

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S VŘEDOVOU CHOROBOU ŽALUDKU  
A DVANÁCTNÍKU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**MONIKA ROŠOVÁ**

**Praha 2017**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S VŘEDOVOU CHOROBOU ŽALUDKU  
A DVANÁCTNÍKU**

Bakalářská práce

MONIKA ROSOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dagmar Škočová, MBA

Praha 2017



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

Rosová Monika  
3. C VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

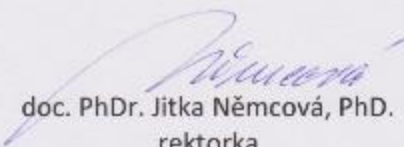
Na základě Vaší žádosti ze dne 22. 10. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou žaludku a  
dvanáctníku

*Der Pflegeprozess bei einem Patienten mit der Geschwürkrankheit  
des Magens und des Zwölffingerdarms*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Dagmar Škořochová

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu, a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji tímto vedoucí práce PhDr. Dagmar Škochové, MBA za veškerou pomoc, cenné rady, odborné vedení a připomínky při zpracování bakalářské práce.

## ABSTRAKT

ROSOVÁ, Monika. *Ošetrovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou žaludku a dvanáctníku*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Dagmar Škočová, MBA. Praha. 2017. 56 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou žaludku a dvanáctníku. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na etiopatogenezi, lokalizaci, komplikace, diagnostické postupy a terapii vředové choroby. Bakalářská práce dále popisuje problematiku ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou, prevenci, která je důležitá pro včasné rozpoznání vředové choroby a zabránění možnému rozvoji komplikací, které u vředové choroby mohou nastat. Praktická část je vypracována na základě rozhovoru s pacientkou, lékařské a sesterské dokumentace. V praktické části jsou také popsány ošetrovatelské diagnózy podle NANDA International: Ošetrovatelské diagnózy 2015 - 2017. Cílem bakalářské práce je popsat vředovou chorobu žaludku a duodena, seznámit s možnostmi ošetrovatelské péče, léčby a prevence.

Klíčová slova

Dietní opatření. Farmakoterapie. *Helicobacter pylori*. Peptický vřed. Vředová choroba.

## ABSTRACT

ROSOVÁ, Monika. *Der Pflegeprozess bei einem Patienten mit der Geschwürrkrankheit des Magens und des Zwölffingerdarms*. Medizinische Hochschule, o. p. s. Qualifikationsgrad: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Dagmar Škořhová, MBA. Praha. 2017. 56 S.

Das Thema der Bachelorarbeit ist der Pflegeprozess bei einem Patienten mit der Geschwürrkrankheit des Magens und des Zwölffingerdarms. Die Arbeit ist in einen theoretischen und praktischen Teil aufgeteilt. Der theoretische Teil befasst sich mit der Ätiopathogenese, der Lokalisierung, den Komplikationen, den diagnostischen Methoden und der Therapie der Geschwürrkrankheit. Weiterhin beschreibt die Bachelorarbeit die Problematik der Pflege bei Patienten mit dieser Krankheit und die Vorbeugung, die für eine rechtzeitige Feststellung der Geschwürrkrankheit und die Verhinderung von einer möglichen Entstehung von Komplikationen, die bei der Geschwürrkrankheit vorkommen können, wichtig ist. Der praktische Teil ist auf der Basis eines Patientengesprächs, der ärztlichen und der Pflegedokumentation verfasst. In diesem Teil werden auch Pflegediagnosen gemäß NANDA International: Pflegediagnosen 2015 – 2017 beschrieben. Das Ziel der Bachelorarbeit ist eine Beschreibung der Geschwürrkrankheit des Magens und des Zwölffingerdarms und die Präsentation der Möglichkeiten der Pflege, der Therapie und der Vorbeugung.

### Schlüsselwörter

Diätmaßnahmen. Farmakotherapie. *Helicobacter pylori*. Peptisches Geschwür. Geschwürrkrankheit.

# OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	12
<b>1 VŘEDOVÁ CHOROBA ŽALUDKU A DUODENA .....</b>	<b>14</b>
1.1 ANATOMIE ŽALUDKU A DUODENA .....	15
1.2 ETIOPATOGENEZE.....	16
1.3 PRIMÁRNÍ A SEKUNDÁRNÍ VŘED .....	16
1.4 LOKALIZACE VŘEDOVÉ CHOROBY A KLINICKÝ OBRAZ...	17
1.5 KOMPLIKACE VŘEDOVÉ CHOROBY .....	18
1.5.1 PERFORACE A PENETRACE .....	18
1.5.2 KRVÁCENÍ.....	19
1.5.3 STENÓZA .....	20
1.5.4 MALIGNÍ DEGENERACE VŘEDU.....	21
1.6 VYŠETŘOVACÍ METODY .....	21
1.6.1 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	21
1.6.2 RENTGENOVÉ VYŠETŘENÍ JÍCNU A ŽALUDKU.....	21
1.6.3 ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ .....	22
1.6.4 SONOGRAFIE.....	22
1.6.5 DECHOVÉ TESTY .....	22
1.7 PŘÍPRAVA PACIENTA NA ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ.....	22
1.7.1 ENDOSKOPICKÁ BIOPSIE .....	23
1.7.2 ENDOSKOPICKÁ SONOGRAFIE.....	23
1.7.3 ENTEROSKOPIE .....	23
1.7.4 EZOFAGOGASTRODUODENOSKOPIE .....	24
1.8 KONZERVATIVNÍ TERAPIE .....	25
1.8.1 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ.....	25
1.8.2 MEDIKAMENTÓZNÍ OPATŘENÍ.....	25
1.9 CHIRURGICKÁ TERAPIE VŘEDOVÉ CHOROBY .....	28
1.10 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE U PACIENTA S VŘEDOVOU CHOROBU GASTRODUODENA .....	30



1.10.1	DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA .....	30
1.10.2	KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA .....	30
1.10.3	BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA .....	31
1.10.4	URGENTNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	31
1.10.5	PŘÍPRAVA DIABETIKA K PLÁNOVANÉMU OPERAČNÍMU VÝKONU.....	31
1.10.6	POOPERAČNÍ PÉČE.....	32
2	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S VŘEDOVOU CHOROBU ŽALUDKU .....	35
2.1	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE .....	35
2.2	ANAMNÉZA.....	37
2.3	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU ZE DNE 15. 12. 2016 .....	40
2.4	POSOUZENÍ DIAGNÓZ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II .....	42
2.5	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	50
2.6	SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 6. 1. 2017 .....	53
2.7	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT DNE 6. 1. 2017 .....	54
2.8	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE .....	64
2.9	DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	65
	ZÁVĚR.....	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	68
	PŘÍLOHY	

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Základní identifikační údaje o pacientce.....	35
Tabulka 2	Vitální funkce při příjmu.....	36
Tabulka 3	Chronická farmakologická medikace.....	38
Tabulka 4	Fyzikální vyšetření sestrou ze dne 15. 12. 2016 .....	40
Tabulka 5	Posouzení současného stavu ze dne 4. 1. 2017 .....	42
Tabulka 6	Posouzení psychického stavu .....	48
Tabulka 7	Výsledky hematologického vyšetření krve ze dne 3. 1. 2017.....	50
Tabulka 8	Výsledky biochemického vyšetření ze dne 3. 1. 2017 .....	51
Tabulka 9	Medikamentózní léčba po gastrokopickém vyšetření.....	52

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>APTT</b> .....	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
<b>ARO</b> .....	anesteziologicko-resuscitační oddělení
<b>BMI</b> .....	body-mass index
<b>CO<sub>2</sub></b> .....	oxid uhličitý
<b>cps</b> .....	kapsle
<b>EKG</b> .....	elektrokardiografie
<b>HCl</b> .....	kyselina chlorovodíková
<b>KO</b> .....	krevní obraz
<b>LDN</b> .....	léčebna dlouhodobě nemocných
<b>NH<sub>3</sub></b> .....	amoniak
<b>p.o.</b> .....	perorální
<b>p.p.</b> .....	podle potřeby
<b>pH</b> .....	míra kyselosti či zásaditosti roztoku
<b>Rh</b> .....	Rhesus faktor
<b>RTG</b> .....	rentgenové vyšetření
<b>VAS</b> .....	vertebrogení algický syndrom

(Vokurka a kol., 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Denervace** – přerušení nervového zásobení určitého orgánu.

