

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S VŘEDOVOU CHOROBOU GASTRODUODENA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA VONDRÁČKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Vlastimila Břízová

Praha 2013

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

podpis

ABSTRAKT

VONDRÁČKOVÁ, Martina. *Ošetrovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou gastroduodena*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Vlastimila Břízová. Praha. 2013.

Hlavním tématem bakalářské práce je vředové onemocnění žaludku a duodena a ošetrovatelská péče o pacienta s tímto onemocněním. Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část pojednává o etiologii vzniku, projevech, diagnostice a léčbě. Včasná diagnostika vede k určení správné diagnózy a zahájení včasné léčby. Cílem bakalářské práce je komplexní zpracování medicínské a ošetrovatelské problematiky léčby vředové choroby gastroduodena.

Praktická část obsahuje jednotlivé kroky ošetrovatelského procesu. Cílem praktické části bakalářské práce je navrhnout individuální plán ošetrovatelské péče s ohledem na holistickou péči za využití koncepčního modelu Virginie Hendersonové. Ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny podle NANDA domén a seřazeny podle priorit.

Klíčová slova

Gastroskopie. *Helicobacter pylori*. Nesteroidní antirevmatika. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

VONDRÁČKOVÁ, Martina. *Nursing Process for Patients with Gastroduodenal Ulcerous Disease*. The College of Nursing, o.p.s. Qualification degree: Bachelor. Thesis manager: Mgr. Vlastimila Břízová. Praha 2013.

The main theme of my thesis is Gastroduodenal ulcerous disease and nursing care of patients with this disease. The thesis consists of two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with etiology, manifestations, diagnostics and therapy. Well-timed diagnostics leads to determination of the right diagnose and initiation of well-timed treatment. The purpose of this thesis is complex processing of medical and nurse matters of Gastroduodenal ulcerous disease treatment.

The practical part contains single steps of nursing process. The purpose of the practical part is to design an individual plan of nursing care considering holistic care by using the concept model from Virginia Henderson. Nursing diagnosis are specified according to NANDA domains and sorted according to the priority.

Key words

Gastroscopy. *Helicobacter pylori*. Non-steroidal anti-inflammatory drugs.
Nursing care.

PŘEDMLUVA

Životní styl má každý člověk jiný. Nedílnou součástí nás všech je přítomnost stresu, zejména z důvodu nedostatku času. Mladí lidé upřednostňují budování kariéry, před zdravým stylem života. Často tak dochází k zanedbávání pravidelných návštěv u praktického lékaře a samoléčba běžných bolestí nesteroidními antirevmatiky, které patří do rizikové skupiny léků, jež mohou způsobovat vředové onemocnění gastroduodena.

Tato práce vznikla ve snaze komplexně charakterizovat vředové onemocnění gastroduodena s vypracováním ošetrovatelského procesu na konkrétním pacientovi. Nedílnou součástí práce jsou vyšetřovací metody a samozřejmě výčet komplikací tohoto onemocnění, na základě kterých se pacient nejčastěji přijímá k hospitalizaci do nemocnice.

Výběr tématu byl zvolen na základě stále se zvyšujícímu počtu hospitalizovaných pacientů na chirurgickém oddělení, kde pracuji. Toto uvědomění mě vedlo k bližšímu prostudování onemocnění se zaměřením na prevenci. Podklady k vytvoření této práce jsem čerpala z knižních pramenů a pacientovy dokumentace.

Práce je určena všem studentům zdravotnických škol, ale i zdravotním sestřím, které si chtějí doplnit znalosti a osvojit ošetrovatelské postupy u tohoto onemocnění.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Vlastimile Břízové, za podnětné rady. Dále bych ráda poděkovala mojí rodině za podporu a trpělivost kterou mi prokázali za dobu mého studia a při zpracovávání této práce.

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1. Historický úvod.....	10
2. Vředová choroba žaludku a duodena.....	12
2.1 Klasifikace	12
2.2 Etiologie a patogeneze	13
2.3 Helicobacter pylori	15
2.4 Nesteroidní antiflogistika (NSA)	16
2.5 Potravinové faktory.....	16
2.6 Klinický obraz.....	17
2.7 Diagnostika	18
2.7.1 Fyzikální vyšetření.....	19
2.7.2 Laboratorní vyšetření.....	20
2.7.3 Rentgen žaludku	20
2.7.4 Ultrasonografie	20
2.7.5 Diagnostické testy na průkaz infekce Hp	20
2.8 Gastroskopie	21
2.8.1 Historie endoskopie	22
2.8.2 Příprava pacienta k vyšetření.....	22
2.8.3 Kontrola laboratorních výsledků	23
2.9. Konzervativní terapie.....	23
2.10 Chirurgická terapie	24
3. Farmakoterapie vředové choroby gastroduodena	26
3.1 Blokátory H ₂ receptorů	26
3.2 Antacida	27
3.3 Inhibitory protonové pumpy (IPP).....	27
3.4 Sukralfát.....	28
3.5 Prokinetika	28
3.6 Eradikace H. pylori	28
4. Komplikace vředové choroby	30
4.1 Perforace vředu	30
4.2 Penetrace vředu.....	30

4.3 Krvácení.....	31
4.4 Pylorostenóza.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST	33
5. Anamnéza	33
5.1 Stav při přijetí	33
6. Zhodnocení pacienta dle modelu Virginie Hendersonové.....	35
6.1 Základní screeningové vyšetření sestrou	38
6.2 Analýza informací.....	40
7. Průběh hospitalizace	41
7. 1 První den hospitalizace	41
7.2 Druhý den hospitalizace.....	43
7.3 Pátý den hospitalizace.....	43
8. Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA domén.....	45
9. Edukační záznam	52
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	55
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
SEZNAM PŘÍLOH.....	60

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

b.p.n.	-	bez příznaků nemoci
BMI	-	index tělesné hmotnosti
CNS	-	centrální nervová soustava
COX	-	cyklooxygenáza
DK	-	dolní končetina
FR	-	fyziologický roztok
GCS	-	glasgow coma scale
h.n.	-	hlavový nerv
HCl	-	kyselina chlorovodíková
HK	-	horní končetina
Hp	-	Helicobacter pylori
i.m.	-	intramuskulárně
i.v.	-	intravenózně
IPP	-	inhibitory protonové pumpy
KNL	-	Krajská nemocnice Liberec
NPO	-	nic per os
NSA	-	nesteroidní antirevmatika
P	-	pulz
p.o.	-	per os
pH	-	potenciál vodíku
PVK	-	periferní venózní katetr
RTG	-	rentgen
RZS	-	rychlá záchranná služba
s.c.	-	subkutánně
SOP	-	standard ošetrovatelské péče
SpO2	-	saturace krve kyslíkem
tbl	-	tableta
TEN	-	tromboembolická nemoc
TK	-	krevní tlak
VAS	-	vizuální analogová škála bolesti

ÚVOD

Vředové onemocnění žaludku a duodena je jednou z nejčastějších onemocnění trávicího traktu a často přechází do chronicity. Nelze určit přesnou prevalenci, ale odhaduje se, že postihuje přibližně 10% populace. Onemocnění vředovou chorobou je běžné v dospělém věku, může se ale projevit i u dětí. Ve stáří se jedná spíše o sekundární vznik vředů ve spojitosti s jiným onemocněním. Vředová choroba je psychosomatické onemocnění, na jehož vzniku se dále podílí rizikové skupiny léků a *Helicobacter pylori*.

Cílem této bakalářské práce je charakterizovat vředové onemocnění gastroduodena, a vypracovat ošetrovatelský proces. Za důležitý považuji holistický přístup k pacientovi. Snažila jsem se respektovat jeho biologickou, psychickou, sociální i spirituální složku.

Práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické práci je popsáno samotné onemocnění včetně informací z historie, etiologie vzniku onemocnění, projevy vředové choroby, nejčastější diagnostické metody, léčba a komplikace onemocnění. Nedílnou součástí je také kapitola o rizikových lécích, jejichž užívání může vést ke vzniku vředové choroby žaludku a duodena. V praktické části je vytvořen ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta, který byl hospitalizován následkem komplikací vředové choroby. K posouzení stavu pacienta byl použit model V. Henderson. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny sestrou na základě vyjádření, nebo zjištění potřeby pacienta ve 14 oblastech a vypracovány dle NANDA domén.. Součástí praktické části je také edukační záznam a doporučení pro praxi.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Historický úvod

V 19. století byl vřed dvanáctníku považován za relativně vzácné onemocnění, nad nímž žaludeční vřed nápadně převládal. Žaludeční vřed poprvé patologickoanatomicky popsal v r. 1835 Cruveilhier. Název peptický vřed pochází z r. 1882 od Quinckeho. Onemocnění bylo časté zejména u žen mladších 30 let s nízkou životní úrovní (MAŘATKA, 1999, s. 143).

V r.1907 si Moynihan jako chirurg správně povšiml, že dvanáctníkové vředy operuje buď ve fázi, kdy je již zřetelně vytvořena vředová léze, nebo v době, kdy vřed není přítomen, avšak sliznice bulbu je zarudlá a zduřelá. Jednalo se o různá stádia vředové choroby, jak bylo možné definitivně posoudit až při zavedení endoskopických technik (MAŘATKA, 1999, s. 143).

Zásadní význam v diagnostice vředové choroby mělo ve své době rentgenové vyšetření, které po relativně dlouhou dobu figurovalo jako jediné vyšetření umožňující stanovit diagnózu. K zásadnímu pokroku v diagnostice peptického vředu došlo v souvislosti s rozvojem endoskopických metod (MAŘATKA 1999, s 143).

Na začátku české gastroenterologie stojí Jiří Procháska (1749 – 1820), profesor anatomie, fyziologie a očního lékařství v Praze a dále také ve Vídni. Studoval mj. průběh žaludečního a střevního trávení a upozornil na funkční souvislost žlučové a pankreatické sekrece, která společně vtéká do duodena, aby mohla připravit tráveninu ke vstřebání. Správně popsal funkci žaludku. Jan Ev. Purkyně (1787 – 1869) se věnoval dysfagii, pyróze, regurgitaci, refluxu a poruše kompetence kardiie. Ukázal také mikroskopickou strukturu žaludeční sliznice, ve které popsal žaludeční žlázy a správně usoudil, že peptické trávení probíhá za fyziologických podmínek pouze v žaludku a ve střevě že probíhají procesy jiného druhu. Josef Thomayer (1853 – 1927) se podrobně věnoval žaludeční bolesti a dyspepsii. Jedním z našich prvních gastroscopistů byl profesor Karl Herfort (1906), který založil ve fakultní poliklinice gastroenterologickou a

endoskopickou školu se všemi odvětvími sugestivní endoskopie. Zdeněk Mařatka jako první u nás upozornil na význam žaludeční biopsie u chronické gastritidy. (MAŘATKA, 1999, s. 1 – 8)

2. Vředová choroba žaludku a duodena

Vředové onemocnění žaludku a duodena patří mezi velmi častá onemocnění zažívacího traktu a většinou má chronický, recidivující charakter. Nelze určit přesnou prevalenci ale předpokládá se, že toto onemocnění postihuje přibližně 10 % populace (DÍTĚ, 2000, s.17).

Onemocnění vředovou chorobou je běžné v dospělém věku, u dětí je vzácnější. V seniu dochází spíše ke vzniku sekundárních vředů v souvislosti s jiným onemocněním nebo jeho léčbou. Pacientů s vředovou chorobou gastroduodena tedy přibývá s věkem. Může to být způsobeno rostoucím procentem pacientů infikovaných *Helicobacter Pylori* (Hp) nebo poklesem účinnosti ochranných faktorů v žaludku, ale také užíváním ulcerogenních léků (KOHOUT, 2005, s. 11 – 15).

Vředové onemocnění žaludku a duodena je typické pro oblasti s vyšším procentem infikovaných Hp, naopak v populacích, kde je promoření Hp nízké, je velmi malá prevalence peptických vředů – např. australští domorodci či Eskymáci (KOHOUT, 2005, s.11 – 15, DÍTĚ, 2000, s.17).

