

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S VŘEDOVOU
CHOROBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ANETA URBANOVÁ

Praha 2016

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S VŘEDOVOU
CHOROBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ANETA URBANOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2016



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

Urbanová Aneta
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 04. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukační proces u pacienta s vředovou chorobou

Educational Process in Patients with Peptic Ulcer Disease

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D

Ů Praze dne: 1. 9. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.
rektorka

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

URBANOVÁ, Aneta. *Edukační proces u pacienta s vředovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha 2016. 58 s.

Tématem této bakalářské práce je edukace pacienta s vředovou chorobou. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretickou a praktickou. První, teoretická, část práce se zabývá problematikou vředové choroby a to již od jejího objevení až po její nejmodernější léčbu. Je zde popsána historie, definice, možné komplikace, vývoj, prognóza a léčba. Druhá, praktická, část práce je věnována edukačnímu procesu pacientky, která trpí vředovou chorobou. Edukace je zaměřena zejména na duodenální vředy. Cílem této práce je shrnout odborné poznatky v problematice týkající se vředové choroby a současně co nejefektivnějším způsobem edukovat pacientku tak, aby věděla, co její onemocnění obnáší, jaké mohou nastat komplikace a jakým způsobem je možné nemoci předcházet. Byl tak vytvořen eventuální studijní materiál, který může sloužit jak zdravotníkům, studentům zdravotních škol ale i široké laické veřejnosti.

Klíčová slova

Duodenální vředy. Edukace. Léčba. Vředová choroba.

ABSTRACT

URBANOVA, Aneta. *Educational Process in Patients with Peptic Ulcer Disease*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). Leader of the thesis: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague 2016. 58 pages.

The topic of this thesis is the education process of patient with (suffering from) a peptic ulcer. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The first part, theoretical, is focused on the issues of the peptic ulcer from its discovery up to most modern therapy. The history, definition, possible complications, development, prognosis and treatment is described here. The second part of the thesis is focused on the educational process of the female patient suffering from an ulcer. This process has focused on the duodenal ulcer. The main aim of the work is to summarize expertise of the issues of the ulcer disease and simultaneously to find the most effective way to educate the patient to be able to fully understand what her disease brings along, what possible complications may occur and what are the disease prevention possibilities. Thus the usable study material has been made which can be used by medics, students of medical schools and even by the public.

Keywords:

Duodenal ulcer. Education. Treatment. Ulcer disease.

Obsah

Úvod	12
1 Historie vředové choroby	14
2 Vředová choroba žaludku a duodena	16
2.1 Definice a terminologie	16
2.2 Klasifikace	18
2.3 Etiopatogeneze	18
2.3.1 Helicobacter pylori	19
2.3.2 Bulbitida	20
2.4 Rizikové faktory a prevence.....	20
2.5 Klinický obraz	20
2.6 Vyšetření	21
2.7 Diagnostika	23
2.8 Komplikace	24
2.9 Vývoj a prognóza	26
2.10 Zvláštní typy vředů	26
2.11 Léčba	26
2.11.1 Přehled léků	28
2.11.2 Režimová opatření	31
2.11.3 Chirurgická léčba.....	31
2 Edukace	34
1.1 Důležité pojmy v edukaci.....	34
1.2 Proces edukace	35
3 Edukační proces u pacienta s vředovou chorobou	37
3.1 Doporučení pro praxi.....	56
Závěr.....	58
Seznam použité literatury	59

Přílohy	61
---------------	----

Seznam zkratek

HCl	Kyselina chlorovodíková
Hp	Helicobacter pylori
i.v.	Intravenam (do žily)
KO	Krevní obraz
NSA	Nesteroidní antirevmatika
p.o.	Per os (ústy)
PMK	Pernamentní močový katétr
PPI	Inhibitory protonové pumpy
RTG	Rentgen (vyšetření)
Tbl.	tableta

Zdroj: (VOKURKA, HUGO a kolektiv, 2015)

Seznam odborných výrazů

Antrální gastritida – typ gastritidy, chronická gastritida typu B vznikající v souvislosti s infekcí bakterií *Helicobacter pylori*

Bulbitida – zánět první části (bulbu) duodena, klinicky nerozeznatelná od vředu v této oblasti

Dimise – propuštění z nemocnice

Duodenum – dvanáctník, první část tenkého střeva

Duodenální vřed – vřed dvanáctníku

Epigastrium – nadbříšek

Endogenní – vnitřní, vznikající uvnitř lidského organismu

Eradikace – úplné odstranění, vymýcení choroby

Exogenní – zevní, mimo lidský organismus

Gastroenterologie – lékařský obor, zabývající se výzkumem, diagnózou a léčbou chorob trávicího systému jícnu, žaludku, střev, slinivky břišní, jater

H₂blokátor – blokátor H₂histaminového receptoru na parietální buňce žaludku

Helicobacter pylori – tyčkovitá bakterie, jež napadá sliznici žaludku

Hemateméza – zvracení krve nebo zvracení s příměsí krve

Hemoragie – krvácení

i.v. – intravenam, do žíly

Jejunum – lačník, druhá část tenkého střeva

Meléna – dehtovitě černá stolice obsahující natrávenou krev

Muscularis mucosae – svalová vrstva sliznice, jedna z vrstev sliznice

N. Vagus – bloudivý nerv

Nasogastrická sonda – je trubička z umělé hmoty, která se zavádí nosní dírkou do nosohltanu a odtud do žaludku

Observace – pozorování, pobyt v nemocnici určený k prokázání nebo vyloučení choroby

Omentoplastika – chirurgický postup, při němž je velké omentum využito k plastické úpravě poměrů v břišní dutině

p.o. – per os, ústy

Pylorospasmus – křečovitě sevření žaludku, křeč pyloru, která způsobuje jeho dočasnou neprůchodnost

Pylorostenóza – zúžení pyloru, které způsobuje jeho dočasnou (při otoku) či trvalou neprůchodnost

Pylorus – vrátník, oblast přechodu mezi žaludkem a dvanáctníkem opatřená svěračem

Refluxní ezofagitida – zánět vznikající reflexem obsahu žaludku do jícnu

Resekce – operativní odstranění části orgánu

Steatorea - nadměrné množství tuku ve stolici v důsledku jeho porušeného trávení či vstřebávání malabsorpce

Vertigo – závrať (VOKURKA, HUGO a kolektiv, 2015)

Seznam tabulek

Tabulka 1 Základní údaje	37
Tabulka 2 Vstupní test	42
Tabulka 3 Výstupní test	53

Úvod

Vředová choroba duodena a žaludku je onemocnění, které je v dnešní populaci hojně rozšířené. Setkáváme se s ní ve všech věkových skupinách. V dětském věku se objevuje s menší mírou, Častěji ji diagnostikujeme u adolescentů a největší výskyt evidujeme u dospělých jedinců. U geriatrických pacientů dochází většinou ke vzniku vředu sekundárního, který vzniká v souvislosti s jinými chorobami nebo léčbou.

Cílem teoretické části této bakalářské práce je přiblížit vředovou problematiku od začátku jejího objevení až po nejmodernější léčbu. Vředovou chorobou bývá postiženo 3-10 % celkové populace. V posledních letech, stále častěji evidujeme výskyt vředové choroby u mladistvých. (KOHOUT, 2005)

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. První, teoretická, část práce je věnována vředové chorobě, její historii, definici, komplikacím, vývoji, prognóze a léčbě. Praktická část obsahuje edukaci pacientky trpící vředovou chorobou, konkrétně vředy duodenálními.

Cílem praktické části práce je shrnout odborné poznatky v problematice týkající se vředové choroby a to zejména co nejlépe zpracovat edukační proces a vytvořit tak eventuální studijní materiál. Dalším záměrem je co nejefektivněji edukovat pacientku tak, aby věděla, co jí diagnostikované onemocnění obnáší a jak se mu nažít předcházet. Pacientku poučíme o vředové chorobě, léčbě a možných komplikacích s ní spojených.

Pro tvorbu teoretické a praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat problematiku vředové choroby a to od počátku jejího objevení po nejmodernější léčbu.

Cíl 2: Shrnout odborné poznatky a co nejlépe zpracovat edukační proces.

Cíl 3: Vytvořit potencionální studijní materiál pro zdravotníky, studenty a neobornou veřejnost.

Vstupní literatura:

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

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

DÍTĚ, Petr, et al., 2007. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-496-6.

LUKÁŠ, Karel, Aleš ŽÁK a kolektiv, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.

VOKURKA, Martin, Jan HUGO a kolektiv, 2015 *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Edukační proces u pacienta s vředovou chorobou. Proběhlo v období od listopadu 2015 do března 2016. Pro vyhledávání bylo využito elektronických databází katalog Katalog Medvik (knihovny Medvik), Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ – články), Theses - databáze vysokoškolských kvalifikačních prací.

Bylo využito 14 odborných knih, 4 články z odborných časopisů a 6 zdrojů z internetu.

Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém: vředová choroba gastroduodena (gastroduodenální), vředová choroba duodena, perforace (vředu), vřed, hemateméza, meléna, helicobacter pylori, krvácení (vředu), penetrace (vředu).

1 Historie vředové choroby

Nejstarší zprávy, které se zmiňují o trávicím traktu, pocházejí z Číny asi 3000 př. n. l. Jedná se o Jang a Jin, kteří ztělesňují protiklady. Jin najdeme v dutých orgánech (střeva a měchýř). (LUKÁŠ et al., 2007)

Řekové nahradili čínský Jang a Jin za soustavu čtyř šťáv (krev, žlutá a černá žluč a hlen). Hippokrates (460-370 př.n.l.) učil, že pozorování nemocného je podstatou kliniky. Nemocný musí být brán jako celek. Hippokrates určil základy klinického pozorování a vyšetřování. (LUKÁŠ et al., 2007)

Profesor fyziologie a anatomie Jiří Prochaska (1749-1820), který učil v Praze a ve Vídni, se stal prvním Čechem, který se svým výzkumem dotkl gastroenterologie. Ve svém díle „Základy fyziologie člověka“ napsal, že „trávení je síla, která nás živí, je táž, která v počátku vytvořila naše tělo, a že výživa je vlastně pokračujícím plozením“ (LUKÁŠ et al., 2007 s. 24)

Britský chemik, William Prout (1785-1850) roku 1823 prokázal, že žaludeční šťávy obsahují kyselinu chlorovodíkovou. Dále rozlišoval látky povahy škrobovité (sacharidy), bílkovinné (proteiny) a olejnaté (lipidy). Roku 1835 německý fyziolog Theodor Schwann a Muller popsali pepsin. (LUKÁŠ et al., 2007)

Žaludeční vřed poprvé popsal francouzský anatom Cruveilhierem v roce 1835. Peptický vřed byl poprvé popsán v roce 1882 německým internistou a chirurgem Heinrichem Quinckem a jeho výskyt byl velice vzácný. (KOHOUT, 2005)

Léčba trávicího traktu byla do konce 19. století součástí všeobecné medicíny a chirurgie. Carl Ewald (1845-1915) vydal lékařskou učebnici, která se zabývá onemocněními žaludku a jeho žák Ismar Isidor Boas (1858-1938) vydal dvoudílnou gastroenterologickou učebnici. Boas v roce 1895 vydal první časopis, který byl věnován poznání gastroenterologie. V Berlíně roku 1895 založil první polikliniku, která měla laboratoř pro nemoci gastrointestinálního traktu. Ewald a Boas je díky své činnosti považován za otce gastroenterologie. (LUKÁŠ et al., 2007)

První operace peptického vředu byla navržena v roce 1881 Antonem Wörflerem (1850-1917), tato operace však proběhla v Paříži a to pod vedením chirurga Eugenea Doyena (1859-1916). (LUKÁŠ et al., 2007)

V roce 2005 byla udělena Nobelova cena dvěma australským lékařům J.R. Warrenovi a B.J. Marshallovi za objev bakterie *Helicobacter pylori* (Hp). Bakterie byla

objevena roku 1983 a je považována za příčinu vzniku vředů žaludečních a dvanácterníkových. Toto bylo poslední významné ocenění udělené v oblasti gastroenterologie. (LUKÁŠ et al., 2007)

Diagnostice, léčbě a především léčbě komplikací pomohla flexibilní endoskopie, která byla zařazena do běžné gastroenterologické praxe. V posledních letech léčba vředové choroby prošla mnohými změnami. Nejprve byly zavedeny H₂-blokátory a později protonové pumpy. Nyní se již nekomplikovaná vředová choroba neřeší chirurgicky, ale konzervativně. (KOHOUT, 2005)

V současné době, je možné si ve volném prodeji koupit účinná léčiva (H₂-blokátory) a rovněž dochází k předepsání PPI praktickými lékaři. To nám umožňuje včasnou léčbu, avšak diferenciatní diagnostika je nutná již při prvním setkání s pacientem. (KOHOUT, 2005)

S postupným zvyšováním informací o nemoci, rostla i úroveň její léčby. Nejdříve lékaři přikládali význam správné výživě, ale i předepisování léků nebylo žádnou výjimkou. Nemocným také pomáhala jedlá soda, kterou používali proti pálení žáhy, nebo se předepisovali belladonové preparáty (atropin), dále P. I. Isajev doporučuje brát preparáty bromu (brom ovlivňuje centrální nervovou soustavu). Toto P. I. Isajev popsal ve své publikaci z roku 1952.

