza enzymy katalyzující přenos aminoskupiny z aminokyseliny na ketokyselinu

transfúze převod lidské krve nebo krevních přípravků od jednoho člověka (dárce) do krevního oběhu druhého člověka (příjemce)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Klasifikace vředů podle Forresta (zdroj: ZAVORAL, MAŘATKA, 1999)..	21
Tabulka 2 Nejčastější příčiny krvácení (zdroj: LUKÁŠ, ŽÁK et al., 2007)	29
Tabulka 3 Choroby způsobující chronické krvácení do GIT (zdroj: LUKÁŠ et al., 2003)	33
Tabulka 4 Identifikační údaje	42
Tabulka 5 Vitální funkce	43
Tabulka 6 Barthelův test základních všedních činností – 24. 3. 2013 (první den hospitalizace)	46
Tabulka 7 Barthelův test základních všedních činností – 28. 3. 2013 (pátý den hospitalizace)	46
Tabulka 8 Rozšířená stupnice Nortonové – 24. 3. 2013 (první den hospitalizace)	47
Tabulka 9 Rozšířená stupnice Nortonové – 28. 3. 2013 (pátý den hospitalizace).....	47
Tabulka 10 Zjištění rizika pádu – 24. 3. 2013 (první den hospitalizace)	48
Tabulka 11 Zjištění rizika pádu – 28. 3. 2013 (pátý den hospitalizace).....	48
Tabulka 12 Popis fyzického stavu	49
Tabulka 13 Aktivity denního života	53
Tabulka 14 Posouzení psychického stavu	55
Tabulka 15 Posouzení sociálního stavu	56
Tabulka 16 Přehled laboratorních hodnot ze dnů 24. 3., 26. 3. a 28. 3. 2013	59

ÚVOD

Gastrointestinální krvácení, zejména do horní části trávicí trubice, je život ohrožujícím stavem se značnou incidencí a poměrně vysokou, neměnicí se letalitou. Typickými příznaky jsou hemateméza, meléna a enteroragie. Nejčastější příčinou bývá onemocnění příslušných orgánů, tedy jícnu, žaludku či dvanáctníku, méně často pak tenkého nebo tlustého střeva. Základem péče o takové nemocné je nejen hospitalizace s intenzivním monitorováním životních funkcí z důvodu šokového stavu pacienta, ale hlavně existence všeoborového týmu, který v diagnostickém a terapeutickém procesu musí být jednotným celkem. Klíčovou roli hraje endoskopie, která umožní nejen zdroj krvácení lokalizovat, ale ve většině případů je možno současně provést účinné ošetření a zastavení krvácení. Ke zvýšení kvality péče o tyto nemocné je nezbytné, aby byla v jednotlivých zdravotnických zařízeních taková služba centralizována.

Akutní krvácení z horní části trávicího traktu je častější než krvácení z dolní části zažívacího traktu. Pacienti, které postihne krvácení do GIT, se většinou do nemocnice dostanou až v naléhavé život ohrožující situaci často spojené již s šokovým stavem. Mnozí pacienti nevěnují pozornost prvotním symptomům a podceňují celkovou situaci, která obvykle vyústí v urgentní život ohrožující stav. V dnešní uspěchané době lidé nekladou důraz na prevenci, screeningové vyšetření a zdravou životosprávu. Rychle pak přehlédnou signalizující příznaky, které bagatelizují.

Každý rok je zaznamenáno v Evropě 50 – 150 pacientů s krvácením do GIT na 100 000 obyvatel. V České republice je incidence krvácení do trávicího traktu velmi podobná jako ve vyspělých zemích Evropy. Přesné statistické údaje však v současné době nelze zjistit. Mortalita krvácení ze zažívacího traktu se prakticky dlouhodobě nemění. Tím, že byla zavedena intenzivní péče o pacienty v akutním stádiu, objevily se nové invazivní endoskopické metody, došlo zejména u pacientů starších 60 let k výraznému poklesu úmrtnosti z 85 % na 15 %.

Sestra je v těchto náhlých, urgentních stavech pro pacienta velmi podstatnou osobou, které pacient svěřuje své obavy a strach. Při akutním přijetí mívá pacient nepříjemné pocity z toho, co se s ním bude dít, jelikož většinou nemá o této problematice žádné konkrétní informace ani zkušenosti, nezná chod oddělení, neví nic

o léčbě ani o vyšetřeních. Sestra by v těchto situacích měla umět být pacientovi oporou jak po psychické stránce, tak i po odborné, kdy dokáže pacientovi odpovědět na všechny jeho dotazy. Ze začátku je pacient odkázán na pomoc sestry v oblasti hygieny, vyprazdňování, oblékání, ale i v oblasti spánku a odpočinku, což může také vést k celkovému zhoršení stavu pacienta.

Na základě těchto důvodů jsme si vybraly právě toto onemocnění ke zpracování bakalářské práce. Cílem práce je zpracování ošetrovatelského procesu u vybrané pacientky s akutním krvácením do GIT se zaměřením na nejčastější ošetrovatelské problémy.

1 Akutní krvácení do GIT

Akutní krvácení do GIT je často život ohrožující situace. Je iniciálním projevem jedné třetiny gastrointestinálního onemocnění a 70 % nemocných zpravidla nikdy předtím nekrvácelo. V našich podmínkách se odhaduje frekvence krvácení do GIT na 50 - 150 případů/100 000 obyvatel/rok; v 80 % ustává samo a nemá významnější klinické projevy. Pak je důvodem následného elektivního vyšetření GIT. Postihuje muže 2krát častěji než ženy (LUKÁŠ et al., 2007).

1.1 Definice

Akutní krvácení do trávicího traktu patří mezi závažné stavy, které vyžadují intenzivní diagnostický a terapeutický přístup. Akutní krvácení do GIT patří mezi náhlé příhody břišní. S tímto problémem se lze setkat u pacientů, kteří jsou přijímáni pro masivní krvácení z horní nebo dolní části trávicího traktu nebo u pacientů s multiorgánovým selháním, u nichž se krvácení rozvíjí jako sekundární komplikace primárního onemocnění. Masivní krvácení vyvolává vznik hemoragického šoku (vzestup srdeční frekvence, zrychlení pulsu, pokles krevního tlaku pod 80 v systole). Prognózu pacienta ovlivňuje jeho věk, přidružené choroby, zdroj krvácení a velikost objemu krevních ztrát. Krvácení se klinicky projevuje nejčastěji hematemézou (zvracení čerstvé či natrávené krve), dále pak melénou (černá mazlavá stolice dehtovitého vzhledu) nebo enteroragií (čerstvá či sražená krev vytékající z konečníku). Z praktického hlediska je nutno dodat, že někdy i při výrazném krvácení do trávicího traktu, nemusí být tyto klasické klinické příznaky přítomny hned na samém začátku a pacient může být zpočátku zcela asymptomatický. Teprve s prohlubující se krevní ztrátou se objevují zjevné známky krvácení a při masivním krvácení se mohou rozvíjet příznaky šoku.

Při hemateméze je zdroj krvácení lokalizován orálně od duodenojejunálního ohbí. Vyzvracený žaludeční obsah je buď světle červený – pacient zvrací čerstvou nenatrávenou krev nebo je vyzvracený žaludeční obsah tmavě hnědý, černý či podobný „kávové sedlině“ (hemoglobin je v těchto případech změněn vlivem žaludeční kyseliny na hematin). Je nutné si ale uvědomit, že ke zvracení krve nedochází při každém

krvácení do jícnu, žaludku a duodena. Při krvácení větším než 50 - 100 ml krve se pravidelně objevuje meléna. Zdroj krvácení při meléně je zpravidla lokalizován orálně od duodenojejunálního ohbí. Černá barva stolice je způsobena degradačními produkty, které vznikají natrávením krve proteolytickými enzymy. Velmi často bývá stimulována střevní peristaltika a pacient má stolicí charakteristické černé barvy a zápachu. Stolicе však nemusí být řídká, a to především v případě menšího krvácení v oblasti pravého tračnicku, kdy pozorujeme černou formovanou stolicí. Enteroragie bývá při krvácení v oblasti distálně od duodenojejunálního ohbí, nejčastěji v případech, kde je zdroj krvácení lokalizován v aborální části trávicího traktu (v tračnicku sestupném, esovitě kličce a konečnicku). Je-li světločervenou krví pokryta normálně zbarvená stolice, je místem krvácení téměř vždy rektum nebo anální kanál. Enteroragie se může objevit ale i při masivním krvácení (více než 1 000 ml krve) do orálních partií trávicího traktu (jícen, žaludek, tenké střevo). V těchto případech bývá pasáž traktem výrazně zrychlena, nestačí se uplatnit proteolytické enzymy a krev prochází traktem nenatrávená (LUKÁŠ et al., 2003).

1.2 Krvácení z horní části GIT

Představuje asi 80 – 85 % krvácení do zažívacího traktu. Hlavním příznakem je zvracení krve (hemateméza). Ztráty krve do 500 ml se u zdravého dospělého člověka prakticky nemusí vůbec projevit. Pouze vyšší ztráty dosahující více než 10 – 15 % objemu cirkulující krve se subjektivně a klinicky manifestují (KAPOUNOVÁ, 2007).

1.2.1 Příčiny

Nejčastějšími zdroji krvácení do horní části trávicího traktu jsou v sestupném pořadí: peptický gastroduodenální vřed a bulbitida, jícnové varixy, hemoragická gastropatie, tumory žaludku a slizniční krvácení při koagulopatiích. Z praktického hlediska jde o krvácení z jícnu až duodena, tvoří zhruba až 90 % všech krvácení.

Prognóza pacienta s krvácením do GIT je ovlivněna věkem pacienta, přidruženými chorobami, zdrojem krvácení a velikostí objemu krevních ztrát (ZAVORAL et al., 2005).

Je celá řada lokálních i celkových příčin krvácení do horní části GIT. Vředová choroba gastroduodena bývá nejčastěji zjištěným zdrojem akutního krvácení do horní

části GIT, i když její podíl postupně klesá. Podle studií založených na endoskopickém průkazu zdroje je vředová choroba zastoupena v rozmezí 21 - 55 % všech zjištěných nálezů akutního krvácení do GIT. Častými zdroji krvácení s vážnými, život ohrožujícími důsledky bývají jícnové a žaludeční varixy (10 - 14 %). Jinými běžnými příčinami, které většinou nevedou k závažnému stavu jsou eroze (9 - 19 %), gastritida, ezofagitida, trhliny ezofagogastrického spojení - Malloryho-Weissův syndrom. Přibližně 80 % případů nevarikózního krvácení má lehký průběh. Krvácení se zastaví spontánně, nebo je úspěšně konzervativně léčeno za hospitalizace bez nutnosti specifických intervencí. Zbývajících 20 % stavů nevarikózního krvácení je doprovázeno výrazným narušením celistvosti tepenného řečiště a má závažný, život ohrožující průběh. Většina úmrtí na nevarikózní krvácení do horní části GIT pochází z této podskupiny. Závažné přidružené choroby, které vedou k život ohrožujícím komplikacím v průběhu krvácení nemocných vyššího věku, jsou nejčastější příčinou úmrtí. Klesá podíl krvácejících ulcerací a roste počet případů krvácení do GIT způsobených léky. Aktuální studie ukazuje na významnou souvislost zvýšeného rizika krvácení do GIT při užívání acetylsalicylové kyseliny. Odstraněním těchto rizikových faktorů dochází ke snížení opakovaného vzniku vředu a ke snížení recidiv krvácení. Vyšší věk, závažná přidružená onemocnění, krvácení manifestující se šokovým stavem, pokračující nebo rekurující krvácení, krvácení, které se objevilo v průběhu hospitalizace pro jiné onemocnění, a nejrizikovější endoskopická stigmata krvácení jsou nejvýznamnější rizikové faktory úmrtí na krvácení do horní části GIT. Druhou nejzávažnější příčinou krvácení do horní části GIT bývá varikózní krvácení. Alkoholická jaterní choroba a chronické hepatitidy jsou nejčastějšími příčinami jaterní cirhózy a celkové portální hypertenze. Prognóza pacientů krvácejících v souvislosti s portální hypertenzí a především z varixů je výrazně horší proti nemocným s nevarikózním krvácením (ZAVORAL, VENEROVÁ, 2007).

1.2.2 Příznaky

Mezi klinické symptomy krvácení se řadí zejména bledost, chladnutí kůže, studený pot, centralizace krevního oběhu a snížená náplň krevních žil, neklid, nespoupráce, postupná porucha až úplná ztráty vědomí, narůstající tachykardie, prohlubující se pokles krevního tlaku až naměření kritických hodnot hypotenze, zhroucení ventilace a krevního oběhu (zástava dechu a oběhu).

Krvácení lze rozdělit na skryté čili okultní a zjevné krvácení. Celkové množství krve odpovídá zhruba 9 % tělesné hmotnosti čili 80 ml krve na 1 kg tělesné hmotnosti.

- Ztráty krve < 300 ml z celkového hlediska symptomatické
- Ztráty krve < 800 ml způsobují akutní anemický syndrom
- Ztráty krve > 800 ml vedou k hemoragickému šoku (LUKÁŠ et al., 2007)

Příznakem krvácení z horní části GIT je zvracení krve – hemateméza (zvracení tekuté krve, koagul či charakteru „kávové sedliny“ – hematinové zvracení). Při krvácení z jícnových varixů se objevuje velké množství jasně červené čerstvé krve. Při masivním krvácení ze žaludku je krev při zvracení tmavší – má vzhled tzv. „kávové sedliny“, který je dán kontaktem krve s kyselinou chlorovodíkovou, kdy se hem mění na chlorhem. Při masivním krvácení z duodena je krev tmavě červená, při mírném krvácení z duodena má žaludeční obsah vzhled „kávové sedliny“. U obou případů se vždy objevuje společně i meléna - jde o odchod strávené černé tekuté dehtovité stolice, často 8 – 10 hodin od začátku krvácení (KAPOUNOVÁ, 2007).

1.2.3 Diagnostika

- Anamnéza a fyzikální vyšetření

V anamnéze pátráme po možných příčinách krvácení. Při fyzikálním vyšetření hodnotíme prvotně vitální funkce. Při vyšetření břicha se snažíme hodnotit i peristaltiku, velikost jater a sleziny, pátráme po patologických rezistencích a po přítomnosti ascitu v břiše.

- Vyšetření per rectum

Vyšetření per rectum bývá prováděno jako samozřejmé u podezření na krvácení do trávicího ústrojí.

- Laboratorní vyšetření

Běžně se provádí vyšetření KO, koagulačních parametrů (INR, APTT, fibrinogen), urey, kreatininu, iontogramu, transamináz, ALT, ALP, AST, GMT, bilirubinu, ABR a hlavně krevní skupiny. Pokud fyzikální vyšetření zřetelně neodliší krvácení do horní či dolní části GIT, může být záchytným vodítkem poměr urey a kreatininu. Je-li tato hodnota vyšší než 36 nebo rovna 36, je pravděpodobné, že jde o krvácení do horní části GIT. Růst poměru urea - kreatinin je vyvolán objemovým úbytkem a vstřebáním natrávených krevních bílkovin.

- Endoskopie

Esofago-gastro-duodenoskopie – je to nejspolehlivější metoda ke zhodnocení horní části trávicího ústrojí, jícnu, žaludku a dvanáctníku gastroskopem (opticky ohebný přístroj). Vyšetření lze provést jen u předem připravených nemocných (nalačno 6 hodin). Přístroj se zasouvá ústy do jícnu, žaludku a dvanáctníku. Přímou se hodnotí stav sliznice, může se odebírat i po malých vzorcích živé tkáně. Možné jsou nepříjemné pocity v oblasti hltanu, proto je možné použití znečitlivujícího spreje. Dýchací cesty zůstávají volné, dýchání není omezené. Odříhávání je způsobeno přívodem vzduchu do žaludku. Pro lepší snášenlivost se pacientům může aplikovat uklidňující injekce. Obrázek gastroskopie je zobrazen v příloze H.

Při hodnocení intenzity krvácení vředových lézí je vhodné používat tzv. klasifikaci podle Forresta: (ZAVORAL, 2005)

Tabulka 1 Klasifikace vředů podle Forresta (zdroj: ZAVORAL, 2005)

Stadium	Popis vředu
Ia	vřed se stříkavým krvácením
Ib	vřed s prosakujícím krvácením
IIa	nekrvácející vřed s viditelnou cévou
IIb	vřed krytý koagulem
IIc	vřed krytý hematinem
III	bez známek krvácení

- Radiodiagnostické a radionuklidové metody

RTG metody mají v diagnostice krvácení do zažívacího traktu rovněž své místo, které však zdaleka není tak přesné jako endoskopické vyšetření. Viscerální angiografie je metoda zjišťující krvácení již v objemu 0,5 ml/min., s možností léčebné intervence (ZAVORAL et al. 2000).