„V naší populaci se odhady incidence infekce Hp pohybují mezi 60 – 80%, údaje o četnosti výskytu peptických vředů nejsou uváděny (KOHOUT, 2005, s. 15).“ Výskyt onemocnění je často spojován se stresujícím zaměstnáním, kouřením, užíváním nesteroidních antirevmatik, ale také je pro ni typický sezónní výskyt. S postupným nástupem metody eradikace Hp se ovšem výskyt a průběh onemocnění mění (KOHOUT, 2005, s.15 – 16)

2.1 Klasifikace

Peptický vřed můžeme rozdělit na **primární** (Vředové onemocnění žaludku a duodena, kdy hlavní patogenetickou roli zastává *H. pylori*) a **sekundární** (vznik vředového onemocnění v souvislosti s jinou známou příčinou). Rozlišujeme vředy žaludeční – **gastrické** a vředy dvanáctníku – **duodenální**, obecně se ale peptický vřed může objevit ve všech oblastech kde je přítomna kyselina chlorovodíková. V žaludku rozlišujeme peptické vředy na vředy subkardiální, vředy fornixu, vředy těla žaludku,

vředy antrální a vředy pylorického kanálu. V duodenu se vředy rozlišují na vředy bulbu duodena a vředy v dalších částech duodena (KOHOUT, 2005, s.14 – 15).

V jícnu hovoříme o vředu **junkčním**, který se vyskytuje v oblasti přechodu dlaždicového epitelu jícnu a cylindrického epitelu žaludeční sliznice – zóna junkce, nebo o vředu **Barrettově**, který se vyskytuje v oblasti metaplazie cylindrického epitelu do oblasti jícnu. Při zvýšené produkci HCl (kyselina chlorovodíková) se mohou peptické vředy objevit ve větším množství v oblasti distálního duodena nebo v orálních úsecích jejunu a to především při Zollingerově-Ellisonově syndromu. Peptický vřed může také vzniknout kdekoliv, kde na podkladě heterotopie žaludeční sliznice dochází k produkci HCl – např. v oblasti Meckelova divertiklu, nebo kam se HCl dostává – cestou gastroenteroanastomózy nebo gastrokolické píštěle (KOHOUT, 2005, s.14 – 15).

Bulbitida patří mezi netypické vředové léze. Svou symptomatologií i komplikacemi je ekvivalentní k vředovému onemocnění duodena, při histologickém vyšetření se rovněž setkáváme s přítomností *H. pylori* (DÍTĚ, 2000, s. 38).

Obrovské vředy dvanáctníku jsou nejčastěji prokázány u starších pacientů a svou velikostí mohou postihnout až celou stěnu bulbu duodena (DÍTĚ, 2000, s. 38).

Stresové vředy byly poprvé popsány již v minulém století u těžce popálených pacientů. Později byl jejich vznik pozorován v souvislosti s těžkými traumaty a stresem. Základní mechanismus vzniku u stresových vředů je ischemie, nikoliv přítomnost HCl (DÍTĚ, 2000, s. 39 – 40).

2.2 Etiologie a patogeneze

Etiologie vředové choroby je multifaktoriální, avšak za hlavní příčinu vzniku vředové choroby gastroduodena je považována nerovnováha mezi přítomností protektivních, a agresivních faktorů v žaludku. Onemocnění vředovou chorobou je následkem nerovnováhy mezi faktory protektivními a agresivními (DÍTĚ, 2000, s.18). Mezi agresivní faktory patří kyselina chlorovodíková, žluč a pankreatické enzymy, peptická aktivita žaludečního sekretu, *Helicobacter pylori*, medikamentózní vlivy,

kouření, porucha cirkulace a mikrocirkulace a některá dráždivá jídla. Kyselý žaludeční sekret, který je aktivován kyselinou chlorovodíkovou a nízkým žaludečním pH je považována za jeden z nejdůležitějších agresivních činitelů („Není kyselina, není vřed“ pronesl Schwarz v roce 1910). Protektivní faktory zahrnují alkalitu slin, pankreatické šťávy, vrstvu hlenu na žaludeční sliznici, bikarbonáty v žaludečním sekretu, endogenní prostaglandiny, regenerační schopnost buněk a samozřejmě antiulcerózní medikace (KOHOUT, 2005, s. 17).

Nejdůležitějším agresivním činitelem je působení kyselého žaludečního sekretu, který může natrávit vlastní sliznici, pokud tomu projektivní činitelé nezabrání. Pokud takto vzniklá léze nepřesáhne svalovou vrstvu sliznice, označuje se jako eroze, hlubší poškození – i přes svalovou vrstvu nazýváme vředem. Vlastní vznik vředu je podmíněn tzv. lokálním Schwartzmanovým fenoménem, při kterém dochází na podkladě převahy agresivních činitelů nejprve k poškození sliznice dále ke zpětné difúzi iontů vodíku a pak aktivaci žírných buněk. Na podkladě působení histaminů dochází v kapilárním řečišti ke vzniku mikrotrombů, což vede k poruše cirkulace a následné lokální hypoxii. Takto oslabená sliznice snadno podlehne natrávení a dochází ke vzniku vlastního vředového defektu (KOHOUT 2005, s.16 – 18).

Dostatečná tvorba prostaglandinů patří k hlavním protektivním činitelům. Prostaglandiny vznikají společně s prostacyklinem I₂ a tromboxanem z kyseliny arachinodové působením enzymu COX (Cyklooxygenázy). Při podávání nesteroidních antirevmatik, jejichž účinek spočívá v blokaci COX dochází ke snížení tvorby prostaglandinů a následně snížení odolnosti sliznice (KOHOUT 2005, s.16 – 18).

Za vředovou chorobu žaludku a duodena označujeme peptické vředy, u kterých dříve nebyla nalezena jednoznačná příčina. Za hlavního etiologického činitele můžeme označit *Helicobacter Pylori* (KOHOUT, 2005, s. 18).

Sekundární peptické vředy mají známou příčinu, může ale nemusí být prokázáno osídlení *Helicobacter Pylori*. Infekce Hp nemá příčinnou souvislost. Příčiny sekundárních vředů mohou být endokrinopatie (Zollingerův-Ellisonův syndrom, hyperparathyreóza, mnohočetná endokrinní adenomatóza), medikamentózní (vysoké

dávky kortikosteroidů, NSA) a působení stresu (popáleniny – Curlingův vřed, poškození CNS – Cushingův vřed) (KOHOUT, 2005, s. 18).

2.3 *Helicobacter pylori*

H. pylori je v populaci velmi rozšířenou bakterií. Ve vyspělých zemích může být ve věku 60-ti let infikováno více jak polovina populace, její výskyt je silně podmíněn socioekonomickým postavením (KYZEKOVÁ, 1998, s. 30).

H. pylori je spirálovitá, gramnegativní tyčinka, která je vybavena 4 až 6 opouzdřenými bičíky. Tento neinvazivní patogen, žijící pod vrstvou žaludečního hlenu vyvolává zánětlivé a destrukční změny na epitelových buňkách žaludeční sliznice. Příčina, proč se organismus nemůže *H. pylori* zbavit spočívá v její schopnosti zachytit se pouze na buňkách žaludečního epitelu, které produkují žaludeční hlen. V těchto místech si pro sebe zabírá mikroaerofilní a pH neutrální prostředí na pomezí mezi sliznicí a lumen. To má za následek, že *H. pylori* zůstává mimo vlastní organismus a neproniká do nitra tkání (KYZEKOVÁ, 1998, s. 30).

H. pylori je pohyblivý pomocí bičíků a díky své motilitě a také spirálovitému tvaru je schopen si prorazit cestu a usídlit se pod vrstvou žaludečního hlenu. Přilnavost k membránám epitelových buněk je zajištěna pomocí adhezivních proteinů (KYZEKOVÁ, 1998, s. 30). „O tom, jak těžké bude zánětlivé poškození žaludeční mukózy a jaké bude mít následky pro hostitele, rozhoduje kromě jiného i virulence *H. pylori* (KYZEKOVÁ, 1998, s. 30).“

Zdrojem infekce nejsou pouze lidé, ale také domácí zvířata, zejména psi a kočky, ale také kontaminovaná voda (studny). Nejpravděpodobnější cestou přenosu infekce je z osoby na osobu a to interorální cestou. K nákaze může dojít v rodinách, ve větších kolektivech, ale také u zdravotnických pracovníků při manipulaci s histologickým materiálem získaných ze žaludeční sliznice infikovaných osob (KYZEKOVÁ, 1998, s. 36).

2.4 Nesteroidní antiflogistika (NSA)

Za nesteroidní antiflogistika považujeme látky, které mají účinek antiflogistický, analgetický, ale také antipyretický. NSA jsou nejčastěji využívány v léčbě bolestivých a zánětlivých stavů pohybového ústrojí. Komplexním mechanismem inhibují syntézu prostaglandinů a leukotrientů, mají však řadu dalších farmakologických účinků, které nejsou zprostředkovány blokováním syntézy prostaglandinů. Nejdůležitějším jejich účinkem je však inhibice enzymu cyklooxygenázy (COX), který existuje ve dvou formách jako COX-1 a COX-2. COX-1 zajišťuje fyziologickou syntézu prostaglandinů pro zachování integrity organismu, a to zejména žaludeční cytoprotekci, cévní homeostázu a funkci ledvin. COX-2 zodpovídá za syntézu protizánětlivých prostaglandinů (ŠPIČÁK et al., 2008, s.121 – 123).

Odborníci se domnívají, že celosvětově užívá NSA pravidelně nejméně 30 milionů lidí. V České republice jeden praktický lékař registruje v průměru 200 pacientů se zánětlivým nebo degenerativním onemocněním, z nichž polovina užívá NSA více než 2 měsíce v roce (ŠPIČÁK et al., 2008, s.122).

Nejčastějšími a také nejzávažnějšími vedlejšími projevy jsou toxické účinky na gastrointestinální trakt, přičemž první zpráva, že aspirin může způsobit peptickou ulceraci pochází již z roku 1938. Až u 30% pacientů musí být léčba NSA přerušena pro vedlejší účinky této léčby (ŠPIČÁK et al., 2008, s.122 – 123).

2.5 Potravinové faktory

Alkohol. Byla prokázána spojitost mezi akutním slizničním poškozením a alkoholem, avšak jeho účast v etiologii peptického vředu je kontroverzní. Podle některých autorů má malá dávka alkoholu dokonce hojivý účinek, podle jiných naopak škodí. Obecně je alkohol považován za slabý etiologický faktor, ovšem ve spojitosti jinými faktory, např. užívání NSA se stává faktorem silným (MAŘATKA, 1999, s. 148).

Káva. Káva vředové léze přímo nevyvolává, avšak u citlivých jedinců způsobuje dyspepsii a zhoršuje příznaky vředu. Nezávisle na kofeinu káva také zvyšuje

kyselou žaludeční sekreci a stimuluje uvolňování hormonu gastrinu, proto by neměla být doporučována pacientům s vředovým onemocněním (MAŘATKA, 1999, s. 148).

Pepř a koření. Ulcerogenní efekt pepře a různého koření byl dlouho zvažován. Studie z Nigerie poukazuje na nepříznivý účinek chilli koření, naopak červený pepř, obsahující kapsaicin, který zvyšuje prokrvení žaludeční sliznice může mít cytoprotektivní účinek (MAŘATKA, 1999, s. 148).

Hrubá vláknina. Zprávy o preventivním účinku stravy bohaté na hrubou vlákninu na opětovný výskyt vředové choroby nebyly potvrzeny. Bylo ale zjištěno, že pšeničné otruby obohacené vlákninou výrazně snižují žaludeční kyselost i koncentraci pepsinu a proloužují vyšší intragastrické pH po jídle (MAŘATKA, 1999, s. 148).

2.6 Klinický obraz

Průběh onemocnění je odlišný u žaludečního a jiný u dvanáctníkového vředu. **Subjektivní obtíže** zahrnují širokou škálu projevů od průběhu asymptomatického až k projevům pro vředové onemocnění typickým (KOHOUT, 2005, s.22).