**Perzistovat** – přetrvávat.

**Protektivní** – ochranný.

**Regurgitace** – návrat polknuté potravy zpět do hltanu a úst.

(VOKURKA a kol., 2015)

# ÚVOD

Vředová choroba v dnešní době je velice časté onemocnění a častěji postihuje muže než ženy. Vnímání žaludečních obtíží je velmi variabilní. Pro úspěšné vyléčení a zabránění recidivě onemocnění je důležitá včasná diagnostika a léčba.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popisována etiopatogeneze, lokalizace, komplikace, vyšetřovací metody, konzervativní a chirurgická léčba vředové choroby. V posledních kapitolách praktické části je popisována ošetrovatelská předoperační a pooperační péče u pacienta s vředovou chorobou.

V praktické části je popisován ošetrovatelský proces u 75leté pacientky s vředovou chorobou žaludku. Pacientka byla hospitalizovaná na oddělení LDN pro zhoršení stavu. Během pobytu bylo zjištěno nechutenství, zvracení a bolesti břicha po najezení a hemateméza. Praktická část je složena z fyzikálního vyšetření sestrou, z ošetrovatelské anamnézy dle Marjory Gordonové a z vypracovaných ošetrovatelských diagnóz. Jednotlivé ošetrovatelské diagnózy jsou vypracované podle NANDA International: Ošetrovatelské diagnózy 2015 – 2017.

Cílem této práce je v teoretické části popsat vyšetřovací a léčebné metody vředové choroby žaludku a duodena a v praktické části popsat průběh ošetrovatelského procesu a realizaci stanovených ošetrovatelských intervencí.

Bakalářská práce bude sloužit jako informační zdroj pro studenty zdravotnických oborů, zdravotnický personál, ale i pro laickou veřejnost, která projeví zájem o problematiku vředové choroby žaludku a duodena.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

**Cíl 1:** Popsat vyšetřovací a léčebné metody vředové choroby žaludku a duodena.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

**Cíl 1:** Představit průběh ošetrovatelského procesu u pacientky s vředovou chorobou žaludku a duodena.

**Cíl 2:** Popsat realizaci stanovených ošetrovatelských intervencí u pacientky s vředovou chorobou žaludku a duodena.

Vstupní literatura:

1. KOHOUT, P. a J. PAVLÍČKOVÁ, 2008. *Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku*. 1. vyd. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-7-7.
2. LUKÁŠ, K. a kol., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.
3. ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2*. 3. uprav. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou žaludku a duodena, proběhlo v období říjen 2016 až únor 2017.

Rešerše byla zpracována s vyhledávaných záznamů v Medvik, Jib, souborný katalog ČR: sigma.nkp.cz, Theses, Online katalog NCO NZO s časovým vymezením od roku 2007 do 2016. Klíčová slova v českém jazyce byla zvolena: dietní opatření, farmakoterapie, helicobacter pylori, peptický vřed, vředová choroba. Pod klíčovými slovy bylo vyhledáno celkem 34 záznamů: 5 vysokoškolských prací, 14 knih, 15 článků a sborníků.

# 1 VŘEDOVÁ CHOROBA ŽALUDKU A DUODENA

V dnešní době je vředová choroba zažívacího systému velmi rozšířené onemocnění. Dříve se usuzovalo, že hlavní příčinou vředové choroby je nadprodukce kyseliny solné. Poté se ukázalo, že vředová choroba je výsledkem nerovnováhy agresivních a slizničních ochranných (protektivních) faktorů (NEČAS, 2013).

Hlavním projevem změn na sliznici jsou slizniční léze. Slizniční léze jsou v kontaktu s kyselinou solnou a proteinázami. Pokud léze nezasahují do submukózy, jsou nazvány erozemi. Pronikají-li léze do submukózy, svaloviny a hlubších vrstev, vznikají vředy (NEČAS, 2013), (Příloha B).

Je třeba rozlišovat peptický vřed a vředovou chorobu žaludku. Peptický vřed je slizniční defekt pronikající skrz lamina muscularis mucosae (různě hluboko do dalších vrstev stěny žaludku nebo duodena), způsobený účinkem kyseliny chlorovodíkové a pepsinu. Peptický vřed se může vyskytnout i mimo žaludek kdekoli v gastrointestinálním traktu (např. v jícnu, v jejunu, v Meckelově divertiklu) (LATA, 2010).

Vředová choroba žaludku a duodena je dána peptickými vředy v místech přirozené odolnosti sliznice vůči kyselině chlorovodíkové a pepsinu. To je tedy v žaludku nebo v bulbu duodena (LATA, 2010).

Peptický vřed byl vzácný před rokem 1800. Roční incidence v současné době je v Evropě asi 0,1 %. V průběhu svého života vředovou chorobou onemocní asi 10 % populace. Duodenální vředy jsou častější u mladších osob a u mužů. Žaludeční vředy jsou častější u starších pacientů bez rozdílu na pohlaví. V Evropě jsou duodenální vředy častější než žaludeční. *Osoby s duodenálním vředem (Helicobacter pylori pozitivní) mají zhruba dvakrát nižší riziko vzniku karcinomu žaludku než všeobecná populace* (LATA, 2010, s. 42).

## 1.1 ANATOMIE ŽALUDKU A DUODENA

Žaludek (*ventriculus, gaster*) je uložen v epigastriu. Má tvar zahnutého vaku. Jeho délka se pohybuje okolo 25 cm, hmotnost cca 130 g (v závislosti na náplni), obsah je variabilní okolo 1 litru. Místo vstupu jícnu do žaludku se nazývá kardia (česlo). Žaludek se rozděluje na tři části, které se nazývají *fundus gastricus, corpus gastricum* a *pars pylorica*. Žaludek přechází do duodena vrátníkem (*pylorus*). Žaludek má dvě stěny a rozlišujeme na něm malé (*curvatura minor*) a velké (*curvatura major*) zakřivení. Mezi hlavní úlohy žaludku patří funkce endokrinní (produkce enzymu gastrinu), exokrinní (vyučování HCl, pepsinogenu a vnitřního faktoru, který je nutný k resorpci vitamínu B12 ve sliznici ilea) a motorická (vznik chymu a jeho posun peristaltickou vlnou do duodena). Kyselina chlorovodíková (pH 1 – 2) se tvoří v množství cca 1500 – 3000ml/24 hodin. Sliznice žaludku je chráněna před jejím působením hlenem (*mucinem*), který se vyskytuje na jejím povrchu. Také je sliznice chráněná dostatečným prokrvením sliznice. Pepsin je důležitý na štěpení bílkovin v žaludku. Činnost žaludku je ovlivňována vagovými reflexy, množstvím a složením potravy (ČIHÁK, 2013), (NAŇKA, 2015).

U střeva (*intestinum*) rozeznáváme tenké střevo (*intestinum tenue*) a tlusté střevo (*intestinum crassum*). Tenké střevo je nejdelší úsek trávicí trubice, který spojuje *pylorus* žaludku s tlustým střevem. Tenké střevo se skládá ze tří částí: *duodenum, jejunum* a *ileum*. Délka tenkého střeva je za života 3 – 5 metrů. *Duodenum* má tyto části *pars superior, pars descendens, pars horizontalis, pars ascendens*. *Pars ascendens* začíná rozšířením *bulbus duodeni*, které je místem častých vředů vzhledem k jeho chudšímu cévnímu zásobení. Sliznice má ploché klky, a je složena v kruhové řasy. Řasy chybí v horní části *duodena*. Sliznice obsahuje dvojí žlázy *glandulae intestinales* (produkují isotonickou tekutinu, do které jsou z *enterocytů* uvolňovány enzymy) a z *glandulae duodenales* (sahají do podslizničního vaziva a produkují alkalický sekret, který neutralizuje kyselinu solnou obsaženou v žaludeční šťávě). V sestupné části ústí hlavní vývod pankreatu (*ductus pancreaticus major*) a vývod žlučových cest (*ductus choledochus*) (ČIHÁK, 2013), (NAŇKA, 2015).