2 Vředová choroba žaludku a duodena

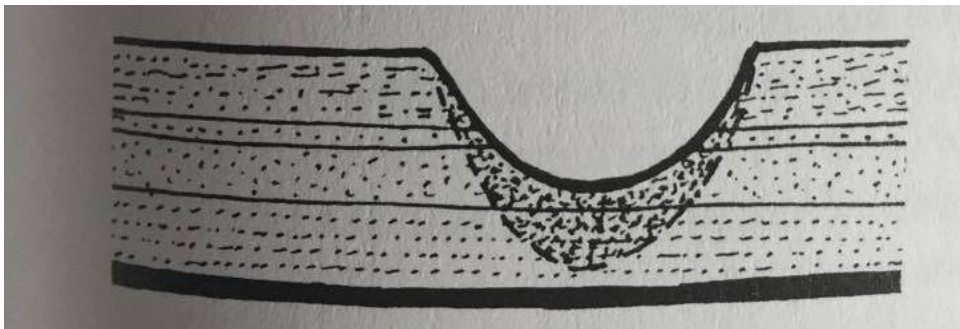
Vředovou chorobu žaludku a duodena řadíme mezi choroby gastrointestinálního traktu. Její léčba a diagnostika patří do rukou gastroenterologa. (KOHOUT, 2005)

Vředová choroba i v současné době patří mezi velmi častá onemocnění. Stále častěji evidujeme její výskyt u mladistvých. (LUKÁŠ et al., 2007)

Určit přesný počet existujících nemocí není možné. Peptickým vředem bývá postiženo 3-10 % celkové populace. Vředy dvanáctníkové většinou postihují mladší jedince a vředy žaludeční se objevují s přibývajícím věkem. Rozdíl v pohlaví v tomto případě nehraje roli, obě pohlaví postihují tato onemocnění stejně často.

2.1 Definice a terminologie

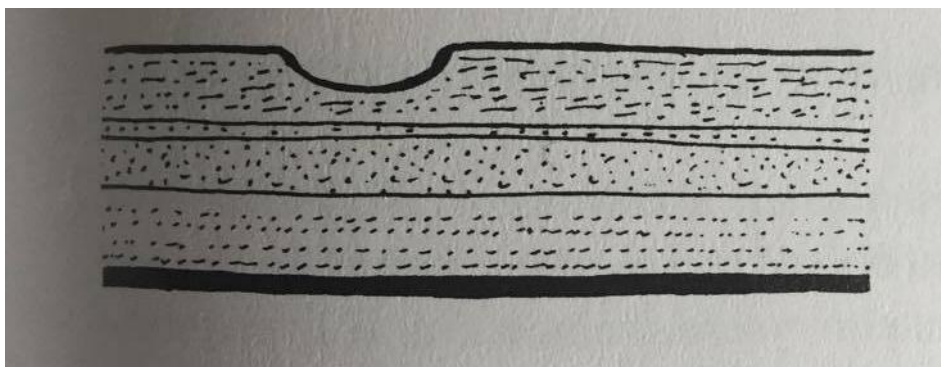
- **Peptický vřed** – znamená, že je poškozena sliznice trávicí trubice, tam kde se vyskytuje kyselina chlorovodíková (HCl). To se stane tedy, když agresivní činitele převládnu nad obrannými. Peptický vřed se může nalézat jak v tenkém střevě, tak i v Meckelově divertiklu, žaludku, dvanáctníku a jícnu.



Zdroj: Klener et al., 1999, s. 453

Obrázek č. 1 – Peptický vřed

- **Eroze** – znamená poškození sliznice. Postihuje však jen její vrchní vrstvy a neproniká pod muscularis mucosae (vrstvička hladké svaloviny oddělující sliznici od podslizniční vrstvy).



Zdroj: Klener et al., 1999, s. 453

Obrázek č. 2 - Eroze

- **Vředová choroba** – je onemocnění, které je charakteristické výskytem jednoho nebo více vředu. Za příčinu vředové choroby považujeme bakterii Hp. (KOHOUT, 2005)



Zdroj: Klener et al., 1999, s. 453

Obrázek č. 3 – bakterie Helicobacter pylori

- **Sekundární vřed** – jedná se o vřed, který má známou příčinu. Mezi hlavní příčiny nepatří Hp. Nejčastěji to jsou tedy vředy lékové (nejčastěji způsobeno užíváním NSA), stresové, endokrinní (Zollingerův-Ellisonův syndrom), hepatogenní a stařecké. (KOHOUT, 2005), (NAVRÁTIL a kolektiv, 2008)

- **Penetrace** – je komplikace vředu, při které vředová léze již proniká do okolních orgánů.
- **Perforace** – je komplikace vředu a dochází při ní k proniknutí vředu do břišní dutiny (vřed může proniknout až do retroperitonea). Tím dochází k zánětu pobřišnice (retroperitoneální flegmony). (KOHOUT, 2005)

2.2 Klasifikace

Peptický vřed je poškození, které je způsobeno kyselinou chlorovodíkovou, je poškozena trávicí trubice. Peptický vřed dělíme do dvou skupin:

1. Primární - vředová choroba žaludku a duodena (duodenální a žaludeční vřed)

Vředové poškození může být lokalizováno v oblasti žaludečního těla, to znamená, že mluvíme o vředu žaludku (gastrické vředy), nebo může nacházet ve dvanáctníku (vředy duodenální) a tomu pak říkáme vřed dvanáctníkový. Osmdesát procent všech vředů je lokalizováno právě v oblasti dvanáctníku. Jde o celkové onemocnění organismu. Podle nejnovějších výzkumů označujeme jako vředovou chorobu žaludku a duodena hlavně ty vředy, u kterých je prokázána přítomnost infekce Hp.

2. Sekundární - Jsou to druhotné vředy, které jsou způsobeny známou příčinou

Sekundární vředy se vyskytují především u pacientů s revmatickými onemocněními, kteří používají nesteroidní antirevmatika (NSA). NSA mají nepříznivý účinky na trávicí soustavu.

Samostatnou skupinu tvoří pacienti s peptickým vředem, který vznikl následkem jiného onemocnění. U těchto pacientů vzniká mnohem vyšší riziko krvácení do gastrointestinálního traktu. (LUKÁŠ et al., 2007)

Peptický vřed se může objevit všude, kde se vyskytuje HCl. Pokud je zde velké množství HCl (Zollingerově-Ellisonově syndromu), tak se mohou vředy objevit i oblasti distálního duodena. V podstatě se peptický vřed může objevit kdekoli, kde dochází k produkci, nebo kam se může HCl dostat. (KOHOUT, 2005)

2.3 Etiopatogeneze

Na konci 20. století došlo konečně k objasnění etiologie vředové choroby žaludku a duodena. Velký podíl na tom má objevení bakterie Hp. Díky tomuto objevu už není vředová choroba spojována jen s poruchou mezi ochrannými agresivními mechanismy žaludeční sliznice. Dosavadní výzkumy prokázaly, že vředová choroba je vlastně nemoc

infekční. Vznik vředové choroby tedy můžeme vysvětlit tak, že jde o infekci Hp, ale i o nerovnovážný poměr mezi agresivními a ochrannými činiteli. (LUKÁŠ et al., 2007), (Vitalion, 2016)

Agresivní činitelé, kteří přispívají k samonatravení (autodigestci) jsou: HCl, psychosomatické poruchy, hormonální faktory, kouření, pepsin, užívání ulcerogenních léků, duododenogastrický reflex. Ale ten rozhodující agresivní činitel je Hp. Ten se projevuje toxicko-metabolický působením na sliznici, což vede k antrální gastritidě. Můžeme je dále rozdělit na endogenní a exogenní. (LUKÁŠ et al., 2007), (KOHOUT, 2005), (DÍTĚ, 2006)

Mezi nejdůležitější agresivní činitele patří acidopeptický účinek žaludeční šťávy (jeho schopnost je, že umí natrávit vlastní sliznici). Dále ulcerogenní vliv některých léků, které dokážou změnit fyzicko-chemickou strukturu žaludečního hlenu. Pokud tomu nedokážou zabránit projektivní mechanismy, vzniklá léze prostoupí muscularis mucosae (svalová vrstva sliznice) a pak už mluvíme o vředu. Pokud je ovšem léze mělká mluvíme o erozi. (KOHOUT, 2005), (NAVRÁTIL a kolektiv, 2008)

Naproti tomu k protektivním (ochranným) činitelům se řadí odolnost žaludeční a dvanáctíkové sliznice. Ta je ovlivněna stavbou buněk, aktivním iontovým proudem, hlenobikarbonátovou sekrecí, vnitřním humorálním mechanismem, ale zejména prostaglandiny (látky podobné hormonům). (LUKÁŠ et al., 2007), (DÍTĚ, 2006)

V příloze 1 je podrobná tabulka věnující se agresivním a projektivním faktorům.

NSA je lék s pozitivním účinkem, ale i při krátkém užívání mohou mít škodlivé účinky na trávicí trakt. Poškozují žaludeční a duodenální sliznici, jejichž poškození může být různých rozsahů, od slizničních hemoragií až po vředové léze spojené s krvácením nebo proděravění vředu. Užívání NSA zvyšuje vznik vředové choroby až desetkrát. Nejčastější příčinou vředové choroby je infekce Hp, užívání NSA je příčina druhá. Pokud jsou s NSA podávány i kortikosteroidy, zvyšuje se tak vznik peptických vředů. (LUKÁŠ et al., 2007)

2.3.1 Helicobacter pylori

Jak už víme, bakterie Hp byla objevena roku 1983 australskými lékaři Warrenem a Marshalllem, kterým za to v roce 2005 byla udělena Nobelova cena. Hp byla nejdříve nazývána *Campylobacter pylori*. Je to nejrozšířenější lidská infekce. Hp žije v extrémních podmínkách, pH je až 1. Tato bakterie přežije v žaludku pomocí

ureázy, která dokáže rozložit ureu (močovinu) na amoniak a oxid uhličitý. Ta ho chrání před vlivem HCl. Produkuje spoustu enzymů jako ureázu, oxidázu, katalázu a alkalickou fosfatázu. Odhalením ureázy zjistíme přítomnost Hp v žaludeční sliznici. Diagnostiku bakterie dělíme na neinvazivní a invazivní. Neinvazivní diagnostika nezasahuje do trávicího traktu. Provádíme dechový test a sérologické vyšetření. Dechový test má v současné době velmi dobrou dostupnost a je velmi jednoduchý. Můžeme s ním vyšetřovat děti, těhotné ženy a je možnost opakovaných vyšetření. Test se provádí nalačno. Pokud pacient užívá H₂-blokátory, je nutné vysadit, alespoň jeden den před vyšetřením. Pokud pacient využívá preparáty bismutu či PPI, je nutno léčbu vysadit alespoň tři dny před vyšetřením. Invazivní diagnostiku provádíme pomocí endoskopického vyšetření (rychlý ureázový test, histologické vyšetření sliznice, kultivace Hp. Přenáší se fekálně-orálně a oro-orální cestou, a tudíž přenos závisí na hygieně. (KOHOUT, 2005), (DÍTĚ et al., 2007), (KREJČÍ, 2007)

2.3.2 Bulbitida

Při bulbitidě dochází k zánětlivým změnám na začátku dvanáctníku, kam ústí žaludek. Zde se mohou vyskytovat v souvislosti s infekcí Hp zánětlivé změny bez přítomnosti lézí na sliznici, vředové defekty i eroze. (KOHOUT, 2005)

2.4 Rizikové faktory a prevence

Mezi rizikové faktory patří užívání NSA, kouření, stres a kyselé potraviny, které působí na sliznici. Dále jsou ohroženi lidé, kteří mají sníženou hygienu při základních návycích. (KOHOUT, 2005)

Prevence spočívá v dodržování zdravé životosprávy. Jíst pravidelně po menších porcích, dobře stravitelné a lehké jídlo, které bude obsahovat spoustu ovoce a zeleniny. Dalším prvkem prevence je také snaha vyhýbat se stresovým situacím.

2.5 Klinický obraz

Vředy rozdělujeme dle jejich lokalizace a informace o ní čerpáme především z vyjádření samotného pacienta.

Subjektivní příznaky – mohou být asymptomatické (bezpříznakové) nebo typické pro vředovou chorobu. Nemoc může začít neurotickými obtížemi, jako je neklid, napětí a podrážděnost. Později se objevují žaludeční potíže, které vyústí až do vředové bolesti.