Žaludeční vřed se často projeví bolestmi břicha, které jsou nejčastěji v oblasti pod keříkovitým výběžkem hrudní kosti. Umístění vředu prozradí závislost bolesti na jídle. U pacientů se subkardiálním vředem začíná bolest ihned po jídle, zatímco u vředu žaludečního těla za 30 minut až 1 hodinu po jídle. Pokud je vřed lokalizován v pyloru, či ve vývodné části žaludku, jsou projevy podobné vředu bulbu duodena. Bolest tedy není vázaná na jídlo, objeví se spíše na lačno a po jídle vymizí. Pacienti trpící vředovým onemocněním žaludku často trpí nauseou, nechutenstvím a v některých případech i zvracením. Vřed umístěn v pylorickém kanále se může projevovat příznaky pylorostenózy či pylorospasmu, tzn. vede k městnání obsahu žaludku a zvracení velkého objemu tekutin nebo špatně strávené potravy (KOHOUT, 2005, s. 22).

Bolest v epigastriu, či pod pravým žeberním obloukem je dominantním příznakem u pacientů s **dvanáctníkovým vředem**. Bolest se vyskytuje nalačno, často ve spánku a ustupuje po požití potravy, což vede k přibírání na váze, jelikož pacienti

jsou nuceni opakovaně jíst aby zahnali bolest. Intenzivní bolest se projeví po požití bílého vína, alkoholu, dráždivých a kořeněných jídlech ale také černé kávy. U vředové choroby duodena je bolest epizodická a v průběhu relapsů může kolísat. Objevuje se z pravidla několikrát do roka a trvá 1 – 2 týdny. Mezi další možné příznaky patří zvracení kyselých šťáv, pálení žáhy, únava a zácpa (KOHOUT, 2005, s. 23, LUKÁŠ et al. 2007, s. 100).

Objektivní příznaky u nekomplikovaného průběhu onemocnění bývají velmi chudé. Jediným objektivním příznakem může být lehká palpační citlivost a bolestivost epigastria nebo pravého hypochondria a to bez výraznější propagace, nemění se s dýchacími exkurzemi. U některých pacientů může být zvýšená neurovegetativní dráždivost, projevující se zvýšenou potivostí rukou a nohou (KOHOUT, 2005, s. 23).

U pylorického vředu se může objevit gastrektazie s typickým poslechovým nálezem – šplouchání tekutiny při pohybu žaludkem (KOHOUT, 2005, s. 23).

2.7 Diagnostika

Vředovou chorobu diagnostikujeme pomocí níže uvedených vyšetřovacích metod.

Ve výpovědi pacienta, neboli **anamnéze**, je důležitou součástí dotaz na požívání alkoholu, kouření, případně jiné toxikomanie. V **lékové anamnéze** se zaměříme na všechny léky, které pacient užívá, zaměříme se na četnost užívání NSA. **Rodinná anamnéza** uvádí onemocnění, která se vyskytují u blízkých příbuzných nemocného. **Pracovní a sociální anamnéza** doplňuje nezbytnou charakteristiku prostředí, ve kterém pacient žije (LUKÁŠ et al., 2005, s. 46 – 48).

V odběru speciální anamnézy se zaměříme na **subjektivní potíže**. V případě, že pacient udává bolest, ptáme se na lokalizaci, charakter bolesti, délku trvání, po čem dochází k úlevě a na intenzitu bolesti. Přihlédneme také k dalším obtížím, jako např. dyspepsie, anorexie, nevolnost, meteorismus, průžnost, obtíže defekace a emesis (LUKÁŠ et al., 2005, s. 46 – 48).

2.7.1 Fyzikální vyšetření

Ve fyzikálním vyšetření si nejprve povšimneme duševního stavu (stav vědomí, hlas, řeč a orientace místem, osobou a časem), a pak vyšetřujeme jednotlivé tělesné partie pomocí vyšetřovacích metod (pohled, poslech, poklep a pohmat) (LUKÁŠ et al., 2005, s. 48).

Při celkovém posouzení tělesného stavu si všímáme tělesné polohy, vzrůstu, celkové hybnosti a pohybu končetin, hmotnosti, stavu výživy a zbarvení kůže a sliznic. Klíčovým vyšetřením u pacienta s gastroenterologickými příznaky je vyšetření břicha přičemž nejdůležitější metodou je palpace (LUKÁŠ et al., 2005, s. 49).

Pohled na břicho může ukázat břicho vystupující nad úroveň hrudníku, což může signalizovat nádor, cystu nebo ascites. Na velmi hubeném břiše můžeme pozorovat pohyb střevních kliček, a to zejména při překážce ve střevním průchodu (LUKÁŠ et al., 2005, s. 49).

Poklep břicha nás informuje o plyné náplni v trávicím ústrojí nebo o přítomnosti volné tekutiny v dutině břišní. V takových případech je zvuk vyvolaný poklepem na břicho diametrálně odlišný. Bolestivost při poklepu je varovným signálem možnosti dráždění peritonea. Poklepem také určujeme hranice jater a jiných útvarů bez plynové náplně jako např. nádory nebo cysty (LUKÁŠ et al., 2005, s. 49).

Pohmat je nejdůležitější metodou fyzikálního vyšetření břicha, přičemž správné zhodnocení nálezu vyžaduje velkou zkušenost. Pohmatem určujeme dolní okraj jater, zvětšení sleziny nebo přítomnost rezistencí v dutině břišní. Významným projevem při pohmatu je palpační bolestivost, která je také velmi častým projevem onemocnění v dutině břišní (LUKÁŠ et al., 2005, s. 49).

Poslech provádíme pomocí fonendoskopu. Při poslechu břicha slyšíme přelévání obsahu a škroukání, zvuky vyvolané tekutinou ve střevních kličkách. Nepřítomnost těchto zvuků může značit ztrátu peristaltiky (LUKÁŠ et al., 2005, s. 49 – 50).

Vyšetřením per rectum posuzujeme přítomnost patologických útvarů, změny prostaty nebo hmatný děložní čípek. Zbytek stolice na prstě může prokázat přítomnost krve (LUKÁŠ et al., 2005, s. 50).

2.7.2 Laboratorní vyšetření

U nekomplikovaného vředu nejsou laboratorní vyšetření příliš směrodatná. Vyšetřením protilátek proti *H. pylori* můžeme pouze prokázat infekci *H. pylori*, ne však onemocnění vředovou chorobou. Dříve prováděné vyšetření žaludečního chemismu by mohlo mít význam při diagnostice Zollingerova-Ellisonova syndromu (KOHOUT, 2005, s. 24).

2.7.3 Rentgen žaludku

Rentgenové vyšetření žaludku po aplikaci kontrastní látky byl po dlouhá léta jedinou diagnostickou metodou k vyvrácení nebo potvrzení žaludečního nebo dvanáctníkového vředu. Nevýhodou tohoto vyšetření byla nízká diagnostická výtěžnost (KOHOUT, 2005, s. 24). „Základem je naplnění žaludku kontrastní hmotou, dávající na štítu nebo na snímku obraz naplněného žaludku; vřed se zobrazí při bočním pohledu jako hrotitý, plochý, nebo různě hluboký až knoflíčkovitý výběžek přesahující obrys žaludku (VESELÝ, 1972).“ V současnosti zůstává RTG vyšetření základním pouze pro nepatrnou část pacientů, kde je endoskopické vyšetření kontraindikováno, nebo u nespolupracujících pacientů, s neadekvátní reakcí i přes základní premedikaci (MAŘATKA, 1999, s. 152).

2.7.4 Ultrasonografie

Princip ultrasonografického vyšetření spočívá v tom, že ultrazvukové vlny vysílané přístrojem procházejí tkáněmi a odrážejí se na jejich rozhraních. Jedná se o neinvazivní vyšetření, které má svá omezení, zejména v orgánech obsahující plyn (žaludek, střeva) má omezenou výpovědní hodnotu (LUKÁŠ et al., 2005, s. 50).

2.7.5 Diagnostické testy na průkaz infekce Hp

Testy dělíme na invazivní a neinvazivní podle toho, jestli je potřeba endoskopického vyšetření nebo ne. Senzitivita ani specifická však není u žádných běžně prováděných testů stoprocentní. Proto by se měly provést vždy dva na sobě nezávislé

testy k diagnostice Hp, a to zejména při ověřování úspěšnosti eradikační léčby (LUKÁŠ et al., 2007, s. 101).

K **invazivnímu** způsobu prokázání infekce Hp se používá nejčastěji rychlý ureázový test, histologické vyšetření a kultivace. K **neinvazivním** vyšetřením k průkazu infekce Hp řadíme dechový test za použití radioizotopu (^{13}C , ^{14}C) a dále vyšetření stolice (LUKÁŠ et al., 2007, s. 101).

2.8 Gastroskopie

Hlavním cílem vyšetření je většinou žaludek, avšak je zde možnost prohlédnout také jícen a jako poslední též duodenum. Jelikož je endoskop zaváděn ústy, je občas používán název orální endoskopie (LUKÁŠ et al., 2005, s. 51).

Indikace gastroskopie jsou široké, prakticky pouhé podezření na onemocnění jícnu, žaludku nebo dvanáctníku je dostatečným důvodem k vyšetření, proto není překvapením, že velké množství těchto vyšetření je negativní. Negativní nález je pro diagnostiku také přínosným, jelikož prakticky vylučuje organické onemocnění žaludku (LUKÁŠ et al., 2005, s. 51 – 52).

Jednou z velkých předností této endoskopické metody je odběr vzorků tkáně (histologie). Tímto způsobem je umožněno histologické ověření podstaty pozorovaných změn a tyto nálezy jsou pro určení diagnózy většinou směrodatné. Velký význam má endoskopická biopsie pro diagnostiku zhoubných nádorů, již při podezření na nádorové onemocnění je ale zapotřebí odebrat větší množství vzorků (LUKÁŠ et al., 2005, s. 52).

Peptické vředy žaludku nebo duodena jsou velmi častým nálezem. Při přítomnosti peptického vředu je důležité bezprostředně provést vyšetření přítomnosti *H. pylori* odběrem biopsie. Biopsie se provádí pomocí bioptických kleští, které jsou zavedené zvláštním kanálem gastroskopu. Výsledek vyšetření je rozhodující pro léčbu peptického vředu (LUKÁŠ et al., 2005, s. 52).

Pracovní kanál gastroskopu umožňuje zavádět i jiné vhodné nástroje např. polypektomické kličky nebo nástroje k odstraňování cizích těles. Kontraindikací

gastroskopie je nespolupracující pacient, anatomické překážky brání bezpečnému zavedení, šok a horečnaté stavy (LUKÁŠ et al., 2005, s. 52).

2.8.1 Historie endoskopie

Rok 1868 lze pokládat za začátek gastroskopie, to Kussmaul poprvé zavedl kovovou trubicí o průměru 13 mm do žaludku polykače mečů. První skutečné gastroskopické pozorování provedl rigidním přístrojem v roce 1881 Mikulicz. Od té doby se prováděla gastroskopie rigidním přístrojem na některých pracovištích jako náročný diagnostický výkon (DÍTĚ et al., 1996, s. 73).

V roce 1932 byl zaveden semiflexibilní přístroj Wolfův a Schindlerův, který rozšířil využití gastroskopie. Tento přístroj měl dvě třetiny rigidní a distální konec byl sestaven ze souboru čoček, což umožňovalo omezenou ohebnost této části přístroje. Rigidní přístroje byly však nadále používány pro vyšetření jícnu (DÍTĚ et al., 1996, s. 73).

Objev skleněných vláken přinesl zásadní změnu v endoskopii. V roce 1952 se stal autorem vůbec prvního fibroskopu Američan Basil Hirschowitz. Endoskopy pracující na principu skleněných vláken jsou používány dodnes. Videoendoskopy pracující na elektronickém principu jsou do endoskopické praxe zaváděny od roku 1983 (DÍTĚ et al., 1996, s. 73).

2.8.2. Příprava pacienta k vyšetření

Příprava pacienta ke gastroduodenoskopii je psychologická a farmakologická. **Psychologická příprava** spočívá v navázání kontaktu s pacientem, vysvětlení samotného vyšetření verbálně, nebo písemně pomocí letáku a informovaného souhlasu s vyšetřením. Lékař, který bude samotné vyšetření provádět pacientovi vysvětluje co bude dělat a co bude pacient pociťovat. Pokud byla pacientovi podána premedikace, měl by s touto skutečností být seznámen až po odeznění jejího účinku. Po každém vyšetření by měl lékař pacientovi sdělit výsledek, vysvětlit mu kdy bude výsledek histologie a kdy má přijít na kontrolu. Veškeré tyto informace si pacient odnáší také v písemné podobě (LUKÁŠ et al., 2005, s. 61 – 63).