## 1.2 ETIOPATOGENEZE

Nezbytnou podmínkou pro vznik vředu je přítomnost kyseliny chlorovodíkové. Kyselina chlorovodíková přeměňuje pepsinogen na pepsin. Nerovnováha mezi agresivními a protektivními faktory je rozhodující pro vznik peptického vředu (PAFKO, 2008).

Protektivní faktory se nacházejí v distální části jícnu, v žaludku, v duodenu a proximálních částech tenkého střeva. Ochranné faktory jsou tvořeny hlenovou vrstvou (hlen, bikarbonátový aniont, fosfolipidy a voda), bikarbonátem, zásobením sliznice krví a prostaglandiny (prostaglandin E). Bikarbonáty neutralizují kyselou žaludeční šťávu. Prostaglandin E inhibuje uvolnění histaminu a zvyšuje tak průtok krve sliznicí (NEČAS, 2013), (PAFKO, 2008).

Mezi agresivní faktory patří infekce Helikobakter pylori, kyselina solná, proteinázy (zejména pepsin), porucha mikrocirkulace, žlučové kyseliny, účinek alkoholu, nikotinu, kofeinu, některého koření. Helikobakter pylori je přítomná u většiny nemocných s vředovou chorobou. K poruše mikrocirkulace dochází hlavně u stresových vředů (NEČAS, 2013), (PAFKO, 2008).

## 1.3 PRIMÁRNÍ A SEKUNDÁRNÍ VŘED

Peptické vředy lze rozdělit na primární a sekundární. U primárního vředu je hlavní příčinou zánět sliznice (gastritida) vyvolaná mikroorganismem Helicobacter pylori. Helicobacter pylori je spirální bakterie s bičíkem. *Byl nalezen u 75 % pacientů s peptickým vředem žaludku a u více než 95 % pacientů s peptickým vředem duodena. Na druhé straně však byl helicobakter nalezen u 20 % zdravých dobrovolníků a u 50 % pacientů s dyspepsií bez přítomnosti vředů, což znamená, že u většiny infikovaných pacientů se vřed nemusí vyvinout* (NEČAS, 2013, s. 456).

Helikobakter pylori je významným agresivním faktorem podmiňujícím vznik vředů v žaludku, duodenu a proximálních částech tenkého střeva. Bakterie jsou schopny dlouhodobě perzistovat v žaludku i v duodenu ve formě koků. Koky jsou schopny produkovat  $NH_3$ , která jim poskytuje ochranu před kyselým pH. Koky poté pronikají do slizničního ochranného hlenu. V sliznici se mění na bakterie a vytvářejí kolonie. Bakterie pronikají až k buňkám žlázek. Nepronikají celou sliznicí,

z tohoto důvodu se nerozvíjí systémová imunitní odpověď. Imunitní reakce organismu je pouze lokální. Bakterie produkují protein, který zvyšuje uvolnění gastrinu a tím se zvyšuje produkce HCl. Jsou uvolňovány také proteázy a fosfolipázy, které narušují hlenovou vrstvu. Produkuje se také kataláza, která narušuje schopnost fagocytózy u granulocytů, monocytů a tkáňových makrofágů (KOHOUT, 2008), (NEČAS, 2013), (Příloha A).

Sekundární vředy mají jinou definovanou příčinu. Rozdělujeme je na:

- Vředy lékové – jsou nejčastějším a nejzávažnějším projevem onemocnění, které se dnes označuje jako gastropatie z nesteroidních antirevmatik.
- Vředy stresové – vyvolané stresem při polytraumatech, těžkých popáleninách (vřed Curlingův), po náročných operacích, po operacích mozku (vřed Cushingův). Na vzniku stresového vředu se nejvíce podílí hlavně poruchy mikrocirkulace žaludeční sliznice.
- Endokrinní vředy (Zollingerův-Ellisonův syndrom) – recidivují a provázejí hyperparathyreózu.
- Vředy hepatogenní – vznikají při těžkých jaterních lézích.
- Vředy při respirační insuficienci – projevují se často až vznikajícími komplikacemi.
- Vředy stařecké – dosahují neobvyklé velikosti a pro jejich vznik hrají roli vlivy nutriční a poruchy cirkulace (DÍTĚ, 2007).

## **1.4 LOKALIZACE VŘEDOVÉ CHOROBY A KLINICKÝ OBRAZ**

Duodenální vřed všeobecně postihuje nejčastěji muže ve věku 20 – 40 let. Vřed je také znám u dětí, ale i u osob starších 40-ti let. Není tedy omezen žádnou věkovou hranicí. Vnímání trávicích obtíží je velmi variabilní. Stále více účinných látek je dostupných ve volném prodeji. Pro duodenální vřed je charakteristická epigastrická bolest ve střední čáře nebo vpravo od ní, která se vyskytuje nalačno (2 a více hodin po jídle). Bolest postiženého probouzí ze spánku. Bolest ustupuje po požití stravy nebo po požití antacidu. Bolest se šíří někdy pod pravý oblouk žeberní a může tak napodobovat onemocnění žlučníku. Postižený může popisovat bolest po jídle, proto je důležité cíleně se ptát, zda se nejedná o bolest s delším časovým odstupem, tedy zda se nejedná o bolest nalačno. Mezi další projevy patří častá pyróza, kyselá regurgitace,

říhání, zácpa v období obtíží. Vyzvracení kyselého obsahu žaludku přináší postiženému výraznou úlevu. Nemocní mají také velkou potřebu častého příjmu potravy, která je vynucená bolestí. Častým stravováním dochází ke zvýšení hmotnosti. Může se také stát, že se nemocní bojí jíst a dojde ke snížení hmotnosti. Dalším příznakem onemocnění je únavnost a spavost. V rodinné anamnéze je zaznamenán duodenální vřed u příbuzných (DÍTĚ, 2007), (SEIFERT, 2011).

Žaludeční vřed postihuje obě pohlaví rovnoměrně, vyskytuje se spíš ve středním a starším věku. Příznaky nejsou tak typické jako u duodenálního vředu. Bolest je opět hlavní příznak, který nastupuje po najezení. U angulárního a mediogastrického vředu je to zhruba 1 hodinu po jídle. U vředu subkardiálního bolest nastupuje brzy po jídle. Vředy prepylorického kanálu mají stejné příznaky, které jsou u duodenálních vředů. U nemocných chuť k jídlu nebývá příliš velká, dochází často k hubnutí (DÍTĚ, 2007), (ZDRAVIE.sk, 2017).

Vřed může probíhat akutně nebo chronicky. Akutní peptický vřed žaludku bývá často polékový a často se vyskytuje krvácení z vředu. Nejčastější formou vředové choroby je však vřed chronický. Nejčastěji se chronický vřed projevuje na jaře a na podzim (PAFKO, 2008).

## **1.5 KOMPLIKACE VŘEDOVÉ CHOROBY**

U peptického vředu, vředové choroby žaludku a duodena můžou, vzniknout závažné komplikace. Mezi tyto komplikace jsou zahrnovány perforace a penetrace, krvácení, stenóza. V současné době není již peptický vřed považován za prekancerózu (LATA, 2010), (PAFKO, 2008).

### **1.5.1 PERFORACE A PENETRACE**

Perforace může být volná nebo krytá. Volná perforace se projevuje únikem žaludečního obsahu do volné peritoneální dutiny. V peritoneální dutině poté způsobuje difúzní peritonitidu. Krytá perforace je okolními orgány krytá a tím zabraňuje únik žaludečního obsahu. Bez předchozích obtíží vzniká 10 – 20 % perforací, které jsou typické pro vředovou chorobu. Penetrace vzniká při pronikání vředu do okolních orgánů, jako jsou játra a pankreas. U postiženého penetrace poté vyvolá

symptomatologii specifickou pro postižené orgány (KAŇKOVÁ, 2009), (PAFKO, 2008).

Klinický obraz – perforace do volné dutiny se projevuje jako náhlá, prudká bolest břicha. Bolest je spojená s tachykardií a tachypnoí. Fyzikální nález na břiše je se známkami difúzní peritonitidy. Charakteristické je prknovité napětí svalů břišní stěny a zástava peristaltiky (PAFKO, 2008).

