

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S VŘEDOVOU CHOROBU GASTRODUODENA

Bakalářská práce

BARBORA JANOŠOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

Praha 2013



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

Janošová Barbora
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 9. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou
gastroduodena

Nursing Process for Patients with Gastro-duodenal Ulcer Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 1. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

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: 31. května 2013

.....

Podpis studenta

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Dušanu SYSLOVI, PhD., MPH. za metodické vedení mé práce, za ochotný přístup a cenné rady při zpracování práce.

V Praze dne 31. května 2013

ABSTRAKT

JANOŠOVÁ, Barbora. *Ošetrovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou gastroduodena*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD.,MPH. Praha 2013.64 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je aplikace ošetrovatelského procesu u pacienta s vředovou chorobou gastroduodena. Úvodní část práce se zabývá charakteristikou vředové choroby gastroduodena, klinickým obrazem, diagnostikou, komplikacemi a léčbou onemocnění.

Stěžejní část práce popisuje specifikum ošetrovatelské péče u pacientky s vředovou chorobou gastroduodena a ošetrovatelský proces u pacientky s tímto onemocněním. Ošetrovatelský proces byl stanoven na základě informací od pacientky hospitalizované na chirurgickém oddělení Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.

V závěru bakalářské práce jsou návrhy a doporučení u tohoto onemocnění, které lze využít v praxi. Součástí práce jsou i přílohy.

Klíčová slova: Ošetrovatelský proces. Specifikum ošetrovatelské péče. Vředová choroba gastroduodena.

ABSTRACT

JANOŠOVÁ, Barbora. *Nursing Process for Patients with Gastro - duodenal Ulcer Disease*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., qualification degree: Bachelor's degree. Thesis manager: Mgr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Prague 2013. 64 pages.

The main topic of this thesis is an application of the nursing process in case of the patients suffers from the gastro - duodenal ulcer disease. At the beginning of the thesis describes characteristics of gastro - duodenal ulcer disease, clinical symptoms, diagnosis, complications and treatment of the disease.

The mainstay part describes specific of nursing care for the patients suffer from the gastro - duodenal ulcer disease and describes the nursing process applied in case of the patients with this disease. The nursing process was based on information from patient hospitalized in a hospital Valašské Meziříčí a.s., at the surgical department and was completed from the patients records.

The final part of the thesis describes therapeutic suggestions and recommendations in case of this disease, which can be used in practice. The work contains attachments.

Keywords: Gastro - duodenal ulceration. Nursing process. Specific of nursing care.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	10
1 CHARAKTERISTIKA VŘEDOVÉ CHOROBY GASTRODUODENA	12
1.1 Lokalizace vředů	13
1.2 Etiopatogeneza	13
1.3 Klinický obraz.....	15
1.4 Diagnostické postupy	16
1.5 Komplikace u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena.....	18
1.6 Léčba.....	20
1.6.1 Léčba konzervativní.....	20
1.6.2 Léčba chirurgická	21
1.7 Prognóza.....	22
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S VŘEDOVOU CHOROBU GASTRODUODENA	23
2.1 Specifika ošetrovatelské péče na standardním oddělení	23
2.2 Specifika ošetrovatelské péče na JIP.....	24
2.3 Režimová opatření	25
2.4 Dietní opatření.....	26
2.4.1 Potraviny zakázané	27
2.4.2 Potraviny doporučené	27
2.4.3 Příklad jídelníčku	28
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S VŘEDOVOU CHOROBU GASTRODUODENA.....	31
4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	59
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
SEZNAM PŘÍLOH.....	64

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

C	uhlík
CO₂	oxid uhličitý
Event.	eventuálně
GIT	gastrointestinální trakt
H. pylori	helicobacter pylori
Ig A,G,M	imunoglobulin A,G,M (protilátky vyskytující se u člověka)
JIP	jednotka intenzivní péče
O₂	dvouatomový kyslík - dikyslík
PPI	inhibitor protonové pumpy (proton pump inhibitor's)
RTG	rentgen

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Analgetikum – lék užívaný proti bolesti

Antigen – protilátka

Antrum – vývodná část žaludku

Bulbus (duodena) – první část dvanáctníku, následuje ihned za pylorem

Cushingův syndrom - je endokrinologické onemocnění charakterizované zvýšenou tvorbou kortizolu, což je steroidní hormon tvořený v nadledvinách

Duodenum – dvanáctník, první část tenkého střeva

Eradikace H. pylori – úplné odstranění H. pylori z osídlení žaludku

Epigastrium - nadbříšek

Helicobacter pylori – tyčkovitá bakterie, která osídluje žaludeční sliznici

Kardie – česlo, svěrač mezi jícnem a žaludkem, též dolní jícnový svěrač

Pepsin – enzym žaludeční sliznice

Per os - ústy

Pylorospasmus – křeč pyloru

Pylorostenóza – zúžení pyloru

Reflux – návrat (zde kyselého obsahu žaludku či zásaditého s příměsí žluče do jícnu)

Subkardiální – umístěný pod kardií

Tachykardie – zrychlení srdečního rytmu

Zollingerův-Ellisonův syndrom – onemocnění, při kterém dochází k vysoké sekreci gastrinu, který zvyšuje sekreci kyseliny solné v krycích buňkách žaludku, tvoří se mnohočetné vředy v žaludku i střevě

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá tématem a aplikací ošetrovatelského procesu u pacientky s vředovou chorobou gastroduodena. Jedná o onemocnění, které je v dnešní době velice časté. Co se týče výskytu jak v České republice, tak i ve světě zaujímá toto onemocnění přední příčky. Vředová choroba gastroduodena se diagnostikuje u osob nejen v produktivní a starším věku, ale stále častěji se objevuje více u mladistvých. Jedná se o onemocnění trávicího traktu s chronicky recidivujícím se charakterem. U této nemoci je typické, že pacient s tímto onemocněním střídá období klidu s obdobími akutním.

Toto onemocnění již v minulosti zvyšovalo zájem lékařů. Zájem lékařů o zjištění příčin vzniku tohoto onemocnění, stanovení optimální léčby, snahu o úplné vyléčení pacientů. Rozkvět této nemoci je datován do období 20. století, kdy docházelo ve velké míře ke změně životního stylu populace. Onemocnění je spojováno s dlouhodobou pracovní vyčerpáním, stresem, nesprávnou životosprávou. Dle průzkumu jsou postižení ve většině případů muži než ženy. Velký pokrok k většímu poznání této choroby dal objev mikroorganismu *Helicobacter pylori*, jako jedné z určujících příčin vzniku onemocnění. Tento objev představoval v historii lékařství jeden z největších mezníků své doby.

Podstata onemocnění spočívá v narušení sliznice, i hlubších vrstev stěny trávicí trubice. Vzniká v místech, kdy trávicí trubice je vystavena agresivnímu působení žaludeční šťávy. Jedná se o chronické onemocnění, které je charakteristické především opakujícím se tzv. znovuzplanutím neboli relapsy. Má dlouhodobý průběh a pacienta může obtěžovat i dlouhá léta.

Vředová choroba gastroduodena je často spojována s dlouhodobou pracovní neschopností, která v sobě nese nepříznivé následky, a to především psychologické, sociální a ekonomické. A to nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu.

Hlavním cílem mé práce je seznámit se s tímto onemocněním, jakož i ostatní zdravotnický personál. Naleznout ošetrovatelské problémy a stanovit aktuální ošetrovatelské diagnózy tak, aby došlo k saturaci všech pacientčích potřeb, která

je léčena konzervativně. Výběr tématu je ovlivněn přítomností tohoto onemocnění v mé rodině.

1 CHARAKTERISTIKA VŘEDOVÉ CHOROBY GASTRODUODENA

„Onemocnění jícnu, žaludku a dvanáctníku, ke kterým patří refluxní choroba jícnu, vředová choroba žaludku duodena, jsou častými onemocněními, kterými v průběhu života onemocní více než polovina obyvatelstva. Tak je plně naplněno Cicerovo poselství „Není smrtelníka, jež by se netkla bolest a nemoc“. (KOHOUT et al., 2008, 1 str.).

Vředová choroba žaludku a duodena je celkové onemocnění organismu a nikoliv jen samotné postižení sliznice žaludku a duodena. Toto onemocnění patří k velmi častým onemocněním trávicího traktu a má chronický průběh s recidivujícím charakterem. Co se týče nejnovějších poznatků z výzkumu v této oblasti, je na místě označovat za vředovou chorobu žaludku a duodena především ty vředy, u kterých je prokázána přítomnost bakterie *Helicobacter pylori*. Vředová choroba žaludku a duodena se označuje jako infekční onemocnění. Bakterie *Helicobacter pylori* patří, včetně přítomnosti pepsinu a agresivní kyseliny chlorovodíkové v žaludku, mezi hlavní činitele, jež sliznici poškozují a umožňují tak bez jakýchkoliv problémů vznik vředu. Kyselina chlorovodíková je nezbytnou podmínkou vzniku vředových lézí. Není však jeho jedinou příčinou. Vznikne-li nerovnováha mezi ochrannými faktory sliznice a faktory agresivními, vznikají defekty sliznice, které jsou označovány jako peptické léze (DÍTĚ, 2007; KOHOUT et al., 2008; LUKÁŠ et al., 2002).

Peptické léze se dle hloubky dělí na:

- erose – slizniční defekt omezený na mukózu (neproniká skrz vrstvu hladké svaloviny (dále muscularis interna) do submukózy);
- vřed – slizniční defekt, přesahující do podslizničního vaziva (dále submukóza) i hlouběji. Peptický vřed vzniká především v dosahu kyselého, pepticky aktivního žaludečního sekretu.

Peptické vředy rozdělujeme na:

- primární - vlastní vředová choroba, kdy na jejím vzniku se podílí především bakterie *Helicobacter pylori*;

- sekundární - kdy jsou známy jejich hlavní příčiny a to nadměrné používání léků, některá endokrinní a metabolická onemocnění, jako je např. hyperparathyreóza, Cushingův syndrom, dále působení stresu, nesprávná výživa, závažné onemocnění žláz s vnitřní sekrecí, závažné onemocnění průdušek a plic.

„Vředová choroba žaludku a duodena je dána peptickými vředy v místech přirozené odolnosti sliznice vůči kyselině chlorovodíkové a pepsinu (tedy v žaludku a/nebo v bulbu duodena).“ (LATA et al., 2010, 32 str.).

1.1 Lokalizace vředů

Vředová choroba může postihovat různé oblasti trávicí trubice (jícen až po jejunum), k nejčastějšímu postižení dochází v žaludku a první části tenkého střeva – duodenu; výskyt tohoto onemocnění je vázán na přítomnost kyselého žaludečního sekretu, kde má kyselina chlorovodíková pH pod 1,0 a tedy působí agresivně (SÝKORA et al., 2002).

Vřed je většinou lokalizován na slizničních rozhraních, např. mezi dvanáctníkovou a žaludeční sliznicí nebo gastrickou sliznicí antra a těla. Často se žaludeční vředy nacházejí v antru a dostávají se až do subkardiální oblasti – je to způsobeno tzv. antralizací sliznice těla žaludku, která je důsledkem gastritidy. Na umístění vředu má vliv také uspořádání svalových snopců žaludku a pravděpodobně i cirkulace (SÝKORA et al., 2002).

1.2 Etiopatogeneza

Na vzniku vředové choroby gastroduodena se kromě bakterie *Helicobacter pylori* podílí i další vyvolávající mechanismy, které se mohou vzájemně podmiňovat, a některé není možno zcela vysvětlit (MAŘATKA et al., 1999).

Působí proti sobě faktory agresivní a faktory ochranné. Je-li tato rovnováha mezi ochrannými a útočnými faktory porušena, dochází ke vzniku peptického vředu.

K agresivním útočným činitelům patří:

- Kyselá žaludeční šťáva – působí sama o sobě, avšak dokáže aktivovat i žaludeční působek pepsin a za určitých podmínek, a to natrávením vlastní sliznice způsobuje slizniční vřed.
- *Helicobacter pylori* – je druhým nejvýznamnějším útočným faktorem. Vyvolává slizniční zánět ve východové části žaludku a ve změněné sliznici dvanáctníku. Pokud dochází k oslabení sliznice, snadněji vzniká vřed. *H. pylori* patří k nejrozšířenějším lidským infekcím.
- Porucha hybnosti trávicího traktu – jedná se o opožděné vyprazdňování žaludku, kde dochází k zadržování jeho obsahu.
- Zpětný tok žluče a enzymů slinivky břišní z dvanáctníku do žaludku, což napomáhá k porušení sliznice.
- Poruchy prokrvení sliznice – způsobují zhoršení obnovy sliznice.
- Léky používané v léčbě bolesti, především léky určené k odstranění bolesti kloubů a svalů.

K ochranným faktorům patří:

- Žaludeční hlen chrání povrch sliznice.
- Kyselé uhličitany tvořené v žaludeční sliznici, které neutralizují kyselinu.
- Správné prokrvení sliznice.
- Schopnost neboli regenerace sliznice nahrazovat odumřelé buňky novými buňkami.
- Normální tvorba prostaglandinů.

Nesmíme však zapomenout, že vliv zevního prostředí a některé faktory patří k hlavním příčinám vzniku peptických vředů. Mezi tyto faktory patří:

- Léky proti bolesti, jakou jsou nesteroidní antirevmatika, které patří u všech věkových skupin k nejčastěji předepisovaným lékům. Tyto léky mají velice účinný léčebný efekt. Na druhou stranu jsou to právě ty léky, které mohou i při minimální dávce vyvolávat zdravotní komplikace zažívacího ústrojí.
- Léky obsahují hormony kůry nadledvinek (kortikosteroidy).
- Stres byl v minulosti pokládán za jednu z příčin vzniku vředů, v současné době tomu již tak není. Poukazuje se na to, že stres zhoršuje příznaky působení vředu.

Za příčinu se považuje větší tvorba kyseliny jako odpověď na stres.

- Velký význam na působení vředu je výživa. Kouření cigaret, odlišné stravovací návyky, nesprávné složení potravy, nevyvážené použití koření v jídle. Tyto činitele působí většinou ve spojení s jinými rizikovými faktory a v etiopatogenezi vředové choroby gastroduodena hrají významnou roli.
- Psychosomatické poruchy.