1.2.4 Léčba

Léčba akutního krvácení do horní části trávicího ústrojí zahrnuje po okamžitém přijetí na JIP zajištění dostatečného množství žilních vstupů (2 žilní linky, popřípadě CŽK), monitoraci základních životních funkcí (měření TK, P, DF, EKG, pulzní oxymetrie, diurézu). Velmi rychle se doplňují ztráty krve krevními transfuzemi

a náhradními roztoky krystaloidního a koloidního typu. Pacientům s poklesem pulzní oxymetrie pod 90 % zajistíme aplikaci zvlhčeného kyslíku kyslíkovou maskou či kyslíkovými brýlemi. Dle ordinace lékaře se pacientovi aplikují vazokonstrikční léky jako je např. Remestyp, léky tlumící žaludeční sekreci např. Cimetidin, vitamin K nebo antifibrinolytika. Při endoskopické terapii je možné založit klipy (svorky) na krvácející pahýl, při žilním krvácení lze použít i termohydrosundu, která umožňuje omýt proudem vody krvácející oblast a poté ji ihned ošetřit koagulací, laserem nebo opichem vazokonstrikčních látek. Pokud se krevní ztráty nedaří upravit podáním krevních transfuzí (6 i více konzerv krve) a náhradních roztoků, je indikován urgentní chirurgický výkon. K tomuto výkonu je přistupováno z důvodu masivního krvácení, které se navzdory podání náhradních roztoků a krve nedaří zastavit, jedná-li se o recidivu krvácení u pacientů starších 60 let a když se nepodaří krvácení zastavit endoskopicky (KAPOUNOVÁ, 2007).

1.2.5 Ošetrovatelská péče

- přítomnost krvácení vždy nahlásit lékaři,
- je – li to možné, edukovat pacienta,
- upravit polohu nemocného do polosedu – prevence aspirace zvratků,
- dle ordinace lékaře zavést nazogastrickou sondu,
- provádět proplachy sondy ledovým FR1/1 s antacidy dokud není odsávána tekutina jen slabě růžová bez sraženin,
- pečlivě sledovat výdej tekutin,
- je nutné zajistit minimálně 2 žilní vstupy, popřípadě CŽK,
- přísně dbát na ordinaci NPO,
- kontinuálně sledovat základní životní funkce a o změnách okamžitě informovat lékaře,
- zajistit laboratorní vyšetření dle ordinace lékaře (KO, koagulace, biochemii, KS),
- zajistit přípravu krevních konzerv pro pacienta,
- zajistit gastrokopii (KAPOUNOVÁ, 2007)

1.3 Krvácení z dolní části GIT

Krvácením do dolní části GIT myslíme takové krvácení, jehož zdroj je aborálně od Treitzova ligamenta. Na rozdíl od krvácení do horní části GIT postihuje spíše starší osoby, je obvykle méně dramatické a mortalita na akutní krvácení z dolní části trávicího traktu se v posledních letech snižuje.

1.3.1 Příčiny

Nejčastější příčinou krvácení do dolní části GIT (asi 40 %) jsou divertikly tračnicku. Krvácí obvykle solitární divertikly pravého tračnicku a nebyla prokázána asociace mezi divertikulitidou a krvácením. Krvácení je často masivní, ale v 80 % se spontánně zastaví.

Druhou nejčastější příčinou krvácení do dolní části GIT (asi 20 %) je angiodysplazie. Mohou být solitární nebo mnohočetné. Jsou to jednak získané izolované cévní malformace, ale také součásti různých syndromů nebo systémových onemocnění. Vyskytují se obvykle ve vyšším věku a představují degenerativní cévní léze.

Hemoroidy jsou nejčastější příčinou krvácení z konečníku. Jde o rozšířené rektální žíly. Nemocný při jejich krvácení pozoruje obvykle krev po defekaci na toaletním papíře nebo krvavé zbarvení vody v toaletní míse. Na hemoroidy se v takovém případě myslí nejčastěji. Na druhou stranu je ale třeba mít na paměti, u kolika nemocných s nádorem konečníku se pod mylnou diagnózou hemoroidů ztratil rozhodující čas pro úspěšné léčení nádoru. Dramatické může být krvácení z hemoroidů, pokud vznikly na podkladě portální hypertenze. Fisura může být také zdrojem krvácení podobnému jako při hemoroidech.

Nejobávanější krvácení je při maligním nádorovém onemocnění rekta a tlustého střeva. Krvácení způsobené nádorovým onemocněním zprvu pacienti přikládají hemoroidům a je až zarážející, jak dlouho tento varovný příznak nechávají bez povšimnutí. Krvácení může být však čím dál více masivnější a může dokonce vést až k hemoragickému šoku. Krvácení z dolní části trávicího traktu zapříčiněné nádorovým onemocněním se odhaduje asi na 10 %.

Mezi další příčiny krvácení z dolní části GIT se řadí idiopatické střevní záněty, krvavé průjmy mohou způsobovat infekční kolitidy (ischemické i postradiační) a Meckelův divertikl, který postihuje asi 1 – 2 % populace. Samostatnou kapitolou

příčin je krvácení po endoskopické polypektomii tračnicku, která se vyskytuje asi u 6 % vyšetřovaných (DÍTĚ et al., 2005).

1.3.2 Příznaky

Nejčastějším projevem krvácení do dolní části GIT je enteroragie. Jedná se odchod červeně zbarvené nenatrávené čerstvé krve – tekuté nebo v koagulech. Hematochezie je synonymem pro enteroragii, užívané v anglosaském písemnictví. Zdrojem krvácení je většinou rektum nebo tlusté střevo.

Dalším příznakem je meléna, černá dehtovitá, mazlavá stolice charakteristického zápachu. Její příčinou je natrávená krev. Aby vznikla, musí být denně ztráta krve větší než 200 ml. Zdrojem krvácení je nejčastěji horní část GIT, ale i krvácení z dolního úseku GIT může být příčinou melény. Zdrojem může být proces v distálním úseku tenkého střeva (angiodysplazie, Meckelův divertikl, nádor).

Ke skrytému – okultnímu krvácení dochází při ztrátách krve menších než 100 ml/den, tedy ztrátách, které aktuálně neovlivňují hemodynamiku, a proto o něm neuvažujeme v souvislosti s akutním krvácením.

Mazlavá, černo – červená stolice, někdy nazývaná jako „rychlá meléna“ je obvykle příznakem masivního krvácení z horní části GIT. Velké množství krve a rychlá pasáž GIT vedou k odchodu jak natrávené (černě zbarvené) tak i nenatrávené (jasně červené) stolice. Záměna za enteroragii může mylně vést k vyšetřování dolní části GIT a ztrátě času tak nutného k rychlé správné diagnóze (VYHNÁNEK et al., 2003).

1.3.3 Diagnostika

Na rozdíl od krvácení z horní části GIT není akutní krvácení z dolní části GIT tak dramatickou příhodou. Jak lékař tak i nemocný uvažují spíše o příčině krvácení a případné fatální vyvrcholení akutního krvácení si ani nepřipouští. Ve valné většině případů mají pravdu. Krvácení se obvykle (téměř v 80 %) spontánně zastaví nebo je třeba aplikovat jen krev při výraznějším poklesu hemoglobinu (pod 80 g/l). Nicméně jako u každého jiného vnitřního krvácení je v první řadě nutné posoudit, zda vzniklými krevními ztrátami není pacient ohrožen hemoragickým šokem.

Základní diagnostickou metodou při podezření na krvácení z dolní části GIT je kolonoskopie též koloskopie. Jde o vyšetření tlustého střeva, při němž lze v řadě případů proniknout i do terminálního ilea. Vyšetření bezpodmínečně vyžaduje

dokonalou očistu tračníku vypitím 4 litrů speciálního roztoku - Fortransu. Jelikož při kolonoskopii je možno provádět odběry vzorků tkání na histologii nebo odstranění zjištěných polypů, je vhodné, aby pacient měl hotové základní předoperační vyšetření. Příloha I uvádí obrázek kolonoskopie.

Na přelomu našeho tisíciletí byla do vyšetření tenkého střeva zavedena nová diagnostická metoda – kapslová enteroskopie. Používá se speciální kapsle velikosti 2 x 1 cm, kterou pacient spolkne. Tento miniaturní videostop obsahuje diodu vysílající světlo, čipovou kameru a baterii. Toto zařízení při průchodu tenkým střevem postupně pořizuje snímky vnitřku střeva (2 snímky za sekundu). Obraz je zachycen speciálním rekordérem a přenášen do počítače. Získané obrázky pak hodnotí gastroenterolog. Kapsle je velice drahé zařízení pouze na jedno použití.

Pro posouzení pouze rekta a análního kanálu je možno využít rigidní přístroj, kterým lze proniknout do vzdálenosti 25 – 30 cm. Toto vyšetření - rektoskopii lze provést i bez přípravy pacienta, pouze po ranní defekaci. Vnitřní hemoroidy jsou při tomto vyšetření vidět podstatně zřetelněji (LUKÁŠ et al., 2005).

1.3.4 Léčba

Jak již bylo výše řečeno, krvácení do dolní části GIT se ve většině případů spontánně zastaví. V případě masivnějšího krvácení se krevní ztráty hradí cestou podání transfuze a jiných krevních derivátů společně s doplněním krystaloidních a koloidních roztoků. K odstranění krve ze střeva se musí několikanásobně podat očistné klysmata, které slouží i k prevenci nebezpečné tvorby amoniaku ve střevech (ZAVORAL, VENEROVÁ, 2007).

1.3.5 Ošetrovatelská péče

- edukovat pacienta o ošetrovatelských výkonech a přípravě na vyšetření, je – li to možné,
- zajistit PŽK nebo CŽK,
- dbát na ordinaci lékaře NPO,
- šetrně pečovat o pokožku v okolí konečníku dle potřeby,
- zajistit kolonoskopii (KAPOUNOVÁ, 2007)

1.4 Krvácení z jícnových varixů

Jícnové varixy jsou zvětšené vinuté žíly v dolní části jícnu. Při krvácení z těchto varixů dochází obvykle k masivnímu krvácení, které bez okamžité léčby vede k hypovolemickému šoku a smrti. Úmrtnost na krvácení z jícnových varixů je při první epizodě 50 – 80 % a u dalších epizod se ještě zvyšuje (ADAMS; HAROLD, 1999).

1.4.1 Příčiny

Jícnové varixy obvykle bývají důsledkem progresivního onemocnění jater (např.: cirhózy nebo zhoubného nádoru), které způsobuje fibrotické změny a obstrukci portální žíly, čím se zvyšuje tlak v portálním systému. Portální hypertenze nakonec vede k vývoji kolaterálního oběhu, jehož prostřednictvím krev od jater přitéká do dolní duté žíly. Se stupňujícím se tlakem v portálním systému se zvyšuje také tlak v kolaterálních cévách. Jícnové žíly, které jsou součástí kolaterálního systému se začínají pod tímto tlakem rozšiřovat a hrozí riziko prasknutí (VYHNÁNEK, 2003).

U již vytvořených jícnových varixů může každé zvýšení nitrobřišního tlaku – např.: kašel, zvedání břemen nebo napětí břišní stěny – vyvolat krvácení z těchto křehkých cév. Přestože se jedná o krvácení z žil, vysoký portální tlak vede k mohutnému krvácení, které se velmi podobá tepennému (ADAMS; HAROLD, 1999).

1.4.2 Příznaky

Mezi typické příznaky krvácení z jícnových varixů se zahrnuje náhlé masivní zvracení jasně červené krve, úzkost, strach ze smrti, neklid, chladná, vlhká, lepkavá kůže, tachykardie, hypotenze, hypoventilace, porucha vědomí až úplné kóma (ADAMS; HAROLD, 1999).

1.4.3 Diagnostika

Anamnéza a fyzikální vyšetření umožňují prvotní diagnostiku krvácení z jícnových varixů. Možnost afekce jater a portální hypertenze: virová hepatitida typu B a C, etylizmus, úder do břicha, hormonální antikoncepce, pavoučkové névy, paličkové prsty, palmární erytém, výpadek axilárního a ženský typ pubického ochlupení, ascites, hydrotorax, caput Medusae gynekomastie, ikterus.

Mezi laboratorní vyšetření spadá elevace jaterních testů (ALT, AST, GMT, ALP, AFP, bilirubin, elektroforéza bílkovin), koncentrace etylalkoholu, útlum elementů při hypersplenizmu (pokles RBC, WBC a PLT), vyšetření ascitu (WBC, kultivace, sérum – ascites albuminový gradient).

Urgentní terapeutická endoskopie horní části trávicího traktu, je v diagnostice jícnových varixů velice důležitá a obvykle hned bývá spojena i s léčebným postupem. Cílem je buď obliterovat varixy intravarikózní cestou nebo vytvořit paravarikózní technikou fibrózní jizevnatou tkáň, která chrání varixy před prasknutím. Doplnujícími zobrazovacími metodami, které dále ukazují na krvácení z jícnových varixů, jsou rentgen hrudníku – pravostranný hydrotorax, USG a spirální kontrastní CT (DÍTĚ et al. 2005).

1.4.4 Léčba

Lékař se může pokusit o ošetření jícnových varixů endoskopicky pomocí sklerotizace nebo podvazu. Při sklerotizaci se do varixů vstříkuje sklerotizující látka (tetradecylsulfát sodný nebo etanolamin oleát), aby došlo k jejich ztvrdnutí a ztluštění. U endoskopické ligace podvazuje gastroenterolog krvácející varixy gumovými kroužky, podobně jako při podvazu hemoroidů. Mnohdy se oba výkony (sklerotizace a ligace) provádějí současně, což je účinnější než samotné provedení pouze jedné z metod.

Balónková tamponáda je metoda dosahující zastavení krvácení kompresí dilatovaných cév dvěma balónky – jícnovým a žaludečním. Nejčastěji užívanou pomůckou k tamponádě je Sengstakenova – Blakemorova sonda, která se zavádí ústy nebo nosem. Jedná se pouze o dočasnou léčbu trvající 24 – 48 hodin. Při delší aplikaci této balónkové tamponády by byl pacient vystaven závažným komplikacím z rozepjatých balónků. Komplikacemi pro zavedení balónkové tamponády mohou být: bolesti na hrudi, zvracení, bradykardie, nazofaryngeální krvácení, ulcerace, nekrózy a ruptura jícnu, obstrukce dýchacích cest, tracheozofageální píštěle, nahromadění slin a krve nad jícnovým balónkem – riziko aspirace a rozvoj aspirační pneumonie. K omezení krevních ztrát může lékař naordinovat farmakologickou terapii, léky snižující tlak v portálním řečišti. K těmto lékům patří Remestyp, Sandostatin, Vazopresin či jeho analog Terlipresin. Vzhledem k riziku rozsáhlé vazokonstrikce je léčba Vazopresinem obvykle zkrácena na 24 – 48 hodin. Během léčby je nutno sledovat, jestli nedochází k ischemickým komplikacím, např. v srdci. Někdy lékař

souběžně ordinuje i podání vazodilatátoru, např. nitroglycerinu, aby se zmírnila vazokonstrikce v jiných cévách.

Dalšími možnostmi léčby jsou transplantace jater nebo provedení operačního chirurgického výkonu s cílem odvést portální krev z jater. V případě relativně nového výkonu – transjugulární intrahepatického portokaválního shuntu (TIPS) – zavede chirurg katétr retrogradně z jugulární do portální žíly. Poté je jaterním parenchymem protlačen stent z nerezavějící oceli a napojen na portální žílu. Tento zákrok umožňuje, aby krev bez překážky odtékala z portální do jaterní žíly a do dolní duté žíly. Pro pacienta je tento výkon méně rizikový než u otevřených chirurgických operací (ADAMS; HAROLD, 1999).

Jako prevence opakujícího se krvácení z jícnových varixů lze doporučit vyvarování se činnostem, které zvyšují břišní tlak, např. tlačení na stolicí, zvedání těžkých předmětů, usilovné kašláni, vyloučení alkoholu, kouření, kofeinu a jídel, která by mohla dráždit jícen přímo.