Diagnostika – se provádí na základě anamnézy a klinického nálezu. U perforace nativní snímek RTG ukáže přítomnost volného vzduchu pod bránicí. Častá je leukocytóza. RTG vyšetření žaludku baryovou kaší je kontraindikováno. Volný vzduch může být stejně viditelný i na sonografii. U penetrace pro posouzení hloubky invaze vředu je přínosnější RTG vyšetření, které může ukázat hluboký čep. Stejný nález může být viditelný na sonografii (DÍTĚ, 2007), (PAFKO, 2008).

Terapie – často je indikováno chirurgické řešení. Urgentní chirurgickou léčbu vyžaduje až 95 % pacientů s perforací. Zahrnuje předoperační přípravu, uzávěr perforace nebo definitivní ošetření vředové choroby a náležitou pooperační péči. Předoperační péče zahrnuje rehydrataci, podání antibiotik, zavedení žaludeční sondy. Po prosté sutuře je nutné podávání antagonistů  $H_2$ -receptorů. Operační léčba perforace dvanáctníku zahrnuje prostý uzávěr perforace s možným doplněním vagotomie nebo omentoplastiky (Grahamova technika). Omentoplastika je přišíití části omenta na perforaci a provádí se u pacientů s vředy většími než 2 cm. Poté se provádí výplach peritoneální dutiny. U perforace žaludku je také důležitá biopsie okraje vředu, aby se vyloučila malignita. S rozvojem laparoskopie je sutura možná miniinvazivní technikou. Definitivní řešení vředové choroby představuje resekce žaludku nebo vagotomie. Vagotomie může být spojená s pyloroplastikou (PAFKO, 2008), (ŠVÁB, 2008).

### **1.5.2 KRVÁCENÍ**

Krvácení z peptického vředu je časté, život ohrožující komplikace. Vyžaduje chirurgickou nebo medikamentózní léčbu. Spouštěcím mechanismem krvácení je velmi často požití salicylátů nebo nesteroidních antirevmatik. Stačí i malé požití léků jako je Acylpyrin. Nejzávažnější krvácení je u pacientů s vředem penetrujícím do pankreatu s krvácením z arteria gastroduodenalis (DÍTĚ, 2007), (PAFKO, 2008).

Klinický obraz – krvácení z peptického vředu se projevuje hematemézí, melénou, hypotenzí a anémií.

Diagnostika – primární endoskopický diagnosticko-terapeutický výkon, následný chirurgický výkon, který je nucenou absolvovat až 19 % pacientů.

Terapie – intenzivní konzervativní léčba, dostatečná rehydratace, popřípadě krevní náhrada. Pomocí endoskopie zjištění místa krvácení. Zastavení místa krvácení se provádí pomocí opichu adrenalinem, klipováním, elektrokoagulací nebo koagulací laserem. Je nutná monitorace pacientů s rizikem návratu krvácení (KRŠKA, 2007), (PAFKO, 2008), (ZIMANDLOVÁ, 2012).

Indikace k chirurgické terapii – při stálém krvácení po endoskopické a konzervativní terapii. Zvažuje se věk a celkový stav pacienta. Starší pacient je indikován dřív k operaci než pacient mladší. Způsob operačního řešení je individuální a závisí na místu zdroje krvácení i zkušenosti operujícího (PAFKO, 2008), (ZIMANDLOVÁ, 2012).

### **1.5.3 STENÓZA**

Ke stenóze dochází vzácně u duodenálního nebo pylorického vředu. Zúžení je způsobené edémem nebo fibrózou.

Klinický obraz – nauzea, zvracení není časté (1 – 3x denně), pocit plnosti a tlaku v epigastriu, častý úbytek hmotnosti.

Diagnostika – RTG pasáž kontrastní látkou prokazuje dilataci žaludku, dislokaci duodena a zúžení výtokové části. Endoskopické vyšetření je důležité pro vyloučení maligní stenózy (DÍTĚ, 2007), (PAFKO, 2008).

Terapie – konzervativní léčba zahrnuje zavedení nazogastrické sondy a odčerpání tekutin z žaludku, doplnění tekutin i.v. a normalizaci iontové dysbalance. Endoskopická dilatace je první volba léčby stenózy. Před endoskopickou léčbou musí být vyloučena malignita. Poté následuje dlouhodobá léčba inhibitory protonové pumpy. Chirurgická léčba je v současné době výjimečná. O typu operace rozhoduje rozsah ulcerózních změn. Nejčastěji se u pacientů provádí resekce žaludku. Další možností je vagotomie s některou z drenážních operací – pyloroplastikou, gastroduodenostomií nebo gastroenteroanastomózou (PAFKO, 2008), (ZIMANDLOVÁ, 2012).

#### **1.5.4 MALIGNÍ DEGENERACE VŘEDU**

Vřed žaludku je rizikový pro zvrát v karcinom. Míra rizika je různá, pohybuje se v rozmezí od 2 do 25 %. Signalizovat riziko v maligní zvrát by měla být nezvyklá lokalizace vředu. Vždy při diagnostice vředu a nasazení konzervativní léčby je indikována biopsie z ulcerace a endoskopická kontrola po 4 týdnech. Negativní histologie neznamena vždy vyloučení malignity vředu, protože maligní vřed se může při terapii výrazně zmenšit a přechodně se překrýt normálním epitelem. Indikace k radikální resekci je v případě nálezu maligní degenerace vředu (KALA, 2010).

### **1.6 VYŠETŘOVACÍ METODY**

*Podezření na onemocnění jícnu, žaludku či dvanáctníku můžeme vyslovit již při odebrání anamnézy (rozhovoru s pacientem). Fyzikální vyšetření (vyšetření lékařem) většinou k diagnostice nepřispěje, rozhodující roli mají vyšetření paraklinická (KOHOUT, 2008, s. 29).*

#### **1.6.1 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ**

Vedle základního laboratorního vyšetření (krevní obraz, základní biochemická vyšetření krve a moče) je vhodné doplnit cíleným laboratorním vyšetřením. U chronické autoimunitní gastritidy je důležité vyšetřit autoprotilátky proti parietálním buňkám, sérovou koncentraci vitamínu  $B_{12}$ , popřípadě provést Schillingův test (test, který sleduje vstřebávání vitamínu  $B_{12}$ ). Laboratorní vyšetření mohou pomoci při diagnostice komplikací (krvácení), ale u nekomplikovaných onemocnění k diagnostice nepomohou (LATA, 2010).

#### **1.6.2 RENTGENOVÉ VYŠETŘENÍ JÍCNU A ŽALUDKU**

Rentgenové vyšetření dřív bylo využíváno k prokázání vředů jícnu, žaludku i dvanáctníku. Dnes se využívá prostý RTG snímek břicha k průkazu volného vzduchu pod bránicí při perforaci žaludku. Výpočetní tomografie a magnetická rezonance jsou využívány pro zjištění karcinomu a lymfomů žaludku (KOHOUT, 2008), (LATA, 2010).

### **1.6.3 ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ**

Endoskopické vyšetření nahradilo RTG diagnostiku jícnových, žaludečních či duodenálních onemocnění. Umožňují přímý barevný pohled do dutých orgánů. V případě potřeby umožňují odebrání vzorku na histologické či mikrobiologické vyšetření a popřípadě zastavení krvácení. V dnešní době se používají ohebné přístroje, jejichž šířka je menší než 10 mm. Gastroskopické vyšetření trvá 10 – 15 minut (KOHOUT, 2008), (LATA, 2010).

### **1.6.4 SONOGRAFIE**

Abdominální ultrasonografie umožňuje zobrazit žaludeční stěnu (změřit tloušťku, posoudit vrstevnatost). Také umožňují zobrazit tekutinovou náplň žaludku. K identifikaci žaludečních varixů může přispět Dopplerovské zobrazení. Endoskopická ultrasonografie je přínosná především pro zjištění a zobrazení rozsahu nádorů (LATA, 2010).

### **1.6.5 DECHOVÉ TESTY**

Dechové testy patří mezi cenné neinvazivní vyšetření. Provádí se v případě, kdy není provedena endoskopie. Pro dechovou zkoušku se perorálně aplikuje urea značená  $^{13}\text{C}$  nebo  $^{14}\text{C}$  k diagnostice *Helicobacter pylori* (NAVRÁTIL, 2008), (ŠŤOVÍČEK, 2013).