1.3 Klinický obraz

Při všech obtížích, které signalizují přítomnost vředové choroby gastroduodena, je vždy nutné pacienta vyšetřit. Pokud budeme s vyšetřením a léčbou otálet, může být tím prodloužena léčba pacienta. Zároveň se při časném zjištění a stanovení optimální léčby vyhneme výskytu možných komplikací.

Duodenální vřed se vyskytuje častěji u mužů, a to nejčastěji ve věku mezi 20 až 40 lety. Až u 90 % pacientů je prokázána infekce *H. pylori*. Bolest se objevuje za 2 až více hodin po jídle a to po odeznění neutralizačního efektu stravy, více v noci (KEIL et al., 2012).

Duodenální vřed je charakteristický epigastrickou bolestí ve střední čáře nebo vpravo pod ní. Může se šířit pod pravý žeberní oblouk či do zad. Onemocnění může být doprovázeno pálením žáhy, zvracením kyselých šťáv, zácpou a unaveností (KOHOUT, 2005).

Žaludeční vřed se vyskytuje u obou pohlaví rovnoměrněji, a to ve středním a vyšším věku. Co se týče přítomnosti infekce *H. pylori*, statistiky uvádějí až 70 % pacientů s touto bakterií. Bolest bývá lokalizována do epigastria. Vazba na jídlo bývá méně typická, bolest se objevuje častěji po jídle (KEIL et al., 2012).

Pacient se často kvůli bolesti vyhýbá jídlu, dochází k úbytku hmotnosti. Pro vředovou chorobu byl typický pravidelný sezónní výskyt na jaře a na podzim. Pravidelné opakování vředové choroby bylo ovlivněno odstraněním bakterie *Helicobacter pylori* (KOHOUT et al., 2008).

1.4 Diagnostické postupy

Při podezření na onemocnění vředovou chorobou gastroduodena je nutné pacienta vždy vyšetřit, jelikož každé oddálení vyšetření může prodloužit dobu léčby, a tím i zvýšit riziko výskytu možných komplikací.

Diagnostika vředové choroby gastroduodena zahrnuje anamnézu, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření a endoskopické vyšetření s cíleným odběrem bioptického materiálu a diagnostikou infekce *H. pylori* (LUKÁŠ et al., 2002).

Anamnestické údaje obsahují informace týkající se charakteru, intenzity, lokalizace a vyzařování bolesti. Důležité jsou informace o dyspeptických potížích (nauzea, zvracení, pálení žáhy), poruchách vyprazdňování a o životním stylu pacienta.

Fyzikální vyšetření (vyšetření lékařem) většinou k diagnostice nepřispěje, u nekomplikované vředové choroby neexistují žádné typické příznaky (KOHOUT et al., 2008).

Laboratorní vyšetření informuje o průkazu protilátek *Helicobacter pylori* v krvi i ve stolici. Avšak pozitivita na bakterii nnesvědčí pro vředovou chorobu, ale pro infekci *Helicobacterem pylori* (KOHOUT et al., 2008).

V rámci laboratorního vyšetření se krom standardních odběrů, které informují o stavu organismu pacienta provádí vyšetření krevní skupiny vzhledem k riziku možného krvácení z vředu.

Endoskopické vyšetření patří mezi základní metodu diagnostiky vředové choroby gastroduodena. Jedná se o gastroskopické vyšetření (gastroduodenoskopie), které umožňuje odběr materiálu na stanovení kolonizace sliznice *Helicobacterem pylori* a biopsii z vředových lézí za účelem vyloučení maligní etiologie. Každý pacient s touto diagnózou by měl být endoskopicky sledován až do samotného zhojení vředové léze. V některých případech bývá používán i jako léčebná intervence např. k zastavení krvácení, kdy kanálem endoskopu zavádí lékař speciální jehlu a touto cestou následně

podává hemostyptické substance, nejčastěji 0,1 % adrenalinu, ale také tkáňové fibrinové lepidlo. Kontrolní gastrokopie se provádí 24–48 hodin. Pokud se krvácení nepodaří zastavit konzervativně, je nutné provést chirurgický zákrok (KEIL et al., 2012).

Rentgenové vyšetření bylo dříve velice používanou metodou. Tato metoda spočívá v aplikaci kontrastní látky (baryová kaše) do žaludku a následném provedení RTG snímku. V dnešní době však tato metoda ztratila svůj význam a je používána pouze v ojedinělých případech, kdy nelze provést endoskopické vyšetření (KOHOUT, 2005).

Detekce *Helicobacter pylori* – stanovení přítomnosti bakterie *H. pylori* je v současnosti základním a nezbytným vyšetřením, které slouží k posouzení závažnosti stavu vředové léze a stanovení správné léčby pacienta. Diagnostické testy na zjištění přítomnosti infekce *H. pylori* se dělí na invazivní a neinvazivní (LUKÁŠ et al., 2002).

- 1) Invazivní metoda - k průkazu infekce invazivním způsobem se používá nejčastěji rychlý ureázový test, histologické vyšetření, kultivace vzorků. Kultivace vzorků spočívá především ke stanovení citlivosti k antibiotické léčbě.
- 2) Neinvazivní metoda – jedná se o metodu bez provedení biopsie, stanovení titru protilátek, průkazem ve stolici nebo v dechu. Dělíme na:
 - dechové testy – test spočívá v podání přesně stanoveného množství urey značené uhlíkem (^{13}C nebo ^{14}C) nalačno. Tímto testem lze nepřímo prokázat ureázovou aktivitu bakterie *H. pylori* v žaludku. Urea se v žaludku hydrolyzuje a pokud je v žaludku přítomna bakterie *H. pylori*, dochází u uvolnění zvýšeného množství uhlíku ($^{13}\text{CO}_2$ nebo $^{14}\text{CO}_2$) plícemi do vydechaného vzduchu (LUKÁŠ et al., 2002; MAŘATKA, 1999).
 - sérologická vyšetření – projevem infekce *H. pylori* je chronický zánět žaludeční sliznice se systémovou a lokální imunologickou reakcí organismu. Pokud je přítomná systémová odpověď typu IgA, jedná se o závažný zánět. Nejčastěji dochází k tvorbě specifických protilátek v oblasti IgG. Protilátky IgM se prokazují vyjímečně. Musíme však brát v úvahu, že při infekci *H. pylori* dochází k aktivaci imunitních obranných mechanismů, tím výsledná tvorba protilátek není schopna ukončit infekci. Tímto způsobem se rozvíjí chronická fáze infekce *H. pylori* (LUKÁŠ et al., 2002).
 - vyšetření stolice - v posledních letech se k metodám stanovení infekce *H. pylori*

využívá i neinvazivní vyšetření spočívající v průkazu antigenu ve stolici.

1.5 Komplikace u pacientů s vředovou chorobou gastroduodena

Mezi nejčastější komplikace tohoto onemocnění patří penetrace, perforace, krvácení z vředové léze, pylorostenóza či pylorospasmus, stenóza bulbu či dalších úseků duodena (KOHOUT, 2005).

Penetrace - k penetraci dochází v případě, že vřed proniká do hlubších vrstev stěny žaludku či dvanáctníku. Znamená to, že dochází k průniku do okolních orgánů, jako je např. do jater či slinivky břišní. Pacienti udávají úporné bolesti v epigastriu, vystřelující do zad. Diagnostika se provádí pomocí endoskopického vyšetření. Rozlišujeme 3 stupně:

- dochází k průniku všemi vrstvami stěny postiženého orgánu;
- dochází k rozšíření stěny trávicí trubice a penetraci celé její hloubky;
- dochází k pronikání mimo stěnu orgánu do orgánů okolních, event. vznik píštělí mezi žaludkem a okolními orgány (DÍTĚ, 2007; KOHOUT, 2005; MARTÍNEK et al., 2000).

Perforace - v případě, že dojde k průniku vředu příliš rychle a nestačí dojít ke vzniku zánětlivých srůstů okolo vředové léze dochází k perforaci, tedy proděravění žaludeční či duodenální stěny. Bolest u pacienta vzniká náhle, je prudká, šokující, lokalizovaná do nadbřišku. Jde o stav ohrožující život pacienta a tento stav je nutné řešit chirurgickým zákrokem. Diagnostika se provádí průkazem volného vzduchu pod bráničními oblouky za pomoci nativního RTG břicha a podbraničních prostorů. Snímek je nutné provést ve stoje (FELDMAN et al., 2010; KOHOUT, 2005; NAVRÁTIL et al., 2008).

Pylorostenóza či přechodný pylorospasmus – pokud je v blízkosti pyloru vředová léze, oblast pyloru může být postižena spasmem. Jde o vytvoření peptického vředu v oblastech, kde otok kolem vředu či jizvení při jeho hojení může vyvolat zúžení a zhoršenou průchodnost. Pacient udává pocit plnosti, nauzeu a zvracení. Pacient zvrací nedokonale natrávenou potravu v hojném množství. Zde je velice důležité, zda se jedná

o komplikace akutního vředu, kde medikamentózní léčba vede k výraznému zlepšení, nebo pokud jde o komplikace dlouhodobého onemocnění. Zde je většinou zapotřebí přistoupení k chirurgickému zákroku (KOHOUT, 2005).

Stenóza duodena s vysokým ileem – stenóza duodena je umístěna v oblasti bulbu či postbulbárního duodena. Léčba spočívá v aplikaci tekutin, umělé výživy, odsávání žaludečního obsahu nazogastrickou sondou. V případě pokud léčba není úspěšná v rozsahu 7 – 10 dnů, lékař indikuje chirurgické řešení (KOHOUT, 2005).

Krvácení z vředu - je nejčastější komplikací vředové choroby. Krvácení z peptického vředu se může objevit v průběhu choroby. Nejvíce se krvácení objevuje u vředů zadní stěny bulbu duodena. Krvácení z vředu se projevuje hematemézou (zvracení čerstvé či natrávené krve) či melénou (stolice řídké konzistence, černé barvy, která zapáchá v důsledku natrávené krve), dále vznikem akutní posthemoragické anémie popř. anemického syndromu se slabostí, tachykardií, únavou. Krvácení velmi často souvisí s medikací nesteroidními antirevmatiky nebo analgetiky. Diagnostiku krvácení z peptického vředu provádíme urgentní endoskopií. Velice důležité je provést endoskopické vyšetření do 1 až 2 hodin od přijetí pacienta do nemocnice (KOHOUT, 2005).

Endoskopicky se krvácení rozděluje podle závažnosti a velikosti krvácení (klasifikace podle Forresta z roku 1974) na:

Aktivní krvácení (Forrest I)

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

Evidence recentního krvácení (Forrest II)

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

Bez evidence krvácení (Forrest III)

- Nejsou známky recentního krvácení

Pacient s akutním krvácením je hospitalizován na jednotce intenzivní péče (KOHOUT, 2005).

1.6 Léčba

Léčba vředové choroby dosáhla v posledních letech velice významného pokroku. Moderní léčba peptického vředu byla a je ovlivněna chápáním podstaty jeho vzniku, komplikací a následného řešení. Chirurgická léčba zůstává v současnosti vyhrazena pro řešení komplikovaných případů. Je však důležité si uvědomit, že toto onemocnění musí být detekováno již v samotném začátku, a tím i zahájena co nejdříve léčba. Je třeba si uvědomit, že je potřeba chápat toto onemocnění jako společnou akci lékaře, sestry a pacienta, která může v několika směrech významně ovlivnit celkový výsledek léčby.

Léčba peptických onemocnění jícnu, žaludku i dvanáctníku je komplexní, zahrnuje v sobě dietní i režimová opatření, medikamentózní léčbu, v závažnějších případech zahrnuje léčbu i na jednotce intenzivní péče, léčbu endoskopickou. Chirurgická léčba je doporučována v případech, kdy ostatní léčba selže (KOHOUT et al., 2008).

1.6.1 Léčba konzervativní

Konzervativní léčba zahrnuje medikamentózní léčbu a režimová opatření. Medikamentózní léčba spočívá v potlačení žaludeční sekrece a posílení ochranných faktorů (DÍTĚ, 2000).

K léčbě peptických onemocnění jícnu, žaludku i dvanáctníku jsou užívány následující skupiny léků:

- antacida, která neutralizují kyselý žaludeční obsah. Rozdělují se na absorpční a rezorbovatelná. Absorpční antacida neutralizují kyselou reakci vazbou HCl. Využívají účinku koloidního hydroxidu hlinitého či hydroxidu hořečnatého. Rezorbovatelná antacida neutralizují žaludeční obsah. Patří zde soda bicarbona – hydrogenuhličitán sodný, uhličitán vápenatý – kalcii carbonas. Tyto antacida se však pro riziko nežádoucích účinků již nedoporučují a nepodávají. K nejužívanějším antacidům v Čechách patří Maalox, Talci, Gastogel, Gaviscon, Rennie apod. (KOHOUT, 2005; KOHOUT et al., 2008; LUKÁŠ et al., 2002);

- H₂ – blokátory. Ty blokují působení histaminu na H₂ receptory, tím snižují tvorbu kyseliny solné. Do praxe byly zavedeny v 80. letech 20. století. Léčba peptických vředů se zkrátila a zvýšila se její účinnost. V České republice jsou k dispozici ranitidin v síle 75 mg, 150 mg, 300 mg (Apo-Ranitidin, Ranisan, Ulcosan, Zantac), famotidin v síle 10, 20, 40 mg (Apo-Famitidine, Famosa, Quamatel, Ulfamid)
- inhibitory protonové pumpy (PPI) - jejich účinek spočívá v zablokování protonové pumpy, která na podkladě podnětů tvoří v krycí buňce kyselinu solnou. Účinnost protonové pumpy je velmi vysoká. Užívají se v eradikačních schématech k eradikaci H. Pylori, dále v léčbě a prevenci sekundárních peptických vředu či reflexní oesofagitidy. Po 4 týdnech léčby dochází k zhojení až 90 % vředů. K preparátům dostupných na našem trhu patří omeprazol 10, 20, 40 mg (Apo-Ome, Losec, Helicid, Gasec, Ortanol, Ultop), pantoprazol (Controloc), lansoprazol (Lanzul) (KOHOUT et al., 2008; LUKÁŠ et al., 2002);
- anticholinergika – blokují tvorbu kyseliny solné působením na muskarinový receptor krycí buňky žaludku. Z důvodů velkého množství nežádoucích účinků u neselektivních anticholinergik, jako je suchost tkání, mydriáza, tachykardie a další typické příznaky užívání atropinu, byla do praxe zavedena selektivní parasimpatikolytika. Ta se zaměřovala pouze na blokaci M1 receptoru. Z trhu je vytlačily účinnější léky a to H₂ blokátory a inhibitory protonové pumpy;
- prokinetika – tyto léky upravují správnou motilitu v zažívacím ústrojí
Podávání prokinetik u onemocnění vředovou chorobou gastroduodena je nutné posuzovat individuálně (LUKÁŠ et al., 2002);
- eradikační léčba – u vředové choroby s prokázaným H.pylori je základem léčby eradikace H.pylori. Podstatou eradikační terapie je jeho trvalé odstranění (KOHOUT, 2005).