1.4.5 Okamžitá opatření

- hospitalizace na JIP,
- adekvátně zajistit dýchací cesty, dýchání a oběh,
- uvést pacienta do částečné Fowlerovi polohy, aby se zabránilo aspiraci,
- zajistit základní životní funkce pacienta a sledovat změny fyziologických funkcí,
- zaměřit se na časně známky hypovolemického šoku (pokles systolického tlaku pod 100 torrů a zvýšení srdeční frekvence na 100 tepů/minutu),
- zajistit 2 žilní vstupy nebo 1 CŽK a podávat i. v. ordinace lékaře, aby se udržel cirkulující objem,
- zařídit stanovení krevní skupiny a nakřížení krve, podávat dle ordinace lékaře krevní transfuze či mraženou plazmu a je nutno mít i erytrocytární konzervy vždy v pohotovosti,
- odebírat krevní vzorky dle ordinace lékaře k vyšetření hemoglobinu, hematokritu, počtu krevních destiček, INR a APTT, jaterních testů, močoviny, kreatininu a glykémie v séru,
- aplikovat kyslík v množství 5 l/minutu kyslíkovou maskou a sledovat pomocí pulzní oxymetrie saturaci hemoglobinu kyslíkem,

- pokud pacient projevuje známky respiračního selhání, je třeba počítat i s endotracheální intubací a napojením na UPV,
- dle ordinace lékaře zavést PMK ke sledování hodinové diurézy,
- posuzovat stav vědomí pacienta s ohledem na známky mozkové ischemie (ADAMS; HAROLD, 1999)

Nejčastější příčiny krvácení do GIT jsou sepsány v následující tabulce: (LUKÁŠ, ŽÁK et al., 2007)

Tabulka 2 Nejčastější příčiny krvácení (zdroj: LUKÁŠ, ŽÁK et al., 2007)

Z jícnu	jícnové varixy syndrom Malloryho – Weisse záněty (nejčastější refluxní ezofagitida) jícnový vřed způsobený nesteroidními antirevmatiky nádory
Ze žaludku a dvanácterníku	vřed (vředová choroba, vřed stresový, vřed způsobený nesteroidními antirevmatiky) gastropatie (včetně portální) eroze Dieulafoyova léze bulbitida, duodenitida nádory
Z trávicího traktu s původem v okolních orgánech, při nemocech krve, cév a systémových onemocněních	spolykaná krev (nos, nosohltan) krvácení z jater – po biopsii, PTC aortoenterická píštěl (vzniklá tlakem stentu zavedeného do cévy) leukémie (leukemické infiltráty + trombocytopenie) lymfomy ateroskleróza (ischemie + kompenzační vazokonstrikce v GIT)

	kolagenózy (vaskulitida – ulcerace)
Z tenkého střeva	ektázie ulcerace Crohnova choroba ischemie (krvácení náhlé s bolestí a křečí) radiační enteritida tumory divertikly Meckelův divertikl (u 2 % populace) s ektopickou žaludeční sliznicí, kde HCl způsobí ulceraci, spíše u mladých nemocných do 30 let
Z tlustého střeva a konečníku	hemoroidy (intermitentní, jasně červená krev na konci stolice) polypy angiektázie (3/4 ektázií je v pravé polovině tračníku) divertikly (rekurence krvácení) nádory záněty léky indukovaná kolitida
Neidentifikovatelné léze	

2 Chronická krvácení do GIT

Chronické krvácení do GIT může být příznakem závažného onemocnění a je důvodem k podrobnému vyšetření celého GIT. Klinický obraz není tak jasný a celkový stav pacienta není alterován. Chronické krvácení do GIT se zařazuje mezi náhlé příhody břišní, které však nemocného bezprostředně na životě neohrožuje.

2.1 Definice

I za fyziologických okolností může zdravý člověk ztrácet krev do trávicího ústrojí. Za horní hranici těchto ztrát je udáváno 1,5 ml krve/den. Chronické krvácení do GIT se nejčastěji projevuje tzv. okultním krvácením čili skrytým, které není viditelné makroskopicky. Samozřejmě existují i výjimky, neboť i chronické krvácení může v některých případech vyústit do makroskopických projevů krvácení a může se tak projevit melénou, enteroragií či hematemézou.

Důsledkem chronického krvácení je deficit železa a sideropenická anémie se všemi klinickými projevy a důsledky (LUKÁŠ et al., 2003).

2.2 Epidemiologie

Chronické krevní ztráty do trávicího ústrojí jsou velmi častou příčinou anémie, především u mužů a žen po menopauze v průmyslových zemích. Jen v samotných USA trpí přes 20 miliónů obyvatel deficitem železa. Prevalence deficitu železa ve světě se pohybuje kolem 15 % (LUKÁŠ et al., 2003).

2.3 Diagnostika

Při akutním krvácení do trávicího traktu je nutné provést základní diferenciální diagnostiku velmi rychle, neboť jde často o život ohrožující stav. Při chronickém krvácení bývá obvykle větší časový prostor ke stanovení diagnózy a následně správného terapeutického postupu.

Bohužel se však v praxi velmi často setkáváme se situací, kdy doposud nepoznané chronické krvácení vyústí do akutního krvácení, se všemi negativními důsledky pro pacienta, které jsou navíc zesíleny různým stupněm úbytku železa a anémií. V těchto případech potom musíme postupovat jako i pacientů s akutním krvácením do GIT.

V diferenciální diagnostice chronického krvácení je nutné si zodpovědět některé základní otázky:

1. Jak dlouho krvácení trvá? To lze především zjistit u zjevných projevů krvácení. V těchto případech se především klade důraz na důkladně odebranou anamnézu.
2. Odhad stupně úbytku železa. K tomu slouží fyzikální vyšetření a především některé běžně dostupné laboratorní testy.
3. Pro praxi je důležité rozhodnutí o časovém horizontu, ve kterém mají být provedena základní vyšetření, vedoucí k diagnostice. I když se většinou jedná o pacienty již adaptované na chronické krevní ztráty, je vhodnější tyto pacienty vyšetřovat v rámci hospitalizace. Velmi často totiž může chronické krvácení vyústit do dramatického akutního krvácení s fatálními následky pro pacienty, pro které právě včasná nelékařská pomoc může být rozhodující.
4. Rozdílnou skupinu pacientů tvoří ti, u kterých se nalezne pozitivní okultní krvácení do stolice buď v rámci screeningových programů či dlouhodobějších vyšetřovacích programů. V těchto případech jde většinou o pacienty bez klinicky vyjádřených známek úbytku železa a je možno tyto pacienty vyšetřovat pouze ambulantně (LUKÁŠ et al., 2003).

2.4 Klasifikace

Chronické krvácení do zažívacího traktu může mít spoustu příčin, které mají společné to, že dochází k poruše integrity sliznice traktu s následným krvácením různé intenzity. Podle etiologie lze rozdělit příčiny chronického krvácení na: zánětlivé, infekční, parazitární, vaskulární, nádorové, indukované a degenerativní. Nejčastější choroby, které mohou způsobovat chronické krvácení do trávicího traktu, jsou uvedeny v následující tabulce:

Tabulka 3 Choroby způsobující chronické krvácení do GIT (zdroj: LUKÁŠ et al., 2003)

Zánětlivé příčiny	peptické léze – vředy, eroze, záněty v oblasti jícnu, žaludku a bulbu duodena Crohnova choroba, ulcerózní kolitida celiakální sprue Whippleova choroba Meckelův divertikl
Infekční příčiny	askariáza tuberkulózní enterokolitida amébóza
Vaskulární příčiny	angiodysplazie a vaskulární ektázie gastroezofageální varixy a portální hypertenzní gastropatie hemoroidy hemangiomy
Nádory	primární nádory trávicího traktu jakékoliv lokalizace metastázy do trávicího traktu adenomatózní polypy jakékoliv lokalizace lymfomy leiomyomy lipomy
Léky	nesteroidní antirevmatika
Příčiny mimo trávicí trakt	hemoptýza epistaxe orofaryngeální krvácení

2.5 Vyšetřovací algoritmus

Klíčovou úlohu pro správné stanovení diagnózy příčiny chronického krvácení do GIT hraje správné odebrání anamnézy. V rodinné anamnéze je kladen velký důraz na onkologickou anamnézu, a to nejen týkající se nádorů tlustého střeva a nádorů trávicího traktu. Často se lékaři zaměřují i na nádory jiných orgánů jakékoliv oblasti, jako jsou např. nádory plic, endokrinní nádory, apod. Osobní anamnéza

je na prvním místě zaměřena na trávicí systém: předchozí výskyt vředové choroby, operace v oblasti zažívacího traktu, údaje o jaterních chorobách, předchozí endoskopické výkony, předchozí zjevná krvácení, údaje o divertikulóze, nemocech konečníku, nespecifické střevní záněty, atd. Lékaři se však aktivně zajímají i o jiné typy onemocnění, jako jsou např. hematologické malignity, předchozí iradiace či chemoterapie z různých příčin nebo koagulační poruchy. Přínosem jsou i údaje o ischemické chorobě, srdečních vadách či revmatických onemocněních z hlediska dlouhodobé terapie. Důležitý je údaj o renálních onemocněních nebo o zařazeních pacienta do hemodialyzačního programu. Ze strany abúzu jsou pro nás důležité údaje o častosti požívání alkoholu či kouření. Rovněž farmakologická anamnéza je velice podstatná, pátrá se po probíhajících antiagregační či antikoagulační terapii, o užívání nesteroidních antirevmatik či kortikosteroidů. To vše může být klíčové pro stanovení správné diagnózy.

Záznamy o nynějším onemocnění se soustřeďují na projevy zjevného krvácení (meléna, enteroragie, hemateméza). Důležitá je informace o časovém faktoru – jak dlouho pacient tyto projevy pozoruje, jak často se objevují. Subjektivní údaje o kvantifikaci krevních ztrát bývají někdy ze strany pacienta spíše nadhodnoceny (např. při nálezů čerstvé krve v záchodové míse mají pacienti tendenci množství krevních ztrát spíše nadhodnocovat). Naopak se lze setkat i s případy, kdy si i těžce anemický pacient není vědom zjevného krvácení. Může se tak jednat o projevy disimulace či nedostatečné mentální kapacity nemocného.

Z dalších údajů se hodnotí především charakter bolesti, pokud pacient nějakou udává, přítomnost refluxních potíží, zvracení či jiné příznaky týkající se GIT

Své důležité místo má rovněž údaj o charakteru stolice – hodnotí se konzistence stolice, barva, patologické příměsi (hlen, čerstvá nebo sražená krev). Dále se lékař zaměřuje i na další příznaky jako jsou tenezmy, bolesti v oblasti konečníku, příznaky plnosti a pocitu „nafouknutí“, meteorismu a odchod větrů.

Z celkových příznaků je zapotřebí objektivizovat úbytek tělesné hmotnosti, údaje o nechutenství, únavě, subfebriliích či nevykonnosti pacienta. Z hlediska závažnosti anemického syndromu se lékař musí ptát i na přítomnost a charakter dušnosti nebo na bolesti na hrudi charakteru stenokardií, rovněž frekvenci a kvalitu pulzu je velice důležité zhodnotit.

Při fyzikálním vyšetření je nutné hodnotit celkový stav pacienta z hlediska jednak možné příčiny chronického krvácení do GIT a jednak z hlediska přítomnosti

klinických známek anémie. Hodnotí se celkový habitus pacienta, stav výživy, kolorit kožní – bledost kůže a sliznic či jiné barevné změny (např. ikterus nebo cyanóza), přítomnost krvácivých projevů, stav ochlupení, přítomnost pavoučkových névů a palmárního erytému. Pátrá se i po zvětšených lymfatických uzlinách v dostupné lokalizaci. Při chronickém krvácení bývá zhoršena kvalita nehtů. Při vyšetření břicha pokleповě a palpačně lékař pátrá po hmatné rezistenci, která většinou signalizuje pokročilý nitrobršišní nádor. Ascites může vypovídat o pokročilém jaterním onemocnění či o generalizovaném nádoru.

Správně odebraná anamnéza a dobře provedené fyzikální vyšetření dokážou správně navést v diferenciatní diagnostice k nasměrování dalšího diagnostického přístupu. Po těchto úvodních vyšetřeních následují další základní laboratorní a diagnostické testy.

Základním laboratorním testem, kterým zahajuje laboratorní vyšetřování, je zhodnocení stavu deplece železa a stupně anémie. Dále se provádí následující vyšetření: krevní obraz a diferenciatní krevní obraz, transferin, ferritin, hladina sérového železa, vazebná kapacita železa. Je prokázáno, že denní krevní ztráty, které jsou více, než 10 ml vedou k deficitu železa. Základním vyšetřením, které je objektivním průkazem skrytého (okultního) krvácení do GIT, je vyšetření stolice na okultní krvácení (OK). Test okultního krvácení do stolice (TOKS, nebo také v angličtině FOBT - Faecal occult blood test) je jednoduchý a zcela bezbolestný. V praxi obnáší pouze odběr vzorku stolice, ve kterém lze následně chemicky odhalit pouhým okem neviditelné stopy krve. V případě, že je podezření na chronické krvácení do trávicího traktu prokázáno nálezem pozitivního okultního krvácení, následuje v diagnostickém algoritmu endoskopická či zobrazovací vyšetřovací metoda.

Z endoskopických vyšetřovacích metod je na první místo řazena kolonoskopie – potřebná je kolonoskopie totální, která vyšetřuje celé tlusté střevo, eventuelně společně i terminální ileum. Poté je další vyšetřovací metodou gastroskopie, která může odhalit zdroje krvácení v oblasti jícnu, žaludku a orální části duodena. Pokud základní endoskopická vyšetření (kolonoskopie a gastroskopie) neurčí jednoznačně zdroj krvácení, indikují se další speciální diagnostické postupy: enteroskopie, která je indikována při podezření na krvácení z tenkého střeva a nově i kapslová enteroskopie.

V některých případech se využívají rentgenologické vyšetřovací metody, a to především v případech, pokud endoskopické vyšetřovací metody z nějakého

důvodu nedají odpověď na určení zdroje krvácení. Při předpokládané afekci v oblasti tenkého střeva, indikuje lékař enteroklýzu, což je rentgenové zobrazovací vyšetření tenkého střeva, kontrastní látka se podává sondou do jejunu.

V situaci, kdy nelze kolonoskopií vyšetřit celé tlusté střevo (např. při stenóze se přístroji nedaří proniknout zúženým prostorem), je indikována irigografie dvojitým kontrastem. Angiografické vyšetření většinou nebývá u chronických krevních ztrát přínosné, protože průkaz malých krevních ztrát není angiograficky detekovatelný (LUKÁŠ et. al., 2003).

2.6 Léčba

Terapeutický přístup se odvíjí od primární příčiny zdroje krvácení. V zásadě jsou tři základní terapeutické přístupy: pokud je možné řešit situaci radikálně, indikuje se:

- a) chirurgický zákrok, např. odstranění chronicky krvácejícího nádoru,
- b) endoskopický zákrok, např. endoskopická polypektomie u benigních polypů tlustého střeva, endoskopické ošetření – sklerotizace, ligace – chronicky krvácejících jícnových varixů,

c) konzervativní léčba, která sestává z cílené terapie některých benigních chronicky krvácejících lézí (např. inhibitory protonové pumpy u vředových peptických lézí či zánětlivých lézí jícnu, mesalazin, kortikosteroidy, imunosupresiva u nespecifických střevních zánětů). Dále se také konzervativní léčba sestává z deficitu železa a anémie, kdy je indikována krevní transfuze v úvodu léčby u pacientů s těžkou anémií a s příznaky kardiopulmonálního selhání. U adaptovaných pacientů s různým stupněm nedostatku železa je indikována perorální léčba přípravky železa, která je ve většině případů účinná. Možné vedlejší příznaky se objevují jen u 10 – 20 % případů a jsou většinou závislé na velikosti dávky. U 8 % případů je nutné perorální terapii preparáty železa přerušit. Doplnění zásob železa bývá při perorální léčbě dosaženo zhruba za 3 – 6 měsíců, hodnoty hemoglobinu se většinou normalizují během 2 měsíců léčby. Parenterální léčba železem je indikována u pacientů s malabsorpčním syndromem nebo u pacientů, kteří netolerují perorální terapii. Protože parenterálně podané soli železa jsou toxické, je železo podáváno ve formě komplexů. Největším nebezpečím parenterální aplikace železa je rozvoj anafylaktického šoku (LUKÁŠ et al., 2003).

3 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s krvácením do GIT

Obecně se ošetrovatelská péče rozděluje na péči základní a speciální. Ošetrovatelská péče základní zahrnuje monitoraci pacienta, jeho polohu a pohybový režim, zvládnutí hygieny a oblékání, spánek a odpočinek pacienta, zhodnocení výživy a vyprazdňování, bolest, psychosociální potřeby a následnou domácí péči. Speciální ošetrovatelská péče potom zahrnuje přípravu pacienta na konkrétní vyšetření a důkladnou edukaci pacienta.

Jako první je důležité, před zahájením ošetrovatelské péče o pacienta, odebrání sesterské anamnézy, celkové fyzikální vyšetření sestrou a zhodnocení úrovně sebepéče a soběstačnosti v základních denních činnostech. Při ošetřování pacienta je nutné, aby sestra zaujala holistický přístup a pozornost věnovala všem bio-psycho-sociálním potřebám pacienta.

Pacienti s akutním krvácením do GIT, kteří již mají projevy šokového stavu, rozvratu vnitřního prostředí a viditelnou cyanózu na akrech, jsou ihned hospitalizováni na jednotce intenzivní péče interních nebo chirurgických oborů.