## **1.7 PŘÍPRAVA PACIENTA NA ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ**

Endoskopické vyšetření je metoda, která umožňuje prohlédnout vnitřní tělesné dutiny nebo duté orgány přímo zrakem pomocí speciálních přístrojů endoskopů a fibroskopů (NAVRÁTIL, 2008).

*Endoskop se do dutin zavádí přirozenými otvory (např. ústy, konečníkem, močovou trubicí) nebo otvory pro tento účel uměle vytvořenými (např. u laparoskopie). Endoskopické vyšetření se provádí z důvodu diagnostického, ale i terapeutického (SLEZÁKOVÁ, 2010, s. 18 – 19).*

Mezi endoskopická vyšetření, která slouží k vyšetření trávicího traktu patří: endoskopická biopsie, endosonografie, enteroskopie, ezofagogastroduodenoskopie (SLEZÁKOVÁ, 2010).

### **1.7.1 ENDOSKOPICKÁ BIOPSIE**

Indikace k endoskopické biopsii je z důvodu podezření na benigní či maligní nádory nebo záněty. Vyšetření je zaměřené na živou tkáň z různých částí povrchu i vnitřního prostoru těla (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Příprava pacienta je stejná jako před kteroukoliv operací. Ošetřující personál by měl seznámit pacienta s průběhem vyšetření, změřit fyziologické funkce, zajistit lačnost pacienta a podat premedikace dle ordinace lékaře. Výkon se provádí v lokální anestezii nebo v celkové narkóze. Poloha pacienta záleží na místě odběru. Po výkonu u celkové anestezie jsou u pacienta monitorovány fyziologické funkce po ¼ hodiny. Sleduje se místo vpichu (SLEZÁKOVÁ, 2010).

### **1.7.2 ENDOSKOPICKÁ SONOGRAFIE**

Endoskopická sonografie je invazivní metoda. Endoskop je na konci opatřen ultrazvukovou sondou. Zavádí se do žaludku a přes žaludeční stěnu umožňuje zobrazení struktury a vývodného systému pankreatu a dolní části žlučových cest. Při endoskopické sonografii je zobrazení jater nedostatečné. Endosonografie se také používá pro vyšetření tlustého střeva přes konečník (NAVRÁTIL, 2008).

Pacient by měl být seznámen s průběhem vyšetření. Od půlnoci by neměl jíst, podávají se jen důležité léky, pít může bez omezení. Při vyšetření tlustého střeva se podávají roztoky pro vyprázdnění večer před vyšetřením a ráno v den vyšetření. Pacientovi se podává premedikace dle ordinace lékaře. Poloha při vyšetření na vyšetřovacím stole je na levém boku. Po výkonu se pacient sleduje ½ hodiny. Výkon se může provádět také ambulantně (SLEZÁKOVÁ, 2010).

### **1.7.3 ENTEROSKOPIE**

Enteroskopie je metoda, při které se zavádí endoskop dlouhý 2, 20 metrů. Vyšetření umožňuje ohlédnout většinu tenkého střeva a provést bioptické odběry. Indikace k vyšetření je krvácení z horní části trávicího ústrojí, jehož zdroj nebyl objasněn při běžné endoskopii, Crohnova choroba, průjmy, nádory a záněty (NAVRÁTIL, 2008), (SLEZÁKOVÁ, 2010).

K vyšetření se používají tři druhy přístrojů push-endoskop, rope way-endoskop, sonde-type-endoskop. Push-endoskop je dlouhý duodenoskop, který je možné zavést



do horní části jejunu. K vyšetření pomocí rope way-endoskop je zapotřebí zavést pacientovi teflonovou sondu, která má na konci balonek s olověnými broky. Během tří dnů projde sonda trávicí trubicí, poté se na její konec napojí enteroskop a tahem se vtáhne na požadované místo v tenkém střevě. Sonde-type-endoskop je tenký a dlouhý endoskop, který je pasivně motorikou střeva postupně vnášen na požadované místo, která může trvat i několik dní. Enteroskopie se provádí pouze na velkých gastroenterologických pracovištích (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Pacient by měl být s průběhem vyšetření seznámen ošetřujícím personálem. Měl by být nalačno a vysadit léky. Provádí se laboratorní vyšetření (jaterní testy, bilirubin, alkalická fosfatáza, transaminázy, pankreatické enzymy a hemokoagulační vyšetření). Podávají se premedikace dle ordinace lékaře a antibiotika. Během výkonu se pacient polohuje podle lokalizace vyšetření. Po výkonu je u pacienta zajištěn klid na lůžku, monitorují se fyziologické funkce po 1 hodině, sleduje se bolest, podávají se infuze (glukóza) dle ordinace lékaře. Na doporučení endoskopisty se podávají antibiotika. U pacienta se kontroluje celkový stav a provádí se kontrolní biochemické vyšetření (SLEZÁKOVÁ, 2010).

#### **1.7.4 EZOFAGOGASTRODUODENOSKOPIE**

Ezofagogastroduodenoskopie slouží k vyšetření jícnu, žaludku a duodena včetně vyústění slinivky a žlučových cest na Vaterské papile. Pod zrakovou kontrolou je hodnocena sliznice a z identifikovaných lézí je prováděn odběr bioptických vzorků. Vyšetřovací metoda se používá u zánětů, nádorů, cizích těles u vředů a krvácení (NAVRÁTIL, 2008).

U pacienta je důležitá psychická příprava, při které seznamujeme s průběhem vyšetření. Upozorníme, že při vyšetření mohou vznikat pocity tlaku od endoskopu nebo může vzniknout pocit nadýmání. Pacient by měl na vyšetření přijít nalačno a 6 hodin před vyšetřením nekouřit. Provádí se hemokoagulační vyšetření a vysazují se léky. U akutních stavů se provádí výplach žaludku přes zavedenou nazogastrickou sondu nebo se obsah žaludku odsaje endoskopem. Pacient je v poloze na levém boku. Po výkonu monitorujeme fyziologické funkce, nepodáváme nic per os 2 hodiny po jídle, sledujeme bolest, kontrolujeme případné zvratky (hematemézu) (SLEZÁKOVÁ, 2010).

## **1.8 KONZERVATIVNÍ TERAPIE**

V současné době je konzervativní terapie vysoce účinná. Terapie je zaměřena hlavně na snížení produkce kyselin v žaludku. Dřív byla v léčbě vředové choroby zdůrazňována režimová a dietní opatření. Nyní se na dietní opatření neklade takový důraz, protože je velmi dobrá medikamentózní léčba (KALA, 2010).

### **1.8.1 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ**

Na základě zkušeností, je však zapotřebí určitá dietní opatření dodržovat. Stravovací doporučení spočívají především v úpravě stravovacího režimu, doporučují se malé porce v častých časových intervalech. Při akutních obtížích by pacient měl vynechat jídla, která obsahují přepalované tuky. Poté by měl vynechat kořeněná pikantní jídla. Nevhodné jsou také studené, příliš horké nápoje nebo nápoje sycené CO<sub>2</sub>. Také by měl omezit kávu a nápoje, které obsahují kofein. Měl by omezit pivo, víno a tvrdý alkohol. Mezi režimová opatření patří také zákaz užívání léků, které mají ulcerogenní charakter (kortikosteroidy) (LUKÁŠ, 2007), (SŤOVÍČEK, 2013).

Do režimového opatření také patří dostatek spánku a duševní klid. Doporučuje se pracovní neschopnost nebo lázeňská léčba jako doplněk terapie. Hospitalizace je nezbytná pouze při komplikacích, které mohou nastat. Do léčebného režimu také patří omezení stresu a komplexní rozbor osobní, rodinné a pracovní situace. V rozboru by se měly nalézt a pojmenovat problémy a nastínit jejich řešení. V některých případech je zapotřebí psychoterapeutická nebo psychofarmakologická podpora (LUKÁŠ, 2007), (NAVRÁTIL, 2008).