Po přípravě psychologické následuje **příprava farmakologická**. O podání premedikace rozhoduje lékař. Nejčastěji se používají spazmolytika, benzodiazepiny a analgetika. U rizikových pacientů se podávají antibiotika a chemoterapeutika. Velmi důležitý je cílený dotaz na prodělané alergické reakce (LUKÁŠ et al., 2005, s. 63 – 64).

2.8.3 Kontrola laboratorních výsledků

Pro endoskopická vyšetření je nutné znát laboratorní výsledky. Většinou se jedná o soubor jaterních testů, koagulační vyšetření a krevní obraz. Při prodloužených koagulačních časech nelze provést některé zákroky jako biopsie nebo polypektomie, kde hrozí nebezpečí krvácení po výkonu. Pacientům, kteří mají antikoagulační léčbu a je nezbytné u nich výkon provést, je nutné před výkonem změnit léčbu převedením na nízkomolekulární hepariny (LUKÁŠ et al., 2005, s. 64).

2.9. Konzervativní terapie

Konzervativní terapie u prokázaného vředu žaludku nebo duodenu se od sebe zásadně neliší. Základem je dodržování správné životosprávy a vyloučení všech faktorů, které mohou vředovou nemoc způsobovat. Současně je podávána farmakologická léčba, která buď brání působení agresivních faktorů na žaludeční sliznici, nebo podporuje projektivní funkce sliznice žaludku (DÍTĚ, 2000, s. 56). „Platí zásada, že terapie není účinná bez zajištění léčebného režimu a následných medikamentózních opatření (DÍTĚ, 2000, s. 56).“

Léčebný režim zahrnuje fyzický klid, duševní klid a dostatek spánku, dietní opatření a pravidelný stravovací režim a medikamentózní terapii (DÍTĚ, 2000, s. 57 – 58). Léčbu je nutné zahájit ihned po stanovení diagnózy vředového onemocnění, tzn. potvrdit diagnózu provedením gastroscopie, při které zjistíme přítomnost vředové léze, primární příčinu, eventuálně osídlení *H. pylori*. V případě negativity průkazu Hp se zahájí léčba pomocí inhibitoru protonové pumpy v běžné dávce, a pokusí se odstranit primární příčina (KOHOUT, 2005, s. 41 – 42). V etiopatogenezi peptického vředu hraje důležitou úlohu stres, a proto je nezbytné se pokusit stresory odstranit a zvolit uklidňující režim. Vhodné je omezit, nebo úplně ukončit kouření, jelikož se podílí na zhoršení prokrvení sliznice žaludku a duodena. Pracovní neschopnost se pacientovi doporučuje na 2 až 4 týdny (KOHOUT, 2005, s.54 – 55).

Dieta v minulosti tvořila zásadní součást léčby. Konzumace jídla v pravidelných intervalech slouží jako nejpřirozenější antacidum, dále je vhodné vyloučit jídla, která pacientovi vyvolávají obtíže a také ta, o kterých víme, že vedou ke zvýšení kyselé sekrece. K takovým potravinám a nápojům patří nápoje s obsahem kofeinu, který stimuluje žaludeční sekreci, např. černá káva, yerba maté, černý čaj a kolové nápoje. Alkohol také stimuluje sekreci HCl, proto jej též omezujeme. V akutní fázi onemocnění je vhodné nepodávat pacientům kořeněná jídla z důvodu překrvení sliznice (KOHOUT, 2005, s. 55).

2.10 Chirurgická terapie

Chirurgická léčba není základní léčebnou metodou u nekomplikovaného průběhu onemocnění. Využívá se u vředů rezistentních ke konzervativní terapii a k řešení komplikací (KOHOUT, 2005, s. 55 – 56).

U **žaludečního vředu** je indikována resekce žaludku v případě, že vřed po dobu 8 týdnů nereaguje na žádnou léčbu, pokud se jedná o mnohočetné žaludeční vředy, medikamentózní vředy a při častých recidivách vředů, které nejdou léčit konzervativně. Podle rakouského chirurga Billrotha rozlišuje 2 základní chirurgické postupy – resekce I. typu (Billroth I.) a resekce II. typu (Billroth II) (KOHOUT, 2005, s. 55 – 56).

Billroth I. spočívá v odstranění vývodné části žaludku a pyloru a ve vytvoření anastomózy pahýlu žaludku a bulbu duodena. Vznikne tak neopylorus a trávící trubice je nepřerušena. Billroth II. spočívá v resekcii vývodné části žaludku a jejím slepém uzavření. Slepě je uzavřen i pahýl duodena. Následně se vytvoří gastrojejunoanastomóza, a to na přední, nebo zadní straně žaludku, před nebo za příčným tračníkem (KOHOUT, 2005, s. 56).

Chirurgická léčba **vředu duodena** je indikována při trvání obtíží i přes konzervativní terapii, u velkých vředů v nepříznivé lokalizaci, především Hp negativních a při recidivě obtíží 3 – 4x během dvou let. Dále je indikována při nedodržování nebo nemožnosti dodržování režimových opatření a léčby nebo při recidivě vředů po krvácení či sutuře po proběhlé perforaci (KOHOUT, 2005, s. 56).

Chirurgická léčba duodenálních vředů nejčastěji spočívá ve vagotomii, tzn. přerušení n. vagus. Toto operační řešení lze kombinovat s resekcí antra žaludku (KOHOUT, 2005, s. 56).

3. Farmakoterapie vředové choroby gastroduodena

V současnosti se již neklade velký důraz na dietní opatření, jelikož nyní používáme léky, které výrazně potlačí kyselou žaludeční sliznici. V akutní fázi onemocnění se upřednostňuje intravenózní léčba s postupným přechodem na perorální terapii. Dávkování a formu léků určuje gastroenterolog na základě gastrokopického vyšetření. Nejčastěji podávanými léky jsou blokátory H₂ receptory, antacida a inhibitory protonové pumpy. Antibiotika mají své místo v eradikaci *H. pylori* (LUKÁŠ, 2007, s. 102).

3.1 Blokátory H₂ receptorů

Tyto léky, které se poprvé objevily v roce 1972 znamenaly revoluční převrat v léčbě vředové choroby gastroduodena a refluxní choroby jícnu. Účinek této skupiny léčiv spočívá ve snížení bazální a stimulované sekrece v důsledku blokáce histaminových H₂ receptorů na parietální buňce. Před zahájením terapie je vhodné vždy potvrdit diagnózu vředové choroby endoskopickým vyšetřením s biopsií, čímž lze předejít možnému zastření symptomatologie nádorového onemocnění žaludku (LUKÁŠ, 2007, s. 104 – 105).

Léky jsou pacienti snášeny dobře. Nežádoucí účinky jsou minimální a spíše se projeví až při dlouhodobém podávání vysokých dávek a u starších pacientů. Mezi nežádoucí účinky patří např. průjem, bolesti hlavy, dyspeptické potíže aj. Hlavní nevýhodou těchto léčiv je skutečnost, že při běžném dávkování neovlivňují infekci *H. pylori* (LUKÁŠ, 2007, s. 104 – 105).

Antagonisté H₂ receptorů se podávají nejčastěji ve dvou rovnoměrně podaných dávkách ráno a večer. Při intenzivní léčbě je možné na přechodnou dobu dávku zvýšit až dvojnásobně. Ke zhojení peptických vředů dochází v rozmezí asi 4 týdnů. Nejčastěji používanými léky z této skupiny jsou ranitidin a famotidin, dále sem patří cimetidin, nizatidin a roxatidin (LUKÁŠ, 2007, s. 104 – 105).

3.2 Antacida

Antacida se dnes již téměř nepoužívají, avšak vzhledem k jejich rychlému nástupu účinku je lze použít při zahájení systémové léčby. Pokud jsou podávána v dostatečné dávce a několikrát denně, jsou schopna výrazně snížit aktivitu kyselé žaludeční šťávy. Při jejich podávání je důležité mít na zřeteli, že mohou nepříznivě ovlivnit vstřebávání jiných léků, a to včetně H_2 receptorů (LUKÁŠ, 2007, s. 104).

Mechanismus účinku antacid spočívá v neutralizaci žaludeční šťávy. K tomu dochází v důsledku neutralizace HCl zvýšením intragastrického pH a následně snížením aktivity pepsinu. Mezi jejich další léčebný účinek patří schopnost vázat žlučové kyseliny, navíc mají i cytoprotektivní účinek (LUKÁŠ, 2007, s. 104).

Antacida obsahující sloučeniny hliníku a hořčíku jsou vhodná pro všechny indikace vředové choroby žaludku i duodena. Antacida, která obsahují jen sloučeniny hořčíku působí spíše taxativně, naopak antacida s obsahem hliníku mají spíše obstipační účinek. Pacienty, kteří užívají antacida s bizmutem je potřeba upozornit, že jejich stolice bude zbarvena dočerna (LUKÁŠ, 2007, s. 104).

3.3 Inhibitory protonové pumpy (IPP)

Inhibitory protonové pumpy potlačují tvorbu HCl v parietální buňce, děje se tak ireverzibilní inhibicí protonové pumpy. K obnovení sekrece dochází až po vytvoření nového enzymu, což nastává do 24 hodin. Z toho důvodu je léčba účinná už při dávkování jednou denně, aplikace je nejvhodnější nalačno. Syntéza pepsinu není ovlivněna přímo, ale v důsledku změny pH kyselého obsahu (LUKÁŠ, 2007, s. 105).

Vzhledem k výraznému snížení žaludeční sekrece tvoří tato skupina základ prakticky všech eradikačních schémat. Mezi léky této skupiny patří omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, esomeprazol, tenatoprazol a rabeprazol (LUKÁŠ, 2007, s. 105).

Léčba IPP, zejména léčba omeprazolem je pacienty velmi dobře snášena, a to i při dlouhodobém podávání. Nežádoucí účinky jsou výjimečné, patří mezi ně bolesti hlavy, průjem, nevolnost, alergické reakce nebo závratě (LUKÁŠ, 2007, s. 105).

3.4 Sukralfát

Sukralfát je hlinitá sůl oktasulfátu sacharózy, která se působením pH v žaludku mění na viskózní gel, který pak ulpívá jako ochrana sliznice na spodině vředů a epitelových defektů na sliznici gastroduodena. Současnou stimulací endogenních prostaglandinů dochází k tvorbě hlenu a zároveň dostatečné sekreci bikarbonátů. Sukralfát na sebe dále váže pepsin a žlučové kyseliny. Jeho bakteriostatický účinek na infekci *H. pylori* je však minimální (LUKÁŠ, 2007, s. 105).

Indikací je nejen vředová choroba gastroduodena, ale i prevence stresových lézí u kriticky nemocných pacientů. Podává se 2 x 2 gramy ráno a večer (LUKÁŠ, 2007, s. 105).

3.5 Prokinetika

Prokinetika svým účinkem podporují a upravují správnou motilitu v trávicím traktu. Dle místa působení můžeme prokinetika rozdělit na periferní antagonisty dopaminu s nepřímým cholinomimetickým účinkem a na skupinu, která způsobuje uvolňování acetylcholinu v myenterickém plexu (LUKÁŠ, 2007, s. 106).

Indikací podávání prokinetik je duodenogastrický a gastroezofageální reflux, funkční dyspepsie, ale také dyspepsie spojená s poruchou evakuace žaludku při hypomotilitě. Léčbu prokinetiky musí lékař posoudit individuálně u každého pacienta. Tam, kde je přítomný duodenogastrický reflux a zároveň opožděná evakuace žaludku mohou tyto léky zmírnit symptomatologii a zlepšit průběh hojení vředového onemocnění žaludku. Do skupiny prokinetik patří metoklopramid, itoprid a domperidon (LUKÁŠ, 2007, s. 106).

3.6 Eradikace *H. pylori*

„ V případě pozitivní infekce *H. pylori* je nutností eradikace infekčního agens (DÍTĚ, 2000, s. 72).“ Infekce *H. pylori* je častým nálezem u řady pacientů. Opakovaně bylo prokázáno, že u pacientů s vředovou chorobou a současnou infekcí *H. pylori*

dochází po eradikaci k rychlejšímu hojení vředových lézí a také výrazně klesá frekvence recidiv vředového onemocnění. Eradikací rozumíme vymizení nálezu positivity infekce nejméně za 4 týdny od skončení eradikační léčby (DÍTĚ, 2000, s. 72).