3.1 Základní ošetrovatelská péče

Monitorace:

- fyziologické funkce, vědomí, srdeční rytmus, zornice
- bolest: charakter, intenzita, lokalizace, účinnost ordinovaných analgetik, vyhledávání úlevové polohy
- chování, jednání a prožívání pacienta
- účinnost ordinované terapie
- invazivní vstupy: jejich funkčnost a možné komplikace
- laboratorní výsledky a výsledky z vyšetření
- bilance tekutin, hodinová diuréza

Poloha a pohybový režim:

- dodržování klidového režimu na lůžku
- později neomezený režim a provádění rehabilitace fyzioterapeutem
- zajištění bezpečnosti pacienta při riziku pádu
- nutnost zvýšeného dohledu vzhledem k vyššímu věku
- sledování úlevové polohy v přítomnosti bolesti
- u imobilních pacientů zajistit pravidelné polohování a prevenci vzniku dekubitů

Hygiena a oblékání:

- zhodnotit stupeň sebepéče v této oblasti
- u imobilních pacientů nebo v akutním stádiu onemocnění provádí celkovou hygienickou péči sestra
- dohlédnout na postupné zapojování pacienta do hygieny (stále s ohledem na zdravotní stav pacienta)

Spánek a odpočinek:

- zajistit pacientovi dostatečný spánek a odpočinek: klidné prostředí, úprava lůžka, vyvětraná místnost, eliminace rušivých elementů, atd.
- nutno tolerovat i možnost noční dezorientace
- dle potřeby aplikovat pacientovi ordinovaná sedativa
- dbát na bezpečnost pacienta i během spánku a odpočinku: zvednuté postranice, signalizace na dosah, pravidelné vizuální kontroly sestrou

Výživa:

- zhodnotit stupeň výživy a hydratace do doby, než se pacient dostal do nemocnice: kožní turgor, stav kůže a sliznic, prohlédnutí dutiny ústní a povrchu jazyka
- pacient musí v akutní fázi onemocnění dodržovat přísný režim nic per os
- lékařem je zajištěna parenterální rehydratace a výživa pacienta
- po zvládnutí akutní fáze onemocnění pacient pozvolna začíná s čajovou dietou S0 + Nutridrink a poté i s kašovitou 1
- po obnovení příjmu tekutin a stravy sledovat projevy nauzey a zvracení (možnost opětovné hematémézy)

- zhodnotit stupeň sebeděče v oblasti výživy po obnově per os příjmu, v případě potřeby (do)krmit pacienta

Vyprazdňování:

- zhodnotit stupeň sebeděče v oblasti vyprazdňování
- po každém vyprázdnění pacienta zkontrolovat charakter a množství stolice, případně i charakteristický zápach (sledovat přítomnost melény)
- v akutní fázi podkládat podložní mísu na lůžku, imobilním pacientům přikládat plenkové kalhotky nebo podložky
- při zavedení PMK sledovat hodinovou diurézu, charakter a příměsi moči, popřípadě zápach moči
- vše pečlivě zaznamenávat do dokumentace

Bolest:

- vyhodnotit bolest dle VAS (vizuální analogová škála bolesti), v případě poruchy vědomí dle FLACC škály bolesti
- dle ordinace lékaře aplikovat ordinovaná analgetika a sledovat jejich účinnost
- doporučit pacientovi úlevovou polohu jemu pohodlnou, pokud ji už nezaujímá sám
- zajistit klidné a tiché prostředí pro odvedení pozornosti

Psychosociální potřeby:

- dodržovat klidný, vlnitý a trpělivý přístup k pacientovi
- jakmile dovolí celkový stav pacienta, umožnit kontakt s rodinou a přáteli
- podávat dostatečné informace a zodpovídat dotazy pacienta i rodinných příslušníků: přivolat lékaře, sestra není kompetentní podávat informace o zdravotním stavu pacienta
- dle potřeby zajistit psychologa/psychiatra

Domácí péče:

- aktivně navštěvovat preventivní prohlídky v gastroenterologické ambulanci
- dodržování správné životosprávy: eliminace stresu, alkoholu, kouření
- pravidelné odběry biologického materiálu (krev – Hb, stolice – OK)

3.2 Speciální ošetrovatelská péče

Příprava na esofago-gastro-duodenoskopické vyšetření:

- od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit, nebrat žádné léky
- pokud je gastroskopie prováděna až v odpoledních hodinách, musí pacient lačnit 6 hodin před výkonem
- 2 hodiny po výkonu nic nejíst a nepít
- kromě lačnění není na vyšetření nutná žádná speciální příprava
- pokud to pacient vyžaduje anebo to vyžaduje jeho aktuální zdravotní stav, může se mu před vyšetřením podat mírná dávka sedativa
- před samotným vyšetřením zajistit podpis informovaného souhlasu s vyšetřením

Příprava na kolonoskopické vyšetření:

- pro důkladné vyšetření střev je nutné jejich celkové vyprázdnění
- 7 dní před plánovaným výkonem přestane nemocný užívat léky obsahující železo (Ferronat, Aktiferin, Sorbifer Durules)
- před vyšetřením je důležité zkontrolovat krevní srážlivost (INR, QUICK)
- 3 dny před výkonem se dodržuje přísná dieta: nejíst celozrnné pečivo, luštěniny, maso, potraviny obsahující vlákninu, ovoce a zeleninu a nepít mléko a kávu
- 2 dny před vyšetřením přejít na kašovitou stravu
- v předvečer vyšetření se užívají laxativa: nejužívanější je Fortrans, musí se vypít 3 l Fortransu za 5 hodin, střeva se poté začnou velmi rychle čistit

Edukace pacientů - čeho se edukace týká:

- seznámení s vnitřním řádem a právy pacientů
- seznámení s provozem a uspořádáním oddělení
- odůvodnit přiložení identifikačního náramku
- používání signalizace
- seznámení s hodnocením bolesti
- odůvodnit zákaz kouření
- edukovat o nutnosti zajištění invazivních vstupů a jejich ošetřování
- zavedení PMK

4 Ošetřovatelský proces u pacienta s krvácením do GIT

V praktické části jsme zpracovaly ošetřovatelský proces u pacientky s hlavní diagnózou akutní krvácení do GIT, u které jsem se podílela na ošetřování v rámci její hospitalizace na JIP interních oborů v nemocnici Přerov.

K získání potřebných informací byla využita lékařská a sesterská dokumentace z nemocnice Přerov, anamnestický rozhovor s pacientkou až to její aktuální zdravotní stav dovolil, s její vnučkou a vlastní pozorování. K zhodnocení stupně soběstačnosti a rizika pádu a dekubitů byl použit Barthelův test základních všedních činností, rozšířená stupnice Nortonové a zjištění rizika pádu, které se používají v nemocnici Přerov.

4.1 Identifikační údaje

Tabulka 4 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: M. O.	Pohlaví: žena
Datum narození: 28. 10. 1948	Věk: 64
Adresa bydliště: Karasova 12, Předmostí, Přerov 4	
Adresa příbuzných: doma bydlí sama, stará se o ni vnučka (Hranická 8, Předmostí, Přerov 4)	
RČ: 486028/***	Číslo pojišťovny: 211
Vzdělání: vyučená švadlena	Zaměstnání: důchodkyně
Stav: vdova	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 24. 3. 2013, 15:30 hod.	Typ přijetí: akutní
Oddělení: JIP interních oborů, nemocnice Přerov	Ošetřující lékař: MUDr. Tomáš Zeman

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Pacientka přivezena RZP v hemoragickém šoku, hemateméza, meléna, výrazná krevní ztráta, není schopna navázat kontakt. Nalezena vnučkou ve vlastním bytě, v louži krve. Sama pacientka není v aktuálním příjmovém stavu schopna nic vypovědět.

Medicínská diagnóza hlavní:

K922 – Krvácení ze žaludku a střev

Medicínské diagnózy vedlejší:

D62 – Akutní posthemoragická anémie

R571 – Hemoragický šok

Stav po hysterektomii pro myom v roce 1981

Stav po operaci cysty na vaječniku v roce 1997

Stav po operaci nezhoubného nádoru prsu v roce 1998

Stav po operaci hernie disku L5/S1 1. sinistra v roce 1997 s pooperační fibrózou

4.2 Vitální funkce při přijetí

Tabulka 5 Vitální funkce

TK: 75/45 torrů	Výška: 160 cm
P: 115/minutu	Hmotnost: 68 kg
DF: 36/minutu	BMI: 27 (nadváha)
TT: 36,3°C	Pohyblivost: částečně omezená, pasivní
Stav vědomí: somnolence až sopor	Krevní skupina: B+ pozitivní

Nynější onemocnění:

24. 3. 2013 v 15:15 hodin byla pacientka přivezena RZP na interní ambulanci v nemocnici Přerov. V 15:30 hodin byla převezena z interní ambulance na JIP interních oborů. Údajně nalezena ten den vnučkou v bytě pacientky, v louži krve. Z důvodu zjevné výrazné krevní ztráty nelze s pacientkou navázat kontakt a ani není schopna sama nic vypovědět.

Dle záznamu RZP nalezena v bezvědomí, bledá, opocená studeným potem, zjevná hemateméza, TK na místě neměřitelný. Později TK 70/50 torrů, P 130/minutu, somnolentní až soporózní, při vertikalizaci okamžitě kolabuje, břicho klidné, při vyšetření per rectum přítomna meléna. Šokový stav je evidentní.

Při přijetí na JIP je pacientka somnolentní až soporózní, ale postupně dochází k úpravě vědomí a večer kolem 18:00 hodin již bdí. TK 75/45 torrů, P 115/minutu, DF 36/minutu. Nespolupracující, těžkopádné pohyby horními končetinami, otáčí hlavu na výzvu za hlasem, otvírá ústa, ale verbální komunikaci nenavazuje, v nosních dírkách a v okolí dutiny ústní jsou přítomny známky zaschlé krve, extrémní bledost kůže na povrchu těla, na akrálních částech těla výrazná cyanóza, kůže je na dotek chladná a studeně opocená. Na periferiích nejsou hmatné pulzace – pouze na karotidách a v tříselech. Při přijetí není pacientka dle lékaře schopna absolvovat gastrokopii.

Informační zdroje:

Chorobopis, informace od rodiny (vnučka), vlastní pozorování během přijetí.

4.3 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 73 letech na akutní infarkt myokardu

Otec: zemřel v 78 letech, neví na jaké onemocnění

Sourozenci: nemá sourozence, vyrůstala jako jedináček

Děti: 1 syn, 1 dcera – neléčí se na žádné onemocnění, oba zdraví

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: hysterektomie pro myom v roce 1981, cysta na vaječniku v roce 1997, nezhoubný nádor prsu v roce 1998

Hospitalizace a operace: operace hernie disku L5/S1 1. sinistra 9/1997

Úrazy: neudává žádné

Transfúze: doposud neměla

Očkování: všechna povinná očkování absolvovala

Farmakologická anamnéza:

Dle vnučky pacientka užívá „spousty“ léků, ale ani z RZP nic konkrétního nevedli, ani s sebou do nemocnice nepřivezli.

Alergologická anamnéza:

Léky: Diclofen, Cilkanol, Penicilin, Surgam

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy:

Alkohol: nepije

Kouření: nekouří

Káva: 1x denně

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza:

Menarche: nezjištěno

Cyklus: nezjištěno

Trvání: nezjištěno

Intenzita, bolesti: nezjištěno

Antikoncepce: nezjištěno

Menopauza: nezjištěno

Potíže klimakteria: nezjištěno

Samovyšetřování prsou: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: 8/2012

Sociální anamnéza:

Stav: vdova 2 roky

Bytové podmínky: bydlí sama v panelovém bytě 2+1 na 6. poschodí s výtahem

Vztahy, role, a interakce v rodině: žije ve spořádané rodině, děti žijí již samostatně se svými rodinami, ale pravidelně se navštěvují, nejvíce o ni pečuje vnučka z dceřiny strany

Vztahy mimo rodiny: se sousedy vychází dobře, v panelovém domě, ve kterém bydlí má i letitou kamarádkou, se kterou se denně navštěvují

Záliby: vyšívání, pletení, zahrádkářství, vaření

Volnočasové aktivity: posezení s kamarádkou u kávy, pravidelná návštěva místního kostela

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučená švadlena

Pracovní zařazení: od 11/2007 v důchodu

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: 43 let pracovala jako švadlena

Vztahy na pracovišti: byly přátelské, bezproblémové

Ekonomické podmínky: pobírá důchod

Spirituální anamnéza:

Vyznává římsko-katolickou církev a do kostela chodí 3x týdně, nikdy nevynechává hlavně nedělní mše. Náboženské obřady navštěvuje se svou kamarádkou.

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

– 24. 3. 2013 (první den hospitalizace)

Tabulka 6 Barthelův test základních všedních činností – 24. 3. 2013 (první den hospitalizace)

Najezení, napití	Neprovede	0 bodů
Oblékání	Neprovede	0 bodů
Koupání	Neprovede	0 bodů
Osobní hygiena	Neprovede	0 bodů
Kontinence moči	Trvale inkontinentní	0 bodů
Kontinence stolice	Trvale inkontinentní	0 bodů
Použití WC	Neprovede	0 bodů
Přesun na lůžko, židli	Neprovede	0 bodů
Chůze po rovině	Neprovede	0 bodů
Chůze po schodech	Neprovede	0 bodů

Celkové skóre: 0 bodů

Interpretace: Vysoká závislost

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

– 28. 3. 2013 (pátý den hospitalizace)

Tabulka 7 Barthelův test základních všedních činností – 28. 3. 2013 (pátý den hospitalizace)

Najezení, napití	Samostatně, bez pomoci	10 bodů
Oblékání	S dopomocí	5 bodů
Koupání	S dopomocí	5 bodů
Osobní hygiena	S dopomocí	5 bodů
Kontinence moči	Trvale inkontinentní	0 bodů
Kontinence stolice	Trvale inkontinentní	0 bodů
Použití WC	S dopomocí	5 bodů
Přesun na lůžko, židli	S dopomocí	10 bodů
Chůze po rovině	Na vozíku	5 bodů
Chůze po schodech	Neprovede	0 bodů

Celkové skóre: 45 bodů

Interpretace: Střední závislost

ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ

– 24. 3. 2013 (první den hospitalizace)

Tabulka 8 Rozšířená stupnice Nortonové – 24. 3. 2013 (první den hospitalizace)

Schopnost spolupráce	Velmi omezená	2 body
Věk	Více jak 60	1 bod
Stav pokožky	Alergie	3 body
Přidružená onemocnění	Anémie	2 body
Fyzický stav	Špatný	2 body
Stav vědomí	Sopor	2 body
Aktivita	Leží	1 bod
Mobilita	Velmi omezená	2 body
Inkontinence	Moč i stolice	1 bod

Celkové skóre: 16 bodů

Interpretace: Vysoké riziko dekubitů

ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ

– 28. 3. 2013 (pátý den hospitalizace)

Tabulka 9 Rozšířená stupnice Nortonové – 28. 3. 2013 (pátý den hospitalizace)

Schopnost spolupráce	Úplná	4 body
Věk	Více jak 60	1 bod
Stav pokožky	Normální	4 body
Přidružená onemocnění	Žádné	4 body
Fyzický stav	Dobry	4 body
Stav vědomí	Bdělý	4 body
Aktivita	Sedačka	2 body
Mobilita	Částečně omezená	3 body
Inkontinence	Moč i stolice	1 bod

Celkové skóre: 27 bodů

Interpretace: Bez rizika vzniku dekubitů

ZJIŠTĚNÍ RIZIKA PÁDU
– 24. 3. 2013 (první den hospitalizace)

Tabulka 10 Zjištění rizika pádu – 24. 3. 2013 (první den hospitalizace)

Pohyb	Neschopna přesunu	3
Vyprazdňování	Vyžaduje pomoc	3
Medikace	Užívá některé rizikové léky	1
Smyslové poruchy	Vizuální, sluchové, smyslové	1
Mentální status	Občasná nebo noční dezorientace	2
Věk	18 – 65 let	0
Pád v anamnéze	Ano	1

Celkové skóre: 11 bodů

Interpretace: Riziko pádu (červený identifikační štítek)

ZJIŠTĚNÍ RIZIKA PÁDU
– 28. 3. 2013 (pátý den hospitalizace)

Tabulka 11 Zjištění rizika pádu – 28. 3. 2013 (pátý den hospitalizace)

Pohyb	Potřebuje pomoc k pohybu	2
Vyprazdňování	Vyžaduje pomoc	3
Medikace	Užívá některé rizikové léky	1
Smyslové poruchy	Vizuální, sluchové, smyslové	1
Mentální status	Občasná nebo noční dezorientace	2
Věk	18 – 65 let	0
Pád v anamnéze	Ano	1

Celkové skóre: 10 bodů

Interpretace: Riziko pádu (červený identifikační štítek)

4.4 Posouzení současného zdravotního stavu ze dne 24. 3. 2013 (první den hospitalizace), v 16:00 hodin

Tabulka 12 Popis fyzického stavu

Popis fyzického stavu (některé informace doplněny od vnučky přítomné při přijetí)		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	Vzhledem k aktuálnímu stavu vědomí a nekomunikativnosti pacientky při přijetí, subjektivní údaje nelze posoudit v žádném z uvedených systémů.	<p>Hlava: normocefalická, na poklep pacientka bolestivě neraguje.</p> <p>Tvář: bez otoků, symetrická, barva kůže na tváři je výrazně bledá a vosková, opocená studeným lepkavým potem.</p> <p>Oči: spojivky růžové, bez zánětu, zornice hnědé, izokorické, skléry bílé, brýle používá na čtení a při sledování televize (dle informací od vnučky).</p> <p>Nos: bez deformit, přítomny známky zaschlé krve v okolí nosních dírek.</p> <p>Uši: bez deformit a výtoku, naslouchací přístroj nepoužívá, na ušních boltcích jsou přítomny známky cyanózy.</p> <p>Dutina ústní: sliznice a jazyk zakrváceny, jazyk je přítom suchý a strupovitý, přítomnost zaschlé krve v okolí rtů, rty suché, popraskané, chrup umělý, používá zubní protézu, ponechána doma (dle informací od vnučky). Přítomný i charakteristický zápach z úst.</p> <p>Krk: souměrný, bez otoků, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšená, náplň jugulárních žil v normě, šíje bez opozice. Pulzace na karotidách hmatná.</p>