### **1.8.2 MEDIKAMENTÓZNÍ OPATŘENÍ**

Při léčbě vředové choroby je zapotřebí nejdříve zhojit vředovou lézi. Pokud je přítomná infekce *Helikobacter pylori* provést jeho eradikaci. Léčba žaludečního a duodenálního vředu se neliší. K eradikaci infekce *Helikobakter pylori* se užívá trojkombinace léčiv, které se užívají 7 dní, obvykle 2 krát 1 tableta denně. Trojkombinace je založená na inhibitoru protonové pumpy a dvou antibiotik. Mezi inhibitory protonové pumpy patří Omeprazol, Esoprazol, Pantoprazol, Lansoprazol. Z antibiotik se nejčastěji užívá Klaritromycin, Amoxicilin a Azitromycin. Jedno z antibiotik se může nahradit nitroimidazolovým přípravkem (Metronidazol,

Tinidazol). Až v 90 % případů lze touto kombinací docílit eradikace infekce Helikobakter pylori. Po eradikační léčbě má následovat antisekreční monoterapie do úplného zhojení ulcerace po dobu 4-6 týdnů (LUKÁŠ, 2007), (NAVRÁTIL, 2008), (Zdravotnictví a medicína, 10. 2. 2017) .

Úspěch léčby použité k eradikaci je ovlivněn řadou činitelů, které jsou dány charakteristikou mikroorganismu, kombinací léků a reakcí organismu. U bakterií hrají roli virulence a toxicita, jejich množství a průnik do žaludeční sliznice, schopnost antibiotika účinně pronikat do intercelulárních prostorů, ovlivnění pH žaludku, objem žaludečního obsahu a jeho vyprazdňování ve vztahu ke koncentraci ATB v žaludečním obsahu (LUKÁŠ, 2007).

Určitou perspektivu v léčbě infekce Helikobakter pylori slibují i některé probíhající výzkumy, které se zabývají přípravou očkovací látky nebo specifického ATB na léčbu Helikobakter pylori. Skutečné klinické využití lze očekávat v blízké budoucnosti (LUKÁŠ, 2007).

Po úspěšné léčbě klesá riziko recidiv na 0-10 %. O eradikaci bakterie Helikobakter pylori můžeme hovořit tehdy, pokud se neprokáže přítomnost bakterie po jednom měsíci nejlépe pomocí dechového testu, antigenem ve stolici nebo pomocí endoskopického vyšetření, pokud je indikováno (LUKÁŠ, 2007), (KROUPA, 2013).

Vředová choroba vzniká i u pacientů ve vyšším věku. Vředy jsou často lokalizovány v mediogastrické oblasti malého zakřivení. Většinou mají nápadně veliké rozměry. Klinicky se od odvyklých vředů liší tím, že nevyvolávají typický bolestivý syndrom, ale projevují se nechutenstvím, hubnutím, někdy únavovým syndromem a mohou krváčet (LUKÁŠ, 2007).

Mezi léky, které se používají na léčbu vředové choroby žaludku a duodena patří Antacida, Blokátory H<sub>2</sub> - receptorů, Inhibitory protonové pumpy, Sukralfát, Komplexní sole bizmutu a Prokinetika.

Antacida se v léčbě vředové choroby dnes již téměř nepoužívají. Kvůli jejich rychlému nástupu účinnosti je lze použít při zahájení systémové terapie. Při podávání v dostatečném množství několikrát denně, jsou schopna výrazně snížit aktivitu žaludeční šťávy. Doporučuje se alespoň dvouhodinový rozestup při podávání jiných léků, protože mohou nepříznivě ovlivnit jejich vstřebávání. Antacida neutralizují kyselou žaludeční šťávu. Antacida obsahující sloučeniny hliníku a hořčíku jsou vhodná

pro všechny indikace vředové choroby. Antacida obsahující kyselinu alginovou jsou vhodná pro rychlou symptomatickou úlevu u pyrózy z kyselého refluxu. Antacida obsahující bizmut a další komponenty (např. hořčík). Bizmut může mít určitý eliminační účinek na infekci způsobenou *Helikobakter pylori* (prozatím není na infekci *Helikobakter pylori* účinek potvrzen). Léčba by neměla tímto typem antacid přesahovat 8 týdnů. Nejsou vhodná pro pacienty s poruchou ledvin. Antacida, která obsahují hydrogenuhličitan sodný, která způsobuje rychlou neutralizaci žaludečního obsahu. Jejich nadměrné užívání může způsobit metabolickou alkalózu. K nejužívanějším antacidům v Čechách patří Anacid, Talcid, Gastrogel nebo Rennie (LUKÁŠ, 2007).

Blokátory  $H_2$ - receptorů jsou léky, blokují  $H_2$  histaminový receptor na krycí buňce antra žaludku. Blokací snižují tvorbu kyseliny solné. Tyto léky se poprvé objevily v roce 1972. Jejich objevení znamenal převrat v léčbě vředové choroby gastroduodena a refluxní choroby jícnu. Do této skupiny patří léky Ranitidin, Famotidin, Nizatidin. Tyto léky se mohou používat u pacientů, u kterých je zvýšené riziko vzniku vředové choroby jako prevence. Nežádoucí účinky jsou minimální a mohou se objevit až při dlouhodobém užívání vysokých dávek. Užívají se ráno a večer. Ke zhojení peptických lézí u žaludečního a duodenálního vředu dochází v rozmezí asi 4 týdnů (KOHOUT, 2008), (LUKÁŠ, 2007).

Inhibitory protonové pumpy slouží k zablokování protonové pumpy, která se na podkladě podnětů tvoří v krycí buňce kyselinou solnou. Inhibitory protonové pumpy se podávají perorální i parenterální cestou. Perorální inhibitory protonové pumpy se podávají jednou denně, nejlépe nalačno. Mezi léky této skupiny patří Omeprazol, Lansoprazol, Pantoprazol, Esomeprazol nebo Tenatoprazol. Parenterální podání inhibitorů protonové pumpy navozuje rychlé hojení peptických vředů, výrazně snižuje riziko recidivy krvácení a zkracuje dobu hospitalizace. I při dlouhodobém užívání je léčba pacienty dobře snášena. Nežádoucí účinky jsou u těchto léků výjimečné (LUKÁŠ, 2007), (Zdravotnictví a medicína, 2017).

Sukralfát je hlinitá sůl oktasulfátu sacharózy, která se působením nízkého pH v žaludku mění na vizkózní gel. Tento gel ulpívá jako ochrana na spodině vředů a epitelových defektů v gastroduodenu. Sukralfát na sebe také váže pepsin a žlučové kyseliny. Používá se u vředové choroby gastroduodena a nebo jako prevence stresových lézí u kriticky nemocných pacientů. Podávají se ráno a večer a po podání se prakticky vůbec nevstřebává (LUKÁŠ, 2007).

Komplexní sole bizmutu jsou léky s vysokou léčebnou účinností u duodenálních a žaludečních vředů. Působí přímo toxicky na infekci Helikobakter pylori. K eradikaci infekce Helikobakter pylori dochází v kombinaci s dalšími léky, jako jsou antibiotika (LUKÁŠ, 2007).

Prokinetika upravují činnost hladké svaloviny trávicího traktu. Především se využívají u duodenogastrického a gastroezofageálního refluxu, u funkční dyspepsie. Léky se především podávají pacientům, kteří mají duodenogastrický reflux a opožděnou evakuaci žaludku. U těchto pacientů mohou zmírnit symptomatologii a zlepšit průběh hojení vředové choroby žaludku. Do této skupiny patří Metoklopramid, Domperidon a Itoprid (KOHOUT, 2008), (LUKÁŠ, 2007).

## 1.9 CHIRURGICKÁ TERAPIE VŘEDOVÉ CHOROBY

*V poslední době, díky zavedení moderní medikamentózní léčby, ubývá indikací ke klasickým operacím pro vředovou chorobu, jako jsou např. různým typům vagotomie. Většina chirurgických výkonů je řešením komplikací vředové choroby (PAFKO, 2008, s. 72).*

První chirurgický výkon byl proveden již v roce 1881 ve Vídni. Operující byl pan Wölfler. Operační výkony byly zaměřeny na snížení sekrece kyselin v žaludku nebo na odstranění sekreční zóny žaludku sekrečním výkonem. Nyní je indikace k operaci pouze u pacientů s vážnými komplikacemi s následky vředové choroby (KALA, 2010).