Prvním lékem používaným k eradikaci *H. pylori* byla sůl bizmutu a v kombinaci s amoxicilinem bylo dosahováno 60 – 80% úspěšnosti. Z důvodu stoupající antibiotické rezistenci je za základní eradikační schéma přijata kombinace inhibitorů protonové pumpy (např. omeprazol 2 x 20 mg) a amoxicilin 2 x 1g společně s metronidazolem 2 x 200 mg. Léčba probíhá nejméně po dobu 7 dnů. Eradikační úspěch této léčby je více než 80% což je považováno za dostačující (DÍTĚ, 2000, s. 75).

Mezi nejčastější příčiny selhání eradikační terapie patří nedostatečná suprese kyselého žaludečního prostředí, použití nevhodného antibiotika, rezistence na antibiotikum, nebo léková interakce (DÍTĚ, 2000, s.76).

4. Komplikace vředové choroby

V současnosti lze konstatovat, že díky přesnější diagnostice a především díky efektivní farmakoterapii komplikací vředové choroby ubylo. Přesto platí, že vznikne-li komplikace, bývá vždy považována za závažný stav. Ke komplikacím peptického vředu patří perforace, penetrace, krvácení z vředové léze, pylorostenóza a stenóza bulbu nebo dalších úseků duodena (DÍTĚ, 2000, s. 45).

4.1 Perforace vředu

Perforace vředu je způsobena proděravěním vředové léze žaludeční stěnou rychleji, než dojde k ohraničení zánětlivými srůsty. Následně vzniká peritonitida s nutností chirurgické léčby, diagnostika je možná průkazem volného vzduchu pod bráničními oblouky (pomocí nativního RTG ve stoje). Někdy lze diagnózu určit až při chirurgickém zákroku indikovaném na základě akutní peritonitidy nejasné příčiny (KOHOUT, 2005, s. 29).

Při perforaci vředu do mentální burzy, duodenálního nebo retroperitoneálního prostoru může vést k hůře rozpoznatelné a léčitelné flegmóně. Perforace vředu je léčena chirurgickým zákrokem. Dnes již není potřeba provádět rozsáhlé resekcční výkony, ale vzhledem k velmi účinné farmakologické terapii je možné výkon minimalizovat na přešíť vředové léze s následnou omentoplastikou (KOHOUT, 2005, s.30).

4.2 Penetrace vředu

Penetrace vředu znamená proniknutí mimo oblast žaludeční stěny, nejčastěji do pankreatu a jater. Projeví se intenzivní nemizející bolestí, eventuálně příznaky postiženého orgánu do kterého penetruje. Penetraci vředu diagnostikujeme pomocí endoskopického vyšetření a RTG žaludku (KOHOUT, 2005, s. 29).

Rozlišují se 3 stupně. Při prvním stupni dochází k průniku všemi vrstvami stěny postiženého orgánu, ale ne serózou. Druhý stupeň je charakteristický tím, že dochází k rozšíření stěny trávicí trubice a penetraci celé její hloubky. U třetího stupně je podstatné pronikání mimo stěnu orgánu do okolních orgánů, eventuálně vzniku píštělí.

Penetrace se léčí chirurgicky, většinou je nutná částečná resekce (KOHOUT, 2005, s. 29).

4.3 Krvácení

Peptický vřed žaludku i duodena mohou při pokračování nekrotického procesu arodovat cévy s následným vznikem krvácení. Krvácení z peptického vředu je příčinou 50% krvácení z horní části trávicího ústrojí. Nejčastěji se projeví hematemezou či melénou, dále vznikem posthemoragické anemie. Krvácení velmi často souvisí s medikací nesteroidními antirevmatiky a analgetiky (KOHOUT, 2005, s. 30 – 31).

Urgentní gastroskopie je prvním krokem, nejvhodnější je provést ji do 1 – 2 hodin po přijetí pacienta do nemocnice, nejpozději však do 24 hodin. Pro klasifikaci krvácení používáme rozdělení podle Forresta z roku 1974:

Aktivní krvácení (Forrest I)

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

Evidence recentního krvácení (Forrest II)

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

Bez přítomnosti krvácení (Forrest III)

Bez známek recentního krvácení (KOHOUT, 2005, s. 30 – 31).

Léčba pacienta s krvácením by měla probíhat na jednotce intenzivní péče. Gastroduodenoskopie je zároveň diagnostickým i terapeutickým výkonem. Krvácení můžeme zastavit opichem 0,1% adrenalinem, naložením hemoklipu, aplikací ethoxysklerolu nebo tkáňového fibrinového lepidla do lumen cévy. Kontrolní gastroskopie se provádí za 1 – 2 dny. Pokud se nepodaří krvácení ošetřit konzervativně, je indikována chirurgická terapie (KOHOUT, 2005, s. 30 – 31).

4.4 Pylorostenóza

Pokud je v blízkosti pyloru vředová léze, může být tato oblast postižena spasmem. Vředová léze může také vést k edému pyloru, eventuálně recidivující vředy

pylorické oblasti k jeho stenóze. Léčba spočívá v podávání vysokých dávek inhibitorů protonové pumpy, zavedení nasogastrické sondy a zavedení umělé výživy. K chirurgickému řešení přistupujeme až tehdy, pokud není úspěšná léčba konzervativní (KOHOUT, 2005, s.31).

PRAKTICKÁ ČÁST

5. Anamnéza

Anamnéza u pacienta byla odebrána lékařem na Chirurgickém oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s. a to při akutním příjmu k hospitalizaci dne 2.1 2013. Informace potřebné k vypracování praktické části byly čerpány z pacientovy dokumentace.

Jméno: R. N.

Věk: 54 let

Pohlaví: muž

Národnost: česká

Státní příslušnost: ČR

Rodinná anamnéza: rodiče zdraví, má dva syny – oba zdraví

Operace: žádné neprodělal

Úrazy: ne

Léková anamnéza: Anopyrin 100 mg 0 – 1 – 0 užívá dva měsíce

Abusus: alkohol příležitostně, kouří přibližně 7 cigaret denně, káva 3/den

Alergie: nejuje

Nynější onemocnění: pacient přijat z chirurgické ambulance pro melenu a bolesti břicha v epigastriu. V poslední době snížení příjmu potravy pro bolesti břicha. Přijat k provedení gastrokopie a dovyšetření.

Subjektivně: bolesti břicha, má strach z rakoviny

Objektivně: schvácený, afebrilní, přítomnost meleny

5.1 Stav při přijetí

Váha: 125 kg

Výška: 204 cm

BMI: 30.0 b

TK: 140/90 mm Hg

Tep: 65 za minutu

Počet dechů: 20 za minutu

Teplota: 36,7

Status praesens: orientovaný, spolupracující, eupnoický

Hlava a krk: poklep nebolestivý, inervace V. i VII. h.n. v normě, očima sleduje ve všech směrech, oči i uši bez hnisavé sekrece, sclery bílé, zornice izokorické, jazyk plazí středem, anteflexe volná – nebolestivá, lymfatické uzliny nezvětšeny, štítná žláza nehmatná

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

Břicho: symetrické, v niveau, poklep diferenciálně bubínkový, bez resistance, bez známek peritoneálního dráždění, slezina ani játra nehmatné, tapottement bilaterálně negativní, nebolí

Per rectum: melena

Genitál: odpovídá věku

Končetiny, páteř, pánev: pánev pevná, DK bez otoků a bez známek TEN, HK b.p.n

Předběžný diagnostický závěr: krvácení ze žaludku a střev

6. Zhodnocení pacienta dle modelu Virginie Hendersonové

Anamnéza podle modelu Virginie Hendersonové byla odebrána 4.1. 2013, tzn. 3. den hospitalizace.

Normální dýchání

V minulosti měl problémy s dýcháním, proto omezil spotřebu cigaret na 7 denně, nyní pozoruje zlepšení. Při chůzi se nezdýchává, vyjde asi 3 patra bez zadýchání. Dýchá bez obtíží, pravidelně, počet dechů za minutu je 16. Kašel nemá, nachlazený není.

Ošetrovatelská pomoc: v této oblasti nevyžaduje ošetrovatelskou pomoc.

Dostatečný příjem potravy a tekutin

Pacient se stravuje nepravidelně, přes den nemá pocit hladu, nejvíce jí na večer a na noc, vypije asi 1 litr tekutin za den. Má rád sladké limonády a černou kávu. Kávu je zvyklý pít 3 x denně. Poslední 3 dny před přijetím pozoruje nechutenství z důvodu bolesti břicha, jinak měl chuť k jídlu normální. Chrup má vlastní. Nepozoruje výrazné změny v hmotnosti, váží 125 kg, měří 204 cm, BMI je 30 bodů. Žádnou dietu nedrží, má rád tučné maso. Stravuje se doma, vaří mu manželka. Nyní má dietu tekutou. Ošetrovatelská pomoc: spočívá v podání dostatku informací o nynější dietě.

Vylučování

Pacient močí do urinoáru z důvodu kontinuální intravenózní terapie. S močením problémy nemá, moč má fyziologickou barvu, bez příměsí, denní výdej je dostačující. Ve stolici je zbytková meléna, pacient je poučen o nutnosti ukázat stolici ošetrovatelskému personálu. Stolice je pravidelná. Nezvracel, nauzeu nemá. Potí se přiměřeně.

Ošetrovatelská pomoc: vysvětlit pacientovi nutnost kontinuální terapie a vzhledem tomu upoutání na lůžko, vysvětlit jak se používá urinoár.

Pohyb a udržování vhodné polohy

Pacient je upoután na lůžko z důvodu kontinuální intravenózní terapie, po odpojení je chodící, soběstačný. K pohybu nepotřebuje žádné kompenzační pomůcky. Poloha v leže

a relativní klid na lůžku je pro pacienta v současném stavu vhodný. Faktory bránící k fyzické aktivitě neudává, avšak žádnému sportu se aktivně nevěnuje. Rád chodí na procházky do přírody.

Ošetřovatelská pomoc: spočívá v pomoci pacientovi nalézt vhodnou úlevovou polohu.

Spánek a odpočinek

V domácím prostředí spí asi 7 hodin denně, problémy se spánkem nemá. Za hospitalizace má obtíže s usínáním, občas ho v noci vzbudí spolupacient na pokoji, který má kašel. V nemocnici spí asi 6 hodin přes noc, po spánku se necítí příliš odpočatý a proto spí i několik hodin přes den. Spánek je kvalitní, noční můry ani děsy nepopisuje.

Ošetřovatelská pomoc: sestra se snaží zajistit vhodné podmínky pro spánek a uspokojit pacientovy předspánkové rituály.

Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Pacient má rád pohodlné oblečení a obuv, módu nesleduje. V nemocnici je oděn do pyžama a pohodlné domácí obuvi. Při pobytu mimo pokoj nosí župan. Obléká se v koupelně kde má soukromí.

Ošetřovatelská pomoc: není potřeba

Udržování fyziologické tělesné teploty

Pacient je afebrilní. Na febrilie netrpí, ani když je nachlazen.

Ošetřovatelská pomoc: sestra monitoruje tělesnou teplotu dvakrát denně.

Udržování upravenosti a čistoty těla

Pacient nemá deficit sebepéče při hygieně. Je soběstačný, upravený. Hygienu zajišťuje každý den večer, chrup čistí dvakrát denně, obden se holí.

Ošetřovatelská pomoc: není potřeba

Odstraňování rizik z prostředí a vyvarování se poškození jiných

Pacient kouří, za dobu hospitalizace byl několikrát upozorněn na porušování řádu když byl přistižen při kouření na toaletách.

Ošetřovatelská pomoc: spočívá v zajištění bezpečného prostředí a edukaci pacienta o nemocničním řádu.

Komunikace s jinými, vyjadřování emocí, potřeb, strachu, názorů

Pacient je velice sdílný, komunikativní. Své potřeby umí jasně definovat. Když mu řekli, že musí být hospitalizován, měl strach z rakoviny, ale po prodělaném vyšetření již má jistotu že to rakovina není. Nyní se těší až se uzdraví.