<p>Hrudník a dýchací systém</p>		<p>Hrudník: symetrický bez deformit a bez kožních změn.</p> <p>Prsa: Na levém prsu přítomna zhojená jizva po operaci nezhoubného nádoru.</p> <p>Pravé prso bez patologických změn.</p> <p>Dýchání: ztížené dýchání, spontánní za podpory inhalace O₂ kyslíkovými brýlemi, na první pohled hyperventilující, nepravidelné dýchání. Počet dechů za minutu je 36. Saturace s inhalací kyslíku je 96 % a bez inhalace 89 %.</p> <p>Na hrudníku jsou nalepeny hrudníkové svody na kontinuální sledování srdeční akce.</p>
<p>Srdcově- cévní systém</p>		<p>Srdeční akce je pravidelná, bez šelestů, na skopu je přítomný sinusový rytmus – sinusová tachykardie (ST).</p> <p>TK: 75/45 torrů, na paži PHK nasazena manžeta pro kontinuální měření TK, v prvních dvou hodinách hospitalizace měření nastaveno po 15 minutách, poté další dvě hodiny měření po půl hodině a následně pak co 1 hodinu.</p> <p>P: 115/minutu, na periferiích velice špatně hmatný až nehmatný, na karotidách a v tříslech pulzace hmatná.</p> <p>Periferní perfúze: barva kůže na horních i dolních končetinách je extrémně bledá a chladná, na konečcích prstů rukou o nohou patrné známky cyanózy. Dolní končetiny bez otoků a zánětlivých změn, varixy nepřítomny.</p> <p>2 intravenózní kanyly zavedeny 24. 3.</p>

		2013 na periferiích, po opakovaných pokusech se podařilo zavést jeden PŽK do pravé horní končetiny a druhý do levé horní končetiny, oba funkční a místa vpichu jsou bez známek flebitidy.
Břicho a GIT		<p>Břicho: lze prohmatat, na dotyk měkké, bolestivé, hodnoceno dle FLACC škály - výsledek hodnocení 4 body = střední bolest. Bez hematemézy.</p> <p>Konečník: inkontinence stolice, permanentní odchod melény v hojném množství, přiloženy pampers pleny a plenková podložka.</p> <p>Úbytek hmotnosti nelze objektivně posoudit, ale dle vnučky pacientka poslední 3 týdny přijímá poloviční porce stravy.</p> <p>Játra, slezina a pankreas nezvětšené.</p> <p>Na břichu je viditelná zhojená jizva po hysterektomii.</p>
Močově-pohlavní systém		<p>Genitál ženský, zavedený permanentní močový katétr č. 18 pro sledování hodinové diurézy. Retence moči byla 100 ml, po další hodině byla diuréza 75 ml, PMK odvádí světle žlutou moč, mírně zapáchající.</p> <p>Ledviny: na poklep nebolestivé.</p>
Kostrově-svalový systém		<p>Rozsah pohyblivosti: pohyblivost omezená, pasivní hybnost, hrubá i jemná motorika snižena z důvodu bolesti břicha.</p> <p>Páteř: stav po operaci hernie disku L5/S1 sinistra s pooperační fibrózou, pacientka reaguje bolestivě na levou stranu bederní</p>

		<p>oblasti při vyšetření lékařem nebo i při polohování na levou stranu. Dle vnučky užívá dlouhodobě na bolest zad Ibuprofen, což mohlo být dle názoru lékaře vyvolavatelem vředu.</p> <p>Klouby: nebolestivé, bez patologie.</p> <p>HKK i DKK bez otoků, lýtka měkká.</p>
Nervově-smyslový systém		<p>Somnolentní až soporózní, orientaci nelze posoudit, nekomunikativní, nespolupracující, kontakt nelze navázat.</p> <p>Třes a tiky nepřítomny. Otvírá ústa, z nichž ale slova nevycházejí.</p> <p>Čich a sluch bez patologie.</p> <p>Staropaměť i novopaměť nelze objektivně zhodnotit.</p> <p>Reflexy výbavné.</p>
Endokrinní Systém		<p>Bez zjevných patologických projevů endokrinního systému.</p>
Imunologický systém		<p>Lymfatické uzliny nezvětšeny. Infekty horních a dolních dýchacích cest časté nejsou, záleží na sezónním charakteru (dle informací od vnučky). Sekrece z nosu způsobena rýmou aktuálně přítomna není.</p> <p>Alergie: Léky – Diclofen, Cilkanol, Penicilin, Surgam – projevy alergie ani ekzém nepozorovány.</p> <p>TT: 36,3°C .</p>
Kůže a její adnexa		<p>Kůže výrazně bledá, studeně opocená, turgor snížený, otoky nepřítomné, dekubity nepřítomné. Ochlupení přiměřené ženskému pohlaví.</p> <p>Vlasy: krátké a šedivé, řídké a čisté.</p>

		<p>Nehty: čisté a upravené, nehtové lůžko cyanotické.</p> <p>Na vnitřních partiích stehen přítomný impetiginizovaný ekzém velikosti 5x1 cm, ohraničený, spodina růžová, okolí mírně zarudlé, bolestivě při ošetřování pacientka nereaguje.</p>
--	--	--

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacientka je při přijetí znečištěná v okolí dutiny ústní a nosních dírek zaschlou krví po hematéměze, akrální části těla (nehtová lůžka, ušní boltce) cyanotické. Na první pohled je výrazně bledá a opocená. Pacienta znečištěna v oblasti hýždí až po oblast beder od masivně odcházející melény – nutná důkladná hygiena. Pacientka působí zanedbaným dojmem, přestože vnučka udává, že je babička velice čistotná a o svůj zevnějšek každodenně dbá.

Objektivní údaje doplněny informacemi od vnučky, která při přijetí přítomna.

Tabulka 13 Aktivity denního života

Aktivity denního života		
(objektivní údaje doplněny z rozhovoru s vnučkou)		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování a tekutiny	Vzhledem k aktuálnímu stavu vědomí a nekomunikativnosti pacientky při přijetí, subjektivní údaje nelze posoudit v žádné z uvedených aktivit denního života.	<p>Doma dietu žádnou nedodržuje, bez dietního omezení. Za poslední 3 týdny úbytek na váze 5 kg, poloviční porce stravy.</p> <p>BMI: 27 – nadváha</p> <p>V nemocnici zajištěna parenterální výživa a rehydratace, režim NPO, zajištěna péče o dutinu ústní – vytírání dutiny ústní glycerinovými citrónovými štětičkami.</p>

Vylučování moči a stolice		Zavedený permanentní močový katétr pro sledování hodinové diurézy, PMK funkční, odvádí světle žlutou moč, mírně zápachající, diuréza nízká (75ml/1 hodinu), ústí močové trubice bez známek zánětu. Inkontinence stolice, odchází meléna charakteristického zápachu v masivním množství.
Spánek a bdění		Problémy s usínáním v cizím prostředí nemá. Spánek je nekvalitní, rušený během noci kvůli časovaným ordinacím. Během spánku zaujímá Fowlerovu polohu. Kruhy pod očima nejsou.
Aktivita a odpočinek		Přísný klidový režim na lůžku. Při přijetí přítomna i vnučka, která babičku našla doma a zavolala RZP.
Hygiena		Hygiena prováděna několikrát i během dne z důvodu časté inkontinence hojné melény – nutno měnit osobní prádlo dle potřeby, ložní prádlo udržováno v suchu a čistotě, vždy vypnuté. Hygienickou péči zajišťuje ošetřující personál: 2x denně celková koupel na lůžku (ráno a večer), péče o dutinu ústní, nos, uši, oči. Dle stavu pacientky v dalších dnech možno u hygieny jen dopomáhat a pacientku aktivizovat.
Samostatnost		Dle Barthelova testu základních denních činností má pacientka aktuálně 0 bodů, čili vysoký stupeň závislosti.

Tabulka 14 Posouzení psychického stavu

Posouzení psychického stavu (dle rodinného příslušníka - vnučka)	
Vědomí	Somnolence až sopor. /Hodnoceno sestrou
Orientace	Neorientovaná. /Hodnoceno sestrou
Nálada	Dle vnučky babička bývala veselá, navštěvovala se se svojí dobrou kamarádkou.
Paměť	Dle vnučky babička ráda vzpomínala na předešlá léta. Vyprávěla vnučce své zážitky z dětství a mládí.
Myšlení	Vnučka nedokázala posoudit.
Temperament	Dle vnučky melancholická povaha.
Sebehodnocení	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.
Vnímání vlastního zdraví	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.
Vnímání zdravotního stavu	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.
Reakce na hospitalizaci	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.
Adaptace na onemocnění	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.

Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie)	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.

Tabulka 15 Posouzení sociálního stavu

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.	Pacientka občas vyloudí zvuk zasténáním.
	Neverbální	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.	Na pacientce lze pozorovat občasné grimasy v obličeji, pokrčí čelo.
Informovanost	O onemocnění	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.	Pacientka v současné době nemůže být informována o svém zdravotním stavu pro její poruchu vědomí. O zdravotním stavu informována prozatím pouze vnučka.

	O diagnostických metodách	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.	Pacientka v současné době nemůže být informována o svém zdravotním stavu pro její poruchu vědomí. O zdravotním stavu informována prozatím vnučka. Vnučka byla informována, že babička podstoupí gastroskopii druhý den hospitalizace.
	O léčbě a dietě		Pacientka v současné době nemůže být informována o svém zdravotním stavu pro její poruchu vědomí. Prozatím informována pouze vnučka – poučena o režimu NPO.
	O délce hospitalizace		Pacientka v současné době nemůže být informována o svém zdravotním stavu pro její poruchu vědomí. O hospitalizaci pacientky informována vnučka, pro akutní stav nebyla podána informace o délce hospitalizace. Délka hospitalizace se bude odvíjet od aktuálního stavu pacientky.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.	Žena
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.	Matka, babička, vdova po manželově smrti
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	Nelze posoudit pro aktuální stav pacientky.	Kamarádka

4.5 Medicínský management ze dne 24. 3. 2013

Ordinovaná vyšetření:

- laboratorní:
statim: KS, křížový pokus, KO, základní biochemie (Na, K, Cl, urea, kreatinin, ALT, AST, GGT, bilirubin, CRP, glukóza), ABR kapilární
- endoskopické:
25. 3. 2013 naplánovaná první gastroskopie
28. 3. 2013 naplánovaná druhá gastroskopie
- rentgenologické:
25. 3. 2013 naplánován RTG srdce + plíce a RTG břicha

Výsledky laboratorního vyšetření:

(Zdroj: Informační systém nemocnice Přerov IKIS)

Tabulka 16 Přehled laboratorních hodnot ze dnů 24. 3., 26. 3. a 28. 3. 2013

Název metody	24. 3. 2013 (1. den hospitalizace na JIP - vstupní)	26. 3. 2013 (3. den hospitalizace na JIP)	28. 3. 2013 (5. den hospitalizace na JIP – poslední)	Referenční meze nemocnice Přerov
<i>Hematologie</i>				
Leukocyty	6,80	8,88	6,13	4,00 – 10,00
Erytrocyty	2,53	3,27	3,43	3,80 – 5,20
Trombocyty	201	160	219	150 - 140
Hemoglobin	68,0	92,0	97,0	120,0 – 160,0
Hematokrit	0,214	0,281	0,306	0,350 – 0,470
<i>Koagulace</i>				
Quickův test INR	1,32	1,20	1,15	0,7 – 1,3
APTT	31,1	30,2	29,4	24,0 – 38,0
<i>Biochemie</i>				
Natrium	134	141	145	137 - 145
Kalium	4,9	3,4	3,9	3,6 – 4,6

Chloridy	108	113	112	97 - 108
Urea	15,7	9,1	1,2	3,1 – 8,0
Kreatinin	42	79	57	49 - 90
ALT	0,12	0,36	0,57	< 0,77
AST	0,18	0,21	0,48	< 0,62
GMT	0,10	0,19	0,15	0,18 – 1,30
Bilirubin	2,1	2,3	6,4	< 24,0
CRP	18,64	46,09	23,47	< 0,70
Glukóza	17,7	6,2	6,7	3,5 – 5,6
ABR kapilární	7, 141	7, 408	7, 370	7,350 – 7,450

Konzervativní léčba 24. 3. 2013:

Dieta: NPO, povolen pouze proplach úst vodou nebo vytírání dutiny ústní glycerinovými štětičkami s příchutí citrónu.

Pohybový režim: klidový.

Rehabilitace: prozatím neindikována.

Výživa: zajištěna parenterální výživa – Kabiven 1920 ml - tříkomorový parenterální vak obsahuje aminokyseliny, sacharidy a tuky.

Medikamentózní léčba 24. 3. 2013:

Per os:

NPO, léky podávány pouze i. v.

Intra venózní:

1 amp. Ortanol 40 mg bolus	16:00
1 amp. Kanavit bolus	16:00
1 amp. Degan bolus	16:00
1 amp. Novalgín 2 ml co 8 hodin	16:00 – 24:00 - 08:00

Lineární dávkovač: 1amp. Ortanol 40 mg ad 20 ml FR1/1 aplikovat kontinuálně rychlostí 4 ml/hodinu.

Infuze:

Isolyte 1 000 ml:	16:00 – 20:00, 20:00 – 06:00
10% Glukóza 500 ml + 4 j Humulin R:	20:00 – 06:00
100 ml FR1/1 + 1 amp. Remestyp 1,0 mg	
nechat kapat 30 minut co 4 hodiny:	16:00 – 20:00 – 24:00 – 4:00 - 08:00

Transfúzní přípravky podané 24. 3. 2013:

EBR 307 ml, KS vaku: B+ pozitivní	17:45 – 18:45
EBR 273 ml, KS vaku: B+ pozitivní	21:30 – 22:30
EBR 267 ml, KS vaku: B+ pozitivní	23:45 – 00:45
PLAZMA 236 ml	18:45 – 19:15

4.6 Situační analýza ze dne 24. 3. 2013

64 letá pacientka hospitalizovaná v 15:30 hodin dne 24. 3. 2013 na JIP IO nemocnice Přerov pro akutní hematemézu a melénu s hypotenzí a hypovolemií, až známky hemoragického šoku, poztrátová anémie, se zdrojem ve velkém chronickém vředu na žaludku při nadužívání NSAIDs, zjištěno druhý den hospitalizace.

První den hospitalizace pacientka oběhově nestabilní, naměřeny i kritické hodnoty fyziologických funkcí. Pacientka je při přijetí somnolentní až soporózní, postupně nastávala úprava vědomí a ve večerních hodinách (v 18:00 hodin) již bděla a začínala navazovat komunikaci. Pacientka má výrazně bledou až voskovou kůži, studeně opocanou, akrální části těla (konečky prstů na rukou i nohou, ušní boltce). V okolí dutiny ústní a nosních dírek je přítomna zaschlá krev po hemateméze, na JIP už hemateméza není, přetrvává meléna. Meléna stále odchází v masivním množství a v častých intervalech co 1 hodina. Hygienická péče zajištěna ošetřujícím personálem. Fyziologické hodnoty jsou vstupně: krevní tlak 75/45 torrů, pulz 115/minutu – na perifériích pulzace nehmatná, lze nahmatat pouze na karotidách a v tříslech, dech 36/minutu, saturace bez inhalace O₂ 89 % a s inhalací O₂ 96 % a tělesná teplota je 36,3°C. Ihned po přijetí jsou pacientce zajištěny 2 žilní linky sestrou, provedeny naordinované odběry, zajištění krevní skupiny a prvního transfúzního přípravku, poté je zaveden i PMK, ten odvádí světle žlutou moč, mírně zapáchající, sledována hodinová diuréza (po první hodině vymočila 75ml). Pacientka reaguje bolestivým výrazem

a ucuknutím na pohmat břicha, bolest hodnocena dle FLACC stupnice. Pohyblivost na lůžku je velice omezená, pasivní, snížená motorika. Barthelův test základních denních činností vykazuje vysoký stupeň závislosti. Celkově pacientka působí velice schváceně, unaveně a vyčerpaně, nespolupracuje, navázat slovní kontakt je nemožné, lékař konstatuje i možné riziko úmrtí.