Žaludeční vřed se projevuje bolestmi v nadbřišku mezi mečíkem a pupkem. Bolest bývá palčivá, tlaková až řezavá. Jak je uvedeno již dříve v této bakalářské práci, jsou obě pohlaví postižována stejnou měrou. Čím výše v žaludku je vřed umístěn tím dříve po jídle začíná dotyčný pociťovat bolest. U vředu subkardiálního bolest nastává okamžitě po jídle, u vředu žaludečního těla bolest nastupuje po půl až jedné hodině po jídle. Pacienti, kteří mají vřed ve vývodné části žaludku nebo pyloru, nemají bolest vázanou po jídle spíše naopak. Bolest se objevuje spíše nalačno a po jídle mizí. Je snižená chuť k jídlu. Hp se u žaludečního vředu zjistí asi v 80 % případů. Pacienti trpí nevolnostmi a někdy i zvracením.

Vřed dvanáctníkový se projevuje bolestí v epigastriu (někdy se šíří pod pravý žeberní oblouk a napodobuje bolest žlučníku). Bolest se vyskytuje nalačno nebo dvě a více hodin po jídle, bolest je také typická ve spánku a v některých případech nemocného i probudí. Chuť k jídlu je neomezená a někteří pacienti spíše přibírají na váze, jelikož jim po jídle bolest ustupuje. Mohou však existovat i tací, co váhu spíše snižují. Mezi další příznaky patří pálení žáhy, říhání, zvracení kyselých šťáv a zácpa. Hp se u duodenálního vředu zjistí v 90-95 % případů. Spíše jím bývají postiženi muži ve věku 20-40 let, ale žen, které jsou postiženy duodenálním vředem, v poslední době přibývá.

U pacientů, kteří užívají NSA (tlumí bolest) jsou potíže často asymptomatické. Častěji tak dohází k perforaci nebo ke krvácení vředu. Totéž platí i u pacientů, kteří se už déle léčí na cukrovku. (KOHOUT, 2005), (DÍTĚ et al., 2007), (DOKTORKACZ, 2016)

Objektivní příznaky – Objektivních příznaků, pokud nedojde k nějaké komplikaci, není mnoho. Příznakem může být lehká palpační citlivost v nadbřišku. (KOHOUT, 2005)

2.6 Vyšetření

Základním vyšetřením, tak jako ve všech lékařských oborech je zjištění anamnézy a fyzikální vyšetření.

V anamnéze zjišťujeme:

- osobní anamnézu (všechny podstatné onemocnění, které pacient během svého života prodělal, ptáme se, zda pacient konzumuje alkohol, kouří, popřípadě jiné toxické závislosti),

- léková anamnéza (uvádíme všechny léky, které pacient bere),
- pracovní a sociální anamnéza (co pacient dělá za práci a v jakém prostředí žije),
- rodinná anamnéza (podstatná onemocnění, která se v rodině vyskytují),
- alergologickou anamnézu (zde se snažíme zjistit, zda pacient neměl nějaké reakce na léky).

Fyzikální vyšetření:

- celkové posouzení tělesného (koukáme na vzrůst pacienta, hybnosti, hmotnosti, zbarvení kůže a sliznic, stavu výživy) a duševního (hlas, řeč, stav vědomí, orientace místem, časem a osobou) stavu nemocného,
- vyšetření jednotlivých tělesných partií (zde lékař využívá pohled, poslech, poklep a pohmat)
- **Pohled** – pokud břicho vystupuje nad hrudník, může to ukazovat na cystu, ascites, obezitu, nádor. Na hubeném břiše můžeme vidět pohyb střevních kliček, zejména pokud je ve střevním průchodu nějaká překážka.
- **Poslech** (auskultace) – slyšíme přelévání střevního obsahu a škrundání, pokud jsou tyto zvuky veliké, může to být stenóza nebo obstrukce pasáže.
- **Poklep** (perkuse) – poklepem zjišťujeme plynnou náplň, nebo tekutinu v dutině břišní.
- **Pohmat** (palpace) – je nejdůležitější metoda. Lékař pohmatem zjistí spodní okraj jater a zjistí jejich konzistenci a povrch. Zjistí, zda není zvětšena slezina a jiné chorobné změny. (LUKÁŠ et al., 2007)

Nejdůležitější vyšetření pro diagnostiku vředů jsou endoskopické a rentgenologické vyšetření (RTG).

Endoskopická vyšetření – Endoskopické vyšetření v současné době již téměř vytlačilo RTG vyšetření. Umožňuje lepší pohled do dutých orgánů, a pokud je potřeba, lékař může odebrat vzorek na histologické vyšetření. Poprvé byl rigidní endoskop použit v roce 1932, semiflexibilní endoskop byl použit v roce 1958. (KOHOUT, 2005), (MIKŠOVÁ, FROŇKOVÁ, ZAJÍČKOVÁ, 2006)

„Základem každého endoskopu je ohebná trubice, jejíž koncovou část lze řídit, ve které jsou umístěna světelná vlákna pro vedení studeného světla a vedení obrazu ze žaludku (v nových verzích jsou nahrazena mikročipem na konci přístroje), kanál,

kterým je možné zavést různé přístroje k odběru tkáně (klíšťky, polypektomická klička), stavění krvácení (jehla, sonda, unipolární či bipolární elektroda, sonda k aplikaci výboje v inertním plynu – argon plasma beamer či sonda umožňující přenesení laserového paprsku). Pomocí táhel je možné otáčet přístrojem pro snazší zavedení a získání přehledu v celém prostoru prohlížených orgánů – jícnu, žaludku a duodena.“ (KOHOUT, 2005 s. 27)

Vyšetření trvá kolem deseti minut.

Rentgenologické vyšetření – Nevýhodou je, že vředy na zadní či přední straně jsou špatně viditelné. Po požití kontrastní látky (baryové kaše) na RTG uvidíme penetrující (pronikající) vředy do okolních orgánů. (KOHOUT, 2005)

Ultrazvukové vyšetření – Provádíme, abychom vyloučili cholelitiázu. (DÍTĚ, Et al., 2007)

Laboratorní vyšetření – Informuje nás o stavu organismu. Provádíme vyšetření stolice na okultní krvácení (důležité screeningové vyšetření, stačí natřít stolicí na soupravu) a vyšetření krevní skupiny, pro případ krvácení. (DÍTĚ, Et al., 2007), (VYTEJČKOVÁ, PAVLÍKOVÁ, 2013)

2.7 Diagnostika

Při diagnostice žaludečních a duodenálních vředů využíváme anamnézu, zobrazovací metody a biochemické vyšetření. V anamnéze se ptáme na bolest a přesnou lokalizaci místa bolesti a zjišťujeme, kdy bolest přichází (před/po jídle). (Ve vyšším věku bývá bolest menší a někdy může být průběh bezbolestný). Pacienti s žaludečními vředy obvykle bolest lokalizují pod sternem směrem k pupku. U vředu duodenální je bolest lokalizována v nadbřišku nebo v tzv. duodenálním bodu. Také zjišťujeme životní styl pacienta, pravidelnost a množství jídla, jaké jídlo jí a co pije. Dále se u pacientů může objevovat nevolnost, zvracení, pálení žáhy, nechutenství, hubnutí, zápach z úst, průjem a zácpa. Na vřed ale může také upozornit až nějaká komplikace (krvácení, perforace).

V zobrazovacích metodách dnes už využíváme spíše jen endoskopickou metodu, RTG využíváme při komplikacích (penetrující vřed). Odebereme vzorek na histologické vyšetření, zjistíme pH žaludeční sliznice a přítomnost Hp.

Při biochemickém vyšetření zjišťujeme průkaz infekce Hp. Dělíme ho na invazivní a neinvazivní. Při invazivním vyšetření využijeme endoskop.

Provedeme rychlý ureázový test, biopsii a kultivaci. K neinvazivním vyšetřením patří dechový test se značenou močovinou, vyšetření stolice. (LUKÁŠ et al., 2007), (PROKOPCOVÁ a kol., 2008)

2.8 Komplikace

Mezi komplikace řadíme perforaci, penetraci, krvácení, pylorosasmus, pylorostenóza a nádorová přeměna vředu.

Perforace vředu – Pokud nám pronikne vředová léze žaludeční stěnou (proděravěním stěny), pak mluvíme o perforaci vředu. Pacient pociťuje prudkou a náhlou bolest, kterou nemůže ničím ovlivnit. Tímto vzniká akutní peritonitida, která je znakem akutní operační léčby. Při diagnostice provádíme nativní RTG břicha, při kterém lékař zjistí volný vzduch pod bráničními oblouky. Snímek je ale nutno provést ve stoje. Bohužel někdy diagnózu dokážeme určit až při chirurgickém zákroku, který je indikovaný pro akutní peritonitidu nejasné příčiny. Pacientovi klesá krevní tlak, má tachykardii, zvýšenou teplotu a leukocytózu. Dnes již je velmi účinná medikamentózní terapie a díky tomu se již už běžně nevyužívají resekcční výkony. Pokud ale přistupujeme k chirurgickému řešení, provádíme přešití vředové léze s omentoplastikou a provádíme drenáž břišní dutiny nebo retroperitonea. (KOHOUT, 2005), (DÍTĚ et al., 2007)

Penetrace vředu – Penetrace znamená postupné pronikání vředu mimo oblast žaludeční stěny do jiných orgánů např. jater a slinivky. Bolest je intenzivní a nemizící, velmi často vyzařují do zad. Mohou se projevit i jiné příznaky, podle toho, do jakého orgánu vřed penetruje. Vždy provádíme endoskopické vyšetření. Rozlišujeme 3 stupně penetrace: (KOHOUT, 2005), (DÍTĚ et al., 2007)

1. „Dochází k průniku všemi vrstvami stěny postiženého orgánu, ne však serózou.“
2. „Dochází k rozšíření stěny trávicí trubice a penetraci celé její hloubky.“
3. „U třetího je podstatné pronikání mimo stěnu orgánu do orgánů okolních, event. vznik píštělí mezi žaludkem a okolními orgány.“ (KOHOUT, 2005 s. 29)

Terapie této komplikace se řeší chirurgicky a většinou se musí provést částečná resekcce orgánu, do kterého vřed penetruje. (KOHOUT, 2005)

Krvácení – Krvácení může být akutní, masivní, chronické, nebo mikroskopické. Může k němu dojít kdykoliv v průběhu onemocnění. Pokud má pacient bolesti, tak je známo, že po vzniku krvácení bolesti ustoupí. Krvácení se na pacientovi může projevit pocením, nitkovitým pulzem, tachykardií, bledým koloritem kůže, ale může přejít až do těžkého šokového stavu. Nejčastější příčinou krvácení do GIT jsou jícnové či fornikální varixy, žaludeční vřed. Vzácněji to pak bývá vřed jícnu či refluxní ezofagitida. Údaje od pacienta jaké množství krve vyzvracel, bývají často nespolehlivé. (KOHOUT, 2005)

Krvácení ze žaludečního či duodenálního vředu je důvodem přibližně poloviny všech případů krvácení horní části trávicího traktu. Krvácení se projevuje hematózou či melénou. Krvácení výše uvedených vředů má v mnoha případech souvislost s NSA medikací nebo analgetiky. Prioritou je provedení urgentní endoskopie, které by se mělo provést v rozmezí od jedné do dvou hodin po přijetí pacienta, nejpozději však do 24 hodin. K rozdělení vážnosti krvácení používáme klasifikaci podle Foresta z roku 1974. (KOHOUT, 2005)

„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“ (KOHOUT, 2005 s. 30, 31)

Pacienta musíme umístit na jednotku intenzivní péče, zajistíme žilní přístup, zavedeme nasogastrickou sondu, abychom mohli odsávat krev ze žaludku. Při endoskopickém vyšetření můžeme krvácení zastavit. (KOHOUT, 2005)

„Krvácení lze zastavit opichem 0,1 % adrenalinu, naložením hemoklipu, provedením koagulace uni- či bipolární elektrodou, event. Aplikací ethoxysklerolu či tkáňového fibrinového lepidla do lumen cévy.“ (KOHOUT, 2005 s. 31)

V následné léčbě podáváme PPI intravenózně dle závažnosti krvácení. Pokud se nám nepovede krvácející vřed zastavit pomocí endoskopu, je nutné přejít

na léčbu chirurgickou. Indikujeme buď opích cévy, pokud to nezabere, musíme přistoupit na resekci žaludku. (KOHOUT, 2005)

2.9 Vývoj a prognóza

Vředová choroba má v dnešní době vynikající prognózu. Úmrtnost je minimální. Komplikace při zahájení včasné léčby vznikají jen ojediněle. Snažíme se používat léčbu konzervativní, chirurgickou léčbu využíváme jen tehdy, je-li to nezbytně nutné (nezastavitelné krvácení, perforace, stenóza pyloru či duodena). (KOHOUT, 2005)

2.10 Zvláštní typy vředů

Stresové vředy – jsou vředy žaludku a dvanáctníku, které se vyskytují v souvislosti se stresovým stavem. Jsou umístěny v žaludečním těle, oproti vředům peptickým jsou drobnější a mnohočetné. Nejčastější příčinou pro vznik stresových vředů jsou popáleniny, úrazy CNS a úrazy. Vředy v dvanáctníku mají větší náchylnost k proděravění nebo větší šanci ke krvácení. Léčí se stejně jako vředy peptické. Podávají se H₂ blokátory nebo inhibitory protonové pumpy. Ty podle stavu pacienta podáváme buďto perorálně nebo intravenózně. (KOHOUT, 2005), (KAŇKOVÁ, 2003)