Ošetřovatelská pomoc: sestra utiší pacienta, je mu na blízku.

Náboženské vyznání

Pacient není věřící.

Ošetřovatelská pomoc: není potřeba

Smysluplná práce

Je nezaměstnaný již několik let. Je vyučený tesař, ale jeho firma zkrachovala a už si není jistý jestli by fyzicky zvládl pracovat. Pravidelně navštěvuje Pracovní úřad, ale zatím nemá práci. Doma si připadá nepotřebný. Baví ho péče o zahradu.

Ošetřovatelská pomoc: není potřeba.

Hra, účast na různých formách rekreace

Je členem svazu turistů, tůr se ale účastní pouze na jaře a na podzim, v létě je na něj příliš horko. Občas si s manželkou zajdou zaplavat do místního bazénu.

Ošetřovatelská pomoc: není potřeba.

Učení, odhalování nového

Rád čte přírodovědné časopisy a sleduje dokumenty v televizi.

Ošetřovatelská pomoc: není potřeba.

6.1 Základní screeningové vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava: upraven, oholen

Sliznice: růžové, vlhké, jazyk vlhký s fyziologickým povlakem, hrdlo klidné, bez známek zánětlivých změn

Chrup: chrup vlastní, v dobrém stavu

Sluch: slyší dobře

Zrak: používá brýle na čtení

Krevní tlak: 140/80 mm Hg

Pulz: 70 za minutu, pravidelný

Dýchání: 18 dechů za minutu

Postoj: poloha vzpřímená, plevovou polohu již nezaujímá

Kůže, vlasy, nehty: kůže je barvy fyziologické, vlasy prošedivělé, nehty se netřepí, na PDK zarůstající nehet na palci

Rozsah pohybů: zachován

Svalová pevnost: v normě

Hlava: normocefalická

Krk: štítná žláza nehmatná, lymfatické uzliny nezvětšeny

Hrudník: symetrický, eupnoe, bez vedlejších fenoménů

Břicho: v niveau, bolesti v epigastriu

Dolní končetiny: bez otoků, teplé, prokrvené, bez varixů

Horní končetiny: hybnost zachována, prsty ve fyziologickém postavení

Páteř: ve fyziologickém postavení, bez vybočení

Chůze: nevyžaduje pomoc

Chybějící části těla: ne

Riziko dekubitů dle stupnice Nortonové: bez rizika, 34 bodů

Schopnost spolupráce: úplná – 4, věk: pod 60 let – 2, stav pokožky: normální – 4, další

onemocnění: žádné – 4, fyzický stav: dobrý – 4, stav vědomí: bdělý – 4, aktivita:

chodící – 4, mobilita: úplná – 4, inkontinence: žádná – 4

Intravenózní vstupy: ano, na PHK předloktí, 2. den

Drény: ne

Odsávání: ne

Hmotnost: 123 kg

Tělesná teplota: 36.5 °C

Stolice: zbytková meléna

Barthel test základních denních činností: 100 bodů

příjem potravin a tekutin: samostatný bez pomoci – 10, oblékání: samostatné bez pomoci – 10, koupání: samostatné či s pomocí – 5, osobní hygiena: samostatná či s pomocí – 5, kontinence moči: plně kontinentní – 10, kontinence stolice: plně kontinentní – 10, použití WC: samostatné bez pomoci – 10, přesun na lůžko: samostatně bez pomoci – 15, chůze po rovině: samostatně nad 50m – 15, chůze po schodech: samostatně bez pomoci – 10.

Riziko pádu: bez rizika, 1 bod

pohyb: neomezený – 0, vyprazdňování: nevyžaduje pomoc – 0, medikace: neužívá rizikové léky – 0, smyslové poruchy: vizuální – 1, mentální status: orientován – 0, věk: 18 – 65 let – 0.

Předběžný nutriční screening: negativní

Potřeba kontaktu se sociálním pracovníkem: ne

Potřeba zajištění duchovních služeb: ne

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření

Orientace: orientován místem, časem, prostorem

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

Řeč, způsob vyjadřování: mluví plynule, spisovně

Hlas, způsob řeči: řeč je srozumitelná, bez známek abnormalit

Úroveň slovní zásoby: dostatečná, umí slovně vyjádřit své potřeby

Oční kontakt: udrží

Rozsah pozornosti: soustředěná, vyrovnaná

Nervozita: ne

Asertivní nebo pasivní: asertivní

Vzájemná spolupráce se členy rodiny, či s doprovázející osobou: dobrá

6.2 Analýza informací

Věk: 54 let

Pohlaví: muž

Rodinný stav: ženatý

Zaměstnání: v současnosti nezaměstnán

Vzdělání: vyučen

Sociální zázemí: bydlí s manželkou v pronajatém bytě 2+1

Datum přijetí: 2.1. 2013

Typ přijetí: akutní

Den hospitalizace: 3. den hospitalizace

Předešlé hospitalizace: bez předešlých hospitalizací

Alergie: neudává

Hlavní diagnóza: K 921 Meléna

Další onemocnění: sine

Terapie: p.o.: sine

i.v.: Helicid 240mg/24 hod – inhibitor protonové pumpy, antiulcerotikum
Ringerfundin 1000 ml, v: 150 ml/hod. – krystaloidní roztok

i.m.: sine

s.c.: sine

Monitoring: TK,P 3x denně, monitorace charakteru stolice

Subjektivně: cítí se už lépe, bolesti jsou menší

Objektivně: afebrilní, břicho měkké, prohmatné, bez známek peritoneálního dráždění, bez palpační bolestivosti.

7. Průběh hospitalizace

Pacient R.N. byl přivezen RZS na chirurgickou ambulanci dne 2.1.2013 v 17:36 hodin pro melénu k ošetření. Ze záznamu RZS po příjezdu k pacientovi – pacient je při vědomí, orientován, GCS 15 bodů, fyziologické funkce: TK – 150/90, P – 60 za minutu, SpO₂ – 93%, zavedena intravenózní kanyla velikosti 20G a aplikováno 500ml Fyziologického roztoku.

Na chirurgické ambulanci provedeno ošetření, orientačně změřen bed side hemoglobinmetrem – 120 g/l, provedeny základní odběry na biochemii a hematologii, objednána krevní skupina, dále objednána gastroskopie. Pacientovi byla doporučena hospitalizace – souhlasí a podepisuje informovaný souhlas s hospitalizací. Následně je pacient uložen na lůžkovou stanici Onkochirurgie a čeká na Gastroskopické vyšetření.

Po provedení gastroskopie, která proběhla s premedikací se pacient vrací zpět na chirurgické lůžko, kde zůstává až do svého propuštění dne 8.1.2013.

7. 1 První den hospitalizace

Pacient R.N. byl přijat akutně na Onkochirurgické oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s. pro melénu. Zde byl uložen na šestilůžkový pokoj, byl mu přidělen identifikační náramek, dále byl seznámen s právy pacientů, Domovním řádem KNL, informován o možnosti uložení cenností do trezoru – odmítá, a byla odebrána vstupní ošetřovatelská anamnéza. Pacient byl informován, že oddělení je zároveň školícím pracovištěm pro studenty střední zdravotnické školy a vysoké zdravotnické školy a souhlasí s ošetřováním od studentů a nahlížením do jeho dokumentace. Pacient byl seznámen s hodnotící škálou VAS.

Plnění ordinací lékaře, monitorace krevního tlaku a pulzu po hodině, intravenózní terapie – Ringerfundin 120 ml/hod, Novalgin 2 ml/100 FR á 8 hodin i.v., z ambulance objednána krevní skupina na transfuzním oddělení, v 19 hodin proběhla urgentní gastroskopie a z jejího doporučení dále Helicid 80mg bolusově intravenózně, dále Helicid 240 mg i.v. na 24 hodin po dobu 3 dnů. Pacient poučen o nutnosti

monitorace charakteru stolice ošetřovatelským personálem. Pacient poučen o dietě NPO.

Gastroduodenoskopie 2.1. 2013

Začátek vyšetření: 19:05 Konec vyšetření 19:22

Premedikace: Lidocain spray, Midazolam 5 mg i.v., Buscopan 40 mg i.v.

Jícen volně průchodný s klidnou sliznicí, Z linie intaktní, během vyšetření v oblasti Z linie při říhání drobná trhlina, krvácení se zastavilo spontánně během výkonu.

Kardie volně průchodná. Žaludek přehledný, jezírko čisté s příměsí malého množství natrávené krve. Řasy autoplastické, sliznice bez defektů. Inverze v pořádku.

Pyloru okrouhlý, bulbus s jizvou po vředu na stropě bulbu duodena, nový vřed 12 x 12 mm na zadní stěně, hemosiderinová spodina, Forrest IIc. Vedle dvě drobné eroze, které také v časně zástavě krvácení. D2, D3, D4 bez patologie a bez krve.

Závěr: zdroj krvácení z vředu na zadní stěně bulbu velikosti 12 x 12 mm, toho času stupeň Forrest IIc, hemosiderinová spodina bez pahýlu cévy. Vedle dvě drobné eroze v časně zástavě krvácení spontánně.

Ostatní viz text.

Doporučení: 24 hodin nic per os, pak dva dny tekutá strava, další dva dny kašovitá strava, pak může jíst normálně.

Bolus Helicid 80 mg i.v., pak 240 mg i.v. na 24 hodin 3 dny, pak přechod na p.o. Helicid 20 mg cps. 1 – 1 – 2, před propuštěním kontrolní gastrokopie s odběrem Helicobacter pylori.

Při potřebě kontrola kdykoliv.

Na oddělení přeměřit TK, P, SpO₂ 30 minut po výkonu.

Pacient předán chirurgickému sanitáři ve 19:35 hodin.

Po gastrokopickém vyšetření fyziologické funkce stabilní, hraniční hypertenze, normokardie, afebrilní, diuréza dostačující, moč čirá, bez patologických příměsí. Močí do urinoáru z důvodu kontinuální terapie.

00132 akutní bolest

00110 deficit sebeděče při vyprazdňování

00148 strach

00095 porušený spánek
00155 riziko pádů
00004 riziko infekce
Riziko dekompenzace fyziologických funkcí

7.2 Druhý den hospitalizace

Pacientovi je sdělen výsledek proběhlého gastrokopického vyšetření, je uklidněn, že se nejedná o rakovinu. Seznamuje se s ostatními pacienty, nálada se zlepšuje, bolesti v epigastriu mírnější VAS 1-2.

Dieta NPO do 20 hodin, poté může čaj. Pokračuje se v kontinuální terapii Helicid 240 mg/24 hodin, dále Ringerfundin kontinuálně 150 ml/hodinu, Novalgin 2 ml/100 FR á 8 hodin i.v. Fyziologické funkce (TK,P) jsou stabilní, monitoring po hodině. Pacient je afebrilní, bez nauzey nebo zvracení. Má žízeň. Močí do urinoáru nebo na WC.

V 18 hodin byl na stolici, kde zbytková meléna. Hemoglobin 116 g/l s mírným poklesem, informován ošetřující lékař, další kontrola krevního obrazu zítra ráno, jinak zatím bez ordinace. Přepočítáno riziko pádu – dnes již bez rizika.

00132 akutní bolest
00110 deficit sebeděče při vyprazdňování
00095 porušený spánek
00004 riziko infekce
Riziko dekompenzace fyziologických funkcí

7.3 Pátý den hospitalizace

Pacient je subjektivně bez obtíží VAS 0, jen má problémy se spánkem. Objektivně afebrilní, palpačně epigastrium bez bolesti, stolice je již bez příměsí, fyziologické barvy. Dieta je kašovitá, zátěž stravou zvládá, již bez analgetik, Helicid v p.o. formě 0 – 1 – 2, fyziologické funkce se monitorují 3 x denně – stabilní, stále monitorujeme charakter stolice.

Na pacientovu žádost zrušena infuzní terapie, pacient tedy poučen o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin p.o. – zvládá. Příjem a výdej tekutin nenaordinován. Močí na WC, moč bez příměsí, barva fyziologická, bez obtíží.