4.7 Stanovení sesterských diagnóz ze dne 24. 3. 2013 a jejich uspořádání podle priorit

Aktuální sesterské diagnózy:

1. Akutní bolest břicha z důvodu chronického vředu na žaludku, projevující se bolestivým výrazem v obličeji, hodnoceným dle škály FLACC, stíženým dýcháním, studeným potem a kolísáním fyziologických funkcí.
2. Alterace dýchání z důvodu bolesti břicha projevující se saturací 89 % bez aplikace kyslíku, cyanózou akrálních částí těla a frekvencí dechů 36 za minutu.
3. Deficit objemu tekutin v organismu vzhledem k aktivním ztrátám cestou hematemézy a melény projevující se suchostí sliznice dutiny ústní, snížením kožního turgoru, sníženou hodinovou diurézou (75 ml/1 hodinu).
4. Omezená pohyblivost v souvislosti s přísným klidovým režimem na lůžku, projevující se sníženou motorikou při bolestech, pasivní polohou a pasivním držetím těla.
5. Porucha močení z důvodu šokového stavu projevující se sníženou hodinovou diurézou (75 ml/1hodinu).
6. Deficit sebeděče v oblasti hygieny, oblékání, vyprazdňování, z důvodu bolesti břicha, celkové slabosti, vyčerpání organismu a z důvodu poruchy vědomí (somnia až sopor) projevující se neschopností postarat se o sebe samu.
7. Nedostatečná výživa z důvodu aktuálního zdravotního stavu, projevující se nepřijímáním potravy per os.

Potenciální sesterské diagnózy:

1. Riziko vzniku infekce vzhledem na zavedené invazivní vstupy.
2. Riziko vzniku infekce močových cest vzhledem na zavedený PMK.
3. Riziko narušení kožní celistvosti a vzniku dekubitů v oblasti predilekčních míst z důvodu omezeného pohybu na lůžku a celkové slabosti pacientky.

Vybrané aktuální sesterské diagnózy:

1. Akutní bolest břicha z důvodu chronického vředu na žaludku, projevující se bolestivým výrazem v obličeji, hodnoceným dle škály FLACC, stíženým dýcháním, studeným potem a kolísáním fyziologických funkcí.

Cíl:

- hladina bolesti se sníží

Priorita:

- střední

Výsledná kritéria:

- dojde ke zmírnění bolesti o 1 stupeň po podání analgetik do 1 hodiny
- nedojde k opětovnému nárůstu bolesti do konce hospitalizace
- fyziologické funkce jsou do 2 hodin stabilní
- pacientka zaujímá úlevovou polohu - ihned

Intervence:

- ulož ihned pacienta do úlevové fowlerovi polohy /sestra u lůžka/
- podej analgetika dle ordinace lékaře /sestra u lůžka/
- sleduj účinek analgetik a zaznamenej do zdravotnické dokumentace /sestra u lůžka, lékař/
- aplikuj terapii v časových intervalech dle ordinace lékaře /sestra u lůžka/
- vyvětrej místnost a zajisti dostatečný klid k odpočinku /sestra u lůžka/
- pravidelně prováděj opětovné hodnocení bolesti /sestra u lůžka, lékař/
- kontroluj a do zdravotnické dokumentace zaznamenávej hodnoty vitálních funkcí /sestra u lůžka/
- sleduj a zaznamenávej průběh bolesti během služby /sestra u lůžka/

Realizace:

- uložila jsem pacientku do úlevové polohy
- provedla jsem hodnocení bolesti na škále FLACC
- vyvětrání místnosti, vypnutí televize a rádia pro naprostý klid k odpočinku
- aplikovala jsem analgetika dle ordinace lékaře
- hodnocení a zaznamenávání bolesti do zdravotnické dokumentace co 1 hodinu

Hodnocení po 1 hodině:

Pacientka uložena do úlevové polohy, provedeno hodnocení bolesti dle škály FLACC, výsledek 4 body = střední bolest. Ihned podána analgetika dle ordinace lékaře. Do 1 hodiny od přijetí podána první EBR. Fyziologické funkce: krevní tlak 75/45 torrů, pulz 115/minutu.

Hodnocení po 2 hodinách:

Pacientce přehodnocena škála FLACC, výsledek 3 body – u pacientky nedochází k nárůstu bolesti. Podána plazma dle ordinace lékaře, pacientka stále uložena v úlevové poloze, fyziologické funkce: mírný vzestup, krevní tlak 80/50 torrů, pulz 100/minutu. Odebrán kontrolní KO. Pacientka v současném stavu stabilní.

Cíl byl částečně splněn, nutno pokračovat v zavedených intervencích.

2. Alterace dýchání z důvodu bolesti břicha projevující se saturací 89 % bez aplikace kyslíku, cyanózou akrálních částí těla a frekvencí dechů 36 za minutu.

Cíl:

- dostatečné dýchání

Priorita:

- vysoká

Výsledná kritéria:

- pacientka má volné dýchací cesty ihned
- u pacientky vymizí cyanotické zbarvení akrálních částí těla do 15 minut od podání kyslíku
- dechová frekvence se upraví pod 20 dechů za minutu do 24 hodin při inhalaci kyslíku
- saturace kyslíkem neklesne pod 95 % do konce hospitalizace bez inhalace kyslíku
- pacientka bude mít saturaci 95 % bez podání kyslíku do konce hospitalizace

Intervence:

- ulož pacientku do zvýšené fowlerovi polohy /sestra u lůžka/
- aplikuj kyslík brýlemi dle ordinace lékaře /sestra u lůžka/

- kontinuálně sleduj stav pacientky /sestra u lůžka/
- aplikuj léky dle ordinace a sleduj jejich účinek /sestra u lůžka/
- monitoruj dechovou frekvenci a saturaci a vše zaznamenávej do zdravotnické dokumentace / sestra u lůžka/

Realizace:

- pacientce byl podán kyslík brýlemi 5l/minutu
- pacientka uložena do fowlerovi polohy
- pravidelně hodnocená dechová frekvence a saturace kyslíkem

Hodnocení:

- pacientka má volné dýchací cesty
- u pacientky po 15 minutách po podání kyslíku došlo k výraznému zlepšení cyanózy
- pacientka zaujímá fowlerovu polohu
- po podání kyslíku se saturace drží na 99 %
- po 24 hodinách dochází jen k mírnému zlepšení dechové frekvence, dechová frekvence je 25 - 30 dechů za minutu, saturace se pohybuje při inhalaci kyslíku mezi 97 – 99 %, bez inhalace 91 – 93 %
- po 48 hodinách se dechová frekvence již upravila na 17 – 23 dechů za minutu, saturace se při inhalaci kyslíku pohybuje mezi 99 – 100 %, bez inhalace kyslíku 95 – 96 %
- cíl byl splněn

3. Deficit objemu tekutin v organismu vzhledem k aktivním ztrátám cestou hematemézy a melény projevující se suchostí sliznice dutiny ústní, snížením kožního turgoru, sníženou hodinovou diurézou (75 ml/1 hodinu).

Cíl:

- zvýší se objem tekutin v organismu

Priorita:

- vysoká

Výsledná kritéria:

- pacientka nebude mít suchou sliznici dutiny ústní do 24 hodin

- u pacientky dojde ke zvýšení hodinové diurézy do 2 hodin po podání infuzní terapie
- u pacientky dojde ke zvýšení krevního tlaku do 4 hodin

Intervence:

- podávej infuzní terapii dle ordinace lékaře /sestra u lůžka/
- pečuj zvýšeně o dutinu ústní /sestra u lůžka/
- zajisti rehydrataci a parenterální výživu pacienta dle ordinace lékaře /sestra u lůžka/
- pravidelně měř a zaznamenávej do dokumentace hodnoty vitálních funkcí /sestra u lůžka/
- sleduj stav kůže a sliznic /sestra u lůžka/
- pravidelně měř a zaznamenávej do dokumentace hodnoty hodinové diurézy /sestra u lůžka/
- sleduj projevy hematemézy a melény /sestra u lůžka, lékař/

Realizace:

- aplikována infuzní terapie pro rehydrataci organismu dle ordinace lékaře
- pravidelně přeměřovány a zaznamenávány hodnoty fyziologických funkcí
- sledován stav kůže, sliznic a kožního turgoru
- sledována hodinová diuréza
- sledovány projevy hematemézy a melény

Hodnocení po 1 hodině:

Pacientce ihned podána EBR, po dokapání podána plazma. Po vykapání plazmy odběr KO. Pacientka zavodňována pomocí infuzní terapie dle ordinace lékaře. Dutina ústní vytírána 1 % Corsodyl + voda. U pacientky sledována hodinová diuréza – v současném stavu vymočila 75 ml/hodinu.

Hodnocení po 2 hodinách:

Pacientce i nadále podávána infuzní terapie, v současném stavu nedochází již k dalším ztrátám tělesných tekutin. U pacientky nedochází k hemateméze ani k meléně. Krevní tlak po 2 hodinách 90/60 torrů. Dutina ústní nejeví známky dehydratace.

Cíl byl částečně splněn, nutno pokračovat v zavedených intervencích.

4. Omezená pohyblivost v souvislosti s přísným klidovým režimem na lůžku, projevující se sníženou motorikou při bolestech, pasivní polohou a pasivním držením těla.

Cíl:

- u pacientky dojde k obnovení pohyblivosti

Priorita:

- střední

Výsledná kritéria:

- u pacientky dojde ke zlepšení hybnosti do 48 hodin
- u pacientky nedojde ke vzniku dekubitů a porušení kožní integrity do konce hospitalizace
- pacientka bude polohována co 2 hodiny po dobu neschopnosti zaujmout polohu sama

Intervence:

- polohuj pacientku co 2 hodiny po dobu její neschopnosti zaujmout polohu sama /sestra u lůžka/
- zvýšenou péče věnuj predilekčním místům /sestra u lůžka, ošetřovatelka/
- využívej ATD pomůcky k polohování pacientky /sestra u lůžka, ošetřovatelka/
- snaž se v rámci možností zapojit pacientku do péče o sebe sama /sestra u lůžka/
- zajisti po domluvě s lékařem rehabilitačního pracovníka /sestra u lůžka/
- proved' přehodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové /sestra u lůžka/

Realizace:

- u pacientky zhodnocena úroveň sebepéče
- u pacientky provedeno hodnocení rizika vzniku dekubitu na škále dle Nortonové
- pacientka polohována co 2 hodiny
- u pacientky využity ATD pomůcky

Hodnocení 1. den hospitalizace:

Péče o pacientku zajištěna zdravotnickým personálem. U pacientky provedeno hodnocení rizika vzniku dekubitů. V současné době vysoké riziko vzniku dekubitů. Pacientka polohována co 2 hodiny, k polohování využity ATD pomůcky. Pacientka nebyla zapojena do péče o sebe samu.

Hodnocení 3. den hospitalizace:

U ranní hygieny pacientka posazena se spuštěnými DKK z lůžka k plastovému umyvadlu a za dopomoci zdravotnického personálu již zvládá hygienickou péče převážně sama. V současné době bez nutnosti pacientku polohovat.

Cíl byl splněn.

Vybraná potenciální sesterská diagnóza:

1. Riziko vzniku infekce vzhledem na zavedené invazivní vstupy (PŽK, PMK).

Cíl:

- pacientka nejeví známky infekce

Priorita:

- střední

Výsledná kritéria:

- u pacientky se nevyskytnou místní příznaky infekce do 24 hodin od zavedení
- u pacientky se nevyskytnou celkové příznaky infekce do 24 hodin od zavedení
- invazivní vstupy jsou funkční pod celou dobu jejich zavedení
- pacientka informuje sestru o bolestivých pocitech v místě vpichu PŽK do 30 minut od prvních příznaků
- pacientka informuje sestru o pocitech pálení v oblasti zavedení PMK do 1 hodiny od prvních příznaků

Intervence:

- všímej si rizikových faktorů způsobující výskyt infekce /sestra u lůžka/
- sleduj funkčnost a dobu zavedení PŽK a PMK /sestra u lůžka/
- dodržuj sterilní techniku při invazivních postupech /sestra u lůžka, lékař/
- sleduj tělesnou teplotu pacienta a pravidelně zaznamenávej do zdravotnické dokumentace /sestra u lůžka/
- ošetřuj invazivní vstupy dle standartu na oddělení /sestra u lůžka/
- při počínajících známkách infekce informuj lékaře /sestra u lůžka/
- pacientka má zajištěnou pravidelnou výměnu PŽK co 4 dny a pravidelnou výměnu krytí PŽK každý den

- sleduj okolí místa vpichu a případné známky počínající flebitidy u PŽK /sestra u lůžka/
- pacientka má zajištěnou výměnu PMK co 7 dní i s výměnou sběrného sáčku

Realizace:

- pacientce zavedeny invazivní vstupy přísně asepticky
- 1x denně prováděn aseptický převaz zavedeného PŽK, místo vpichu klidné, bez známek infekce a zarudnutí
- 1x denně prováděna dezinfekce (tampónem + Skiasept) okolí vstupu PMK, ústí močové trubice bez známek infekce, sekrece nepřítomna
- monitorována a zapsána do dokumentace hodnota tělesné teploty

Hodnocení:

- u pacientky se nevyskytují místní ani celkové příznaky infekce
- invazivní vstupy jsou funkční
- pacientka je afebrilní
- pacientka neudává nepříjemné pocity v místě zavedení PMK 3. den hospitalizace
- cíl byl splněn, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat

4.8 Celkové zhodnocení pacientky 1., 3. a 5. den hospitalizace

Celkové zhodnocení pacientky 1. den hospitalizace (24. 3. 2013):

Pacientka přivezena RZP v 15:15 hodin na interní ambulanci a po 15 minutách přivezena na JIP, uložena na lůžko, napojena na monitoring. Fyziologické funkce nestabilní, naměřené kritické hodnoty, lékař přítomen a informován o každém přeměření. Šokový stav je evidentní. Pacientka je výrazně bledá, opocená studeným lepkavým potem, cyanóza přítomna na konečcích prstů rukou i nohou a na ušních boltcích. Lékař konstatuje i možné riziko smrti. Při přijetí je pacientka somnolentní až soporózní, nekontaktní, nespolupracující a při vyšetření břicha reaguje bolestivě, analgetika podána dle ordinace lékaře s efektem. Masivní odchod melény, velké krevní ztráty, snížený objem tělesných tekutin v organismu pacientky. Z důvodu aktuálního stavu pacientky neindikována akutní gastroscopie. Po opakovaných pokusech jsou zajištěny 2 žilní vstupy pro podání infuzní a transfuzní terapie. Zaveden i permanentní močový katétr pro sledování hodinové diurézy z důvodu dehydratace pacientky, po první hodině pacientka vymočila pouze 75 ml. Aplikována inhalace kyslíku

kyslíkovými brýlemi 5 l/minutu. Po podání ordinovaných infuzí a transfuzí (do půlnoci téhož dne podány celkem 3 erymasy a 1 plazma) dochází k rychlému zlepšení stavu pacientky. Kolem 18. hodiny již dochází k úpravě vědomí i vitálních funkcí, pacientka bdí a snaží se komunikovat v rámci svých možností, snaží se odpovídat na otázky kývnutím hlavy a stisknutím ruky, ale stále je unavená, vyčerpaná a spavá. Barva kůže je stále bledá, ale cyanóza už přítomna není. Zdravotnickým personálem zajištěno pravidelné polohování jako prevence vzniku dekubitů. Naordinovaný režim NPO toleruje, stravu ani nevyžaduje, rehydratace a parenterální výživa zajištěna intravenózní cestou, pravidelně prováděno vytírání dutiny ústní roztokem z 1 % Corsodylu a vody nebo citrónovými glycerinovými štětičkami. Ve 20:00 hodin pacientka sama udává, že se cítí lépe.

Na druhý den, 25. 3. 2013, je naplánovaná první gastrokopie a rentgen srdce, plic a břicha. Výsledkem gastrokopie byl veliký chronický vyhloubený vřed antro-pylorobulbárně s deviací výtokové části žaludku, nedostupný k bezpečnému odběru histologie. RTG srdce a plic zobrazilo bránice hladké, zevní úhly volné, srdeční stín nerozšířen, plicní cévní kresba s redistribucí vleže, parenchym bez ložiskových a čerstvých infiltračních změn. RTG břicha vleže vyobrazil na prostém snímku vertikálním a horizontálním paprskem tenké kličky bez dilatace, tračník se smíšeným obsahem bez distenze, pod přední stěnou břišní bez zjevných známek volného plynu.

Celkové zhodnocení pacientky 3. den hospitalizace (26. 3. 2013):

Fyziologické funkce stabilní, pacientka je při vědomí, spolupracující, komunikující, orientovaná všemi směry, již bez nutnosti inhalace kyslíku. Oba PŽK stále funkční, místa vpichu bez známek flebitidy, léčiva už nepodávány pouze i. v. cestou, ale i formou tablet a kapslí. PMK také funkční, odvádí světle žlutou moč, mírně zapáchající, místo vstupu PMK do močové trubice je bez sekrece a bez známek infekce. Diuréza se měří po 4 hodinách a v průměru pacientka vymočí 400 – 500 ml za 4 hodiny. Bolesti břicha už pacientka neudává žádné, ale udává mírné, snesitelné bolesti zad, které má chronické původu, analgetizaci nevyžaduje. Pacientka je v rámci lůžka soběstačná, signalizaci má na dosah ruky, polohování zvládá sama, otáčí se z boku na bok, dopomáháno jen s vysouváním v lůžku nahoru, ke vzniku dekubitů ani k jinému porušení kožní celistvosti nedošlo. Hygienickou péči také zvládá sama jen za dopomoci sestry nebo ošetřovatelky, sedá se spuštěnými DKK z lůžka k plastovému umyvadlu. Stravu má od tohoto dne povolenou gastroenterologem – dieta č. 1 – kašovitá strava

+ 2 Nutridrinky během 24 hodin a popíjení čaje. Stravu toleruje, pacientka bez známek nauzey, nezvrací. Tekutiny popíjí po doušcích, preferuje obyčejnou vodu před čajem. Krvácivé projevy cestou melény nebo hematemézy během dne nezaznamenány, stolice nebyla. Kontrolní odběry KO již normalizovány, bez dalších kolísavých poklesů, hemoglobin – 92 g/l, lékař si neordinuje podání další erymasy. Lékařem od tohoto dne naordinována i rehabilitace pacientky. Záznam z rehabilitační léčby: pacientka je komunikující, spolupracující, orientovaná. Doma chodila bez pomůcek. Na lůžku se sama posadí, zvládne i stoj u lůžka bez opěry. Návčik chůze po pokoji a chodbě v doprovodu fyzioterapeutky. Rodina pacientku navštěvuje, jeví zájem a informuje se o jejím aktuálním zdravotním stavu.