Zollingerův-Ellisonův syndrom - Syndrom je způsoben endokrinně aktivním nádorem Langerhansových ostrůvků a vychází z G buněk. Tyto buňky najdeme v pankreatu a v duodenu. Nádor produkuje gastrin (ten stimuluje parietální buňky žaludeční sliznice) a vede k tvorbě velkého množství HCl. To způsobuje vznik mnohočetných peptických vředů. Nejčastěji jsou lokalizovány v žaludku, duodenu a jejunu. Mohou se ale objevit i v neobvyklých místech jako je jícen, postbulární část jejunu a duodena. Objevuje se bolest břicha, průjem nebo steatorea. Léčba je v podávání vysokých dávek inhibitorů protonové pumpy – PPI. (KOHOUT, 2005), (LUKÁŠ et al., 2007)

2.11 Léčba

Dříve byla v léčbě především uplatňována dietní opatření. Dnes se již takový důraz na dietní opatření neklade, léky které v současnosti používáme, potlačují kyselou žaludeční sekreci. Avšak některá dietní opatření jsou stále nezbytná,

ale žádná dieta určená k urychlení hojení vředů neexistuje. Doporučuje se jíst malé porce, ale častěji tj. snídaně, svačina, oběd, svačina, večere, druhá večere, tak aby nebyl žaludek úplně prázdný. Doporučují se například zakysané výrobky. Pokud jsou potíže akutní, neměla by se objevovat pikantní kořeněná jídla z důvodu překrvení sliznice a přepalované tuky. Nevhodné jsou také velmi studené anebo naopak velmi horké nápoje. Snažit se nepít kávu a vše, kde se objevuje kofein, včetně silného čaje, vína, piva a tvrdého alkoholu. Zákaz užívání ulcerogenních léků (NSA). Pacient by měl mít klidový režim, při kterém bude mít dostatek spánku a umožní mu pravidelné stravování. Pokud jsou vředy stresového charakteru, využíváme léčby psychoterapeutické nebo dokonce psychofarmakologické. Důležitý je také dostatek spánku, pacientovi by mělo být dovoleno spát i přes den. Po objevení léků se léčba peptického vředu a vředové choroby žaludku a duodena změnila z léčby nemocniční na léčbu ambulantní. Pacienty hospitalizujeme jen při nějaké komplikaci. Léčbu je nutné zahájit okamžitě po stanovení diagnózy. Pro potvrzení provedeme gastroskopii. (LUKÁŠ et al., 2007), (KOHOUT, 2005), (DÍTĚ et al., 2007), (ORDINACE.CZ, 2016)

U duodenálních vředů musíme kontrolovat příznaky. Jestliže dojde k vymizení příznaků a nejsou žádné komplikace (bolest břicha, nechutenství, zvracení) endoskopické vyšetření není potřeba provádět. U vředu žaludečního kontrolujeme každé 2 týdny endoskopicky až do úplného vyhojení léze. Pak provádíme ještě kontrolu po 6 týdnech a 6 měsících. (KOHOUT, 2005)

V první řadě se snažíme o zahojení vředové léze, a pokud je přítomna Hp infekce, musí být infekce co nejdříve odstraněna. Léčba duodenálních a žaludečních vředů se od sebe neliší. K eradikaci Hp infekce využíváme trojkombinaci léků, která je založena na PPI a dvou různých antibiotikách. Léčba trvá jeden týden, odstraňuje potíže a tím pacientovi nastává proces hojení. Výrazně dochází ke snížení možné recidivy. K léčbě používáme PPI (omeprazol, pantoprazol, esomeprazol a lansoprazol).

Jako další možnou léčbu můžeme uplatnit kombinaci ranitidin-bismuth-citrát. Ten podáváme v kombinaci s jedním či dvěma antibiotiky. Podle výzkumů a zkušeností je tato léčba velmi účinná. Jde totiž o čtyřkombinaci léků, ranitidin a bizmut se uspořádají do jedné molekuly. (příloha 2, 3) Po eradikační léčbě následuje léčba antisekreční monoterapie PPI. Ta trvá čtyři až šest týdnů. (LUKÁŠ et al., 2007)

Pokud se při léčbě neprokáže infekce Hp, musíme především zjistit příčinu vzniku vředové choroby.

Obecně můžeme říct, že léčba vředů spočívá v potlačení žaludeční sekrece a v ochranně žaludečních mechanismů. Tím dosahujeme podáváním PPI. 5-10 % pacientů se nedaří po 8 týdnech z vředové choroby vyléčit. Tito pacienti většinou mají větší peptické léze, musíme uvažovat o maligním vředu, TBC, Crohnově chorobě, Zollingerově-Ellisonově syndromu, ale může to být následek i stálého užívání NSA. (LUKÁŠ et al., 2007), (KOHOUT, 2005)

Pokud dojde k perforaci žaludečního vředu (může mít podobné příznaky jako náhlé příhody břišní (akutní apendicitida, akutní pankreatitida nebo také perforace tlustého střeva při Crohnově chorobě nebo při lymfomu), lékař musí hledat volný vzduch v peritoneální dutině. Ten prokazujeme nativním RTG snímkem. RTG snímek provádíme ve stoje, na snímku se objeví srpek vzduchu pod bránicí.

Při léčbě vředové choroby u těhotných žen se nesmí podávat metronidazol, ostatní léky se s opatrným přístupem podávat můžou. Přesto je stále důležité pečlivě monitorovat pacientku. (KOHOUT, 2005)

2.11.1 Přehled léků

Antacida – Dnes se už tolik nepoužívá. Pokud budeme podávat v dostatečném množství, několikrát denně, výrazně snižují aktivitu žaludeční šťávy. Mechanismus spočívá v neutralizaci kyselé žaludeční šťávy. Rychle tlumí bolest a podáváme je 6-8x denně (po 2- 4 hodinách). Antacida podáváme mezi jídly a při bolestech.

Máme různé druhy antacid. Antacida, která obsahují sloučeninu hořčíku a hliníku, používáme při všech znacích vředové a gastroduodenální choroby. Pokud antacida obsahují pouze sloučeniny hořčíku, tak působí projímavě. Pokud mají naopak sloučeniny hliník, působí obstipačně. Proto tyto složky kombinujeme dohromady. Antacida, která obsahují kyselinu alginovou se působením kyselého žaludečního obsahu mění na viskózní tekutinu až gel. Ten se přichytí na stěnách jícnu, žaludku a duodena a vytvoří ochrannou fólii. Vlivem zásaditého prostředí se rozpouští a dochází k vyloučení. Je vhodný pro pyrózu z kyselého reflexu. Další antacid je s přítomností bizmutu, ten by měl mít eliminační schopnost na infekci Hp. Pacienti s poruchou ledvin by tento typ neměli používat, léčba by neměla přesáhnout více jak 8 týdnů. Pacienty musíme poučit, že jejich stolice se při používání těchto antacid zbarví do černa. (LUKÁŠ et al., 2007), (DÍTĚ et al., 2007), (KOHOUT, 2005)

Blokátory H₂-receptorů - „Účinek této skupiny ve snížení bazální i stimulované sekrece v důsledku blokády histaminových H₂-receptorů na parietální buňce. (LUKÁŠ et al., 2007, s. 104)

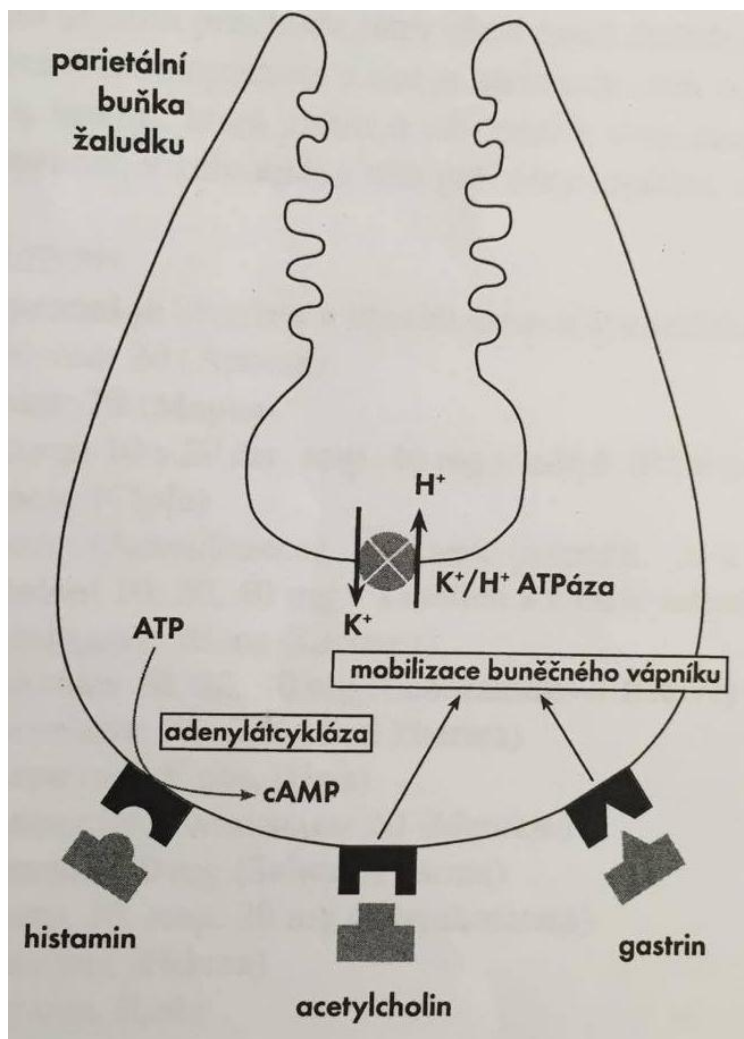
Poprvé se objevili v roce 1972 a jsou převratem v léčbě vředové choroby gastroduodena a refluxní choroby jícnu. Do této skupiny řadíme cimetidin, famotidin, nizatidin, ranitidin a roxatidin. V České republice nejčastěji používáme famotidin a ranitidin. Než začneme léky podávat, je vhodné udělat endoskopické vyšetření a biopsii, aby nedošlo k záměně s nádorovým onemocněním žaludku. Pacienti tyto léky dobře snášejí. Neexistují tedy téměř žádné nežádoucí účinky nebo se objeví až při dlouhodobém užívání a vysokých dávkách (starší osoby). Nežádoucími účinky mohou být bolesti hlavy, zmatenost, průjem, dyspeptické potíže, ztráta libida. Nevýhodou těchto léků je, že pokud je běžné dávkování, tak neovlivňuje infekci Hp.

Antagonisté H₂-receptorů nejčastěji podáváme ve dvou rovnoměrných dávkách (ráno a večer). Dávky můžeme na přechodnou dobu zvýšit až dvojnásobně. Léčba peptických lézí u žaludečního a duodenálního vředu trvá tak 4 týdny. (LUKÁŠ et al., 2007), (KOHOUT, 2005)

Inhibitory protonové pumpy - „PPI potlačují v parietální buňce tvorbu HCl ireverzibilní inhibicí protonové pumpy (H⁺, K⁺-ATPázy)“. (LUKÁŠ et al., 2007, s. 105)

Obnova sekrece je až po vytvoření nového enzymu, což je do 24 hodin. Léčba je indikována jednou denně a nejvhodnější je aplikace nalačno. Je to nejúčinnější antisekreční prostředek.