Anopyrin z chronické medikace zatím nepodáváme. Objednána kontrolní gastroskopie, ze které má pacient strach, už by to chtěl mít za sebou. Nález zde výrazně zlepšen, vřed bez krvácení, odběr Hp pacient poučen ošetřujícím lékařem o domácím užívání Helicidu.

00148 strach

00095 porušený spánek

Riziko dekompenzace fyziologických funkcí

8. Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA domén

Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazeny podle priorit a jsou rozděleny na diagnózy aktuální a potencionální. Některé stanovené diagnózy klasifikace NANDA nepopisuje.

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Akutní bolest – 00132

Priorita: střední

Určující znaky:

- slovní vyjádření bolesti, označení místa bolesti, charakteru bolesti
- bolestivá grimasa při palpaci
- vyjádření bolesti pomocí VAS škály
- vyhledávání úlevové polohy

Související faktory:

- biologický poškozující agens

Cíle krátkodobé

- Cíl 1: pacient slovně vyjadřuje zmírnění bolesti
- Cíl 2: pacient nebude omezen bolestí v pohybu

Cíle dlouhodobé

- Cíl 1: pacient bude klidně spát
- Cíl 2: pacient neudává bolest

Výsledná kritéria

- pacient charakterizuje svou bolest 1 – 3 VAS za 1 hodinu po podání analgetika

Intervence:

- posuďte bolest včetně lokalizace, charakteru, nástupu, trvání, častosti, závažnosti a zhoršujících faktorů
- pomozte pacientovi nalézt plevovou polohu
- sledujte verbální i nonverbální příznaky bolesti
- podávejte analgetika dle ordinace lékaře a sledujte jejich účinnost
- při neúčinku analgetik a při VAS 3+ kontaktujte lékaře

Realizace:

- bolest byla posouzena sestrou – je lokalizována v epigastriu, charakterově pichlavá a přítomna pouze při pohybu
- pacient vyhledal plevovou polohu na pravém boku na doporučení sestry
- pacientovi byly pravidelně aplikovány léky podle ordinace lékaře a byla sledována jejich účinnost
- hodnoty VAS byly pravidelně zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace, pohybují se v rozmezí 1 – 2
- bolest pacienta neomezuje v pohybu

Hodnocení:

- krátkodobé cíle splněny, pacient slovně vyjádřil zmírnění bolesti a bolest pacienta již neomezuje v pohybu
- dlouhodobé cíle splněny částečně, bolest není jediným rušivým faktorem klidného spánku a VAS 0 zatím pacient neuvedl

Ošetrovatelská diagnóza č.2

Strach – 00148

Priorita: střední

Určující znaky:

- slovní vyjádření strachu z vyšetření
- zvýšené pocení

Související faktory:

- zdroj strachu – gastrokopie
- nedostatek informací o postupu vyšetření
- odloučení od opory – manželka

Cíle krátkodobé:

- Cíl 1: pacient slovně vyjádří zmenšení strachu
- Cíl 2: pacient umí slovně popsat vyšetření které podstoupí
- Cíl 3: pacient je včas informován o výsledku vyšetření

Výsledná kritéria:

- pacient verbalizuje zmírnění strachu

Intervence:

- identifikujte zdroj strachu
- vysvětlíte pacientovi přípravu na vyšetření a důvody proč musí mít i.v. kanylu, vyndanou zubní protézu apod.
- poskytněte pacientovi informovaný souhlas s vyšetřením ještě před vyšetřením, aby měl čas si ho v klidu přečíst a popřípadě připravit si otázky k lékaři
- ujistěte se, že podané informace pochopil a poskytněte mu prostor pro otázky
- zajistěte, aby byl pacient včas informován ošetřujícím lékařem o výsledku vyšetření

Realizace:

- sestra identifikovala jako zdroj strachu gastrokopické vyšetření
- sestra pacientovi empaticky vysvětlila přípravu k vyšetření, pacient podepisuje edukační záznam
- pacient si přečetl informovaný souhlas a podepsal ho před samotným vyšetřením, kdy mu lékařem bylo ještě jednou vše vysvětleno
- pacientovi byl poskytnut prostor pro otázky, kterého využil při komunikaci s lékařem

Hodnocení:

- krátkodobé cíle splněny, pacient po sdělení potřebných vyšetření vyjádřil zmenšení strachu a uměl sám popsat co ho čeká

Ošetřovatelská diagnóza č. 3

Deficit sebeděže při vyprazdňování – 00110

Priorita: střední

Určující znaky:

- pacient má relativní klid na lůžku
- vyprazdňování pomocí urinoáru

Související faktory:

- léčebný režim
- akutní fáze onemocnění
- klid na lůžku

Cíle krátkodobé:

- Cíl 1: pacient chápe, proč je důležité mít klid na lůžku
- Cíl 2: pacient ví, jak se používá urinoár

- Cíl 3: pacient se vyprazdňuje do urinoáru

Výsledná kritéria:

- pacient se vyprazdňuje do urinoáru

Intervence:

- zajistěte pacientovi dostatek informací, aby pochopil jak je důležité dodržovat léčebný režim – zajistěte schůzku s ošetřujícím lékařem
- vysvětlíte pacientovi jak se používá urinoár
- zajistěte pacientovi signalizační zařízení na dosah ruky
- pokud je to možné, zajistěte pacientovi soukromí při vyprazdňování moči

Realizace:

- ošetřující lékař pacientovi vysvětlil důvody upoutání na lůžko (stav po gastrokopii, kontinuální i.v. terapie)
- sestra pacientovi vysvětlila jak se používá močová lahev
- sestra umístila signalizační zařízení na dosah ruky pacienta
- pokud to situace umožnila, bylo pacientovi zařízeno soukromí při vyprazdňování

Hodnocení:

- Cíl 1 splněn, pacient pochopil proč musí mít klid na lůžku
- Cíl 2 splněn, pacientovi bylo vysvětleno jak se používá urinoár
- Cíl 3 splněn, pacient se pravidelně vyprazdňuje do urinoáru

Ošetřovatelská diagnóza č. 4

Porušený spánek – 00095

Priorita: střední

Určující znaky:

- pacient slovně vyjadřuje potíže s usínáním
- pacient si stěžuje, že si spaním dostatečně neodpočine
- pacient se v noci často probouzí

Související faktory:

- cizí prostředí
- strach
- hluk
- osvětlení

- tělesné omezení
- přítomnost dalších 5-ti pacientů v místnosti

Cíl krátkodobý:

- Cíl 1: pacient udává zlepšení spánku a odpočinku

Cíle dlouhodobé:

- Cíl1: pacient slovně vyjádří spokojenost s kvalitou spánku
- Cíl 2: pacient se po spánku cítí odpočatý

Výsledná kritéria:

- pacient se po spánku cítí odpočatý

Intervence:

- vyslechněte subjektivní stížnosti na kvalitu spánku
- povšimněte si okolností, které mohou rušit spánek
- před spaním zajistěte pacientovi klidné prostředí
- podávejte léky proti bolesti podle ordinace lékaře
- vysvětlete pacientovi, že pospávání přes den může narušit kvalitu spánku v noci

Realizace:

- sestra vyslechla pacientovy obtíže se spaním
- spánek narušuje hluk z TV, která je puštěna dlouho do noci a noční světlo
- podle možností sestra zajistila klidné prostředí pro pacienta
- léky proti bolesti podány podle ordinace lékaře
- pacient upozorněn na možnou souvislost mezi denním pospáváním a noční nespavostí

Hodnocení:

- krátkodobý cíl splněn, pacient udává zlepšení kvality spánku
- dlouhodobé cíle splněny částečně, pacient stále udává nespokojenost s prostředím, hlukem a světlem

Ošetřovatelská diagnóza č.5 – potencionální

Riziko pádů – 00155

Priorita: střední

Rizikové faktory:

- polékové (premedikace před gastroskopíí)
- nespavost

- cizí prostředí

Cíl:

- pacient se nezraní, neupadne

Intervence:

- postupujte podle příslušného SOP
- zajistěte signalizaci na dosah ruky pacienta a přesvědčte se, že ji umí ovládat
- zajistěte bezpečné prostředí
- pravidelně monitorujte stav pacienta

Realizace:

- sestra pravidelně přepočítává riziko pádu každých 7 dní nebo při změně stavu
- signalizace zajištěna k ruce pacienta, umí ji ovládat
- při potřebě zajištěny zábrany
- pravidelné kontroly stavu pacienta až do odeznění účinku premedikace

Hodnocení:

- Cíl splněn, pacient se nezranil ani neupadl

Ošetrovatelská diagnóza č. 6 – potenciální

Riziko infekce – 00004

Priorita: střední

Rizikové faktory:

- zavedení periferního žilního katetru

Cíl:

- pacient nemá příznaky infekce

Intervence:

- ošetrování PVK provádějte podle platných SOP
- dodržujte asertivní přístup při každé manipulaci s PVK
- kontrolujte místo vpichu a povšimněte si místních zánětlivých změn
- pravidelně přepichujte žilní vstup, postupujte podle platného SOP

Realizace:

- PVK převazován podle potřeby
- při manipulaci s PVK používána desinfekce na povrchy podle aktuálního desinfekčního plánu
- sestra pravidelně kontroluje místo vpichu

- výměna PVK 1x za 5 dní nebo podle potřeby dle aktuálního SOP

Hodnocení:

- cíl splněn, infekce se neprojevuje

Ošetrovatelská diagnóza č. 7 – potenciální

Riziko dekompenzace fyziologických funkcí z důvodu – není zahrnuto v NANDA doménách.

Priorita: střední

Rizikové faktory:

- akutní onemocnění
- krvácení
- dehydratace

Cíl:

- pacient má stabilní fyziologické funkce

Intervence:

- pravidelně monitorujte fyziologické funkce podle ordinace lékaře
- nežádoucí změny ve fyziologických funkcích ihned nahláste lékaři

Realizace:

- sestra pravidelně monitoruje fyziologické funkce pomocí rtuťového tonometru a saturačního čidla a zapisuje do ošetrovatelské dokumentace
- změny v naměřených hodnotách jsou hlášeny lékaři

Hodnocení:

- cíl splněn, fyziologické funkce jsou stabilní

9. Edukační záznam

Edukaci považují v ošetrovatelském procesu za velmi důležitou součást léčebného režimu. Každý pacient je za svou hospitalizaci edukován v několika oblastech. Ve většině případech edukace vystupuje v roli edukátora všeobecná sestra, avšak například v edukaci o dietě využíváme služeb nutričních terapeutů. Každá edukace je zaznamenána v edukačním listu a stvrzena podpisem edukátora a pacienta. Edukační záznam je součástí ošetrovatelské dokumentace.