1.6.2 Léčba chirurgická

V polovině 20. století patřila chirurgická léčba k účinným alternativám léčby žaludečních či dvanáctíkových vředů. Počet chirurgických výkonů i indikace vředové choroby žaludku a duodena výrazně poklesl s nástupem H₂ blokátoru a inhibitorů

protonové pumpy. Jsou však i situace, kdy je nezbytný chirurgický zákrok. Jedná se především o komplikace vředové choroby, kdy dochází ke krvácení z vředu do gastrointestinálního traktu. V případech, kdy dochází k selhání farmakologické léčby, perforaci vředu, penetrace vředu, stenóza lumen, tzn. chirurgická léčba je indikována u pacientů rezistentních na farmakologickou léčbu. Cílem chirurgické léčby je nejen odstranění vředu, ale zejména utlumení produkce agresivního žaludečního sekretu, aby nemohlo docházet k recidivám (KEIL et al., 2012; ZELENKOVÁ, 2005).

1.7 Prognóza

Prognóza tohoto onemocnění vředovou chorobou je v současné době výborná. Hlavním důvodem je účinná farmakoterapie, díky které došlo mimo jiné k omezení chirurgických zákroků. Ty zůstávají vyhrazeny např. pro nezastavitelné krvácení nebo jiné nebezpečné komplikace vředu. Úmrtnost na nekomplikovaný vřed je výjimečná (KOHOUT, 2005).

Je velice důležité zavést u pacientů s touto chorobou léčebný režim. Pacient by měl spočívat v klidném prostředí, dostatek spánku a v co největším omezení nadměrné fyzické zátěže. Bylo rovněž prokázáno, že nadměrné kouření zhoršuje hojení peptických lézí. Pacient by měl dodržovat i dietní opatření. Strava by měla být volena individuálně dle stupně postižení. Je vhodné jíst v menších porcích a častěji.

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S VŘEDOVOU CHOROBOU GASTRODUODENA

Pacienti s nekomplikovaným peptickým vředem žaludku a duodena jsou většinou léčeni pouze ambulantně, hospitalizování jsou při komplikacích. Pacienti jsou přijímáni na standardní lůžkové oddělení či jednotku intenzivní péče.

Hospitalizování jsou rovněž pacienti trpící peptických vředem s diabetem mellitem, zvláště pokud jsou léčeni inzulinem, pacienti s ischemickou chorobou srdeční, renální či jaterní insuficiencí. Jedná se o skupinu pacientů, kdy může dojít ke zhoršení perorálního příjmu, anemizace nebo další okolnosti, které jsou spojeny s peptickým vředem a mohou výrazně zhoršit stav pacienta či ohrozit na životě.

V rámci ošetřovatelského procesu, který se skládá z pěti fází sestra plánuje a poskytuje ošetřovatelskou péči. První fází je posouzení, kde dochází ke sběru informací a jejich následné třídění. Druhou fází je diagnostika, tedy zhodnocení pacientových potřeb a problémů a následné stanovení ošetřovatelské diagnózy. Mezi nejčastější ošetřovatelské diagnózy u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena patří bolest, dyspeptické potíže, narušený spánek, únava, potencionální vznik poruchy výživy a tekutin a nedostatek informací o samotném onemocnění a jeho prevenci. Třetí fází je plánování, kdy plánujeme ošetřovatelskou péči, tedy stanovení cíle, výsledných kritérií a zápisu plánu ošetřovatelských intervencí, pomocí kterých chce ošetřovatelský tým dosáhnout vytýčených cílů. Čtvrtou fází je realizace, kde se sestra vykonává naplánované intervence a vede se záznam o jejich výkonu a výsledku. Pátou fází je hodnocení, kde sestra hodnotí, jestli bylo dosaženo vytýčeného cíle (SYSEL., 2011; ŠAMÁNKOVÁ et al., 2006).

2.1 Specifika ošetřovatelské péče na standardním oddělení

Pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena jsou většinou přijímáni na interní oddělení, v případě komplikací a rovněž při nutnosti operační léčby na oddělení chirurgické. Pacient je uložen na klidný pokoj, kde zaujme vhodnou polohu, popřípadě

polohu úlevovou vzhledem k bolesti. Co se týče pohybového režimu, ten je ve většině případů volný bez omezení. Sestra v rámci ošetrovatelského procesu provede pečlivou ošetrovatelskou anamnézu, kde klade cílené otázky, které co nejlépe vystihnou podstatné příznaky, potíže pacienta a jejich průběh (LUKÁŠ et al., 2005).

Ke specifikům ošetrovatelské péče patří anamnéza, která se týká trávicích obtíží. Pacienti si velice často stěžují na bolest v oblasti břicha. Sestra se zajímá o dyspeptické obtíže pacienta, tedy soubor obtíží, kterými se projevují poruchy trávení. Do dyspepsie řadíme potíže, jako je nechutenství, kručení v břiše, říhání, zvýšený odchod střevních plynů, zápach z úst, plynatost, nauzea, pocit tlaku v břiše, pocit netrávení, pálení žáhy, průjem, zácpa, zvracení (LUKÁŠ et al., 2005).

Dále sestra sleduje a zaznamenává vyprazdňování stolice – pokud se objeví meléna sestra ihned informuje lékaře a plní jeho ordinace. Pokud pacient zvrací sestra sleduje vzhled, zápach, množství, četnost a ihned informuje lékaře. Uloží pacienta do Fowlerovy polohy, podá pacientovi emitní misku s buničinou a nepodává nic per os. Sestra sleduje ztráty krve a vše zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. Důležité je celkové uklidnění pacienta.

2.2 Specifika ošetrovatelské péče na JIP

Hospitalizováni jsou ve většině případů pacienti s akutním krvácením. Tito pacienti jsou umísťováni na jednotku intenzivní péče, a to buď na oddělení chirurgické či gastroenterologické JIP. Na těchto odděleních je poskytnuta komplexní intenzivní péče, která spočívá především v monitoringu životních funkcí, krevního tlaku, pulzu, saturace O₂, bilance příjmu a výdeje tekutin, kontrola a bilance centrálního venózního tlaku, sledování množství a barvy zvratků a stolice. V případě masivního krvácení je vhodné kanylovat centrální žilní systém, udržet cirkulaci aplikací náhradních roztoků a převodem krve, event. krevních derivátů, zavést nazogastrickou sondu k odsávání krve a koagul ze žaludku, aplikovat hemostyptika a antisekreční léčbu (inhibitory protonové pumpy).

Pacienti jsou obvykle hospitalizováni na jednotce intenzivní péče až po provedení všech základních vyšetření. Je provedena urgentní endoskopie. U pacientů s akutním krvácením do horního GIT musí být vždy komplexní a je zde zapotřebí spolupráce endoskopistů, internistů a chirurgů.

2.3 Režimová opatření

Důraz je kladen především na včasnou a optimální léčbu a především na spolupráci pacienta s lékařem a ošetrovatelským týmem. Léčebný režim je základní součástí léčby. Všem pacientům se doporučuje odstranit stresující faktory. Tyto faktory mohou mít na naše zdraví negativní účinek. Při stresových situacích dochází k narušení normální tělesné funkce a následně dochází k poškození celkového imunitního systému. Sestra edukuje pacienta o možnostech jak zvládat stres, seznámí ho s antistresovými metodami. Sestra eliminuje stresové podněty z okolí. Pomůže pacientovi vymezit to, co je pro něho důležité a sestaví seznam stresujících situací a následně technik, jak se jim vyhnout. Sestra edukuje pacienta o důležitosti řešit problémové situace jednu po druhé, stanovit si pořadí naléhavosti a pokud je to jen možné, tyto situace odložit po dobu léčení. S režimovou léčbou úzce souvisí i klidový relaxační režim, spánek a odpočinek. Sestra seznámí pacienta i s různými relaxačními způsoby a technikami, jako je např. jóga, dechová cvičení, aromaterapie, různá tělesná a duševní cvičení. V případě poruch spánku se setra snaží najít a odstranit příčinu této poruchy.

Mezi režimová opatření patří i zákaz léků, které významně přispívají ke vzniku a podporují s tím spojené komplikace. Je zapotřebí omezit či úplně zakázat užívání léků jako jsou nesteroidní antirevmatika, kortikoidy apod. V opačném případě, kdy je doporučeno lékařem užívání těchto léků, je nutné jejich podávání současně kombinovat s léky, které mají ochranný vliv na sliznici žaludku a duodena. K dalším režimovým opatřením patří radikálně omezit kouření. Opakovaně bylo prokázáno, že kouření zpomaluje hojení vředů. Dochází k nepříznivému ovlivňování prokrvení sliznice a ke snížení působení ochranných mechanismů sliznice.

2.4 Dietní opatření

Před objevem účinných léků, které jsou schopny účinně tlumit sekreci kyseliny solné, případně působení *H. pylori* na vznik vředové choroby žaludku a duodena, byla dieta důležitou součástí léčby. Stravovacím návykům se dnes nepřikládá při vzniku vředové choroby takový význam, to ovšem neznamená, že určitá dietní opatření nejsou nutná. Dříve při neznalosti moderních léků se doporučovalo nemocným s vředovou chorobou jídlo spíše zásadité, tedy jídlo neutralizující žaludeční kyselost (DÍTĚ et al., 2005; LUKÁŠ et al., 2002).

Nepravidelná životospráva spočívající především v celodenním hladovění a následném přejedení, poskočení pracovního procesu večer, bývá většinou důsledkem nepřiměřeně vysokých nároků na organismus, které v současné době pociťujeme zvláště intenzivně. Během dne je zapotřebí splnit řadu úkolů, z nichž některé jsme dříve nejen neznali, ale ani si je nedovedli představit.

Co se týče hospitalizovaných pacientů, dieta se řídí aktuálním stavem pacienta. Pokud je vředová choroba v akutním stádiu, tak se volí dieta č.1 – kašovitá šetřící, ve fázi uklidnění se dává přednost dietě č.2 - šetřící.

Před propuštěním pacienta do domácího prostředí je důležitou součástí role sestry edukace pacienta o dodržování režimových a především dietních opatřeních. Informace, které předává sestra pacientovi by měly být na úrovni pacientova chápání, kontroluje zda předaným informacím pacient porozuměl a co nepochopil, opakovaně vysvětlí. Svůj výklad může sestra doplnit o informace ve formě informačních letáků či brožury. Pokud si pacient neví rady s jídelníčkem, nabídne mu sestra pomoc odborníka na výživu a tím je nutriční terapeut/ka.

Po propuštění do domácího prostředí jsou ukázněnost pacienta, změna životního stylu a změna stravovacích zvyklostí a jejich vliv na vznik a léčení vředu žaludku a duodena důležitými faktory, které mají podpůrný vliv na celý organismus a chrání i před dalšími nemocemi. Důležité je vědět, čeho by se měl pacient s vředovou chorobou žaludku a duodena vyvarovat.

2.4.1 Potraviny zakázané

Pacientům s vředovou chorobou gastroduodena se doporučují jídla lehce stravitelná, netučná, málo kořeněná. Pacienti by se měli především vyhýbat tučným a tuhým masům, smaženým pokrmům, zabijačkových výrobkům, plísňovým a zrajícím sýrům, kynutým těstům, nadýmové zelenině, okurky, papriky zelí, cibule, česnek, luštěniny, příliš studeným a horkým nápojům, nápojům s CO₂ a jiným.

Za další nevhodnou potravinu je považována při vředové choroby káva. Káva obsahuje kofein, který napomáhá zvyšování kyselosti žaludeční sekrece. Káva by neměla být konzumována příliš často a na lačný žaludek. Lékaři a výživový poradci doporučují konzumovat kávu doplněnou o mléko či smetanu.

Velice nevhodné u vředové choroby je alkohol ve formě destilátů. 40 % lihový roztok přímo žaludek dráždí. Alkohol způsobuje nejen překrvení žaludeční sliznice, vyvolává větší produkci žaludeční kyseliny, ale přímo ji poškozuje.

2.4.2 Potraviny doporučené

Významnou součástí léčení vředové choroby je i léčebná výživa. Předpokladem úspěchu je dlouhodobé a pečlivé dodržování diety. Vztah mezi jídlem a bolestmi nemocného znají všichni nemocní dobře a někteří z nich mají pocit, že jídlo bolesti vyvolává. Nemocní málo jedí, hubnou a v případě oddálení léčby, začnou chátrat.

Při léčení vředové choroby je doporučováno dodržovat různé diety, které se mnohdy od sebe dosti liší. Nejčastěji je aplikována šetřící dieta, někdy je nutné po určitou dobu podávat tuto stravu v kašovitě úpravě a to z toho důvodu, aby žaludek nebyl nadměrně namáhán.