Tato léčba je užívána při refluxní chorobě jícnu a vředové choroby žaludku a duodena a je k ní přístupováno především využívá při vymícení Hp. Mezi léky této skupiny patří esomeprazol, lansoprazol, omeprazol, pantoprazol, rabeprazol a tenatoprazol. Pacienti léčbu velmi dobře snášejí a při Zollinger-Elisonově syndromu je možné i mnoholeté podávání. Vedlejší účinky jsou spíše výjimečné a mohou se projevit bolestí hlavy, nauzeou, průjmem, kožní reakcí, závratí. (LUKÁŠ et al., 2007), (DÍTĚ et al., 2007)



Zdroj: KOHOUT, 2005, s. 50

Obrázek č. 4 – inhibitory protonové pumpy, Schéma protonové pumpy

Sukralfát - Sukralfát je hlinitá sůl, která se díky nízkému pH v žaludku mění na viskózní gel, ten se přichytí na sliznici vředu a slouží jako ochrana. Váže na sebe žlučové kyseliny a pepsin. Ovlivnění bakterie Hp je minimální. Podáváme ho při vředové chorobě gastroduodena a jako prevenci stresových vředů u kriticky nemocných pacientů. Dávkujeme 2x2 gramy před jídlem (před snídaní, před večeří). Po léčbě sukralfátem vzniká histologicky lepší jizva a tím se snižuje recidiva vředu. (LUKÁŠ et al., 2007), (DÍTĚ et al., 2007)

Komplexní sole bizmutu – Komplexní sole bizmutu se využívaly už v 16. století k léčbě dyspeptických obtíží. Dobře účinkují na vředové a duodenální vředy. Má podobný princip jako sukralfát, vytváří vrstvu, která se přilepí na defekt a tím se umožní hojení. Výhodou je přímá účinnost na infekci Hp. Komplexní sole bizmutu však podáváme jen v kombinaci dalších léčiv (PPI a antibiotik). (LUKÁŠ et al., 2007), (KOHOUT, 2005)

2.11.2 Režimová opatření

Snažíme se o eliminaci stresových faktorů a to v práci, ale i v soukromí. Pacientům se doporučuje najít nějaký uklidňující režim. S tímto se váže i pracovní neschopnost, ta se doporučuje na 2 až 4 týdny. Pacient by měl omezit (přestat) kouření, které se velkou měrou podílí na zhoršeném prokrvení sliznice duodena a žaludku. (KOHOUT, 2005)

2.11.3 Chirurgická léčba

V současnosti je k chirurgické léčbě přistupováno pouze při vzniku komplikací. Také je chirurgická léčba indikována, pokud jsou přítomny hrubé anatomické změny. Pokud je ale konzervativní léčba úspěšná, je indikace k operačnímu zákroku velmi nízká. Resekce žaludku je indikována, pokud 8 týdnů po zahájení léčby vřed nereaguje. Chirurgická léčba duodenálního vředu se indikuje u velkých vředů na špatném místě, Hp negativních vředů, při recidivě. Používáme dva typy operačních výkonů: (DÍTĚ et al., 2007), (KOHOUT, 2005)

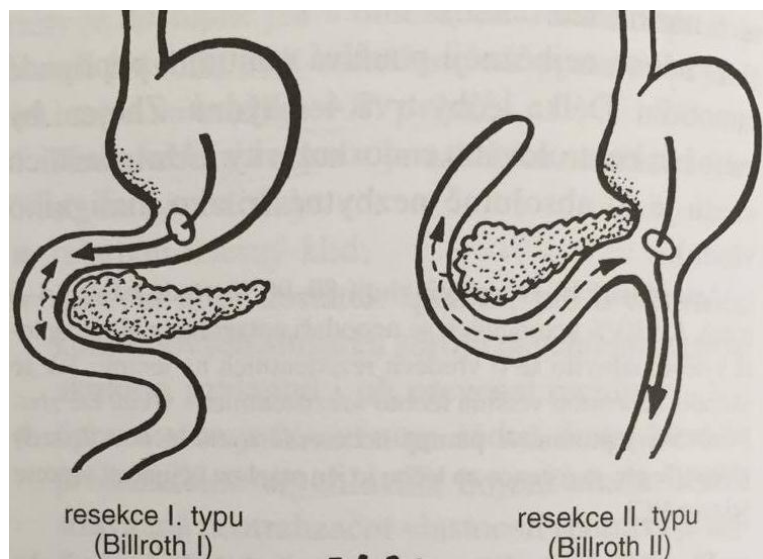
1. Resekce typu Billroth I.

U této resekce se jedná o odstranění 2/3 žaludku. První řez je veden hned za pylorem a druhý řez je veden nejširší částí žaludku. Zbytek části žaludku se našívá na konec duodena.

2. Resekce typu Billroth II.

U toho typu resekce jsou taktéž odstraněny 2/3 žaludku. Od resekce Billroth II. se liší pouze způsobem rekonstrukce. Duodenum je uzavřeno, žaludek v místě resekční linie se částečně zašije a následně se zbývající část našije na první kličku jejuny. Pokud se zvolí tento typ resekce, je větší pravděpodobnost výskytu komplikací. Používá se tedy, jen pokud nelze provést resekční typ Billroth I.

Oba dva typy resekčních výkonů mají jméno po německém lékaři Christianu Albertu Theodoru Billrothovi (1829-1894). (Žaludek.cz, 2016)



Zdroj: KLENER et al., 1999, s. 458

Obrázek č. 5 – resekce žaludku

3. Resekce typu Roux-en-Y

Jde o zmodernizování metody Billroth II. Zde se první klička jejunu přeruší a vzdálenější část se našije na pahýl žaludku a horní část se našije níže, a to přibližně o 40 cm. Výhoda této operace spočívá v tom, že se odvede žluč a pankreatické šťávy od pahýlu žaludku.

4. Totální gastrektomie

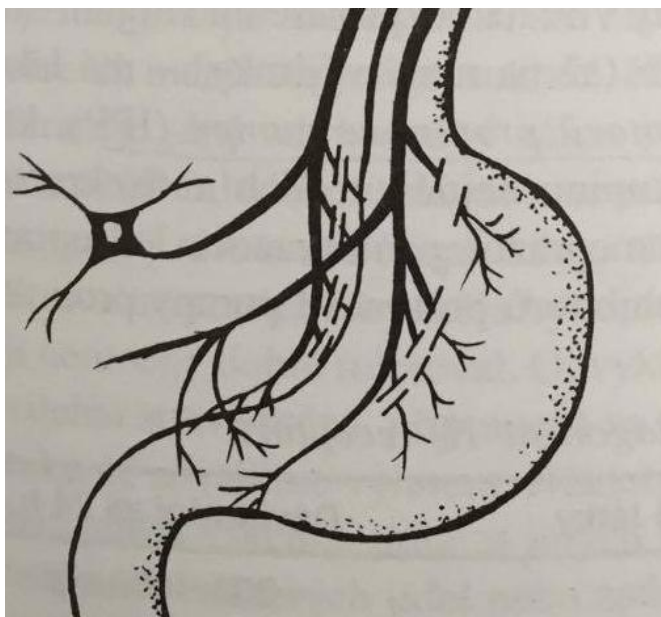
Při této operaci odstraňujeme již celý žaludek. K rekonstrukci využíváme podobný princip jako u Roux-en-Y. Tato operace se nejčastěji provádí, pokud je zde prokázán zhoubný nádor. (Žaludek.cz, 2016)

5. Vagotomie

Jsou zákroky na n. vagus a jejím cílem je snížit sekreci HCl.

Proximální selektivní vagotomie: jedná se přerušení terminálního větvení n. vagus v oblasti zakřivení pravého okraje.

Trunkální (kmenová) vagotomie: jedná se o přerušení n. vagus v oblasti přechodu mezi jícnem a žaludkem. (HOCH, LEFFLER, 2011)



Zdroj: KLENER et al., 1999, s. 458

Obrázek č. 6 – proximální vagotomie

2 Edukace

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova educio, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince.“ (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s. 9)

Edukaci ve zdravotnictví si můžeme představit jako vysvětlení důležitých informací pro pacienta, které mají za cíl pacientovi zlepšit zdravotní stav nebo plné navrácení zdraví. Pro pacienta je edukační činnost zdroj informací, které mu pomůžou zorientovat se v nemoci a pomohou mu v běžném životě. Edukace pacienta by měla probíhat vždy a je součástí ošetrovatelského procesu. Pro edukaci je důležité mít dostatečné znalosti a vědomosti. Edukační proces může být nezáměrný (incidentální), nebo záměrný (intencionální). Edukace probíhá od prenatálního období až do konce života.

Edukace má předcházet nemocem, udržet či navrátit zdraví a přispívat ke zkvalitnění života. Edukace nám velmi pomáhá při primární, sekundární a terciální prevenci. (JUŘENÍKOVÁ, 2010)

1.1 Důležité pojmy v edukaci

Edukant – člověk jakéhokoliv věku, může to být buďto zdravý nebo nemocný klient. Může jím být i zdravotník, který si edukací prohlubuje svoje znalosti a vědomosti.

Edukátor – je člověk, který vzdělává (edukuje), ve zdravotnictví je to nejčastěji lékař, zdravotní sestra, porodní asistentka, ale i fyzioterapeut a nutriční terapeut.

Edukační konstrukty – jsou zákony, předpisy, plány, edukační standardy (závazná norma, která udržuje požadovanou kvalitu edukace) a materiály. Ty ovlivňují kvalitu edukačního procesu.

Edukační proces – děj, při kterém se edukant vzdělává.

Primární prevence – edukujeme zdravé jedince, je to opatření na prevenci nemocí.

Sekundární prevence – edukujeme již nemocné jedince a snažíme se o zlepšení jejich vědomostí a dovedností.

Terciální prevence – pacienti již mají trvalé a nevratné změny, edukaci zaměřujeme na zlepšení kvality života. (JUŘENÍKOVÁ, 2010)

Edukaci můžeme rozdělit na:

1. **Základní:** pacientovi jsou předávány nové vědomosti a dovednosti. Dále pacienta motivujeme ke změně postojů a hodnotového žebříčku. (rodiče edukují děti o důležitosti dodržování zubní hygieny)
2. **Redukční:** již můžeme navazovat na předcházející vědomosti a dovednosti pacienta, ale nadále je prohlubujeme a učíme něco nového. (pacient po infarktu myokardu: v akutní fázi se provádí edukace základní, po odeznění akutních příznaků se snažíme dovednosti a vědomosti prohloubit o zdravé prospěšná opatření, která nám pomohou, aby k dalšímu infarktu nedošlo)
3. **Komplexní:** pacientovi etapově předáváme ucelené informace, které vedou k zlepšení nebo udržení zdraví. S tímto typem edukace se nejčastěji setkáme v kurzech. (JUŘENÍKOVÁ, 2010)

1.2 Proces edukace

Edukace se dělí na pět fází:

1. **Posuzování** - Edukátor se snaží v této fázi zjistit co nejvíce informací o pacientovi (anamnézu). Informace zjišťujeme přímo od pacienta, nebo se ptáme jeho rodiny. Ke zjištění informací použijeme rozhovor či pozorování.
2. **Stanovení edukační diagnózy** – Naplánujeme si edukační diagnózu, ve které nemá pacient dostatečné informace.
3. **Plánování** – Zde si sestra zvolí metodu, formu a obsah edukace, které chce pacientovi předávat. Dále si sestra zvolí cíle, které můžeme u vybraného pacienta realizovat.
4. **Realizace** – praktická část použití edukačního procesu.
5. **Zhodnocení** - Zjišťujeme, zda jsme dosáhli požadovaných cílů. Zjišťujeme to zpětnou vazbou, pokládáme pacientovi otázky

a hodnotíme jeho odpovědi, zda si vše zapamatoval a dobře pochopil.
(WORKMAN, BENNET, 2006)

3 Edukační proces u pacienta s vředovou chorobou

Kazuistika pacientky

Pacientka odeslána z chirurgické ambulance k hospitalizaci na interní oddělení v nemocnici na Bulovce dne 1. 10. 2015 pro bolesti v epigastriu.

Pacientka krvácí z vředu bulbu duodena, byla provedena gFS-vředu (gastrofibroskopie) Forrest III s výraznou okolní deformací, KO bez poklesu. Pacientka si stěžuje na bolesti v oblasti epigastria trvající asi týden, vyšetřena na chirurgii již před 2 dny, dostala injekci, kapky od bolesti, s částečným efektem. Bolesti nezávisle na jídle. Podobné potíže má již léta, měla VCHGD (vředová choroba gastroduodena). Zhoršení vždy při změně počasí. Než začaly potíže, měla česnekovou pomazánku. Teplotu neměla. Dnes měla tuhou černou stolicí, železo neužívá. Nyní stále přetrvává bolest v epigastriu, větry odcházejí, poslední stolice dnes ráno, od té doby nebyla. Nezvracela. Ráno bylo vertigo, přičítala hladovění, už 2 dny téměř nejedla.

Po konzultaci s doktorem vhodná krátkodobá observace, PPI i.v. ā 12hod., kontrola krevního obrazu, možná brzká dimise pokud bude bez známek pokračujícího krvácení.

1. FÁZE - POSUZOVÁNÍ

Jméno: M.P. **Pohlaví:** žena
Věk: 64 let **Bydliště:** Praha
Rasa: europoidní **Etnikum:** slovanské (české)
Vzdělání: středoškolské **Zaměstnání:** důchodkyně

ANAMNÉZA

Nynější onemocnění: arteriální hypertenze

Osobní anamnéza: arteriální hypertenze na terapii, ICHS, stp. IM v.s. – hospitalizována v roce 2010 – SKG ani zátěžové vyšetření neměla – odmítla, VCHGD v minulosti, VAS C páteře, cervikokraniální syndrom

Alergologická anamnéza: neuvádí

Abúzus: cigarety: kuřák 20 cigaret/den, alkohol: příležitostně, černá káva: 1x denně, ostatní návykové látky: neguje

Farmakologická anamnéza:

Trombex 75 mg tbl. p.o. 1-0-0,

Anopyrin 100 mg tbl. p.o. 1-0-0 (není si jistá, zda stále užívá),

Betaxa tbl. p.o. 1-0-0,

Agen tbl. p.o. (sílu neví) 1-0-0,

Tolucombi 80/12,25 mg tbl. p.o. 1-0-0,

Sortis 20 mg tbl. p.o. 0-0-1,

Ortanol 20 mg tbl. p.o. 1-0-0,

pro bolest zad bere Ibalgin

Tabulka 1: Základní údaje

Tělesný stav	Bez závažných patologií.
Mentální úroveň	Dobrá, orientovaná místem, časem, osobu a situací.
Komunikace	Bezproblémová
Zrak, sluch	Krátkozrakost i dalekozrakost, slyší dobře.
Řečový projev	Bez omezení
Paměť	Krátkodobá i dlouhodobá paměť je zachována přiměřeně k věku pacientky.