Pacient R.N. byl edukován v následujících oblastech:

Edukace o identifikaci pacienta

Edukátor: všeobecná sestra

Cíl:

- pacient je informován o způsobech identifikace

Realizace:

- edukace probíhala formou rozhovoru
- pacient byl seznámen s významem identifikačního štítku, napsáním jména nad lůžko a na dveře od pokoje

Hodnocení:

- pacient pochopil způsoby identifikace
- pacientovi byl přiložen identifikační štítek na nedominantní ruku, s napsáním jména nad lůžko a na dveře pokoje souhlasí

Edukace o právech pacienta a denním režimu oddělení

Edukátor: všeobecná sestra

Cíl:

- pacient zná svá práva a je seznámen s denním režimem oddělení

Realizace:

- edukace o denním režimu oddělení probíhala formou rozhovoru
- edukace o právech pacientů probíhala písemnou formou, kdy pacient obdržel informační brožuru

Hodnocení:

- pacient byl seznámen se svými právy i s denním režimem oddělení

Edukace o uspořádání oddělení, ovládání lůžka a signalizace

Edukátor: všeobecná sestra

Cíl:

- pacient se orientuje na oddělení a umí ovládat lůžko a signalizaci

Realizace:

- edukace probíhala formou exkurze a instruktáže
- pacientovi bylo ukázáno kde jsou umístěny toalety, koupelna, sesterna a jeho pokoj
- pacientovi bylo prakticky ukázáno jak se ovládá elektrické lůžko a signalizace

Hodnocení:

- pacient se orientuje po oddělení, lůžko a signalizaci je schopen ovládat, což bylo ověřeno ošetrovatelským personálem

Edukace o přípravě k vyšetření

Edukátor: všeobecná sestra

Cíl:

- pacient je informován o přípravě k vyšetření

Realizace:

- pacientovi bylo vysvětleno, že musí mít sundané šperky a spodní prádlo
- pacientovi byla vysvětlena nutnost dodržení diety NPO
- pacientovi bylo vysvětleno, že se musí převléknout do nemocniční košile

Hodnocení:

- pacient je informován o přípravě k vyšetření

Edukace o léčebném režimu klid na lůžku

Edukátor: lékař, všeobecná sestra

Cíl:

- pacient zná důvody proč musí dodržovat klidový režim na lůžku

Realizace:

- lékař pacientovi vysvětlil proč musí dodržovat klid na lůžku po vyšetření

- lékař pacientovi vysvětlil nutnost kontinuální terapie
- sestra pacientovi vysvětlila možnost odpojení od infuzní terapie a dovezení na toaletu na mechanickém vozíku

Hodnocení:

- pacient pochopil důvody léčebného režimu a dodržuje klid na lůžku

Edukace o škodlivosti kouření

Edukátor: lékař, všeobecná sestra

Cíl:

- pacient si je vědom škodlivosti kouření při svém onemocnění

Realizace:

- edukace probíhala formou rozhovoru a poskytnutí informačních letáků
- lékař pacientovi vysvětlil souvislost kouření s jeho onemocněním
- sestra pacientovi dále vysvětlila zákaz kouření v prostorách nemocnice

Hodnocení:

- přes to, že pacient dostal dostatek informací, byl ke konci hospitalizace přistižen při kouření před nemocnicí

Edukace o šetřící dietě

Edukátor: nutriční terapeutka

Cíl:

- pacient je seznámen se šetřící dietou a je schopen vyjmenovat potraviny, kterým by se měl nadále již vyhnout

Realizace:

- edukace probíhala formou přednášky, poté rozhovoru a dále pacient obdržel informační brožuru o dietě
- pacient měl možnost klást otázky přímo nutriční terapeutce
- nutriční terapeutka se přesvědčila, že pacient porozuměl

Hodnocení:

- pacient byl schopen vyjmenovat potraviny, kterým by se měl vyhýbat

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě svých zkušeností, vycházejících z mé praxe, studování odborné literatury a informací získaných z rozhovoru s pacientem přikládám následující doporučení pro praxi:

- individuální přístup k pacientovi
- dodržovat lidský a trpělivý přístup
- dostatečně edukovat pacienty o jejich onemocnění
- dostatečně edukovat pacienty o dietním opatření
- sestavit ke každému pacientovi individuální plán, na kterém se bude podílet celý ošetrovatelský tým
- poskytnout dostatek informací široké veřejnosti o nežádoucích účincích nesteroidních antirevmatik, např. formou letáků v čekárnách obvodních lékařů nebo v lékárnách.

ZÁVĚR

Vředové onemocnění žaludku a dvanácterníku je stále častějším onemocněním, které postihuje různé věkové kategorie. Důležité ale je si uvědomit, že rizikové faktory jeho vzniku jsou z části ovlivnitelné, neboť ne jen samotné onemocnění, ale zejména jeho komplikace mohou být životu velmi nebezpečné. Osobně si myslím, že veřejnost je nedostatečně informována o nežádoucích účincích nesteroidních antirevmatik, které jsou v současnosti první volbou pro tlumení bolesti, proto je v této oblasti nutná „osvěta“.

Cílem této bakalářské práce bylo komplexně zpracovat problematiku vředové choroby gastroduodena, což také bylo splněno. V teoretické části byly zahrnuty informace o lékařské problematice tohoto onemocnění. V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta. Byly vytyčeny hlavní ošetrovatelské problémy, seřazeny dle priorit, zpracovány a následně zhodnoceny. Také byl zpracován edukační plán se zaměřením na nejdůležitější oblasti edukace pacienta v průběhu celé jeho hospitalizace. Do edukačního procesu byly zapojeny nejen všeobecné sestry, ale také lékaři a nutriční terapeuti.

Doufám, že předložená bakalářská práce poskytne potřebné informace nejen zdravotním sestřám, ale také studentům zdravotnických škol.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I.* Plzeň: Maurea, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.

ČECHOVÁ A.; MELLANOVÁ A.; KUČEROVÁ H. 2004. *Psychologie a pedagogika II.* Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-028-8.

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

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

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

JUŘENÍKOVÁ, Petra 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

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

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

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

LUKÁŠ, Karel aj. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.

LUKÁŠ, Karel; Šatrová, Jiřina. 1999. *Dieta a rady lékaře*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-059-9.

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

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

MAŘATKA, Zdeněk. 2007. *Trávicí obtíže v lékařské praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-472-0.

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

MLČÁK, Zdeněk. 2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-951-3.

NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1150-8.

NĚMCOVÁ, Jitka, MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Praha: Maurea, s. r. o., 2011. ISBN 978-80-902876-8-6.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2005. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 978-80-247-1211-6.

ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ M. 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1148-6.

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

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

WESTBLOM, T. U.; CZINN, S. J.; NEDRUD J.G. 1999. *Gastroduodenal disease and Helicobacter pylori*. Cleveland, USA: Springer, 1999. ISBN 13:978-3-642-60013-5.

SEZNAM PŘÍLOH

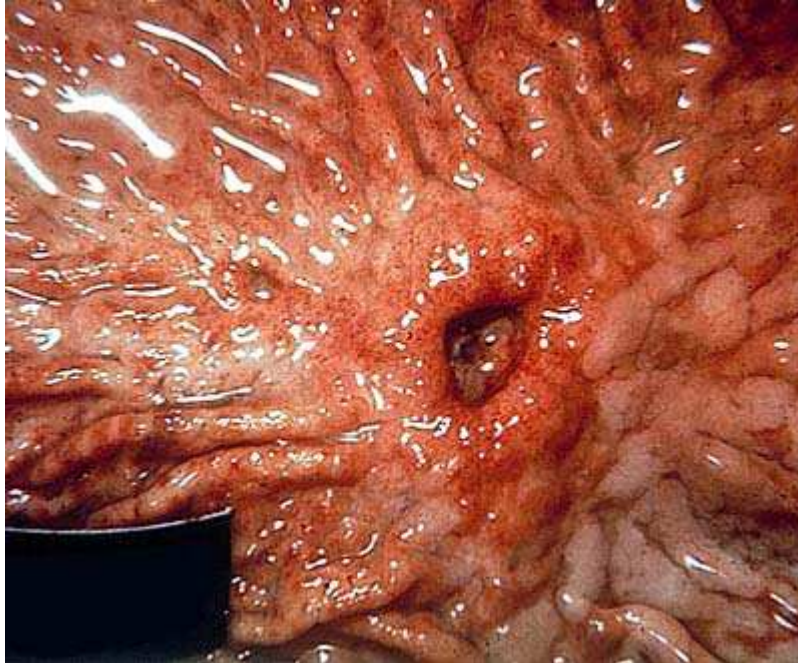
Příloha A – Vřed žaludku

Příloha B – Gastroskop

Příloha C – Šetřící dieta

Příloha D – Žádost o nahlédnutí do dokumentace

Příloha A – Vřed žaludku



Zdroj: http://www.ordinace-lekarny.cz/clanky/Zaludecni_vredy.html

Obrázek 1 – Vřed žaludku

Příloha B – Gastroskop



Zdroj: <http://www.tr.all.biz/img/tr/catalog/143521.jpeg>

Obrázek 2 - Gastroskop

Šetřící dieta – č. 2

Při technologické úpravě pokrmů pro dietu používáme vaření, dušení, pečení, zapékání ve vodní lázni. Strava by měla být připravena doměka, bez nestravitelných zbytků a bez tvrdých kůrek. Pokrmy upravujeme nasucho, tuk dáváme do hotového pokrmu. Zahušťujeme moukou, kterou nejméně 20 minut povaříme. Mírně solíme, nepřeslazuje a nepřekyselujeme.

Indikace

Podává se při funkční žaludeční dispepsii, chronické gastritidě, vředové chorobě žaludku a dvanáctníku. Dále pak při chronických chorobách jater, zánětu tlustého střeva v klidovém období bez průjmů, vleklé pankreatitidě a infarktu myokardu v pozdějším stádiu.

Výběr potravin

1. Maso

- Maso libové - hovězí zadní, vepřová kýta, telecí, jehněčí, libová slepice, kuře, krůta, králík.
- Ryby - sladkovodní i mořské, pstruh, štika, lín, cejn, kapr, filé...
- Vnitřnosti – játra drůbeží
- Uzeniny - libová šunka, libové dietní párky, šunkový salám, dietní salám

2. Mléko

- Můžeme podávat jako samostatný pokrm
- Vhodné jsou zakysané mléčné výrobky - biokys, podmásílí, kefírové mléko, jogurtové mléko

3. Mléčné výrobky

- Jogurt bílý s marmeládou a ovocem (povolené druhy). Termix, pribináček, lakrumáček, tvaroh měkký i tvrdý, nízko i plnotučný.
- Sýry - tvrdé, strouhané nebo celé plátky. Sýry se nesmějí tepelně zpracovávat. Eidam, Moravský bochník, tavené sýry přírodní nebo s jemnou příchutí.

4. Vejce

- V lehce stravitelné úpravě, můžeme i vejce připravené natvrdo, ale pouze ve formě pomazánky, max. 2 vejce/den

5. Tuky

- Čerstvé máslo, rostlinné tuky, nejvhodnější jsou rostlinné oleje.

6. Sacharidové potraviny

- Cukr, med přiměřeně. Mouka hladká, polohrubá i hrubá, ovesné vločky, krupice. Kroupy, krupky lisujeme.
- Příkrmy - brambory, bramborová kaše, těstoviny, rýže, knedlík jemný houskový a jemný bramborový, noky, halušky

7. Ovoce

- Čerstvé, kompotované, zmrazené, sušené (správně nabobtnané),
- Banány, pomeranče, mandarinky, ananas - kompot, grep, citrón, jablka, meruňky, broskve, nektarinky - loupané, hrozny - šťáva, třešně, višně, švestky, ryngle, kiwi, jahody, maliny, borůvky, meloun.
- Nedoporučované - brusinky, angrešt, rybíz, hrušky, kdoule, jeřabiny, datle, fíky, kokos, ořechy, mandle, mák

8. Zelenina

- Mrkev, celer, petržel, černý kořen, pastináč, špenát, sterilovaná fazolka, hrášek, hlávkový salát, čínské zelí, květák, brokolice - individuálně v domácím léčení,

červená řepa, rajčata, rajčatový protlak, rajčatová šťáva, pór v malém množství, kedlubna, kukuřice - menší množství, cuketa, dýně, lilek, patison,

- Nedoporučovaná zelenina - okurky, paprika, ředkvička kapusta, zelí, česnek, cibule

9. Koření

- Kmín, vývar z kmínu, vývar z bobkového listu, nového koření, cibule, vývar z hub, malé množství sladké papriky, mletá skořice, vegeta, strouhaný perník, majoránka, natě
- Nedoporučované koření - bujón, maggi, pepř
- Kyselíme menším množstvím octa, citrónovou šťávou, citrónový džus

10. Pečivo

- rohlíky, housky, veka, netučná vánočka, mazanec, bílý chléb, dětské piškoty, suchary, loupáčky bez máku.

Zdroj: <http://www.dietologie.cz/dieta/zakladni-dieta/dieta-setrici/dieta-setrici-vzor-dieta-c-2.html>

Příloha D – Žádost o nahlédnutí do dokumentace

**ŽÁDOST O NAHLÉDNUTÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE U PACIENTA
HOSPITALIZOVANÉHO V KRAJSKÉ NEMOCNICI LIBEREC a.s.,
k rukám vrchní sestry Mgr. Ladislavě Kohoutové**

Já, níže podepsaná:

Jméno a příjmení: Martina Vondráčková

Narozena: 28. 5. 1988

Žádám tímto o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace z důvodu zpracování bakalářské práce: Ošetřovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou gastrooduena

V Liberci dne: 21. 3. 13

Podpis:

Rozhodnutí vrchní sestry: souhlasím – ~~nesouhlasím~~

Podpis:

Krajská nemocnice Liberec
předseda chirurgie
MUDr. Miroslav BAADER

Mgr. L. KOHOUTOVÁ