Přehled vhodných potravin, pochutin a pokrmů

- mléko a mléčné výrobky: sladké i kysané mléko, kysané mléčné výrobky, jogurt s džemem a ovocem, sladká i kysaná smetana, přírodní tvaroh i ve sladké nebo slané úpravě, sýry (čerstvé nearomatické, krémové, smetanové, netučné tavené sýry);

- maso a masné výrobky: telecí, mladé hovězí, králíčí, kuře, mladá slepice, kůzlečí, jehněčí, telecí játra, netučné ryby, tresčí filé a u uženin libová šunka, drůbeží šunka, drůbeží salám;
- ovoce: banány, oloupaná jablka, broskve, meruňky, pomeranče, grapefruity, švestky, ryngle, slívy, vinné hrozny (bez zrníček), třešně, citrony, ovocné rosoly, šťávy, protlaky, tekuté ovoce;
- zelenina: karotka, mrkev, špenát, hlávkový salát, květák, mladé brukve, rajčata, červená řepa, chřest, celer, hrášek. Některé druhy zeleniny podáváme jen v malém množství, záleží však i na úpravě;
- moučné výrobky: pečivo z bílé mouky (ne však smažené), buchty, koláče, vánočka (ne zcela čerstvé), suchary, piškoty, oplatky, těstoviny, bílý chléb (ne zcela čerstvý), strouhanka;
- koření: kmín (popř. jen vývar z kmínu), vanilka, bobkový list, zelené bylinky (kopr, pažitka, petrželka, libeček), citronová šťáva, malé množství octa, majoránka;
- nápoje: slabá káva s mlékem, slabá náhražková káva s mlékem, slabý čaj, slabé kakao, stolní minerálky, šípkový čaj, lipový čaj.

Při přípravě pokrmů využíváme hlavně vaření, dušení. Vhodné jsou i modernější technologické postupy, jako je grilování, příprava stravy v horkovzdušných troubách. Pokrmy jsou připravovány vždy čerstvé, bez připáleného tuku. Důležitá je pravidelnost stravovacího režimu, doporučováno je více menších porcí během dne. Celodenní strava by měla být především vyvážená, s ohledem na energetickou hodnotu k fyzické aktivitě. Výběr pokrmů se řídí i stavem nemocného, jeho potížemi a průběhem léčení. Co jeden nemocný dobře snáší, může u jiného vyvolávat potíže. Často je třeba tuto dietu skloubit například s dietou diabetickou, nízkocholesterolemou a podobně (KMENT et al., 2002).

2.4.3 Příklad jídelníčku

Šunková pěna

Ingredience:

80 g šunky, 10 g másla, 10 g hladké mouky, 10 ml mléka, Garlic Vegi, pažitka, jako příloha vícezrné pečivo

Postup:

Šunku umeleme, našleháme s máslem a bešamelem, který jsme připravili z mouky, mléka a Garlic Vegi. Vyšleháme a okořeníme pažitkou.

Množství: 110 g • E-233 Kcal • B- 18 g • T - 15 g • S - 8 g • Cholesterol - 84 mg

Polévka z míchané zeleniny

Ingredience:

50 g kořenové zeleniny, ½ ks bílku, 2g rostlinného tuku, zelená petržel, 250 ml zeleninového vývaru, Vegi Vegi

Postup:

Očištěnou zeleninu nastrouháme na hrubém struhadle. Zalijeme vývarem, ochutíme Vegi Vegi a vaříme do měkka. Do polévky zašleháme bílek a dochutíme na jemno sekanou petrželovou natí. Do hotové polévky vložíme tuk.

Množství: 300 ml • E-39 Kcal • B- 2, 9 g • T - 1,7 g • S - 3,3 g • Cholesterol - 0 mg

Pstruh na šalvěji

Ingredience:

150 g pstruha, Herba Vegi, citrónová šťáva, 15 g másla, 30 ml smetany, šalvěj, rybí vývar

Postup:

Vykuchaného pstruha rozkrojíme na dvě poloviny. Potřeme Herba Vegi, pokapeme citrónovou šťávou a posypeme namletou šalvějí. V pekáčku rozežřejeme máslo, vložíme půlky pstruha. Opečeme po obou stranách a prudce dopečeme. Při pečení občas poléváme vypečenou šťávou, aby nedošlo k přepálení. Šťávu ze pstruha rozředíme rybím vývarem. Omáčku zalijeme smetanou a necháme přejít varem.

Množství: 150 g • E-295 Kcal • B- 29 g • T - 20 g • S - 1 g • Cholesterol - 171 mg

Chřestový salát s kukuřičnými zrny

Ingredience:

100 g chřestu, 50 g cukrové kukuřice, 10 g kaparů, 20 g majolky, list hlávkového salátu, ½ ks vejce, 25 g rajčat, citrónová šťáva, horčice 50 g cukru, Vegi Vegi

Postup:

Kukuřičnou palici a chřest uvaříme v osolené vodě do měkka. Vyjmeme a necháme okapat. Z kukuřičné palice vyloupeme zrnka, z uvařeného chřestu odřízneme stonky. Nakrájíme a přidáme k zrnům kukuřice. Majolku zředíme citrónovou šťávou, smícháme s hořčicí a promícháme s připravenou zeleninou. Dochutíme Vegi Vegi. Přidáme nasekané kapary, urovnáme na list hlávkového salátu a ozdobíme plátky rajčat a vajec.

Množství: 235 g • E-406 Kcal • B- 8 g • T - 20 g • S - 22 g • Cholesterol - 140 mg
--

Palačinky s džemem (porce pro 4 osoby)

Ingredience:

250 ml mléka, 80 g hladké mouky, 40 g hrubé mouky, 2 g cukru, 1 ks vejce, 30 ml oleje, 70 g džemu, 10 g moučkového cukru, sůl

Postup:

Z hladké a hrubé mouky, mléka, cukru a soli připravíme těsto. Olej rozpálíme na pánvi, nalijeme tenkou vrstvou a opečeme na obou stranách dozlatova. Hotové palačinky potřeme džemem a zavineme. Posypeme moučkovým cukrem, ozdobit můžeme čerstvým ovocem.

Množství: 530 g • E- 1090 Kcal • B- 20 g • T - 25 g • S - 156 g • Cholesterol - 288 mg
--

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S VŘEDOVOU CHOROBU GASTRODUODENA

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: M. S.	Pohlaví: žena
Datum narození: 17. 2. 1958	Věk: 54
Adresa bydliště a telefon: XXX	
Adresa příbuzných: XXX	
RČ: 58...	Číslo pojišťovny: 205
Vzdělání: vyučena	Zaměstnání: dělnice ve sklenařství
Stav: rozvedená	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 3. 12. 2012	Typ přijetí: akutní
Oddělení: chirurgické	Ošetřující lékař: MUDr. M.Kubínová

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Asi 3 týdny mám bolesti břicha a necítím se dobře, bolesti břicha jsou nyní silnější, mám pocit na zvracení, ale zatím jsem nezvracela. Dnes ráno jsem šla ke své ošetřující lékařce, která mě odeslala na chirurgii a hned si mně tady nechali a posílají mně na vyšetření žaludku“.

Medicínská diagnóza hlavní:

Gastritida HP pozitiv., Ulcerace bulbu duodena F IIc

Medicínské diagnózy vedlejší:

Esenciální hypertenze, WHO II, kompenzovaná

Chronická venózní insuficience

NSA v medikaci

Obezita

Stp. CHCE

Vitální funkce při přijetí

TK: 125/75 mmHg	Výška: 166 cm
P: 72/min	Hmotnost: 79,9 kg
D: 15/min	BMI: 29
TT: 37,3 °C	Pohyblivost: úplná
Stav vědomí: orintovaná, při vědomí	Krevní skupina: A+

Nynější onemocnění:

Pacientka dne 3. 12. 2012 přichází na chirurgickou ambulanci, kde byla odeslána na doporučení praktického lékaře pro přetrvávající bolesti v oblasti epigastria, které se stupňují a nauzeu (v průběhu 3 týdnů došlo k úbytku hmotnosti o 4kg). Na chirurgické ambulanci provedeny odběry krve, zaveden periferní žilní katetr. Pacientce doporučen příjem k hospitalizaci – souhlasí. Pacientce objednána urgentní fibrogastroskopie – informovaný souhlas podepsán. Následně proveden příjem pacientky a hospitalizace na chirurgickém oddělení.

Informační zdroje:

- pacientka
- lékař
- dokumentace

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 69 letech na cévní mozkovou příhodu

Otec: zemřel v 73 letech na infarkt myokardu

Sourozenec: bratr 52 let – léčí se s hypertenzí

Děti: jeden syn – s ničím se neléčí

Osobní anamnéza:

V dětství neprodělala žádné závažné onemocnění, vysoký TK od roku 2008, žilní nedostatečnost, užívá nesteroidní antirevmatika (NSA), obezita.

Hospitalizace a operace:

12/2011 Hospitalizace na chirurgickém oddělení pro laparoskopickou cholecystektomii.

Úrazy: 0

Transfúze: nikdy nebyly podávány

Očkování: jen povinná očkování

Léková anamnéza v domácím prostředí:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Apo- diclo	tablety	25 mg	1 - 0 - 0	Nesteroidní protizánětlivé léky
Detralex	tablety		2- 0- 0	vazoprotektivum, venofarmakum
Lokren	tablety		1/2 - 0 - 0	Antihypertenzivum, beta- blokátor

Alergická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Abúzy:

Alkohol: příležitostně

Kouření: 2-5 cig. denně

Káva: 2x denně

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza

Menarché: od 13 let

Cyklus: býval pravidelný

Trvání: 5-6 dní

Menopauza: v 51 letech

Potíže klimakteria: pocení, návaly horka

Antikoncepce: neužívala

UPT: 0

Potrat: 0

Samovyšetření prsu: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: před půl rokem

Sociální anamnéza:

Stav: rozvedená

Bytové podmínky: žije na vesnici v rodinném domě s přítelem

Vztah, role, interakce v rodině: rozvedená, se synem se navštěvuje pravidelně, vychází spolu dobře, očekává první vnouče

Mimo rodiny: má kamarádku, 1 - 2x týdně se stýkají, velmi dobře si rozumí

Záliby: čtení, televize, práce na zahradě

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučena

Pracovní zařazení: pracuje jako dělnice ve sklenářství

Vztahy na pracovišti: špatné – vedoucí firmy ji stále něco vyčítá, v práci má chladno, nedovolí jí pustit přes zimu topení, je z práce stresovaná

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza: římskokatolické náboženství

Glasgow Coma Scale (GCS) ze dne 3. 12. 2012: 15 bodů – normální stav

Otevření očí: spontánní - 4

Vědomí: komunikace, kontakt, bdělost: orientován - 5

Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět:

vyhoví správně výzvě - 6

Barthelův test základních všedních činností ze dne 3. 12. 2012: 100 bodů nezávislá

Najedení, napití: samostatný bez pomoci – 10

oblékání: samostatné bez pomoci – 10

koupání: samostatné či s pomocí – 5

osobní hygiena: samostatné či s pomocí – 5,

kontinence moči: plně kontinentní – 10
kontinence stolice: plně kontinentní – 10,
použití WC: samostatně bez pomoci – 10
přesun na lůžko – židli: samostatně bez pomoci – 15
chůze po rovině: samostatně nad 50m – 15
chůze po schodech:samostatně bez pomoci – 10

Zjištění rizika pádu: 1 bod – bez rizika pádu

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

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 3. 12. 2012

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Občas mám migrénu a bolí mně hlava, tak 1 - 2x za měsíc. Teď mně nebolí.“	Lebka: bez bolesti, normocefalická Oči: skléry bílé, zornice izokorické, pohyblivé Uši, nos: bez výpotku, nos bez deformit Rty, dutina ústní: rty bez ragád, mírně suché, jazyk bez povlaku, chrup vlastní Krk: obézní, lymfatické uzliny, štítná žláza nezvětšeny.
Hrudník a dýchací systém	„Někdy se zadýchávám, ale to bude nejspíš třeba kilama navíc, teď se mi dýchá dobře.“	Hrudník: symetrický, bez deformit. Poklep plný, jasný, dýchání sklípkové, chrupky bilaterálně, ozvy ohraničené. Dýchání: spontánní, klidné, bez potíží, dechová frekvence je 16/min – eupnoe. Poslechově sklípkovité, čisté, bez fenoménů.
Srdcovo-cévní systém	„Mám vyšší tlak a užívám i léky, ale jinak žádné problémy nemám.“	Při přijetí krevní tlak 125/75 mmHg, pulz 72/ min. Pacientka oběhově stabilní. Na dolních končetinách mírné otoky po kolena.
Břicho a GIT	„Bolesti břicha mám asi 3 týdny, teď jsou větší. Mám i pocit na zvracení.“ „Poslední stolici jsem měla včera ráno,	Břicho: obézní, je prohmatné, měkké, palpačně bolestivé v epigastriu, peristaltika slyšitelná. Slezina a játra jsou nezvětšeny.

	těžce jsem se vyprazdňovala, ale krev tam nebyla.“	
Močovo-pohlavní systém	„ S močením problémy nemám.“	Ledviny: na poklep nebolestivé, Moč: bez příměsí, bez glykosurie, žlutá, močí do podložní mísy.
Kostrovo-svalový systém	„Někdy mě bolí záda a nohy, protože v práci celý den stojím“.	Páteř: bez patologických změn Svalový aparát: normotonus DKK: Mírné otoky DKK po kolena
Nervovo-smyslový systém	„ Slyším a vidím dobře“. „Vím, co je dnes za den, jak se jmenuji i kde jsem.“	Pacientka při vědomí, orientována časem, místem, osobou i prostředím, GCS 15. Zrak: brýle nenosí Hmat: neporušen Sluch: dobrý Chuť a čich: dobrý
Endokrinní Systém	„Cukrovku nemám“.	Štítná žláza nezvětšená.
Imunologický systém	„Myslím si, že imunitu mám dobrou, nemocná moc nebývám a alergii na nic nemám.“	Lymfatické uzliny nejsou zvětšeny.
Kůže a její adnexa	„Myslím, že mám napjatou kůži na nohou, protože je mám oteklé.“	Kůže: hydratovaná, bledá, bez ikteru, kůže na DKK mírně napnutá díky otokům. Vlasy, nehty: čisté, upravené Ochlupení: přiměřené

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacientka je velice vstřícná, spolupráce s ní je dobrá. Kontrola fyziologických funkcí – co 4 hodiny (P, TK, SpO₂), 2x denně TT. Na PHK zaveden periferní žilní katétr, který je funkční, bez známek infekce, sterilně krytý.