Celkové zhodnocení pacientky 5. den hospitalizace (28. 3. 2013):

Fyziologické funkce stabilní: TK 130/60 torrů, P 87 tepů/minutu, sinusový rytmus, DF 18 dechů/minutu, saturace 97 % bez inhalace kyslíku, diuréza – 3000 ml za 24 hodiny, bilance tekutin + 467 ml za 24 hodin. Kromě chronických bolestí zad pacientka žádné jiné bolesti neudává. PŽK sinistra zrušen, PŽK dextra přepíchnut dle standardu, nový PŽK funkční, okolí místa vpichu bez známek zánětu. PMK funkční, ústí močové trubice bez známek sekrece v místě vstupu do močové trubice a bez známek infekce. Krvácivé projevy nezaznamenány, na stolici pacientka během dne nebyla. Pacientka na lůžku soběstačná, otáčí se a polohuje sama, posazována se spuštěnými DKK z lůžka k hygieně, kterou také zvládá téměř sama jen za malé dopomoci zdravotnického personálu a posazována i ke stravě, nadále přetrvává kašovitá dieta, kterou toleruje bez obtíží, nezvrací a od dalšího dne změna diety na mletou. Rehabilitace si pochvaluje, dnes s fyzioterapeutkou trénovala chůzi po chodbě, kterou zvládá bez obtíží. Během dopoledne provedena kontrolní gastrokopie, souhlas s výkonem podepsala, výsledek vyšetření zní: veliký chronický vyhloubený vřed antropylo-ro-bulbárně s deviací výtokové části žaludku, s naznačenými známkami hojení. Vyšetření pacientka zvládla bez potíží. Další plánovaná gastrokopická kontrola je 18. 4. 2013. Pátý den hospitalizace čili dnes došlo k přehodnocení Barthelova testu s výsledkem 45 bodů – střední závislost, rozšířená stupnice Nortonové vyšla 27 bodů a u pacientky tak dále nevyšlo riziko vzniku dekubitů a zhodnocení rizika pádu vyšlo 10 bodů, tudíž toto riziko nadále přetrvává. Večer ve 20:30 hodin pacientka přeložena na standardní oddělení ve stabilizovaném stavu.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro sestry:

- přistupujte k pacientovi jako profesionál
- snažte se získat důvěru pacienta
- poskytněte pacientovi i rodinným příslušníkům dostatek informací, které máte jako sestra v kompetenci
- vyslechněte pacientovi potíže a problémy
- edukujte pacienta o nutnosti pravidelných preventivních prohlídek u jeho obvodního lékaře – screeningové vyšetření (pravidelné kontrolní testy na okultní krvácení)
- snažte se minimalizovat strach pacienta před endoskopickým vyšetřením (gastroskopie, kolonoskopie) a zdůrazněte nutnost tohoto vyšetření
- poskytněte pacientovi dostatek informací o průběhu endoskopických vyšetření (gastroskopie, kolonoskopie)
- zodpovězte případné dotazy pacienta
- edukujte pacienta o zdravé životosprávě – pravidelná strava a příjem tekutin, eliminace alkoholu, tabákových výrobků, kofeinu a tučných pokrmů, dostatek spánku a pohybu na čerstvém vzduchu
- informujte pacienta o možných komplikacích a rizicích jeho zdravotního stavu, pokud bude podceňovat prvotní příznaky, jako jsou bolesti břicha, tmavá stolice

Doporučení pro pacienty:

- nebagatelizujte první příznaky, jako jsou bolesti břicha
- nepodceňujte příznak příliš tmavá stolice
- dbejte na pravidelné preventivní prohlídky u svého obvodního lékaře
- ke svému zdraví přistupujte zodpovědně a ohleduplně
- neostýchejte se oslovit lékaře v případě povšimnutí prvních příznaků
- nestyďte se požádat lékaře o test na okultní krvácení
- mějte na paměti, že máte nárok na preventivní endoskopické prohlídky a nebojte se jich využít
- stravu obohacujte o vitamíny a vlákninu
- vynechávejte alkohol, tabákové produkty, nadměru kofeinu a tučného jídla

- v případě obtíží a problémů se obraťte na jakéhokoliv zdravotnického pracovníka

Doporučení pro rodinné příslušníky:

- podporujte rodinného příslušníka ve zdravé životosprávě
- snažte se dohlédnout na omezení příjmu alkoholu, kofeinu a tabákových výrobků
- neschvalujte rodinnému příslušníkovi jeho nezdravý životní styl (kupování alkoholu, tabákových výrobků, požívání tučných jídel)
- v případě obtíží pomozte vyhledat jeho obvodního lékaře
- snažte se dohlížet na pravidelné návštěvy svých rodinných příslušníků
- věnujte dostatečnou pozornost prvotním příznakům rodinného příslušníka
- psychicky podporujte před plánovaným endoskopickým vyšetřením
- pokud se váš rodinný příslušník bude chtít svěřit se svými problémy, vyslechněte jej
- nebagatelizujte jeho problémy
- nepodceňujte důležitost vaší podpory

ZÁVĚR

Krvácení z gastrointestinálního traktu je u nás v posledních letech velice časté onemocnění. Vina se přikládá neznalosti pacientů v oblasti gastrointestinálního krvácení, nedostatku informovanosti a časté bagatelizaci počátečních příznaků. Zejména krvácení z dolní části GIT bývá podceňováno a pacienti prvotním symptomům nevěnují žádnou pozornost. Krvácení z oblasti konečníku si vysvětlují dlouhodobými obtížemi s hemoroidy a změnu barvy a charakteru stolice převážně ani nevnímají. Náhlým zhoršením stavu se pak takřka ze dne na den stává život ohrožující situace, která si vyžaduje nutnou hospitalizaci na JIP či ARO. Krvácení může mít neblahé následky a proto je důležitá včasná zástava krvácení.

S takovým to onemocněním se sestry dostanou do kontaktu poměrně často až v samotné praxi a při nástupu do zaměstnání. Mezi rizikové nemocné patří starší pacienti nad 60 let věku, pacienti polymorbidní a nemocní s projevy hypovolemie. Mnohdy jsou sestry překvapeny dramatickým průběhem onemocnění a vzniklým šokovým stavem pacienta hned při přijetí. Pacientovi je třeba řádně vysvětlit všechny terapeutické a diagnostické metody a jejich postupy, pokud není pacient ve stavu s poruchou vědomí. Zvláštní pozornost je třeba věnovat emocionálnímu stavu pacienta i jeho rodiny, která je obvykle stejně jako pacient masivním krvácením vyděšena.

Bakalářská práce se zabývá pacientkou, u které došlo k masivnímu krvácení z horní části GIT, u které bylo diagnostikováno akutní krvácení na podkladě velikého chronického vyhloubeného vředu antro-pyloro-bulbárně s deviací výtokové části žaludku. 64 letá pacientka byla přivezena na JIP v šokovém stavu a s poruchou vědomí. Její stav se po okamžité terapii, dodání krevních derivátů a roztoků krystaloidního a koloidního typu takřka zázračně upravil a následující den již byla komunikativní a spolupracující, přestože lékař konstatoval prognózu nejistou. Ošetřování probíhalo komplexně, přihlíželo se na bio-psycho-socio-spirituální potřeby pacientky a bylo nutné zajistit ošetrovatelskou péči a monitoraci vitálních funkcí.

Cílem bakalářské práce bylo zpracování ošetrovatelského procesu u vybrané pacientky s akutním krvácením do GIT se zaměřením na nejčastější ošetrovatelské problémy. Stanovily jsme ošetrovatelské diagnózy, které vycházely z akutního stavu pacientky první den při přijetí. Tento cíl bakalářské práce se nám podařilo splnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY


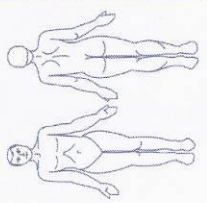
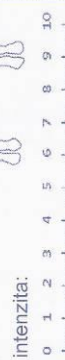
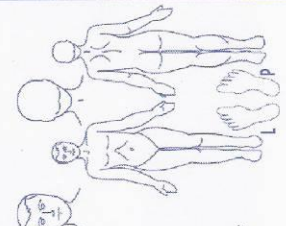
1. ADAMS, B.; HAROLD, C. E. 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8
2. DÍTĚ, P. et al. 2005. *Akutní stavy v gastroenterologii*. Praha: Galén, 2005. 314 s. ISBN 80-7262-305-2
3. KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9
4. KIM, K. 2003. *Acute Gastrointestinal Bleeding*. New Jersey: Humana Press, 2003. 277 s. ISBN 1-59259-299-6 (e-book)
5. KONEČNÝ, M.; PROCHÁZKA, V. Krvácení do horní části gastrointestinálního traktu. *Postgraduální medicína. Zdraví. e15*. 2013. [citováno 10. 4. 2013]. Poslední aktualizace: 19. 3. 2013. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/krvaceni-do-horni-casti-gastrointestinalniho-traktu-469564>
6. KONEČNÝ, M.; PROCHÁZKA, V. Krvácení do dolní části gastrointestinálního traktu. *Postgraduální medicína. Zdraví. e15*. 2013. [citováno 10. 4. 2013]. Poslední aktualizace: 19. 3. 2013. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/krvaceni-do-dolni-casti-gastrointestinalniho-traktu-469565>
7. LUKÁŠ, K.; ŽÁK, A. et al. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6
8. LUKÁŠ, K. et al. 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0
9. LUKÁŠ, K. et al. 2003. *Diferenciální diagnostika symptomatologie nemocí trávicího traktu*. Praha: Triton, 2003. 294 s. ISBN 80-7254-420-9
10. POKORNÁ, L., 2009. Akutní krvácení do GIT. *Sestra*. Roč. 19, č. 3. s. 29 - 30. ISSN 1210-0404
11. PRYOR, A. D.; PAPPAS, T. N.; BRANCH, M. S. 2010. *Gastrointestinal Bleeding*. New York: Springer Science+Business Media, LLC, 2010. 223 s. ISBN 978-1-4419-1693-8 (e-book)
12. SEIDL, J. Gastroskopie. *Všeobecný praktický lékař MUDr. Seidl Jakub*. [citováno 9. 5. 2013]. Dostupné z: <http://www.jakubseidl.cz/gastroskopie.php>
13. SEIDL, J. Kolonoskopie. *Všeobecný praktický lékař MUDr. Seidl Jakub*. [citováno 9. 5. 2013]. Dostupné z: <http://www.jakubseidl.cz/kolonoskopie.php>

14. SYSEL, D.; BELEJOVÁ, H.; MASÁR, O. 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU, 2011. 280 s. ISBN 978-80-263-0001-4
15. ŠAFAŘÍKOVÁ, A.; NEJEDLÁ M. 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6
16. ŠVÁB, J. 2007. *Náhlé příhody břišní*. Praha: Galén, Karolinum, 2007. 205 s. ISBN Karolinum 978-80-246-1394-9
17. VYHNÁNEK, F. et al. 2003. *Chirurgie II*. 2. vydání. Praha: Informatorium, 2003. 238 s. ISBN 80-7333-007-5
18. WONK, J.; MURRAY, I.; HUSSAINI, H.; DALTON, H. 2002. *Clinic Handbook of Gastroenterology*. Oxford: BIOS Scientific Publishers Limited, 2002. 271 s. ISBN 0-203-45033-7 (e-book)
19. ZAVORAL, M.; DÍTĚ, P.; ŠPIČÁK, J.; BUREŠ, J. et al. 2005. *Nové trendy v digestivní endoskopické diagnostice a léčbě*. Praha: Grada Publishing, 2005. 316 s. ISBN 80-7169-999-3
20. ZAVORAL, M.; VENEROVÁ, J. et al. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Triton, 2007. 212 s. ISBN 978-80-7254-902-3

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Vstupní zhodnocení stavu pacienta	I
Příloha B - Hodnotící tabulky	II
Příloha C - Transfúzní deník používaný v nemocnici Přerov	III
Příloha D - Transfúzní přípravky – Průběh transfúze	IV
Příloha E - Krevní konzerva	V
Příloha F - Test na okultní krvácení	VI
Příloha G - Endoskopická ordinace v nemocnici Přerov	VII
Příloha H - Obrázek gastroscopie	VIII
Příloha I - Obrázek kolonoskopie	IX
Příloha I - Obrázek kolonoskopie	X
Příloha K - Rešerše	XI

Příloha A - Vstupní zhodnocení stavu pacienta


<div style="text-align: right;">  </div>			
VSTUPNÍ ZHODNOCENÍ STAVU PACIENTA			
ODD:			
<p>PŘÍJEM</p> <p>Datum přijetí: čas: _____</p> <p>Rodina informována: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>ALERGIE</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nelze zjistit</p> <p>potravinová <input type="checkbox"/> dezinfekce <input type="checkbox"/> léky <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/></p> <p>VĚDOMÍ / KONTAKT</p> <p><input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> spolupracuje</p> <p><input type="checkbox"/> v bezvědomí <input type="checkbox"/> nespolupracuje</p> <p>DÝCHÁNÍ</p> <p><input type="checkbox"/> spontánní <input type="checkbox"/> spontánní s O2</p> <p><input type="checkbox"/> UPV</p> <p>potíže s dýcháním</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> kašel</p> <p><input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nelze zjistit</p> <p>INVAZIVNÍ VSTUPY</p> <p><input type="checkbox"/> PŽK <input type="checkbox"/> PMK</p> <p><input type="checkbox"/> CŽK <input type="checkbox"/> drén</p> <p><input type="checkbox"/> ETK <input type="checkbox"/> dialyzační katétr</p> <p><input type="checkbox"/> TSK <input type="checkbox"/> schunt</p> <p><input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> jiné</p> <p><input type="checkbox"/> NGS</p> <p><input type="checkbox"/> ES</p> <p><input type="checkbox"/> stomie (jajuno, kolono, nefro, epicysto....)</p>	<p>SOBĚSTAČNOST</p> <p><input type="checkbox"/> soběstačný/á <input type="checkbox"/> nesoběstačný/á</p> <p><input type="checkbox"/> soběstačný/á s pomocí</p> <p>BOLEST</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nelze zjistit</p> <p><input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická</p> <p>lokality: </p> <p>intenzita: </p> <p>VÝZNAMNÝ HANDICAP / POMŮCKY</p> <p><input type="checkbox"/> zrak (problém) <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> čočky</p> <p><input type="checkbox"/> sluch (problém) <input type="checkbox"/> naslouchadlo</p> <p><input type="checkbox"/> řeč (problém) <input type="checkbox"/> vozík</p> <p><input type="checkbox"/> ochmutí <input type="checkbox"/> berle / hůl</p> <p><input type="checkbox"/> amputace <input type="checkbox"/> jiné</p> <p><input type="checkbox"/> cizinec <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní</p> <p><input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> nelze zjistit</p> <p>VÝŽIVA / HYDRATACE</p> <p>Problém s výživou:</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nelze zjistit</p> <p>Dietní omezení:</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> jaké</p>	<p>VYPRAZDŇOVÁNÍ</p> <p>Problémy s močením:</p> <p><input type="checkbox"/> ano - jaké: <input type="checkbox"/> nelze zjistit</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p> <p>Problémy se stolicí:</p> <p><input type="checkbox"/> ano - jaké: <input type="checkbox"/> nelze zjistit</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p> <p>Poslední stolice dne: _____</p> <p>KŮŽE</p> <p>Změny na kůži: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> hematomy</p> <p><input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> rána</p> <p><input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> dekubity</p> <p></p> <p>stupeň dekubitu:</p> <p>1. zčervenání</p> <p>2. tvorba puchýřů</p> <p>3. hluboké poškození kůže a tkáně</p> <p>4. dekubitus na kost, nekroza</p> <p>SOCIÁLNÍ PODMÍNKY</p> <p>Bydlí doma sám /a:</p> <p><input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nelze zjistit</p> <p>Je v péči:</p> <p><input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> charita</p> <p><input type="checkbox"/> pečovat. služba <input type="checkbox"/> DD</p> <p><input type="checkbox"/> Kontakt se sociální sestrou: _____</p> <p>Praktický lékař: _____</p>	<p>CIVILNÍ ODEV - osobní věci</p> <p><input type="checkbox"/> sepsáno a ponecháno na pokoji</p> <p><input type="checkbox"/> sepsáno a uschováno na oddělení</p> <p>VNESENÉ VĚCI</p> <p><input type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> LP s NL</p> <p><input type="checkbox"/> inzulinové pero</p> <p><input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> ne</p> <p>CENNOSTI</p> <p><input type="checkbox"/> uloženy do trezoru</p> <p><input type="checkbox"/> odmítá uložit</p> <p>Byl/a jsem poučen/a, že za cenností a finanční hotovost, které neuložím do trezoru, nemocnice neodpovídá.</p> <p>Podpis pacienta: _____</p> <p>JINÁ SDĚLENÍ</p> <p>Podpis sestry: _____</p> <p>datum: _____ čas: _____</p>
<p>štítek</p>			
<p><small>vysvětlivky: PŽK-pearliformní žilní katétr; CŽK-centrální žilní katétr; ETK-endotracheální kanyla; TSK-tracheostomická kanyla; NGS-nasogastrická sonda; ES-enterální sonda; PMK-paramentální močový katétr; Oz - lyseřik</small></p>			