Indikace k operaci žaludečního vředu jsou mnohočetné žaludeční vředy, vředy v důsledku medikamentózní terapie, ve které je nutno pokračovat, časná recidiva vředu (po 8 – 12 týdnech od zhojení iniciální léze, vředy nereagující na konzervativní terapii během 8 dnů (KRŠKA, 2007).

Indikace k operaci u duodenálního vředu jsou přetrvávající obtíže přes adekvátní konzervativní léčbu, recidiva obtíží 3 – 4 krát během dvou let, velké vředy nereagující na konzervativní léčbu, nedodržování nebo nemožnost dodržovat konzervativní léčbu, krvácející vředy po předchozí perforaci (KRŠKA, 2007).

Do chirurgické terapie patří výkony vagotomie, resekce žaludku, gastroenteroanastomóza (KALA, 2010).

Vagotomie je operační výkon, při kterém dochází k přerušení kmenů nervus vagus nebo jejich větví selektivně pro žaludek. Tento výkon má za cíl vyřadit vliv CNS na produkci kyselin v žaludku. Tyto výkony byly rozšířeny ve 40. a 50. letech 20. století. Možné nežádoucí účinky jsou průjmy. Také je prokázán postupný návrat sekrece k normě v průběhu několika let po výkonu. Indikace k výkonu je dnes zcela výjimečné, protože sekrece kyselin v žaludku se dá potlačit farmakologicky. Výkon je možné provést laparoskopicky, torakoskopicky nebo při klasické operaci (KALA, 2010), (KRŠKA, 2007).

Resekce žaludku je nečastější výkon pro vředovou chorobu žaludku. Resekcí antra a těla žaludku v rozsahu nejčastěji 2/3 je odstraněna hlavní sekreční zóna žaludku. Současně je možné také odstranit případnou stenózu v oblasti pyloru. Pro resekci žaludku byly popsány dvě hlavní varianty označované podle Billrotha jako BI (napojení pahýlu žaludku na duodenum) a BII (slepý uzávěr duodena a napojení pahýlu žaludku na tenké střevo). Napojení I. typu je výhodnější pro zachování fyziologického průchodu stravy trávicím traktem. Tento výkon je možné použít tehdy, pokud není duodenum výrazně postiženo vředovou chorobou. Tyto výkony jsou nyní indikovány výjimečně. Operováni jsou pacienti s pokročilou a komplikovanou vředovou chorobou. Napojení žaludku na duodenum je indikováno u pacientů pro benigní nádory. Výkon je možné provést z horní střední laparotomie nebo příčné laparotomie v epigastriu. Napojení II. typu je používáno spíše u starších pacientů ke zkrácení doby operace. Dochází k refluxu žlučových kyselin z jejunu do pahýlu žaludku. Vzniká zde riziko vzniku karcinomu žaludku po mnoha letech (KALA, 2010), (KRŠKA, 2007).

U mladých lidí trpících vředovou chorobou je prováděna resekce žaludku v modifikaci dle Rouxe, kdy konstrukce samostatné jejunální kličky napojené na žaludek brání toku žlučových kyselin do pahýlu žaludku (KALA, 2010).

Gastroenteroanastomóza je indikována u stenózy distální části žaludku nebo duodena u pacientů ve velmi špatném stavu, kteří by nesnesli resekční výkon. Dochází ke zajištění pasáže ze žaludku do tenkého střeva a umožnění příjmu potravy. Nejčastěji bývá indikována nejjednodušší typ anastomózy – zadní anastomóza na první kličku jejunu (KALA, 2010).

Plánovaná indikace k operačnímu řešení chronické vředové choroby je spíše raritní a operační řešení je nutné spíše u komplikací vředové choroby ( KALA, 2010).

## **1.10 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE U PACIENTA S VŘEDOVOU CHOROBU GASTRODUODENA**

Důsledně provedená předoperační vyšetření u pacienta vedou ke snížení nebo zabránění vzniku pooperačních komplikací. Operační výkony jsou rozdělené na plánované, urgentní a neodkladné výkony z vitální indikace.

### **1.10.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA**

Na základě rozhodnutí chirurga, je pacient odeslán na interní předoperační vyšetření. Předoperační vyšetření nesmí být starší 14-ti dnů před plánovanou operací a zahrnuje EKG, RTG vyšetření srdce a plic, klinické a laboratorní vyšetření. Interní vyšetření dále zahrnuje fyzikální vyšetření, změření fyziologických funkcí Screeningové vyšetření moči (moč, močový sediment, cukr a aceton), screeningové vyšetření krve (krevní obraz, základní biochemie, krevní skupina, Rh faktor, APTT, Quickův test). Základní předoperační vyšetření mohou být doplněna o další speciální vyšetření (GAZDÍKOVÁ, 2014), (SLEZÁKOVÁ, 2010).

### **1.10.2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA**

Omezená na 24 hodin před samotným výkonem. U pacienta je důležitá příprava fyzická, anesteziologická a psychická.

Fyzická příprava před operačním výkonem musí být každý pacient alespoň 6 – 8 hodin lačný. U pacientů s poruchou výživy a s dehydratací se zajišťuje parenterální cestou přívod tekutin a energie. Vyprazdňování u pacienta rozhodne chirurg podle náročnosti operačního výkonu. Před odjezdem na operační sál se pacient spontánně vymočí. U náročných operací se provádí katetrizace močového měchýře. Při vyprazdňování tlustého střeva je pacientovi podán vyprazdňovací roztok nebo se opakovaně provádí očistné klyzma. Podle zhodnocené soběstačnosti se u pacienta provádí hygiena celého těla. Neměl by mít před operací nalakované nehty, kontroluje se stav vlasů a obličej by měl být odličný. Podle pokynu operátora se připraví operační pole (oholení, předoperační dezinfekce). Den před operací anesteziolog ordinuje sedativa a hypnotika. Cennosti a protetické pomůcky se proti podpisu ukládají do trezoru. Z dutiny ústní se odstraní snímatelné zubní náhrady. Dolní

končetiny se bandážují nebo se navlékají elastické punčochy jako prevence tromboembolické nemoci (SLEZÁKOVÁ, 2010), (ZEMAN, 2011).

Anesteziologická příprava – anesteziolog přichází za klientem na oddělení, hodnotí jeho zdravotní stav a seznamuje ho s anestezií a s riziky, které mohou nastat v průběhu operačního výkonu. Rozhoduje o premedikaci u pacienta a doplňuje anesteziologické ordinace (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Psychická příprava – cílem je minimalizovat strach a stres z operace. Na psychické přípravě se podílejí lékaři i zdravotní sestry (SLEZÁKOVÁ, 2010).

### **1.10.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA**

Omezuje se na časový úsek asi 2 hodiny před operací. Kontroluje se dokumentace, operační pole, přikládají se bandáže na dolní končetiny, kontroluje se chrup, lačnění, vyprázdnění a provedení speciálních požadavků chirurga (zavedení permanentního močového katetru, žaludeční sondy, venózního přístupu. Premedikace se provádí na základě ordinace anesteziologa (SLEZÁKOVÁ, 2010), (ZEMAN, 2011).

### **1.10.4 URGENTNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA**

Riziko možných komplikací u pacienta se zvyšuje v důsledku krátkého času na přípravu a nedostatku vstupních informací. Pro možná další přidružená onemocnění jsou nejvíce ohroženi děti starší pacienti. Předoperační příprava se omezuje na odběry biologického materiálu na STATIM (KO, biochemie krve a moči, krevní skupina, Rh faktor). Hygiena u pacienta je zaměřena pouze na odstranění hrubých nečistot, koupel je kontraindikována. Z dutiny ústní se vyndávají snímací náhrady. Dochází k úschově cenností. Kontroluje se a připravuje se operační pole. Lačnění pacienta se konzultuje s anesteziologem, popřípadě se zavádí žaludeční sonda a odsává se žaludeční obsah. Zavádí se permanentní močový katetr, očistné klyzma je kontraindikováno. Zajišťuje se žilní vstup, provádí se bandáž dolních končetin a aplikuje se premedikace podle ordinace anesteziologa (SLEZÁKOVÁ, 2010).