Popis aktivit denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Po operaci žlučníku jsem začala jíst méně tučná jídla, ale nevydrželo mi to dlouho. Teď mně asi 3 týdny pálí žába a v noci mně budí bolest břicha. Shodila jsem i nějaké to kilo navíc. Měla jsem pocit na zvracení.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Tady v nemocnici jsem zatím nedostala nic k jídlu.“	Dieta: NPO. Nauzeu neudává. Důvod této diety jí byl vysvětlen. Zajištěna konzultace s nutriční terapeutkou.
Příjem tekutin	Doma	„Ráno si uvařím čaj, po kávě mi teď není dobře, tak jí vynechávám, snažím se pít neperlivou vodu, ale moc jí nevypiju.“	Nelze hodnotit.

	V nemocnici	„Zatím jsem nic nepila.“	Naordinovaná dieta: NPO, probíhá infúzní terapie, vedena bilance tekutin.
Vylučování moče	Doma	„S močením problémy nemám.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Musím zazvonit na sestřičku, močím do podložní mísy.“	Pacientka poučena o nutnosti močení do podložní mísy, dodržuje klidový režim na lůžku.
Vylučování stolice	Doma	„Chodím na WC, teď jsem měla stolici tužší a hůře jsem se vyprazdňovala.“	Nelze hodnotit.
	V nemocnici	„Vyprazdňuji se do podložní mísy.“	Pacientka poučena o nutnosti vyprazdňování se do podložní mísy. Sledován vzhled, konzistence, příměs stolice. Stolica tužší bez příměsů a melény.
Spánek a bdění	Doma	„Často mně teď budila bolest břicha a pálení žáhy, do práce jsem chodila nevyspaná. Normálně spím tak 6-7 hodin vkuse“	Nelze hodnotit.

	V nemocnici	„Moc toho nenaspím, vzbudí mě bolest břicha. Mám taky strach co bude dál, dost o tom přemýšlím. Dostávám léky od bolesti.“	Pacientka usíná i během dne, noční spánek není dle pacientky kvalitní – informován lékař. Před nočním spánkem má vyvětranou místnost a upravenou postel.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Ráda si čtu, dívám se na televizi a pracuji na zahrádce.“	Nelze hodnotit.
Hygiena	V nemocnici	„Zvládám sama zatím na posteli, pokud bych potřebovala pomoc, zavolám sestřičku.“	Pacientka se umývá sama, vzhledem ke klidovému režimu hygiena provedena na posteli, zdravotní sestra je jí vždy k dispozici – přichystání pomůcek k lůžku. Výměna ložního prádla dle potřeby.
	Doma	„Doma se sprchuji ráno a večer, večer si dávám na oteklé nohy po celodenním stání v práci studené obklady.“	Nelze hodnotit.
Samostatnost	V nemocnici	„Mám vše po ruce a kdybych něco potřebovala zazvoním na sestřičku.“	Pacientka má naordinován klidový režim na lůžku - toleruje. Podle Bartheleho testu bazálních denních činností má pacientka 100 bodů.

	Doma	„Jsem zcela samostatná, starám se i o přítele a naši domácnost.“	Nelze hodnotit.
--	-------------	--	-----------------

Popis současného psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Jsem při vědomí.“	Pacientka je při vědomí.
Orientace		„Vím, že jsem v nemocnici a proč, jak se jmenuji, kolik je hodin, co je dnes za den a jaké je datum.“	Pacientka je orientovaná, osobou, místem i časem.
Nálada		„Nic moc, nechtěla jsem do nemocnice.“	Pacientka verbalizuje své pocity o zdravotním stavu negativisticky, je pesimistická.
Paměť	Staropaměť	„Paměť mám celkově dobrou.“	Pacientka si na vše z minulosti pamatuje.
	Novopaměť	„Myslím, že je vše v pořádku, ale každý má sem tak okno.“	Pamatuje si.
Myšlení		„Myslím si, že dokážu pochopit, co se po mě chce.“	Pacientka chápe, adekvátně reaguje a odpoví.
Temperament		„Sama sebe nedokážu posoudit, ale asi jsem spíše ten typ člověka, co je uzavřený vůči cizím lidem.“	Pacientka je nejspíš introvert.
Sebehodnocení		„Asi každý člověk by ve svém životě chtěl něco změnit a já bych taky	Pacientka v současnosti bere život takový jaký je. Verbalizuje obavy

	změnila některé věci, ale teď jsem spokojená se svým partnerem. Horší je to v práci.“	z budoucnosti, především ze strachu z neuzdravení a následných stresových situací v práci.
Vnímání zdraví	„Mám strach, aby bylo vše v pořádku.“	Chápe, co se s ní děje. Lékařem byla řádně informována o svém zdravotním stavu, případných komplikací a vyšetření.
Vnímání zdravotního stavu	„Teď mi není zrovna nejlíp, ale jsem tady taky proto, abych se léčila a vše bylo třeba jako dřív, jen asi budu muset změnit životosprávu a doufám, že už budu mít klid.“	Pacientka verbalizuje své obavy. Seznámena lékařem i sestrou (dle svých kompetencí) o dalších postupech.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„V poslední době jsem toho měla dost a takhle to dopadlo.“	Pacientka se stále obává o své zdraví.
Reakce na hospitalizaci	„Do nemocnice jsem nechtěla, ale snad to k něčemu.“	Pacientka chápe nutnost hospitalizace, i přes to, že do nemocnice nechtěla a doufám, že jí bude lépe.
Adaptace na onemocnění	„Je mi určitě líp, když už vím co mi je.“	Pacientka má stále obavy o své zdraví, které verbalizuje.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Už mi přece jen není dvacet, jen mám trochu strach, aby bylo vše v pořádku jak s mým	Pacientka má obavy z budoucnosti.

	zdravím, tak i stresem v práci.“	
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Není to poprvé, co ležím v nemocnici. Nemám negativní zkušenosti.“	Pacientka byla v minulosti už hospitalizována.

Popis sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Jsem spíše uzavřená před cizími lidmi, ale s Vámi nemám problém.“	Pacientka na mé dotazy odpovídá bez problémů. Používá i neverbální komunikaci – úsměv, zamračení....
	Neverbální	„Nedávám moc často najevo své pocity.“	Neverbální komunikace je přiměřená.
Informovanost	O onemocnění	„Pan doktor mi při příjmu vše vysvětlil a řekl, že když nebudu něčemu rozumět mám se zeptat“	Pacientka je informována o svém onemocnění, zajištěna i konzultace s nutričním terapeutem.
	O diagnost. metodách	„Podstoupila jsem už nějaké vyšetření a další mě čekají.“	Pacientka zatím všechna vyšetření pochopila a chápe nutnost provedení dalších vyšetřovacích metod.

	O léčbě a dietě	„Teď nic nejím a nepiju, ale pan doktor říkal, že budu muset změnit životosprávu a taky nekouřit, mám ráda tučné jídla.“	Pacientka chápe dosavadní dietu: NPO. Ale současně sdělila, že má chuť si zakouřit a nedodržuje životosprávu.
	O délce hospitalizace	„Pan doktor mi říkal, že zatím musíme vydržet a hned jak to půjde mě pustí.“	Pacientka chápe nutnost hospitalizace.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Teď j sem pacientem a jsem žena.“	Žena 54 let.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Jsem přítelkyně, matka, sestra a budoucí babička.“	Přítelkyně, matka, budoucí babička.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Ráda pracuji na zahrádce, už se těším až bude jaro a budu na ní pracovat. Doufám, že mi už bude dobře a setkám se s kamarádkou.“	Pacientka chápe svoji situaci, těší se na kamarádku.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

Biochemické vyšetření, Hematologické vyšetření, Fibrogastroskopie, Sono břicha, RTG srdce + plíce

Laboratorní vyšetření: FW 76/100

Biochemie 3. 12. 2012 4. 12. 2012 Referenční meze nem. VM a.s.

Natrium	141	142	135 – 145 mmol/l
Kalium	4,8	4,3	3,8 – 5,1 mmol/l
Chloridy	105	108	95 -109 mmol/l
Urea	8,8	7,8	2,9 – 8,2 mmol/l
Kreatinin	163	126	45 – 95 umol/l
Bilirubin	7	9	3 – 21umol/l
Ams	0,55	0,45	0,00 – 1,67 μkat/l
ALT	0,28	0,25	0,1 – 0,96 ukat/l

Biochemie 3. 12. 2012 4. 12. 2012 Referenční meze

AST	0,27	0,21	0,16 – 0,87 ukat /l
ALP	1,4	1,2	0,7 – 2,1 ukat/l
GMT	0,3	0,2	0,08 – 0,60 ukat/l
Glukóza	5,4	4,4	3,9 – 5,6 mmol/l
CRP	17		0 – 8 mg/l
Ferritin	107,5		13 – 150 μg/l
Železo	6,4		6,6 – 26,0 μmol/l
TSH	0,42		0,27 – 4,2 mU/l
CEA	1,2		0,0-5,0 μg/l
CA 19-9	0,5		0,0 - 37,0 kU/l
CA 125	20,9		0,0 - 35,0 kU/l
AFP	4,2		0 - 10,5 μg/l
TRF	2,1		2,0 - 3,6 g/l
FT4	17,86		9,8 - 23,1 pmol/l

DIFA – diferenciál 3. 12. 2012 Referenční meze

Eosinofil	0,021	0,0 – 0,2 10 ⁹ /l
Basofil	0,005	0,0 – 0,1 10 ⁹ /l

Monocyt	0,075	0,055 – 0,117 10 ⁹ /l
Lymfocyt	0,200	0,250 – 0,550

Hematologie	3. 12. 2012	4. 12. 2012	5. 12. 2012	Referenční meze
Hemoglobin	84	99	112	120 – 160 x 10 ⁹ /l
Hematokrit	0,251	0,292	0,43	0,35 – 0,47
Erytrocyty	3,00	3,47	3,7	3,8 – 5,2 x 10 ¹²
MCH	28,0	28,4		26,0 – 34,0 pg
MCHC	336	337		310 – 360 g/l
MCV	83	84		81 – 100 fl
RDW	14,3	14,1		11,9 - 16,3 %
MPV	8,6	8,4		7,8-11,5 fl
Leukocyty	10,9	8,7	6,6	4,0 -10,0 x 10 ⁹ /l
PLT	321	256		131 – 364 x 10 ⁹ /l
Krevní skupina	A Rh pozitivní			

Vyšetření moči	3. 12. 2012	Referenční meze
pH	5,0	5,5 – 7,0
Bílkovina	0	
Glukóza	0	
Ketolátky	0	
Ehr	0	
Bilirubin	0	
Krev	0	
uLeukocyty	0	
uNit	negativní	
zákal	0	

Fibrogastroskopie ze dne 3. 12. 2012 – urgentní: Abusus NSA: ano (Apo-Diclo), za vizualizace do jícnu, kde norma, kardie komp., volně do žaludku, fornix norma, tělo a antrum s nodulární sliznicí s edemem, prepyloricky místy hematin, pylorus zeje zarudlý, volně do bulbu duodena, kde na přední stěně hluboká ulcerace zaujímající ½ cirkumference s fibrinovým povlakem a hematinem na spodině, nekrvácející dále volně hlubokomdo D2, patrná mohutnější papila

RE: Gastritida HP pozitivní, Ulcerace bulbu duodena F IIc

Sono břicha ze dne 4. 12. 2012: játra nezvětšena, střední echogenity, homogenní struktury, bez ložiskových změn, biliární systém ani vena portae nejsou dilatované, jaterní cévy normální šířky, stp. CHCE, pankreas zobrazen v plném rozsahu, normální echogenity i struktury, bez ložiskových změn, Wirsung nedilatován, slezina homogenní, nezvětšena. Obě ledviny jsou normální velikosti, hladkého povrchu, normální šířky parenchymu, bez ložiskových změn, dutý systém není dilatován, lithiasa nenalezena. Močový měchýř prázdný, malá pánev nepřehledná, volná tekutina, ložiskové změny ani sono známky poruchy pasáže GIT.

RTG srdce + plíce ze dne 4. 12. 2012: v normě

Konzervativní léčba:

Dieta:

- 3. 12. 2012 – Nic per os
- 4. 12. 2012 - 0S - čajová
- 5. 12. 2012 – 1 – kašovitá
- 6. 12. 2012 – 2 - šetřící
- 7. 12. 2012 – 2 - šetřící

Pohybový režim: klidový

Výživa: per os

Medikamentózní léčba:

Per os:

- 3. 12. 2012
- Amoksiklav 1g co 8h 1tbl.
- Klacid 500 mg co 8h 1tbl.
- Lokren 20mg ½ - 0 - 0

4. 12. 2012

Amoksiklav 1g co 8h 1tbl.

Klacid 500 mg co 8h 1tbl.

Lokren 20mg ½ - 0 - 0

5. 12. 2012

Amoksiklav 1g co 8h 1tbl.

Klacid 500 mg co 8h 1tbl.

Lokren 20mg ½ - 0 - 0

6. 12. 2012

Amoksiklav 1g co 8h 1tbl.

Klacid 500 mg co 8h 1tbl.

Lokren 20mg ½ - 0 - 0

7. 12. 2012

Amoksiklav 1g co 8h 1tbl.

Klacid 500 mg co 8h 1tbl.

Lokren 20mg ½ - 0 - 0

Intravenózní:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Helicid	intravenózní	40 mg	1-1-1	antiulcerózum
Degan	intravenózní	10 mg	Po 6 hodinách	antiemetikum

Infuzní terapie:

3. 12. 2012

Ringer 1/1 + 20 ml KCl 7,45 %.....120 ml/ hod

Fyziologický roztok 500 ml + Helicid 40 mg. Podáváno každých osm hodin.

Fyziologický roztok 100 ml + Degan 10mg (antiemetikum) podáván každých šest hodin.

Erytrocytární masa transfúze A Rh + – podány celkem jedna v 12.35 hodin.

4. 12. 2012

Fyziologický roztok 500 ml + Helicid 40 mg. Podáváno každých osm hodin.
Fyziologický roztok 100 ml + Degan 10mg (antiemetikum) podáván každých šest hodin.

Erytrocytární masa transfúze A Rh + – podány celkem jedna v 9.30 hodin.