Zdroj: Dokumentace nemocnice Přerov

Hodnotící tabulky

Barthelův test základních všedních činností		Rozšířená stupnice Nortonové				NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ				Součet
Dot.	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	
příjem potravy a tekutin	10 samostatně bez pomoci s pomoci neprovede 0	4 úplná	4 normál.	4 žádné	4 dobrý	4 býlých	4 chodí	4 úplná	4 není	4
oblékání samostatně	10 bez pomoci	3 částičně	3 alergie	3 DM, TTT	3 zhoršený	3 apatický	3 s doprov.	3 částičně	3 občas	3
koupání	5 s pomoci neprovede 0	2 omezená	2 vlhká	2 anemie, kachexie	2 špatný	2 zmatený	2 sedáčka	2 omezená	2 převážně moč	2
osobní hygiena	5 samostatně nebo s pomoci neprovede 0	1 omezená	1 suchá	1 trombóza, obezita	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 velmi omezený	1 moč, stolice	1
kontinence moči	5 samostatně nebo s pomoci neprovede 0	1 žádná	1	1 karcinom	1	1	1	1 omezený	1	1
kontinence stolice	10 plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní 0									
použití WC	10 samostatně bez pomoci s pomoci neprovede 0									
přesun na lůžko – židli	15 samostatně bez pomoci 10 s malou pomocí 5 vydrží sedět neprovede 0									
chůze po rovině	15 samostatně nad 50 m 10 s pomoci 50 m 5 na vozíku neprovede 0									
chůze po schodech	10 samostatně bez pomoci 5 s pomoci neprovede 0									
CELKEM										
Hodnocení stupně závislosti: <input type="checkbox"/> 0 – 40 vysoce závislý <input type="checkbox"/> 45 – 60 závislost středního stupně <input type="checkbox"/> 65 – 95 lehká závislost <input type="checkbox"/> 96 – 100 nezávislý										
I. Malé riziko 25 – 23 Určení nutričního stavu Otázka A: Zhubnul nemocný, aniž by se o to pokoušel? (období posledních 3 měsíců) Ano – jděte na otázku B Ne – jděte na otázku C Neví – jděte na otázku C Otázka B: Nemocný ubyl na váze. 0.5 – 5 Kg 6 – 10 Kg 11 – 15 Kg více než 15 Kg neví Otázka C: Jí v současné době nemocný méně, trpí nechutenstvím? Ne Ano Nutriční skóre: III. Vysoké 18 – 9										
II. Střední 22 – 19 Skóre vyšší než 3. Informuj lékaře a volej NT! Zjištění rizika pádu Pohyb 0 Neomezeny 1 Používá pomůcek 2 Potřebuje pomoc k pohybu 3 Neschopen přesunu Vyprazdňování 0 Nevýžaduje pomoc 1 V anamnéze nykturie/inkontinence 3 Vyžaduje pomoc Medikace 0 Neužívá rizikové léky 1 Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptika, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny antihypertenziv, psychotropní léky Smyslové poruchy 0 Žádné 1 Vizualní, sluchové, smyslový deficit Mentální status 0 Orientován 2 Občasná/hoční desorientace 3 Historie desorientace/demence Věk 0 18 – 65 1 65 a výše Pád v anamnéze 1 Celkové skóre Hodnocení rizika: 0 - 4 bez rizika 5 - 13 střední riziko 14 - 19 vysoké riziko										

Příloha číslo 7 ST_2009_83_TRANSFUZE



TRANSFUZNÍ DENÍK oddělení:

POŘ. Č.	DATUM	JMÉNO A PŘÍJMENÍ	RODNÉ ČÍSLO	KREVNI SKUPINA PACIENT	DRUH TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU	KREVNI SKUPINA TP	ČÍSLO TP	REAKCE	LÉKAŘ	SESTRA

ZKRATKY: TP-transfúzní přípravek

Strana číslo:.....

Zdroj: Dokumentace nemocnice Přerov

Příloha D - Transfúzní přípravky – Průběh transfúze

Jméno: _____	Transfúzní přípravky		Nemocnice Přerov <small>Středomoravská nemocniční Člen skupiny AGEL</small>			
Příjmení: _____	Dvořákova 75, 751 52 Přerov, Telefon: 581 271 111					
R.č.: _____	oddělení: _____	list č.				
Průběh transfúze						
předal:	neuskutečněná transfúze vak č.:		čas odeslání na KB:			
převzal:	datum:					
datum: _____ Čas: _____	důvod nepodání:					
druh přípravku:				datum expirace:		
číslo vaku:				krevní skupina a Rh vaku:		
zajišťovací zkouška (vyš. KS u lůžka)	KS příjemce:		KS vaku:			
biologický pokus:						
podpis lékaře:						
záznamy o transfúzi	čas	TK	P	TT	moč	podpis sestry
začátek						
konec						
potransfúzní reakce, datum a čas hlášení:					podpis lékaře:	
Průběh transfúze						
předal:	neuskutečněná transfúze vak č.:		čas odeslání na KB:			
převzal:	datum:					
datum: _____ Čas: _____	důvod nepodání:					
druh přípravku:						datum expirace:
číslo vaku:						krevní skupina a Rh vaku:
zajišťovací zkouška (vyš. KS u lůžka)	KS příjemce:			KS vaku:		
biologický pokus:						
podpis lékaře:						
záznamy o transfúzi	čas	TK	P	TT	moč	podpis sestry
začátek						
konec						
potransfúzní reakce, datum a čas hlášení:						podpis lékaře:

Verze: 1 - 25

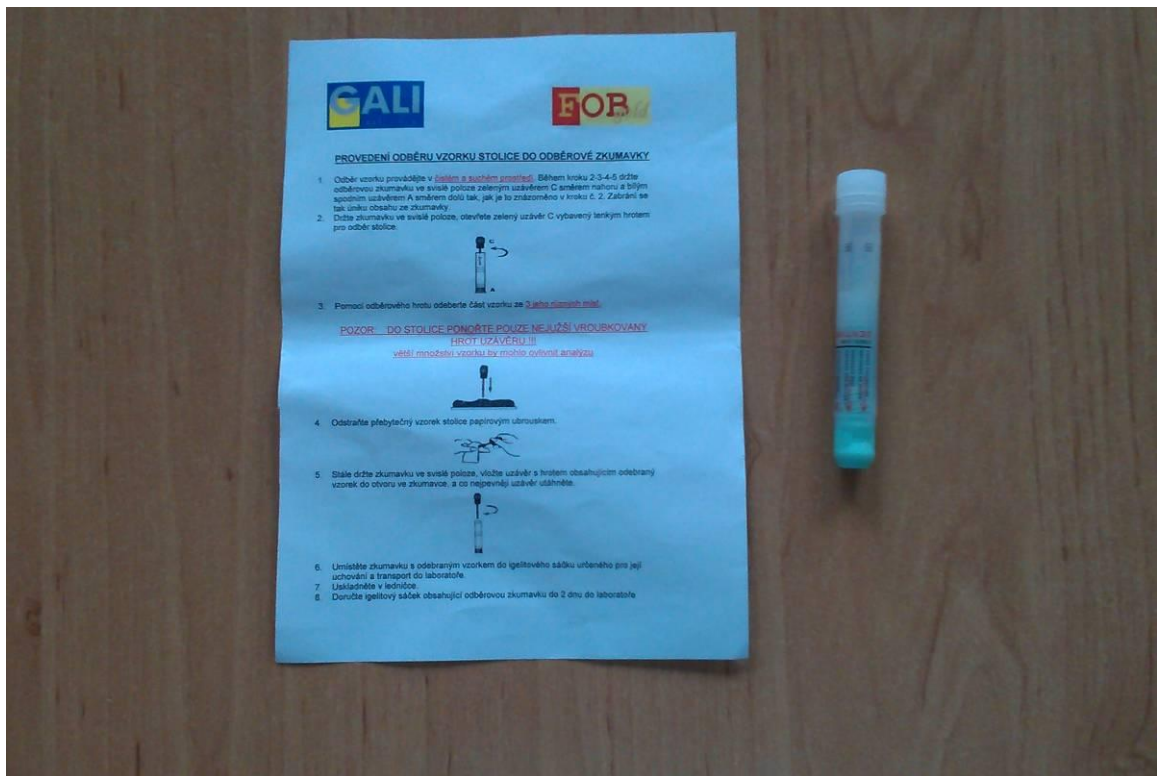
Zdroj: Dokumentace nemocnice Přerov

Příloha E - Krevní konzerva



Vlastní fotoarchív autora

Příloha F - Test na okultní krvácení



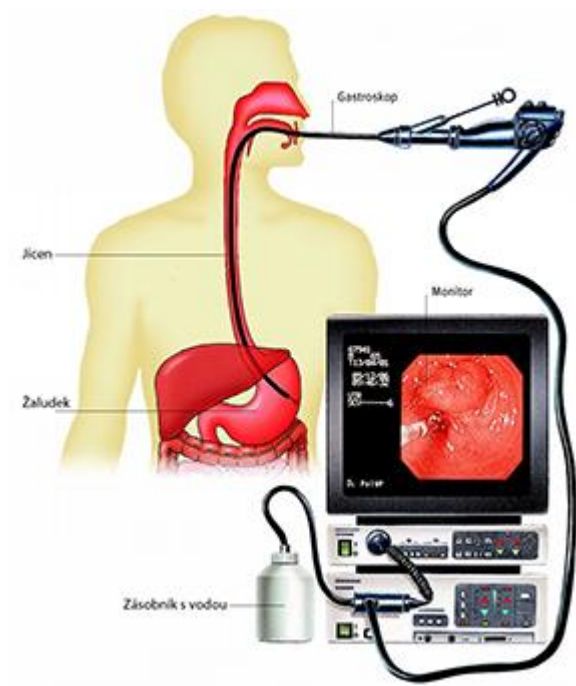
Vlastní fotoarchív autora

Příloha G - Endoskopická ordinace v nemocnici Přerov



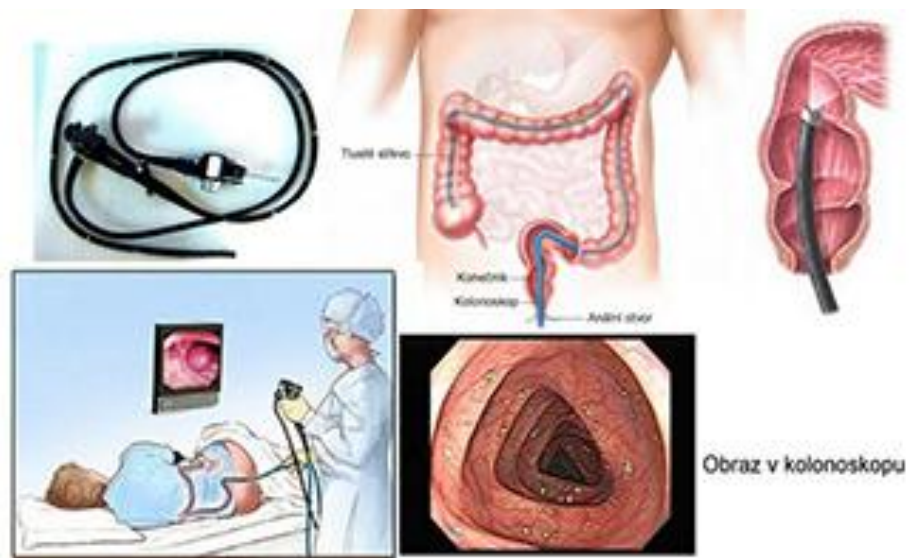
Vlastní fotoarchív autora

Příloha H – Obrázek gastroscopie



Zdroj: Všeobecný praktický lékař MUDr. Seidl Jakub [online], citováno 9. 5. 2013

Příloha I - Obrázek kolonoskopie



Zdroj: Všeobecný praktický lékař MUDr. Seidl Jakub [online], citováno 9. 5. 2013

Příloha J – Hodnocení bolesti dle FLACC škály

Facies, leg, activity, cry, consolability (FLACC škála)

	0	1	2
Tvář	žádný zvláštní výraz nebo smích	občas grimasy nebo zamračenost, nezáměr	časté zamračení, zatínání čelisti, chvějící se brada
Končetiny	relaxované, ve fyziologické poloze	nepokoj, tenze	kopání, natahování končetin
Aktivity	ticho, leží, pohyby jsou lehké	kroucení se, otáčení na břicho a záda, tenze	stáčené se do opistotonu, rigidita, křeče
Křik/pláč	pláč není přítomný	stonání, občasné nařikání	stálý pláč, výkřiky, vzlykání, časté stížnosti
Utišitelnost	spokojenost, relaxace	upokojení po pohlazení, objatí, promluvení	obtížné utěšení

Hodnocení:

- 0 = relaxace a komfort
- 1 – 3 = mírný dyskomfort
- 4 – 6 = střední bolest
- 7 – 10 = silná bolest, dyskomfort

Zdroj: Dokumentace nemocnice Přerov

Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

Ostrava 1, Prokešovo nám. 9, poštovní schránka 100, PSČ 728 00



Číslo rešerše: III - 6944
Název rešerše: Krvácení do gastrointestinálního traktu
Jazykové omezení: čeština, slovenština, angličtina
Časové omezení: 2003 - 2013
Počet záznamů: 46 článků, 2 knihy
Naše značka: MSVK/00772/2013/1/CD
Vyřizuje: Mgr. Kateřina Sisková, oddělení bibliografie
Datum: 16. 4. 2013

U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz

http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní výpůjční služby v naší knihovně).

U článků je nutné vyhledat celý časopis.

Články:

1.

TI: Duodenal gastrointestinal stromal tumor presenting with acute upper gastrointestinal bleeding treated with segmental resection

AU: Ioannidis, O. - Iordanidis, F. - Fidanis, T. - Chatzopoulos, S. - Kotronis, A. - Paraskevas, G. - Konstantara, A. - Papadimitriou, N. - Makrantonakis, A. - Kakoutis, E.

**CI: Klinická onkologie, Roč. 25, č. 2 (2012), s. 130-134, ISSN 0862-495X -
Literatura 18**

LI: www.linkos.cz/casopis-klinicka-onkologie/archiv/

AB: Předpokládá se, že gastrointestinální stromální tumory (GIST) vznikají z Cajalových intersticiálních buněk nebo jejich prekurzorů a jsou definovány expresí c-kit proteinu (CD117), která je pozitivní v 95% případů. Jedná se o vzácné mezenchymální nádory, které však jsou nejčastějšími mezenchymálními nádory zažívacího traktu. Většinou se vyvíjejí v žaludku a tenkém střevě, vzácněji pak v rektu, tlustém střevě, jícnu a mezenteriu, přičemž pouze 3-5 % všech GIST postihuje duodenum. Mezi příznaky patří časná nasycení, dysfagie, nadýmání, bolest břicha a krvácení do zažívacího traktu, buď akutní, nebo chronické. Hlavním terapeutickým postupem u lokalizovaného, nemetastazujícího a resekovatelného GIST zůstává chirurgické řešení. Popisujeme případ pacienta s gastrointestinálním stromálním tumorem třetího oddílu duodena, který se projevoval akutním krvácením do horního zažívacího traktu a byl léčen klínovitou resekci duodena.

DE: gastrointestinální stromální nádory - diagnóza, chirurgie, komplikace ; duodenum - nádory - diagnóza, etiologie, komplikace ; intersticiální cajalovy buňky - patologie ; popis nemoci ; gastrointestinální hemoragie - diagnóza, etiologie, komplikace ; tomografie rentgenová počítačová - metody, využití ; angiografie - metody, využití ; laparotomie - metody, využití ; histologické techniky - využití ; komorbidita ; hypertenze - farmakoterapie ; diabetes mellitus - farmakoterapie ; biologické markery ; trávicí systém - chirurgické výkony - metody, využití ; piperaziny - terapeutické užití ; pyrimidiny - terapeutické užití ; mužské pohlaví ; staří ; lidé ; angiografie ; krvácení ; duodenum ; gist ; kazuistiky