Motivace	Přiměřená, pacientka projevuje zájem o získání nových informací.
Pozornost	Přiměřená vzhledem ke zdravotnímu stavu, projevuje zájem o svůj zdravotní stav.
Typové vlastnosti	Pacientka se vidí jako sangvinik, ale občas reaguje cholericky.
Vnímavost	Bez omezení
Pohotovost	Reakce jsou přiměřeně rychle vzhledem k věku pacientky.
Nálada	Pacientka se velmi těší, až bude propuštěna domu.
Sebevědomí	Přiměřené vzhledem k nemoci.
Charakter	Hodná, přátelská s ostatními pacienty vychází velmi dobře.
Poruchy myšlení	Myšlení je jasné.
Chování	Vlídné, přátelské.
učení	Typ - emocionální Styl – vizuální, auditivní, logické, systematické Postoj – pozitivní, zajímá se o nové informace Bariéry – zdrženlivá, přehlcení informacemi

Zdroj: Aneta Urbanová, 2016

POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU, ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ A EDUKAČNÍCH POTŘEB

Posouzení podle Marjory Gordonové

1. Podpora zdraví

Pacientka se léčí s arteriální hypertenzí. Lékařem byla podrobně informována o její nemoci a pacientka ji chápe. Své nemoci se snaží čelit a spolupracuje. Pacientka doufá, že když bude spolupracovat a plnit všechna nařízení, tak bude brzy v pořádku a bude se moct věnovat své rodině a vnoučatům. Každodenní činnosti zvládá bez problémů, je velmi schopná a šikovná. Pacientka chodí několikrát denně na procházky po oddělení, ale to se v žádném případě nevyrovná výletům s vnoučaty.

2. Výživa

Pacientka na 78 kg měří pouze 159 cm, BMI = 30.85 (obezita I. stupně). Doma se snažila stravovat poměrně pravidelně. Nemá žádné dietní

omezení a neexistuje téměř žádné jídlo, které by pacientce nechutnalo. Pacientka moc ráda peče i vaří. Vaří pro sebe, pro manžela a občas navaří i dětem, aby měly navařeno s sebou domů. Snaží se málo solit, ale jinak se v jídle s manželem příliš neomezují. Nakupují i sladké a rádi si dají brambůrky u televize. Za den vypije přibližně 1,5–2 l tekutin. Nejraději pije černý čaj s citronem a cukrem, ale i obyčejnou vodu. Po obědě si s manželem dají kávu. Alkohol pije příležitostně, pouze na různých rodinných oslavách.

3. **Vylučování**

Pacientka nyní neudává žádné problémy s močením. PMK jí zaveden nebyl. Inkontinencí netrpí. Stolice je bez zápachu, formovaná a množství přiměřené. Občas trpí zácpou, ale v současné době si nestěžuje.

4. **Aktivita – odpočinek**

Pacientka se nevěnuje žádnému sportu. Chodí na procházky po oddělení. V případě, že je pacientka doma a je hezké počasí, tak si se svým manželem ráda vyrazí na procházku. Volný čas v nemocnici tráví především čtením knih. Pacientčiným nejoblíbenějším knižním žánrem jsou historické romány. Kromě knih holduje historii také v různých časopisech, především History, Epoque a Enigma. Ráda také tráví čas řešením křížovek a sudoku, při kterém spolu s manželem rádi soupeří. V nemocnici každý večer sleduje televizi a to především televizní noviny. Doma spí dobře, v nemocnici se jí hůře usíná, ale žádné léky na spaní neužívá. Někdy pacientku přes den přepadne únava, kterou zažene krátkým spánkem.

5. **Vnímání, poznávání**

Pacientka je při vědomí, kontaktní, orientovaná místem, časem, osobou i situací. Pacientka má potíže se zrakem, trpí krátkozrakostí i dalekozrakostí. Ke zlepšení používá brýle. Problémy se sluchem nemá. O svém zdravotním stavu je informována ošetřujícím lékařem a své onemocnění plně chápe. Těší se, až bude propuštěna domu za manželem a bude moct navštěvovat vnoučata.

6. **Sebepojetí**

Pacientka sama sebe považuje za sangvinika, ale říká, že na sobě občas pozoruje cholericke chování, kterého později lituje. Svůj život

bere tak, jaký je. Nestěžuje si, naopak je ráda za vše krásné, co v životě mohla prožít. S manželem mají pěkný vztah a ve všem jsou si podporou. Volá jí každý den do nemocnice. Má dvě děti a čtyři vnoučata. Je si vědoma skutečnosti, že by měla trochu zhubnout, ale jejím oblíbeným argumentem je věta „Když nám s manželem tak chutná.“

7. **Role, vztahy**

Pacientka má roli manželky, matky a babičky. Žije s manželem v panelákovém bytě 3+1 v Praze. Má dvě dcery, které i se svými dětmi také žijí v Praze, což jim umožňuje časté návštěvy. Jednu z dcer navštěvuje pravidelně a spolu s manželem u ní tráví každý pátek na rodinné večeři. Druhou dceru vidá vzhledem k jejímu velkému pracovnímu nasazení výrazně méně. Ráda pomáhá s péčí o čtyři vnoučata. Když je potřeba, vyzvedává je ze školy, vyráží s nimi na různé výlety do přírody a za kulturou. V případě, že není vhodné počasí učí je doma plést a šít. S kluky si hraje převážně dědeček, který jim ukazuje jak se různé rozbité věci dají opravit. V létě spolu s vnoučaty tráví spoustu času na chatě nebo u vody. Pacientka má spoustu kamarádů a ráda chodí s „holkama“ do cukrárny na dort.

8. **Sexualita**

Pacientka je vdaná již 44 let. Manžela si podle jejích slov lepšího vybrat nemohla, mají krásný vztah. Menopauzou prošla před deseti lety. Měla dva porody a žádné potraty. O pohlavním styku se jí moc mluvit nechce.

9. **Zvládání zátěže**

Pacientka se se stresem spojeným s pobytem v nemocnici a nemocí vyrovnává dobře. Je si vědoma toho, že kdyby se něco závažného přihodilo, rodina je jí vždy na blízku a ochotna pomoci. Ke všemu má realistický přístup. Věří, že když bude dbát všech doporučení lékaře a zdravotnického personálu, bude brzy fit.

10. **Životní hodnoty**

Pro pacientku jsou největší hodnoty zdraví a rodina. Je nevěřící stejně jako její celá rodina. Těší se na okamžik, kdy bude propuštěna domů, a vše bude jako dřív.

11. **Bezpečnost, ochrana**

Pacientka nikdy neměla i vzhledem k zážitkům s rodiči nemocnice příliš v lásce, proto se nejvíce v bezpečí cítí doma se svým milovaným manželem.

12. **Komfort**

Pacientka se v nemocnici necítí příliš dobře, a tudíž by radši byla doma ve svém. Vážnými problémy se spaním netrpí, jen občas špatně usíná, ale žádné léky na spaní nechce. Doma se spaním problémy nemá. O pokoj se dělí se svými dvěma spolupacientkami, se kterými si dobře rozumí.

13. **Jiné (růst a vývoj)**

Pacientka byla narozena v termínu. Její růst a vývoj byl fyziologický. Když se s pacientkou začnu bavit o dětství, moc ráda na něj vzpomíná.

PROFIL PACIENTKY

Pacientka žije se svým manželem v bytě 3+1 v Praze. Má dvě dcery a čtyři vnoučata. Její vztahy s rodinou jsou pěkné. S manželem jsou si svoji již 44 let a oba jsou v důchodu. Je matkou dvěma dospělým dcerám, které rovněž bydlí v Praze. Pravidelně se vídají. Mladší dceru spolu s manželem pravidelně navštěvují každý pátek a užívají si rodinnou večeři. Starší dceru navštěvuje v podstatně menší míře, vzhledem k jejímu velkému pracovnímu vytížení. Pacientka má staršího bratra, který ovšem v České republice nežije. Matka zemřela v 89 letech na stáří a běžné nemocni s ním spojené. Otec zemřel v 83 letech na infarkt. Pacientka je absolventkou střední školy a celý život se živila jako kuchařka. Nyní je ve starobním důchodu.

ZDROJE POMOCI A PODPORY RODINY, SOCIÁLNĚ-EKONOMICKÝ STAV

Pacientka bydlí s manželem v Praze stejně jako její dvě dcery. Velmi často se navštěvují. S rodinou a přáteli mají velmi pěkné vztahy. Má velmi dobré domácí zázemí. V případě, že by pacientka potřebovala jakoukoliv pomoc, ví, že její rodina je vždy na blízku. Sociální a ekonomická situace v rodině je dobrá.

ŽIVOTNÍ STYL, KULTURA, NÁBOŽENSTVÍ, POSTOJE

Pacientka plně nedodržuje správný životní styl. Doma se snažila a dařilo se jí stravovat se celkem pravidelně, ale nikdy se v jídle příliš neomezovala. Snaží se však omezit používání soli. Pitný režim je uspokojivý, průměrně vypije

1,5-2 l tekutin denně. Nejráději pije černý čaj s citronem a cukrem, ale nepohrdne ani obyčejnou vodou. Denně vykouří přibližně 20 cigaret. Doma se spánkem pacientka žádné problémy nezaznamenala, nyní se jí však špatně usíná, ale žádné léky na spaní nechce, spí pravidelně okolo sedmi hodin denně. Doma chodila s manželem na pravidelné procházky, nyní chodí po oddělení. Je schopna vykonávat všechny domácí práce a sama se cítí velmi soběstačná. S velkými nákupy jí pomáhá manžel. Ve volném čase ráda čte, luští křížovky a sudoku. Nevyznává žádné náboženské vyznání.

1. **Kultura:** výlety, knihy, divadlo
2. **Náboženství:** ateista
3. **Hodnota:** největší hodnotou je zdraví a rodina
4. **Postoj k nemoci:** pacientka je seznámena se svou nemocí od lékaře, chápe jí a doufá, že bude brzy zdráva

ADEKVÁTNOST A NEADEKVÁTNOST RODINNÝCH FUNKCÍ

Rodina pacientku psychicky velmi podporuje. Všichni její členové za ní stojí a jsou vždy ochotni pomoci, z čehož má pacientka velkou radost a díky tomu se také už těší domu. Rodina efektivně spolupracuje a s pacientkou komunikuje.

POROZUMNĚNÍ SOUČASNÉ SITUACE RODINOU

Rodina pacientky je plně informována o jejím zdravotním stavu a je připravena na jakoukoliv pomoc při léčbě a další rekonvalescenci.

Na zjištění vědomostí pacientky byl použit následující vědomostní vstupní test, který obsahovat následující otázky:

Tabulka 2: Vstupní test

OTÁZKY	ANO, NE
Víte, co je to duodenální vřed?	Ne
Víte, co je to Helicobacter pylori? (Hp)	Ne
Víte, jak vřed vzniká?	Ne
Víte, jaké mohou být komplikace vředu?	Ne
Víte, že existují stresové vředy?	Ne
Víte, jaké potraviny nejsou vhodné pro pacienty vředovým onemocněním?	Ne

Víte, jaké jsou zásady správné životosprávy?	Ne
Víte, jak se léčí vředová choroba?	Ne

Zdroj: Aneta Urbanová, 2016

Vstupním testem jsem zjistila, že pacientka má minimálně vědomostí o duodenálním vředu. Je nutné pacientce předat základní informace, aby byla schopna své nemoci lépe porozumět. Pacientka si je vědoma, co to je vřed, ale to co ho způsobuje ani to, jak se mu snažit vyvarovat, neví. Nezná žádné možné komplikace tohoto onemocnění ani zásady správně životosprávy. Na základě tohoto vstupního testu, bylo rozhodnuto, že pacientka musí být edukována.

Motivace pacientky: je velmi vysoká, projevuje zájem o získání nových vědomostí o své nemoci. Nejvíce je motivována touhou vrátit se domů a užívat si chvíle strávené se svojí rodinou, ale velmi ji také posiluje přístup zdravotnického personálu.

2. FÁZE – DIAGNOSTIKA

Deficit vědomostí:

- o vředovém onemocnění
- o léčbě
- o možných komplikacích
- o správné životosprávě
- o vhodných potravinách

Deficit v postojích:

- strach z komplikací
- strach z dodržování správné životosprávy
- strach a nejistota z nedostatečného pochopení informací

Deficit zručnosti:

- v dodržování režimových opatření
- v péči o sama sebe

3. FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

Podle priorit: na základě vyhodnocení vstupního vědomostního testu jsme stanovili priority edukačního procesu:

- o vředovém onemocnění
- o léčbě
- o možných komplikacích

Podle struktury: tři edukační jednotky

Záměr edukace:

- seznámit pacienta s vředovým onemocněním
- seznámit pacienta o jeho léčbě
- seznámit pacienta o vhodném jídle
- seznámit pacienta o možných komplikacích

Podle cílů:

- **Kognitivní:** pacientka nabyla vědomosti o vředové chorobě a její léčbě, dodržování správné životosprávy a o možných komplikacích vředové choroby. Zná zásady správné životosprávy a ví, jakých potravin by se měla vyvarovat. Ví, jaké jsou komplikace vředové choroby.
- **Afektivní:** pacientka má kladný přístup k edukaci a snahu získat co nejvíce informací o jejím onemocnění, ví, že by měla změnit svůj životní styl.
- **Behaviorální:** pacientka dodržuje zásady správné životosprávy a aktivně se na všem podílí.