5. 12. 2012

PŽK - ex

Intramuskulární – dle potřeby (bolesti)

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Novalgin	intramuskulární	5 ml	dle potřeby	analgetikum

Chirurgická léčba: neindikována

SITUAČNÍ ANALÝZA ze dne: 3. 12. 2012

Pacientka je při vědomí, orientována, spolupracuje, je soběstačná, komunikuje. Provedena akutní fibrogastroskopie s nálezem ulcerace bulbu duodena. Ordinováno sono břicha a RTG srdce + plíce, pacientka informována, podepsán souhlas s vyšetřením. Pacientce dle ordinace lékaře podána 1x erytrocytární masa A Rh+, ordinace kontroly krevního obrazu. Nadále probíhá infúzní terapie, podány léky dle ordinace lékaře. Léčba je konzervativní.

Pacientka zaujímá úlevovou polohu. Stále přetrvávající bolest v nadbříšku, nyní je bolest číslo 3 dle VAS - podány analgetika dle ordinace lékaře. Bolesti po analgetických ustupují. Fyziologické funkce v normě. Vzhledem ke zdravotnímu stavu pacientka dodržuje klidový režim na lůžku. Pacientka se cítí unavená, špatně se jí odpočívá. Má strach, že se její zdravotní stav nezlepší. Pacientka vzhledem k únavě usíná i během dne – informován lékař. Pacientka se vzhledem ke klidovému režimu vyprazdňuje na lůžku do podložní mísy, vedena bilance tekutin. Bilance tekutin je pozitivní + 150 ml (příjem vyšší než výdej). Množství vylučované moči je fyziologické, bez patologických příměsí. Pacientka měla stolici, tužší konzistence, bez příměsy či melény. Je přiměřeně hydratována, hydratace zajištěna enterálně. Dieta nic per os. Nauzeu neudává. Kůže je bledá bez ikteru a eflorescencí. Hygiena provedena na lůžku, pacientka soběstačná. Na PHK zaveden periferní žilní katétr, který je nyní bez známek infekce.

Pacientku navštívil přítel a syn, reakce na jejich přítomnost je pozitivní.

Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit

Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazeny dle priorit, a to od již vniklých aktuálních a potencionálních, které jsem stanovila dle priorit pacientky.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ošetrovatelská diagnóza č. 1:

Akutní bolest z důvodu defektu v oblasti duodena projevující se verbalizací, mimikou obličej a vyhledáváním úlevové polohy.

Cíl: Pacientka bude udávat zmírnění bolesti min. o 1 stupeň dle škály VAS do 6 hodin.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe příčinu bolesti do 1 hod.
- Pacientka umí popsat intenzitu bolesti a umí ji vyjádřit dle škály VAS do 30 min.
- Pacientka verbalizuje zmírnění bolesti do 6 hod.
- Pacientka nemá neverbální příznaky bolesti do 1 hod.
- Pacientka umí zaujmout úlevovou polohu do 1 hod.

Plán intervencí:

- Sleduj nonverbální a verbální projevy pacientky – sestra.
- Zjisti lokalizaci, intenzitu a typ bolesti a zaznamenávej ji do dokumentace - sestra.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře – sestra.
- Sleduj a zaznamenávej účinky analgetik – sestra.
- Pomoz pacientce najít a zaujmout úlevovou polohu – sestra, ošetrovatelka.
- V případech zhoršujících se bolestí informuj lékaře – sestra.

Realizace ze dne 3. 12. 2012:

- 9:05 hod. příjem pacientky na standardní chirurgické oddělení – lékař, sestra
- 10:50 hod. návrat pacientky z vyšetření a změření fyziologických funkcí - sestra

- 10:50 hod. změřen TK: 140/90, P: 98/min. - sestra
- 10:55 hod. pacientka si stěžuje na bolest a hodnotí číslem 3 – silná (VAS 0-5) - sestra
- 10:55 hod. pacientka edukována o úlevových polohách - sestra
- 11:00 hod. informován lékař - sestra
- 11:05 hod. poučení pacientky o analgetické léčbě – lékař, sestra
- 11:10 hod. podány analgetika dle ordinace lékaře - sestra
- 12:00 hod. kontrola účinku analgetik dle škály VAS - sestra
- 12:35 hod. záznam o zmírnění bolesti do dokumentace - sestra
- 16:45 hod. pacientka si stěžuje na bolest - sestra
- 16:50 hod. informován lékař - sestra
- 16:55 hod. podány analgetika dle ordinace lékaře - sestra
- 17:20 hod. kontrola účinku analgetik dle škály VAS - sestra
- 17:35 hod. záznam o zmírnění bolesti do dokumentace - sestra

Hodnocení po 7 hodinách:

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je nutné i nadále pokračovat. Pacientka pochopila příčinu bolesti. Po podání analgetik došlo opakovaně k ústupu bolesti do 30 min. dle stupnice VAS ze stupně č. 3 na stupeň číslo 1. Pacientka se naučila zaujmout úlevovou polohu. Pacientka je klidnější, dokáže odpočívat i během dne.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2:

Snížení objemu tělesných tekutin z důvodu krevních ztrát projevující se bledostí kůže a oslabením pacientky.

Cíl: Pacientka má fyziologickou rovnováhu tělesných tekutin do 48 hodin.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe důsledky anemizace a diskutuje o nich do 24 hod.
- Pacientka má fyziologickou barvu kůže do 48 hod.
- U pacientky dojde ke zvýšení psychické a fyzické síly.
- U pacientky dojde k rovnováze bilance tekutin do 48 hod.

Plán intervencí:

- Asistuj u podávání erytrocytární masy dle ordinace lékaře - sestra.
- Monitoruj základní fyziologické funkce a tělesné známky dehydratace, snížení turgoru kůže, změny barvy kůže - sestra.
- Informuj pacientku o diagnostických a léčebných postupech + anemizace – lékař, sestra.
- Měř a zaznamenávej příjem a výdej tekutin – sestra.
- Zajisti odběr biologického materiálu (krevní obraz), dle ordinace lékaře - sestra.
- Sleduj ztráty tekutin dechem, potem, střevem, zvracením - sestra.
- Dle ordinace lékaře podávej parenterální výživu a zaznamenávej vše do dokumentace, informuj pacientku o nutnosti podávání výživy touto formou – sestra
- Vysvětli pacientce nutnost měření bilance tekutin a přesného zapisování v průběhu hospitalizace - sestra.
- Sleduj účinky podávaných léků - sestra.

Realizace ze dne 3. 12. 2012:

- 9:30 hod. pacientka informována o nutnosti dostatečné hydratace parenterálně vzhledem k jejímu onemocnění a možností ztrát tekutin trávicím traktem a ověření, že pacientka pochopila předané informace – lékař, sestra
- 12:15 hod. pacientka informována lékařem o nutnosti podání krevní transfúze – lékař, asistence sestra
- 12:20 hod. příprava pomůcek pro podání krevní transfúze a seznámení pacientky s průběhem - sestra
- 12:25 hod. změřeny fyziologické funkce - sestra
- 12:35 hod. po provedení kontrolních údajů, záznamů do dokumentace, sangvitetu lékařem a přípravy vaku aplikace transfúzního přípravku – lékař, sestra
- 14:15 hod. transfúzní terapie ukončena – lékař, sestra
- 14:20 hod. kontrola fyziologických funkcí a záznam do dokumentace - sestra

Hodnocení po 48 hodinách:

Cíl byl splněn. Pacientka pochopila nutnost podání krevních transfúzí (2x erytrocytární masy A Rh+) a podávání parenterální výživy. Dle výsledných hodnot krevního obrazu došlo k úpravě. Pacientka udává, že se cítí lépe, není již tak unavená. Pacientka byla druhý den hospitalizace převedena na dietu č. 0S – čajová. Bilance tekutin byla po 48 hodinách pozitivní, příjem vyšší než výdej. Parenterální výživa byla dle ordinace lékaře zrušena.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3:

Strach z léčby v souvislosti se změnou zdravotního stavu projevující se neklidem, obtížným usínáním a častým buzením.

Cíl: Pacientka má dostatek informací o léčbě a prognóze onemocnění do 48 hodin.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe nemoc a léčbu do 48 hod.
- Pacientka komunikuje o svých pocitech a obavách po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka zná postup léčby a následné dispenzarizace po propuštění z nemocnice do 48 hod.
- Pacientka udává vymizení strachu do 48 hod.
- Pacientka nemá problém s usínáním do 48 hod.
- Pacientka spí v noci alespoň 6 hodin do 48 hod.

Plán intervencí:

- Posuď pacientčinu schopnost přijímat nové informace a učit se – sestra.
- Buď pacientce na blízku – sestra.
- Naslouchej potřebám pacientky – sestra.
- Poskytni příležitost na otázky a zhodnoť pacientčinu znalost léčby – sestra.
- Informuj pacientku o onemocnění, léčebném režimu, dietě – lékař, sestra.
- Zajisti konzultaci s lékařem – sestra.
- Pečuj a zajisti pohodlí pacienta a čistotu lůžka – sestra.
- Zjistí a zaznamenej kvalitu spánku – sestra.
- Plň ordinace lékaře – sestra.
- Zajisti kontakt s rodinou – sestra.

- Poskytni ústní i písemné informace o onemocnění a následné dietě (letáky, brožury)
 - sestra.

Realizace ze dne 4. 12. 2012:

- 6:30 hod. vzbuzení pacientky, pacientka udává, že se během noci nevyspala, často se budila a měla problém již s usínáním - sestra
- 7:00 hod. lékař informován o problému se spánkem a naordinován Stilnox tbl. na spaní dle potřeby - sestra
- 7:30 hod. komunikace s pacientkou a zjištění příčiny celkové neklidu a problému se spánkem - sestra
- 7:45 hod. lékař informován o zjištění příčiny problému a zajištění konzultace lékaře s pacientkou - sestra
- 10:00 hod. komunikace s pacientkou a ověření si, že pacientka pochopila předané informace lékařem – lékař, sestra
- 10:15 hod. edukace pacientky o režimu a odpočinku během dne - sestra
- 10:45 hod. záznam do dokumentace - sestra
- 13:30 hod. pacientka usíná
- 16:00 hod. návštěva u pacientky
- 20:00 hod. úprava lůžka, pacientka odmítá Stilnox tbl. na spaní - sestra
- 21:00 hod. zajištění klidného prostředí pro spánek a vyvětrání pokoje - ošetřovatelka

Hodnocení za 48 hodin: Cíl byl splněn. S pacientkou se nám podařilo navázat vztah, ve kterém nám pacientka plně důvěřovala a svěřila se se svým problémem. Po komunikaci s pacientkou jsme zjistili podstatu jejich obav, a tím i problémů s usínáním a spaním. Byla zajištěna komunikace s lékařem a vysvětlení podstaty léčby a prognózy onemocnění. Pacientka pochopila své onemocnění. Následující den je pacientka klidnější, spala nepřerušovaně celou noc.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4:

Deficit znalostí v oblasti dodržování dietních a režimových opatření projevující se verbalizací.

Cíl: Pacientka má dostatečné informace o dietě a režimových opatřeních při onemocnění vředovou chorobou gastroduodena do konce hospitalizace.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka projeví zájem o informace týkající se diety a léčebného režimu do 48 hod.
- Pacientka zná vhodné a nevhodné potraviny při dodržování diety do konce hospitalizace.
- Pacientka zná režimová opatření při onemocnění vředovou chorobou gastroduodena do konce hospitalizace.

Plán intervencí:

- Vysvětlí pacientce nutnost dodržování léčebného režimu, včetně dietních postupů – sestra, nutriční terapeutka.
- Zjistí informovanost rodiny o onemocnění a dietních postupech při onemocnění vředovou chorobou (přítel, syn) – sestra.
- Vysvětlí pacientce nutnost dodržování režimových a dietních opatřeních – sestra, nutriční terapeutka.
- Zajisti konzultaci s nutričním terapeutem – sestra.
- Poskytni pacientce edukační materiály o dietě (informační letáky, brožury) – sestra.
- Zaznamenej edukaci do dokumentace – sestra.
- Zjistí, zda pacientka porozuměla předaným informacím – sestra.
- Dej pacientce dostatek času na dotazy – sestra.
- Podporuj pacientku psychicky, chovej se empaticky – sestra.

Realizace ze dne 5. 12. 2012:

- 7:20 hod. asistence u vizity lékaře, kde ordinována změna diety z OS na dietu č. 1, pacientka poučena o dietě – sestra
- 7:30 hod. dle ordinace lékaře PŽK ex - sestra

- 8:45 hod. poskytnuty informace o režimových a dietních opatřeních a základních pilířích léčebného režimu - sestra
- 12:00 hod. podán oběd - ošetřovatelka
- 14:00 hod. edukace pacientky nutriční terapeutkou. Pacientka opětovně poučena o nutnosti dodržování dietních opatření. Seznámena s vhodnými a nevhodnými potravinami. Záznam do dokumentace – nutriční terapeutka
- 15:30 hod. při návštěvě rodiny pacientky (přítel, syn) předány i jim informace o nutnosti dodržování režimových a dietních opatřeních - sestra

Hodnocení po 48 hodinách:

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je nutné i nadále pokračovat. Pacientka pochopila podstatu léčby. Pacientka verbalizuje vhodné a nevhodné potraviny. Obává se, že se jí nepodaří dodržet režimová opatření, a to zejména omezení či úplné ukončení kouření. Pacientka projevila zájem o další konzultaci s nutričním terapeutem a sestavením jídelníčku do domácího prostředí.

POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů - PŽK.
2. Potenciální vznik poruchy výživy ze sníženého příjmu potravy.
3. Riziko poškození v důsledku užívání některých farmakologických přípravků, které mohou působit další defekty v oblasti žaludku a duodena.

Celkové zhodnocení:

Pacientka M. S. byla na standartním chirurgickém oddělení hospitalizována po dobu 5 dnů. Léčba probíhala konzervativně. Během této hospitalizace byla pacientce poskytována komplexní ošetřovatelská péče. První den hospitalizace dodržovala klidový režim na lůžku, včetně vylučování do podložní mísy. Druhý den hospitalizace mohla již samostatného pohybu po pokoji, na WC a do sprchy, a to až do propuštění. Pacientka byla samostatná při provádění běžných denních činností.

Během hospitalizace došlo ke zmírnění bolestí, algodyspepsie vymizely. Bilance tekutin byla pozitivní (příjem tekutin vyšší než výdej), došlo k úpravě hodnot krevního obrazu a tím i ke snížení únavy. Kůže bez známek bledosti a cyanózy. Zatížení stravou bylo pozitivní, bez nauzey a zvracení.

Došlo ke zlepšení psychické a fyzické aktivity pacientky. Pacientka se podílela na léčbě, naučila se používat relaxační techniky, které vedly i ke snížení napětí a schopnosti odpočívat. V rámci edukace jsem informovala pacientku o nutnosti dodržování následné léčby, dietních a režimových opatření. Předala jsem informační materiál k tomuto onemocnění. Během hospitalizace jsem zajistila konzultaci s nutriční terapeutkou, se kterou pacientka konzultovala jídelníček po propuštění domácím prostředím a velice kladně ji hodnotila.

Ošetrovatelskou péči jsem aplikovala od prvního dne hospitalizace do propuštění. S pacientkou jsem navázala vzájemnou důvěru, což vedlo ke zlepšení celkového ošetrovatelského procesu. Během hospitalizace zlepšovaly psychický stav pacientky pravidelné návštěvy přítele a syna s manželkou. Rodinným příslušníkům jsem vysvětlila nutnost motivace pacientky o dodržování dietních a režimových opatření.

Pacientka se zapojila do léčebného procesu, a tudíž prognóza jejího stavu byla kladná.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro všeobecné sestry:

- Získat si důvěru pacientky pro lepší spolupráci.
- Podávat pacientce informace jasně, srozumitelně a bez odborných výrazů, dle svých kompetencí.
- Zvyšovat své znalosti o onemocnění a především edukaci.
- Řádně zaznamenávat pacientčiny ošetrovatelské problémy do ošetrovatelské dokumentace a stanovit ošetrovatelskou diagnózu.
- Zajistit dostatek edukačních materiálů o onemocnění včetně režimových a dietních opatření, jak pro pacientku, tak i rodinu.
- Spolupracovat s nutriční terapeutkou.
- Nezlehčovat pacientčiny problémy.
- Uspokojovat bio-psycho-sociální potřeby pacientky.
- Spolupracovat s nutričním terapeutem.

Doporučení pro pacienta:

- Dodržovat dietní a režimová opatření.
- Pozitivně myslet.
- Kontaktovat v případě potřeby nutričního terapeuta.
- Pravidelná kontrola u svého obvodního lékaře, popř. návštěva odborné ambulance specializované pro léčbu tohoto onemocnění.

Doporučení pro rodinu:

- Pomáhat pacientce připravovat vhodnou stravu vzhledem k jejímu onemocnění.
- Podporovat a motivovat pacientku k dodržování režimových a dietních opatření.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje problematice vředové choroby gastroduodena, která je v dnešní době velice častá. Co se týče výskytu jak v České republice, tak i ve světě zaujímá toto onemocnění přední příčky. Vředová choroba stále patří mezi onemocnění, které ovlivňují kvalitu života pacientů, jelikož léčba může být mnohokrát velmi zdlouhavá.

Bakalářská práce shrnula nejpodstatnější poznatky o mechanismu a příčinách vzniku vředové choroby, komplikacích a léčebných postupech. Na základě těchto informací práce umožňuje vytvoření si vlastní ucelené představy o tom, co toto onemocnění obnáší. Stěžejní část práce byla zaměřena na specifika ošetrovatelské péče a vlastní ošetrovatelský proces.

Ve stěžejní části bakalářské práce jsem došla k závěru, že nezbytnou součástí léčby je, aby pacienti dodržovali dietní a režimová opatření jako prevenci vzniku vředů a následných komplikací. Proto je velmi důležitá edukace pacientů ze strany zdravotnického personálu. Během hospitalizace jsem se snažila pacientku edukovat a motivovat v oblasti stravování a dodržování režimových opatření, protože samotný postoj k léčbě je prvním krokem k uzdravení. V rámci edukace jsem zajistila kontakt s nutriční terapeutkou. Pacientka pochopila, že důležitou součástí léčby je dodržování těchto opatření, a tím dojde ke zkvalitnění života s tímto onemocněním a předcházení dalším recidivám. Aby edukace byla co nejefektivnější musí být navázán kvalitní vztah sestra – pacient, který je založen na vzájemné důvěře.

Cílem bakalářské práce bylo seznámení se chorobou, jakož i ostatního zdravotnického personálu a stanovení aktuálních ošetrovatelských diagnóz tak, aby došlo k saturaci všech pacientčích potřeb. Cíl práce byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BÁTOVSKÝ, M. Gastroprotekcia pri dlhodobom užívaní nesteroidných antireumatík, resp. nízkych dávok kyseliny acetylosalicylovej. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*, 2010, roč. 64, č. 3, s. 18-23. ISSN 1213-323X.
- CURYLOVÁ, K., MARTENOVÁ, H. Peptický vřed a vředová choroba. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 3, s. 28-29. ISSN 1210-0404.
- ČEŠKA, R. et al. *Interna*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0.
- DÍTĚ, P. et al. Akutní nevarikózní krvácení do horní části trávicího traktu. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*, 2007, roč. 61, č. 1, s. 6-10. ISSN 1213-323X.
- DÍTĚ, P. *Vředová nemoc žaludku a duodena*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 111 s. ISBN 80-7262-079-7.
- FELDMAN, M., FRIEDMAN, L. S., BRANDT, L. J. *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management*. 9th ed. Philadelphia: Saunders, 2010. 1198 p. ISBN 978-1-4160-6189-2.
- HALUZÍKOVÁ, J. Edukace-nástroj léčby. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 4, s. 14-15. ISSN 1210-0404.
- JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V. *Ošetrovatelství - učební text pro střední zdravotnické školy 1. část - vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie*. 2. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 228 s. ISBN neuvedeno.
- KEIL, R. et al. *Gastroskopie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 173 s. ISBN 80-7345-106-9.
- KMENT, M., STARNOVSKÁ, T. *Diety při onemocnění peptickými vředy*. 2. vyd. Praha: Sdružení MAC, 2002, 31 s. ISBN 80-86015-85-8
- KOHOUT, P. *Vředová choroba*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 77 s. ISBN 80-7345-077-1.
- KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. *Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2008. 109 s. ISBN 978-80-903820-7-7.

- LATA, J. et al. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7262-692-2.
- LINCOVÁ, D., FARGHALI, H. et al. *Základní a aplikovaná farmakologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 672 s. ISBN 978-80-7262-373-0.
- LUKÁŠ, K. et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
- LUKÁŠ, K., ŠVESTKA, T. *Refluxní choroba jícnu a vředová choroba gastroduodena*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 207 s. ISBN 80-7254-309-1.
- 58
- LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. et al. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
- MARTÍNEK, J., ŠPIČÁK, J. *Onemocnění žaludku a dvanáctníku, Helicobacter pylori*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 127 s. ISBN 80-7254-106-4.
- MARTÍNKOVÁ, J. et al. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1356-4.
- MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II. Díl – Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2004. 162 s. ISBN 80-246-0428-0.
- MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
- NAVRÁTIL, L. et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
- RAMAKRISHNAN, K., SALINA, R. C. Peptická vředová choroba. *Medicína po promoci*, 2008, roč. 9, č. 1, s. 14-24. ISSN 1212-9445.
- SÝKORA, J. et al. *Onemocnění žaludku a dvanáctníku v dětském věku*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002, 211 s, ISBN 80-7254-212-5
- SYSEL, D.; BELEJOVÁ, H.; MASÁR, O. 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU. 2011. s. 280. ISBN 978-80-7399-7.
- ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.
- ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
- ŠVESTKA, T. Vředová choroba gastroduodena. *Medical Tribune*, 2007, roč. 3,

č. 26, s. 4-6. ISSN 1214-8911.

TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd.

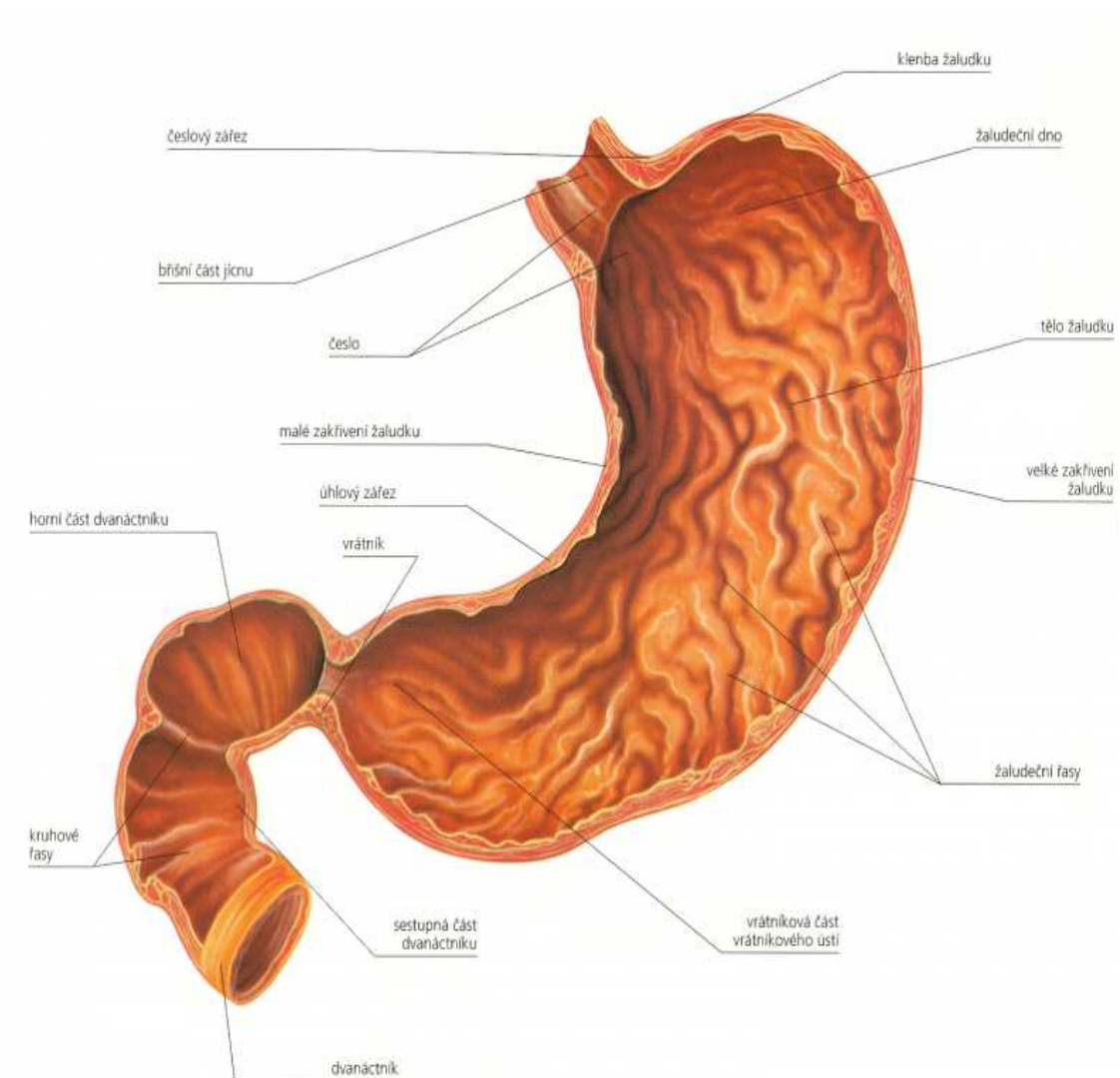
Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

ZELENKOVÁ, J. Gastroduodenální vřed - jeho diagnostika a léčba. *Practicus*, 2005, roč. 4, č. 6, s. 233-235.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Žaludek a dvanáctník.....	I
Příloha B – <i>Helicobacter pylori</i>	II
Příloha C – Žaludeční vřed.....	III
Příloha D – Vřed bulbu duodena – zadní stěna.....	IV
Příloha E – Rešerše.....	V
Příloha F – Informační leták.....	VI

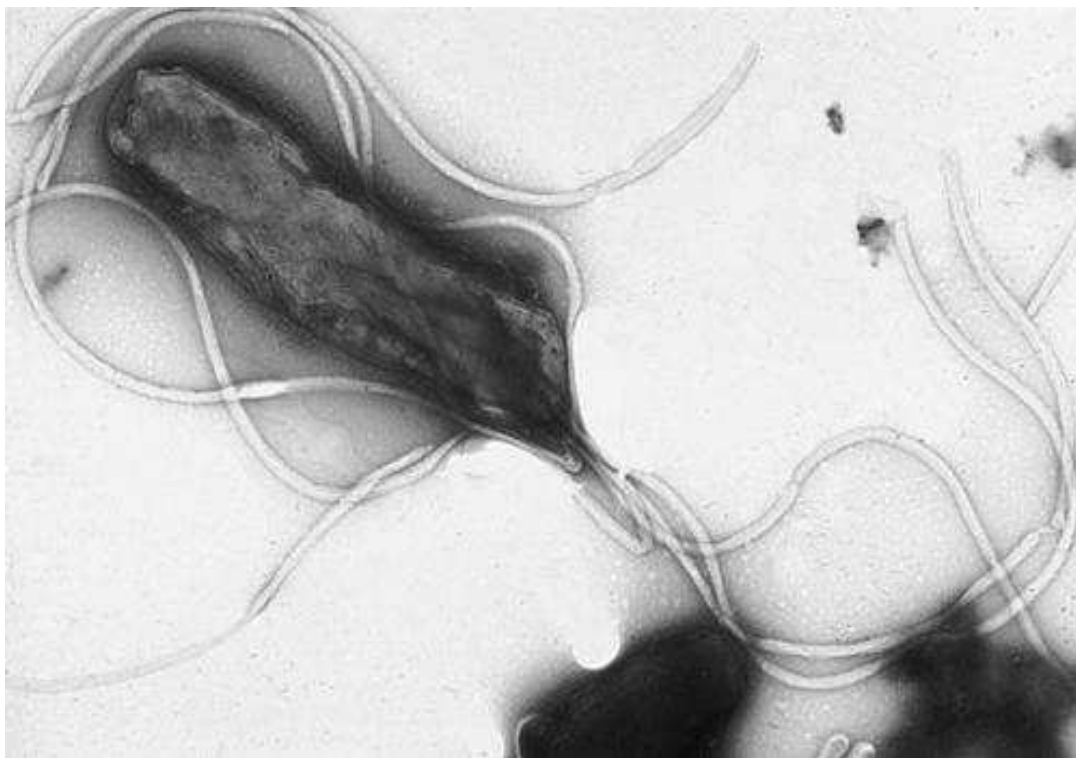
Příloha A – Žaludek a dvanáctník



Zdroj:

http://skolajecna.cz/biologie/Sources/Textbook_Textbook.php?intSectionId=51500

Příloha B – *Helicobacter pylori*



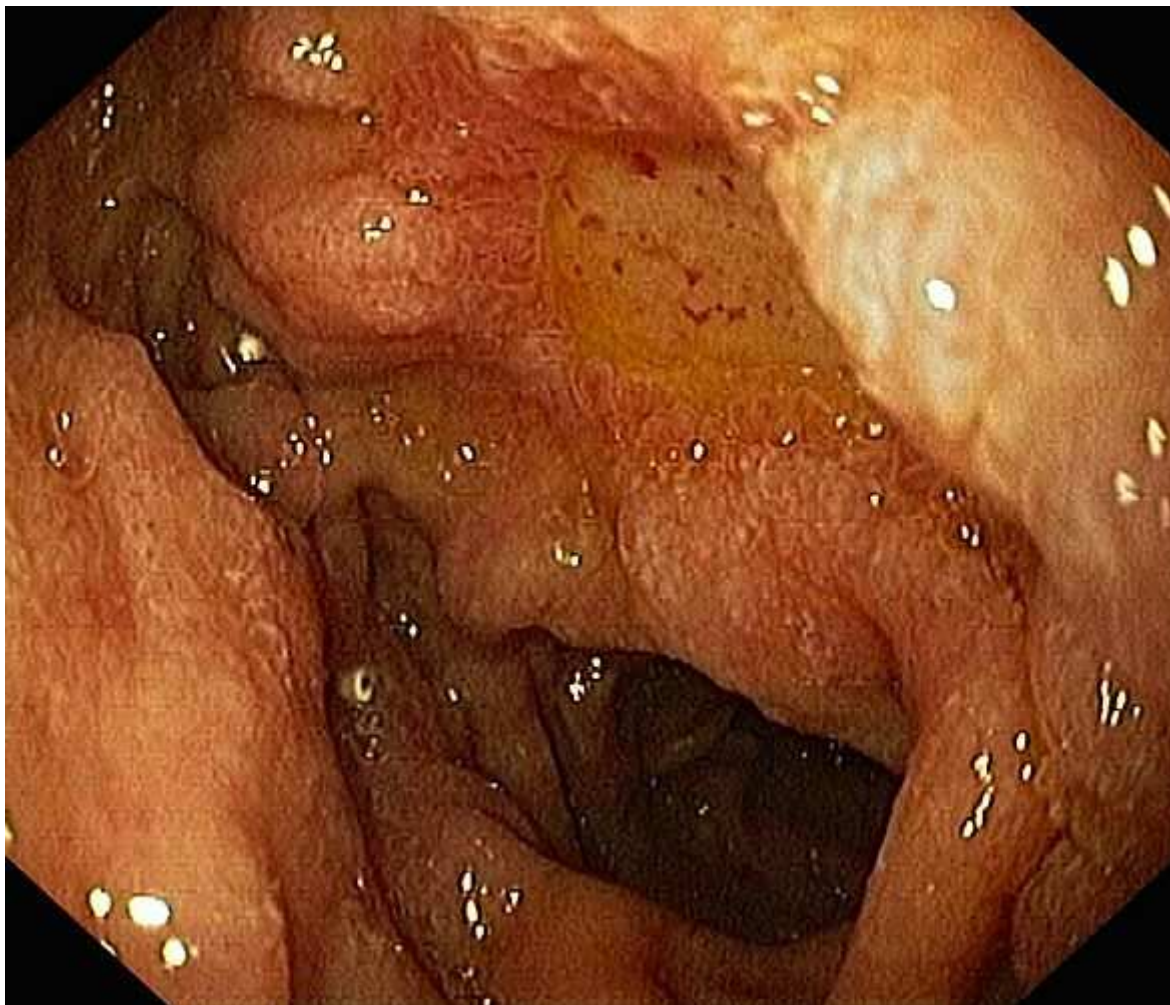
Zdroj: <http://www.tumblr.com/tagged/helicobacter%20pylori>

Příloha C – Žaludeční vřed



Zdroj: <http://www.nemocnice-horovice.cz/endoskopicka-vysetreni>

Příloha D – Vřed bulbu duodena – zadní stěna



Zdroj: http://is.muni.cz/do/1499/el/estud/lf/js08/atlas/pages/zaludek_bulbus_vred.html



**Moravskoslezská vědecká knihovna
v Ostravě, příspěvková organizace**

Oddělení bibliografie

Prokešovo nám. 9
728 00 Ostrava

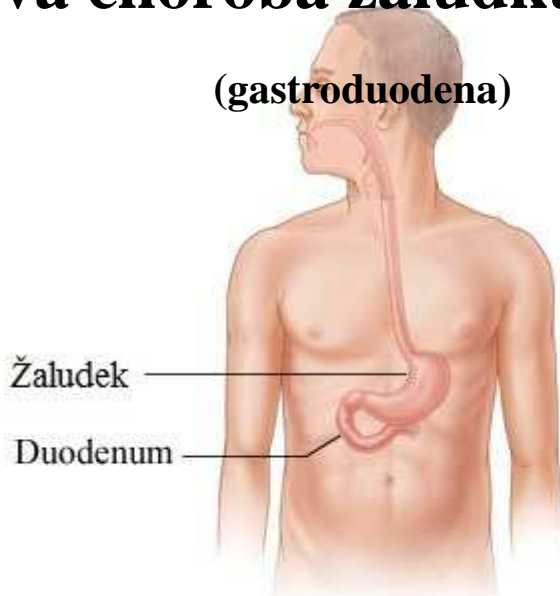
Rešerše č. III 6659

**Vředová choroba gastroduodena, dieta při vředové
chorobě gastroduodena, péče o pacienta s vředovou
chorobou gastroduodena**

Zpracovala: Mgr. Kateřina Byloková, DiS.

Vředová choroba žaludku a duodena

(gastroduodena)



Zdroj: <http://www.apotheken-umschau.de/diagnose/magenspiegelung>

Co je vředová choroba žaludku a duodena (dvanáctníku)?

Jedná o onemocnění, které je v dnešní době velice časté. Co se týče výskytu jak v České republice, tak i ve světě zaujímá toto onemocnění přední příčky.

Vředová choroba může postihovat různé oblasti trávicí trubice, k nejčastějšímu postižení dochází v žaludku a první části tenkého střeva – duodenu (dvanáctníku). Jedná se tedy o celkové onemocnění organismu a nikoliv pouze o chorobu žaludku či dvanáctníku.

Vřed označený jako *peptický*, je charakterizován poškozením žaludeční nebo dvanáctníkové sliznice v důsledku agresivního působení žaludeční šťávy (kyselina chlorovodíková).

Co je vlastně vřed?

Jedná se o slizniční defekt, přesahující do podslizničního vaziva (tedy hlubších vrstev).

Co je příčinou vředové choroby žaludku a duodena?

Vředovou chorobu žaludku a duodena můžeme rozdělit do dvou skupin. **Vlastní vředová choroba žaludku a duodena**, kdy na jejím vzniku se podílí především bakterie *Helicobacter pylori*. Do druhé skupiny patří **vředy druhotné (sekundární)**,

kteře mají jinou příčinu (*Helicobacter pylori* negativní), a to nadměrné používání léků, některá endokrinní a metabolická onemocnění, jako je např. hyperparathyreóza, Cushingův syndrom, dále působení stresu, nesprávná výživa, závažné onemocnění žláz s vnitřní sekrecí, závažné onemocnění průdušek a plic.

U všech typů vředů se uplatňuje nerovnováha dvou druhů faktorů – ochranných a agresivních.

Agresivní faktory

- Kyselá žaludeční šťáva
- *Helicobacter pylori*
- Porucha hybnosti trávicího traktu
- Zpětný tok žluče a enzymů slinivky břišní z dvanáctníku do žaludku, což napomáhá k porušení sliznice.
- Poruchy prokrvení sliznice – způsobují zhoršení obnovy sliznice.
- Léky používané v léčbě bolesti, především léky určené k odstranění bolesti kloubů a svalů.
- stres
- dráždivá jídla
- psychosomatické poruchy

Ochranné faktory

- Žaludeční hlen chrání povrch sliznice.
- Kyselé uhličitany tvořené v žaludeční sliznici, které neutralizují kyselinu.
- Správné prokrvení sliznice.
- Schopnost neboli regenerace sliznice nahrazovat odumřelé buňky novými buňkami.
- Normální tvorba prostaglandinů.

Jaké jsou příznaky onemocnění?

Žaludeční vřed	Duodenální vřed
Bolest ihned po jídle	Bolest za 2 a více hodin po jídle
Bolest lokalizována do nadbřišku	Bolest v noci
Pocit sytosti	Pálení žáhy
Vyhýbání se jídlu	Zvracení

Úbytek hmotnosti	Zácpa
	Unavenost
	Ustoupení bolesti po jídle

Existují nějaké komplikace vředové choroby žaludku a duodena?

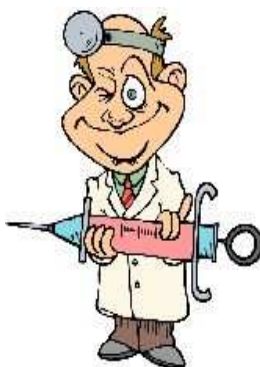
Penetrace – proniknutí vředu do hloubky celou stěnou až do sousedního orgánu

Perforace – proděravění žaludeční nebo duodenální stěny

Stenóza – zúžení vzniká, je-li vřed umístěn v pyloru nebo jeho okolí, také v duodenu

Krvácení - je nejčastější komplikací vředové choroby

Krvácení z vředu se projevuje hematemézou (zvracení čerstvé či natrávené krve) či melénou (stolice řídké konzistence, černé barvy, která zapáchá v důsledku natrávené krve). Pokud se vyskytne jeden z těchto příznaků, jakož i krutá bolest v nadbříšku ihned vyhledejte lékařskou pomoc!!!



Zdroj: http://www.kidsland.cz/poradna_detail.php?id=2649

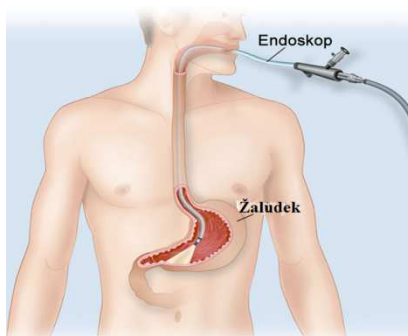
Jaké vyšetření se provádí u tohoto onemocnění?

Anamnéza

Fyzikální vyšetření

Laboratorní vyšetření

Endoskopické vyšetření – umožňuje přímý pohled do žaludku a duodena pomocí endoskopu (ohebná hadice), které umožní odběr tkáně na vyšetření, popř. lze provést léčebná intervence (zástava krvácení)



Zdroj: <http://www.apotheken-umschau.de/diagnose/magenspiegelung>

Příprava - provádí se v lokální anestézii, znecitlivění dutiny ústní, pacient při vyšetření leží na levém boku. Pacient musí být lačný (12 hod před), vyprázdněný, musí odstranit zubní protézu. Po nekomplikovaném vyšetření může pacient pít a jíst za ½ hodiny.

Vyšetření infekce *Helicobacter pylori*:

Endoskopické vyšetření

Neinvazivní vyšetření:

- dechový test
- sérologické vyšetření
- vyšetření stolice

V čem spočívá léčba?

Léčba peptických onemocnění jícnu, žaludku i dvanáctníku je komplexní, zahrnuje v sobě dietní i režimová opatření, medikamentózní léčbu, v závažnějších případech zahrnuje léčbu formou hospitalizace, léčbu endoskopickou. Chirurgická léčba je doporučována v případech, kdy ostatní léčba selže.

Režimová opatření zahrnují: vyvarujte se stresu, mějte dostatečný klidový režim, spánek a odpočinek, omezte kouření. Neužívejte léky obsahující kyselinu acetylsalicylovou. Omezte alkohol.

Dietní opatření zahrnují: při přípravě pokrmů využívejte hlavně vaření, dušení. Vhodné jsou i modernější technologické postupy, jako je grilování, příprava stravy v horkovzdušných troubách. Pokrmy připravujte čerstvé, bez připáleného tuku. Důležitá je pravidelnost stravovacího režimu, doporučováno je více menších porcí během dne.

<u>Potraviny nevhodné</u>	<u>Potraviny vhodné</u>
tučná a tuhá masa	maso a masné výrobky: telecí, hovězí, králičí, kuře, kůzlečí, jehněčí, netučné ryby, libová šunka
plísňové a zrající sýry	mléko a mléčné výrobky: sladké i kysané mléko, kysané mléčné výrobky, jogurt s džemem a ovocem, sladká i kysaná smetana
kynutá těsta	ovoce: banány, oloupaná jablka, broskve, meruňky, pomeranče, grapefruity, švestky
nadýmavá zelenina (papriky, česnek, zelí, cibule)	zelenina: karotka, mrkev, špenát, hlávkový salát, květák, mladé brukve, rajčata
nápoje: sycené nápoje, káva, příliš studené a horké nápoje, kofeinové nápoje, alkohol	nápoje: slabá káva s mlékem, slabá náhražková káva s mlékem, slabý čaj, slabé kakao, stolní minerálky, šípkový čaj, lipový čaj.

Jaká je prognóza tohoto onemocnění?

Prognóza tohoto onemocnění vředovou chorobou je v současné době výborná. Hlavním důvodem je účinná farmakoterapie, díky které došlo mimo jiné k omezení chirurgických zákroků. Ty zůstávají vyhrazeny např. pro nezastavitelné krvácení nebo jiné nebezpečné komplikace vředu.

Autor: Barbora Janošová, DiS.

Schválila jako výukový materiál a součást Bc. práce: MUDr. Markéta Božková – vedoucí lékař chirurgické ambulance nemocnice Vsetín