Podle místa realizace: edukace probíhá v odpoledních hodinách v nemocničním prostředí, buďto u lůžka pacientky nebo ve společenské místnosti, kde zajistím soukromí.

Podle času: edukační proces probíhal tři za sebou jdoucí odpoledne.

Podle výběru:

- Vstupní test
- Rozhovor
- Výklad
- vysvětlení
- Diskuze
- Výstupní test

Edukační pomůcky:

- Notebook
- Obrázky
- Odborná literatura
- Psací potřeby, zvýrazňovač
- Blok/papír

Podle formy: individuální**Typ edukace:** základní**Struktura edukace:**

1. Edukační jednotka: Vředové onemocnění
2. Edukační jednotka: Léčba
3. Edukační jednotka: Možné komplikace

Časový harmonogram edukace:

1. Edukační jednotka: 5. 10. 2015 od 14:00–14:45 (45 min)
2. Edukační jednotka: 6. 10. 2015 od 14:15–15:00 (45 min)
3. Edukační jednotka: 7. 10. 2015 od 14:00–14:45 (45 min)

4. FÁZE - REALIZACE

1. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma edukace: Vředové onemocnění

Místo edukace: u lůžka pacientky

Časový harmonogram: 5. 10. 2015 od 14:00–14:45 (45 min)

Cíl:

- **Kognitivní:** Pacientka získala nové informace o vředové chorobě. Své onemocnění zná a rozumí mu.
- **Afektivní:** Pacientka projevuje zájem o nově získané informace.
- **Behaviorální:** Pacientka má základní informace o vředové chorobě.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení otázek pacienta, diskuze

Edukační potřeby: psací potřeby, vstupní test, obrázky, notebook, odborná literatura

Realizace 1. Edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) S pacientkou se navzájem představíme a seznámíme se. Snaha zajistit soukromé prostředí a příjemnou atmosféru. Vysvětlíme důležitost edukace.

Expoziční fáze: (20 minut) Budeme se spíše zaměřovat na vředy duodena. Vřed je slizniční defekt, který zasahuje pod svalovou vrstvu sliznice. Vyskytuje se všude v trávicí sliznici, kde je přítomna kyselina chlorovodíková (HCl). Jedná se tedy o zánět sliznice, který je způsoben bakterií *Helicobacter pylori* a nerovnoměrným poměrem mezi projektivními (ochrannými) a agresivními faktory v trávicí sliznici. Toto může být způsobeno ale i třeba léky (nesteroidními antirevmatiky-NSA, jsou léky, které působí analgeticky, mezi ně patří i Ibalgin, který berete při bolesti) a stresem.

Příznaky: Bolest je typická tím, že se vyskytuje na lačno nebo dvě a více hodin po jídle. Existují i případy, kdy bolest nemocného v noci probudí. Avšak chuť k jídlu je neomezená a některým pacientů spíše tělesná váha přibývá (po najedení ustupuje bolest), najdou se ale i tací, kteří spíše hubnou. Mezi první projevy vředové choroby patří říhání, únava, pálení žáhy, zácpa a může se vyskytovat i zvracení. U duodenálních vředů je *Helicobacter pylori* hlavní příčinou z 90-95%.

Diagnostika: Nejdůležitějším vyšetřením je endoskopie. Ta nám umožňuje lokalizovat vřed a určit jeho velikost. Současně můžeme odebrat bioptický vzorek tkáně, jehož rozbořením zjistíme přítomnost bakterie *Helicobacter pylori*. Dále provádíme dechový test, kterým také zjistíme přítomnost bakterie. Dechový test je neinvazivní metoda, je velmi dobře dostupný a patří mezi velmi jednoduché vyšetření.

Režimová opatření: Pacientovi doporučujeme fyzický i psychický klid a pravidelný kvalitní spánek. Pacientovi je zakázáno kouření, nebo je mu alespoň doporučováno ho omezit. Dietní léčbě se přikládá již menší význam. Doporučujeme pravidelnou stravu, omezení tučných, kořeněných a smažených jídel. Dále je důležité omezení alkoholu, kávy, čaje a všeho, co obsahuje kofein.

Fixační fáze: (10 minut) shrnutí důležitých informací pacientce, aby si je lépe zapamatovala. Zodpovězení pacientčích otázek.

Hodnotící fáze: (10 minut) diskuze, ověření zpětné vazby pacientky pomocí kontrolních otázek. Zhodnocení správnosti jejích odpovědí.

Kontrolní otázky:

- Jakou bakterií je způsobena vředová choroba?
- Kdy pacient pociťuje největší bolest?

Zhodnocení edukační jednotky: Stanovené cíle byly splněny. Pacientka získala nové informace o vředové chorobě. Během edukace byla pacientka velmi aktivní. Edukační jednotka probíhala 45 minut.

2. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma edukace: Léčba

Místo edukace: u lůžka pacientky

Časový harmonogram: 6. 10. 2015 od 14:15–15:00 (45 min)

Cíl:

- **Kognitivní:** Pacientka získala nové informace o tom, jaké jsou možnosti léčby vředové choroby žaludku.
- **Afektivní:** Pacientka projevuje zájem o nově získané informace.
- **Behaviorální:** Pacientka ví, jak léčba probíhá.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční

Edukační metody: vstupní test, vysvětlování, rozhovor, zodpovězení otázek pacienta, diskuze

Edukační potřeby: vstupní test, psací potřeby, notebook, odborná literatura

Realizace 2. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) Snaha zajistit soukromé prostředí a příjemnou atmosféru. Vysvětlíme důležitost edukace.

Expoziční fáze: (20 minut) Dnes se k léčbě především využívají léky, které potlačují kyselou žaludeční sekreci. Využíváme i některá dietní opatření, avšak samotná dieta Vám k léčbě nepomůže. Při dietním opatření doporučujeme jíst častěji, ale po malých porcích. Snažte se vyhnout kořeněným jídlům, přepalovaným tukům, nepít velmi studené nebo naopak velmi horké nápoje, nepít kávu a vyhnout se všelijakým tekutinám, které obsahují kofein, nedoporučuje se ani alkohol. Naopak se doporučují zakysané výrobky. Je zákaz brát nesteroidní antirevmatika. Jak jsme si říkaly již minule, jedná se o léky, které působí analgeticky. (Příloha 4) Velmi důležitý je také klidový režim a dostatek spánku, který by Vám neměl být zakazován ani přes den. Největší snaha je směřována na zahojení vředové léze, a pokud se prokáže, že je přítomna *Helicobacter pylori*, je nutno infekci, co nejdříve odstranit. *Helicobacter pylori* je bakterie, která je mezi lidmi nejvíce rozšířená. Tato bakterie žije v žaludku. Přenáší se fekálně-orální (choroboplodné zárodky se vylučují stolicí a do organismu vstupují přes zažívací ústrojí) a oro-orální (z úst do úst) cestou. Takže přenosu je možné zabránit dodržováním správné hygieny. K odstranění bakterie využíváme trojkombinaci léků. Inhibitory protonové pumpy a dvě různá antibiotika. Inhibitory protonové pumpy jsou chemické deriváty, kterými můžeme dosáhnout téměř úplného potlačení kyselé sekrece. Taková to léčba trvá jeden týden. Pokud se neprokáže bakterie *Helicobacter pylori*, musíme zjistit, proč vřed vznikl. Léčba vředů tedy spočívá v potlačení žaludeční sekrece.

Fixační fáze: (10 minut) shrnutí důležitých informací pacientce a připomenutí důležitosti léčby. Zodpovězení otázek.

Hodnotící fáze: (10 minut) diskuze, ověření si zpětné vazby pomocí kontrolních otázek. Zhodnocení správnosti odpovědí.

Kontrolní otázky:

- Víte, co je to *Helicobacter pylori*?
- Jaké jídlo a pití by se mělo vynechat?

Zhodnocení edukační jednotky: Stanovené cíle byly splněny. Pacientka ví, jak probíhá léčba. Během edukace byla pacientka velmi aktivní a velmi jí léčba zajímala. Edukační jednotka probíhala 45 minut.

3. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma edukace: Možné komplikace

Místo edukace: společenská místnost

Časový harmonogram: 7. 10. 2015 od 14:00-14:45 (45 minut)

Cíl:

- **Kognitivní:** Pacientka získala nové informace o možných komplikacích vředové choroby.
- **Afektivní:** Pacientka projevuje zájem o nové informace.
- **Behaviorální:** Pacientka ví, jaké jsou možné komplikace její nemoci, a jak se dá léčit.
- **Forma:** individuální
- **Prostředí:** nemocniční
- **Edukační metody:** vysvětlování, rozhovor, zodpovězení otázek pacienta, diskuze, výstupní test
- **Edukační potřeby:** psací potřeby, výstupní test, notebook, odborná literatura

Realizace 3. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) Snaha zajistit soukromé prostředí a příjemnou atmosféru. Vysvětlíme důležitost edukace.

Expoziční fáze: (20 minut) Mezi hlavní komplikace vředové choroby patří:

Krvácení: Pokud je krvácení z horní části trávicího traktu tak se z 50% většinou jedná o krvácení ze žaludečního či duodenálního vředu. To většinou souvisí s užíváním NSA (nesteroidních antirevmatik). Krvácení se projevuje zvracením krve nebo krví ve stolici. Toto se dá prokázat vyšetřením stolice na okultní krvácení. Toto krvácení bývá většinou drobné, ale může k němu docházet i dlouhodobě. Pokud vřed poruší blízkou tepnu, jedná se o krvácení náhlé a masivní. Nemocný má velké bolesti břicha, zvrací krev a je nutný, aby byl nemocný ihned převezen do nemocnice. Zde se musí provést urgentní endoskopie, kterou je nutno provést nejpozději do 24 hodin. Krvácení můžeme zastavit opichem adrenalinu. Pokud se nám nepovede zastavit krvácení, je nutno provést chirurgický zákrok.

Penetrace: Penetrace znamená postupné pronikání vředu do jiných orgánů. Pokud k penetraci dojde je zde přítomna velká bolest, která je nemizící a se šíří až do zad a mezi lopatky. Tato bolest už nijak nesouvisí s potravou. Objevují se ale i jiné příznaky, podle toho do jakého orgánu vřed proniká. Vždy provádíme endoskopické vyšetření. Pokud tato komplikace nastane, musí se řešit chirurgicky.

Perforace: Perforace znamená proděravění stěny. Je to častější u vředu žaludku. Když dojde k této komplikaci, kyselý obsah žaludku se dostane ven do břišní dutiny a vzniká zánět pobřišnice. Tomuto stavu poté říkáme náhlá příhoda břišní a nemocný má prudké a náhlé bolesti v okolí žaludku, které nelze ničím ovlivnit. Opět se tato komplikace řeší chirurgicky.

Stenóza: Stenóza neboli zúžení dolní části žaludku, která ústí do duodena. Po zhojení vředu se objevuje jizva, otok nebo zánět v okolí vředu. Díky tomu zúžení se v žaludku strava zadržuje a žaludek se rozšiřuje. U pacienta dochází k zapáchajícímu říhání a zvracení, ve kterém se nacházejí i zbytky z druhého dne. U pacientů je vhodné zavést nasogastrickou sondu (to je trubička z umělé hmoty, která se zavádí nosní dírkou do nosohltanu a odtud pokračuje do žaludku). Pokud je stenóza způsobena otokem, můžeme podávat blokátory protonové pumpy, pokud je ale stenóza přeměněna v jizvu, řeší se většinou chirurgicky a to nejčastěji resekci.

Fixační fáze: (10 minut) shrnutí důležitých informací pacientce. Zodpovězení pacientčinych otázek.

Hodnotící fáze: (10 minut) diskuze, ověření si zpětné vazby pomocí kontrolních otázek. Zhodnocení správnosti odpovědí.

Kontrolní otázky:

- Víte, jaké jsou hlavní komplikace vředové choroby?
- Víte, čím se projevuje krvácení?

Zhodnocení edukační jednotky: Stanovené cíle byly splněny. Pacientka ví, jaké jsou možné komplikace jejího onemocnění a jak se dají léčit. Během edukace byla pacientka velmi aktivní. Edukační jednotka probíhala 45 minut.

5. FÁZE – VYHODNOCENÍ

Na závěr edukačního procesu, pacientka vyplnila výstupní test, který se shoduje s testem vstupním.

Tabulka 3: Výstupní test

OTÁZKY	ANO, NE
Víte, co je to duodenální vřed?	Ano
Víte, co je to Helicobacter pylori? (Hp)	Ano
Víte, jak vřed vzniká?	Ano
Víte, jaké mohou být komplikace vředu?	Ano
Víte, že existují stresové vředy?	Ano
Víte, jaké potraviny nejsou vhodné pro pacienty vředovým onemocněním?	Ano
Víte, jaké jsou zásady správné životosprávy?	Ano
Víte, jak se léčí vředová choroba?	Ano

Zdroj: Aneta Urbanová, 2016

- Pacientka měla nějaké základní informace o tom, co to je vřed, ale po zjištění rozsahu těchto informací, jsme se s pacientkou dohodly, že bude edukována i o vředové chorobě.
- Pacientka získala nové informace o své nemoci, léčbě a možných komplikacích.
- Pacientka si je vědoma jakých potravin a nápojů se má vyvarovat a že by měla přestat kouřit, ale spíše je pro omezení. Přestat kouřit prý ve svém věku už nedokáže, tudíž si je vědoma nutnosti dodržování správné životosprávy.
- Pacientka je se svými nově získanými informacemi velmi spokojená.

- Edukace proběhla ve třech edukačních jednotkách vždy v odpoledních hodinách.
- Pacientka úžasně spolupracovala, kladla otázky a projevovala zájem o nové informace.
- Všechny tři edukační cíle (kognitivní, afektivní a behaviorální) byly splněny a edukační proces byl tudíž ukončen.
- Na základě vstupního a výstupního testu a odpovědí, které uvedla, můžeme usuzovat, že realizace edukačního procesu byla velmi úspěšná.
- Edukace byla pro pacientku velkým přínosem a zlepšila pacientčiny vědomosti.

3.1 Doporučení pro praxi

Doporučení pro pacienty s vředovou chorobou

- Důležité je si uvědomit, že dodržováním správné životosprávy a dietních opatření můžeme hodně ovlivnit.
- Pacient by měl přestat kouřit nebo se snažit alespoň kouření z velké části omezit. Kouřit by měl vždy až po jídle, jelikož kouření stimuluje produkci kyselých šťáv a tím se dráždí žaludek a dvanáctník. (VITALION, 2016)
- Pacient by neměl jíst jídla, která obsahují přepalované tuky a jsou příliš kořeněná. Dáváme pozor na to, aby při tepelné úpravě zbytečně nedocházelo k přepálení tuků a ztrátě vitamínů. (MEDIXA, 2016)
- Doporučuje se jíst zakysané a mléčné výrobky a stravu si rozdělit do menších dávek, ale současně jíst častěji. Doporučuje se jíst 5-6x za den. Po jídle by měl následovat krátký odpočinek a současně je kladen důraz na dodržování pitného režimu. (MEDIXA, 2016)
- Pacient by se měl vyhnout všem nápojům, které obsahují kofein (černé čaje, coca-cola, ale i některé bylinné čaje, které mohou podněcovat tvorbu žaludečních šťáv jako např. čaj z třezalky, hořce, heřmánku, meduňky či máty). Dále by se pacient měl vyhnout požívání alkoholických nápojů. (VITALION, 2016)
- Doporučuje se fyzický a psychický klid, tudíž v době, kdy se objevují příznaky, je vhodná pracovní neschopnost.
- Zákaz užívání jakýchkoliv léčiv bez konzultace s lékařem.

Dieta

- Pokrmy bychom měli připravovat převážně vařením, dušením nebo pečením. Dobré je používat horkovzdušnou troubu a při pečení využívat alobal. Smažení se vůbec nedoporučuje. Snažíme se vyvarovat většího množství česneku, cibule, kapusty, zelí a dalších nadýmavých potravin. Maso by mělo být vždy kvalitní a netučné. Nekupujeme maso kachní, husí, zabijačkové pochoutky a vepřový bůček.
- Ovoce: z ovoce jsou povoleny všechny druhy

- Zelenina: snažíme se vybírat kvalitní. Jako samostatný pokrm se nedoporučuje květák a brokolice. Dáváme pozor na kyselou zeleninu a papriky (mohou způsobovat problémy)
- Uzeniny: pouze netučné druhy, a přesto jen v malém množství
- Příkrmy: brambory, těstoviny, noky, houskový a bramborový knedlík, rýže
- Moučníky: je snaha vyhnout se čerstvým kynutým těstům (MEDIXA, 2016)

Závěr

Protože se s vředovým onemocněním vzhledem ke zhoršující se životosprávě populace setkáváme stále častěji, je důležité přiblížit pacientům trpícím touto chorobou nejen její příznaky, průběh, možnou léčbu a komplikace, které se mohou v souvislosti s nemocí vyskytnout, ale také rady, jejichž pečlivým dodržováním je možné chorobě předcházet či zmírnit její průběh.

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě rozlišné části, teoretickou a praktickou, z nichž každá měla jiný cíl. Zatímco v teoretické části bylo hlavním cílem přiblížit problematiku vředového onemocnění a to včetně jeho objevení a vzniku samotné gastroenterologie až po moderní léčbu vředové choroby. Ve druhé, praktické části bylo za cíl stanoveno shrnout odborné poznatky související s vředovým onemocněním a stanovení optimálního postupu při edukaci pacientů trpících touto nemocí.

Cíl této práce byl naplněn, jelikož na základě analýzy poskytnuté výstupním testem bylo zjištěno, že pacientka své nemoci porozuměla a získala informace o možných komplikacích, byly jí představeny skutečnosti, jejichž splněním je možné nemoci předcházet nebo zmírnit její důsledky. Pacientka se aktivně zapojovala do celého procesu, díky tomu byl průběh edukace pro obě strany příjemný a pro pacientku přínosný.

Byly zde kompletně shrnuty odborné poznatky v problematice vředové choroby a co neefektivněji zpracován edukační proces. Tato práce díky tomu může sloužit jak zdravotníkům, studentům tak i neoborné veřejnosti jako studijní materiál.

Seznam použité literatury

1. JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
2. KAŇKOVÁ, Kateřina, 2003. *Patologická fyziologie pro bakalářské studijní programy*. Brno: Vydavatelství MU. ISBN 80-210-3112-3.
3. KOUHOUT, Pavel, 2005. *Vředová choroba*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-077-1.
4. HOCH, Jiří, Jan LEFFLER, 2011. *Speciální chirurgie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-253-7
5. WORKMAN, A. Barbara, L. Clare BENNET, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X
6. JANÍKOVÁ, Eva, Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4
7. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ, Marie ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1443-1.
8. VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁČKOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ, Pavla PAVLÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.
9. DÍTĚ, Petr, et al., 2007. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-496-6.
10. KLENER, Pavel et al., 1999. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-007-X.
11. LUKÁŠ, Karel, Aleš ŽÁK a kolektiv, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.
12. NAVRÁTIL, Leoš a kolektiv, 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
13. NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2014. *Skriptá k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea, s.r.o. ISBN 978-80-902876-9-3
14. VOKURKA, Martin, Jan HUGO a kolektiv, 2015 *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

15. DÍTĚ, Petr, 2006. *Vředová nemoc žaludku a dvanáctníku, současné léčebné trend.* [online]. Přehledové články – Interní medicína pro praxi. Brno: Interní gastroenterologická klinika, FN Brno. [cit. 20-2-2016]. Dostupné z: http://kramerius.medvik.cz/search/nimg/IMG_FULL/uuid:38acf427-69c1-11e3-93fe-d485646517a0#page=1
16. PROKOPCOVÁ, Ivona, Hana DUJSÍKOVÁ, Martina MIŠEJKOVÁ, Jitka PROKEŠOVÁ, 2008. *Přínos dechových testů v gastroenterologii* [online]. Přehledové články – Interní medicína pro praxi. III. interní hepatogastroenterologická klinika, FN Brno. [cit. 20-2-2016]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/09/06.pdf>
17. KREJČÍ, Ivona, 2007. *Vředová choroba žaludku a duodena* [online]. Přehledové články – Interní medicína pro praxi. Brno: III. interní hepatogastroenterologická klinika FN Brno. [cit. 20-2-2016]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/05/05.pdf>
18. ZIMANDLOVÁ, Dana, Jan BUREŠ, 2012. *Současné možnosti léčby peptických vředů.* [online]. Přehledové články - 2. interní klinika, LF UK a FN Hradec Králové. [cit. 20-2-2016]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/02/02.pdf>
19. *Zdravotní medicína* [online]. Mladá fronta a.s. Poslední aktualizace: 2016 [3. 3. 2016]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/rizika-lecby-nesteroidnimi-antirevmatiky-u-onemocneni-pohyboveho-ustroji-456196>
20. *Vitalion* [online]. Vitalion. Poslední aktualizace: 2016 [3. 3. 2016]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/vredova-choroba-gastroduodenalni/>
21. *Ordinace.cz* [online]. Ordinace.cz. Poslední aktualizace: 10. 3. 2016 [3. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/vredova-choroba-zaludku-a-dvanactniku/?chapter=5>
22. *Doktorka.cz* [online]. Vitamins Cosmetisc s.r.o. Poslední aktualizace: 2014 [3. 3. 2016]. Dostupné z: <http://zdravi.doktorka.cz/pepticky-vred-zaludku-a-dvanacterniku/>
23. *Žaludek.cz* [online]. Žaludek.cz. Poslední aktualizace: 2016. [12. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.zaludek.cz/operace-zaludku/>
24. *Medixa.org* [online]. Medixa.org. Poslední aktualizace: 2016. [12. 3. 2016]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/strava/dieta-pri-vredove-chorobe-zaludku-a-dvanactniku>

Přílohy

- Příloha 1 Agresivní a projektivní faktory
- Příloha 2 Eradikační léčba infekce *Helicobacter pylori* I.
- Příloha 3 Eradikační léčba infekce *Helicobacter pylori* II.
- Příloha 4 Ukázka známých nesteroidních antirevmatik
- Příloha 5 Rešerše

Přílohy

Příloha 1: Agresivní a projektivní faktory

Agresivní faktory	Obranné (projektivní) faktory
HCL- kyselina chlorovodíková	Alkalita slin, pankreatické šťávy
Peptická aktivita žaludečního sekretu	Bikarbonáty v žaludečním sekretu
Helicobacter pylori	Vrstva hlenu na žaludeční sliznici
Žluč, pankreatické enzymy	Endogenní prostaglandiny
Porucha cirkulace a mikrocirkulace	Normální cirkulace a mikrocirkulace
Kouření	Regenerační schopnost buněk
Medikamentózní vlivy	Antiulcerózní medikace
Kofein, některá dráždivá jídla	Alkalický vliv potravy

Zdroj: Vředová choroba, KOHOUT, 2005 s. 17

Příloha 2: Eradikační léčba infekce *Helicobacter pylori* I.

Kombinace přípravků (1 týden)	Dávka
<p style="text-align: center;">Omeprazol (lansoprazol, pantoprazol, esomeprazol, rabeprazol)</p>	<p style="text-align: center;">2x20 mg (2x30 mg, 2x40 mg, 2x40 mg, 2x20 mg)</p>
<p style="text-align: center;">+ klaritromycin (azitromycin)</p>	<p style="text-align: center;">2x500 mg (1x500 mg 5 dní)</p>
<p style="text-align: center;">+ amoxicilin</p>	<p style="text-align: center;">2x1000g</p>

Zdroj: Gastroenterologie a hematologie, LUKÁŠ et al., 2007 s. 103

Příloha 3: Eradikační léčba infekce *Helicobacter pylori* II.

Kombinace přípravků (1 týden)	Dávka
<p style="text-align: center;">Omeprazol (lansoprazol, pantoprazol, esomeprazol, rabeprazol)</p>	<p style="text-align: center;">2x20 mg (2x30 mg, 2x40 mg, 2x40 mg, 2x20 mg)</p>
<p style="text-align: center;">+ klaritromycin (azitromycin)</p>	<p style="text-align: center;">2x500 mg (1x500 mg 5 dní)</p>
<p style="text-align: center;">+ metronidazol (ornidazol)</p>	<p style="text-align: center;">2x500 mg (2x500 mg)</p>

Zdroj: Gastroenterologie a hematologie, LUKÁŠ et al., 2007 s. 103

Příloha 4: Ukázka známých nesteroidních antirevmatik

Generická látka	Firemní název
Kyselina acetylsalicilová	Acylpyryn
	Anopyrin
Paracetamol	Paralen
Metamizol	Novalgin
Ibuprofen	Ibuprofen
	Nurofen
	Ibalgin
	Apo-Ibuprofen
Nimesulid	Aulin

Zdroj: Zdravotní medicína, 2016

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Aneta Urbanová

Název práce: Edukační proces u pacienta s vředovou chorobou

Jazykové vymezení:

čeština

Deskriptory MeSH (= klíčová slova)

Gastrointestinální nemoci – Nemoci trávicího systému, Gastroenterologie,
Vředová choroba, Edukace, Vzdělávání pacientů

Časové vymezení:

2010-2015

Druhy dokumentů:

Knihy: 37

Články: 235

Základní prameny:

Katalog Medvik (knihovny Medvik)

Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ – články)

Theses - databáze vysokoškolských kvalifikačních prací

Zpracovala: PhDr. Jana Zindulková

Oddělení informačních a speciálních služeb Národní lékařské knihovny