### **1.10.5 PŘÍPRAVA DIABETIKA K PLÁNOVANÉMU OPERAČNÍMU VÝKONU**

U pacienta s diabetem je dlouhodobá i bezprostřední příprava rozšířená o kontrolu v diabetologické poradně. V diabetologické poradně je proveden glykemický



profil. Po vyhodnocení glykemického profilu diabetolog rozhodne o dávce perorálních antidiabetik nebo dávku injekčního inzulínu. Hospitalizace u diabetika musí být alespoň jeden den před operací. Opakovaně se provádí glykemický profil a podle rozsahu operace se zajišťuje žilní vstup. Před operací je důležité lačnění, proto se podle aktuální hladiny glykemie aplikuje infusní roztok glukózy a inzulín. Inzulín se aplikuje subkutánně nebo se přidává do glukózy a je podáván parenterální cestou. Nepodávají se perorální antidiabetika nebo dlouhodobě působící inzulíny. Diabetik je v operačním programu zařazen na první místo. V pooperačním období je u diabetika vyšší riziko komplikací (SLEZÁKOVÁ, 2010).

### **1.10.6 POOPERAČNÍ PÉČE**

Po operaci je pacient pod intenzivním dohledem dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně spontánně nedýchá a nejsou u něj patrné obranné reflexy. Mezi obranné reflexy patří schopnost kašlat a polykat. Častým pooperačním komplikacím je zabráněno zajištěním anesteziologické péče brzy po operaci, která sleduje a zabraňuje nebezpečí zapadání jazyka, přetrvávající relaxaci dýchacích svalů, laryngospasmus a aspiraci zvratků. Pokud je nutné po dlouhotrvajících a obtížných chirurgických výkonech pokračovat v umělé plicní ventilaci, jsou pacienti převezeni z operačního sálu na jednotky intenzivní péče nebo na ARO. K zajištění bezprostředního pooperačního období jsou zřizovány pooperační pokoje. Do chorobopisu pacienta operatér zapisuje příslušné ordinace léků, aplikace infuzních roztoků, transfuzí, polohu pacienta nebo převazy operační rány. Z operačního sálu je pacient převážen již při vědomí. Sleduje se pravidelnost dýchání, zaujímá polohu na zádech. U každé jiné polohy se dbá na dobré rozpětí plic. Pravidelným polohováním se zabraňuje vytvořením komplikací, dekubitů a pooperačních flebotrombóz (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Po operaci se u pacienta sleduje stav vědomí, tepu, dechu, tělesné teploty a krevního tlaku. Měření se provádí v pravidelných intervalech. První hodinu se měří každých patnáct minut, druhou hodinu se měří v intervalech po půl hodině a následně do 24 hodin každou hodinu. Měření se provádí podle stavu pacienta a závažnosti provedené operace. Všechny údaje se zaznamenávají do dokumentace pacienta. Sledování stavu u pacienta je doplněno o kontrolu operační rány, krvácení, bolest, drenáž, barva kůže a sliznic, diurézy a invazivních vstupů (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Bolest v operační ráně je častým projevem po vymizení anestetika. Bolest po jednom až dvou dnech vymizí, pokud se jedná o nekomplikovaný průběh hojení rány. Bolest u pacienta by se nikdy neměla podceňovat. Přetrvávající intenzivní bolest může charakterizovat akutní zánět, ranné krvácení, rozestup rány nebo vznikající píštěl. Mezi nejčastější metodu hodnotící bolest patří verbální škála, při které pacient vyjadřuje pocit bolesti číslem na stupnici stanovené od 1 do 10, slovně od slabé po nesnesitelnou. Škála, která hodnotí neverbální projevy bolesti, se zaměřuje na pláč, bolest, vzdechy, sykání, nařikání. O výskytu bolesti u pacienta je informován lékař, který naordinuje analgetika (SLEZÁKOVÁ, 2010).

U pacienta je před i po operaci omezen příjem tekutin. Dochází k osychání jazyka a sliznice dutiny ústní, vzniká nepříjemný zápach, může se také přidružit pooperační nauzea a zvracení. U pacienta by se mělo dbát na hygienu dutiny ústní, ale také na celkovou hygienu. Nauzea a zvracení může být následek premedikace, anestezie nebo podávání analgetik. U pacienta, který se dostatečně neprobudil z anestezie, hrozí aspirace zvratků. Mělo by se dbát na prevenci nauzei a zvracení (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Před některými z operačních výkonů se pacientům zavádí permanentní močový katetr. Po operaci se permanentní močový katetr buď ponechá, nebo se zruší. Nevymočí-li se pacient po operaci do 6-8 hodin spontánně, musí se provést katetrizace močového měchýře. K přechodným pooperačním stavům patří zástava plynů a stolice. Příčinou je zastavení peristaltiky. Mezi příznaky patří vzednutí břicha, nevolnost, bolest břicha. Pacientovi může být zavedená rektální rourka, která napomůže ke snížení plynatosti. Rektální rourka smí být zavedená pouze 20 minut. Plynatost může být ovlivněna také včasným polohováním, posazováním nebo mobilizací pacienta. K podpoření střevní peristaltiky se aplikují také léky (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Při operačním výkonu dochází ke ztrátě tělesných tekutin krvácením. Dochází ke změnám ve vodním a elektrolytovém hospodářství. Po operaci je důležité sledovat příjem a výdej tekutin. Po chirurgických výkonech na zažívacím traktu se v prvních pooperačních dnech perorální příjem tekutin nahrazuje parenterálních infuzních roztoků. K infuzní terapii se přistupuje při velkém zvracení nebo při dalších pooperačních komplikacích (SLEZÁKOVÁ, 2010).

V pooperačním období je důležitá prevence dekubitů častým polohováním a péče o predilekční místa. Také je nutné se věnovat prevenci vzniku tromboembolické nemoci. Tato péče je zaměřená hlavně na rizikové skupiny pacientů. Pacienti s kardiovaskulárními nemocemi, obézní nebo pacienti s tromboembolickou anamnézou patří do rizikové skupiny. Na prevenci by se mělo dbát již před operačním výkonem. Na dolní končetiny se přikládají elastické bandáže, omezuje se aplikace venózních injekcí, infuzí a podávají se také antikoagulancia. Po operaci by se mělo začít včas s mobilizací pacienta. Provádějí se masáže dolních končetin, dechová gymnastika a pasivní cvičení na lůžku. U rizikových pacientů jsou ponechány elastické bandáže na dolních končetinách a pokračuje se v aplikaci antikoagulancií (SLEZÁKOVÁ, 2010).

## 2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S VŘEDOVOU CHOROBOU ŽALUDKU

V praktické části je popisován průběh ošetrovatelského procesu u 75 leté pacientky s vředovou chorobou žaludku. Ošetrovatelský proces byl proveden během hospitalizace pacientky na oddělení LDN. V práci jsou zaznamenány 3 dny pozorování průběhu a léčby vředové choroby. Sběr anamnestických údajů byl realizován dle koncepčního modelu Marjory Gordon. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA taxonomie II. Zdrojem informací byla metoda pozorování, rozhovor s pacientkou, práce s lékařskou a sesterskou dokumentací. Pacientka souhlasila, že sesbírané informace mohou být zdrojem k vypracování bakalářské práce. Informovaný souhlas je k nahlédnutí u autora bakalářské práce.

### 2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

Tabulka 1 Základní identifikační údaje o pacientce

Jméno a příjmení: X. Y.	Datum narození: 1942
Rodné číslo: XXXXXX/XXXX	Věk: 75 let
Pohlaví: ženské	Bydliště: X
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
Stav: vdova	Zaměstnání: důchodkyně
Jméno příbuzného: X. Y.	Bydliště příbuzného: X. Y.
Bydliště: X	Vzdělání: střední škola
Datum příjmu: 15. 12. 2016	Čas příjmu: 08:45 hodin
Typ přijetí: plánovaný	Účel příjmu: léčebně - rehabilitační
Oddělení: LDN	Přijal: X. Y.

Ošetřující lékař: X. Y.	Obvodní lékař: X. Y.
-------------------------	----------------------

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2016.

**Důvod příjmu udávaný pacientem:** „Musím tu nějakou dobu bydlet.“

**Medicínská diagnóza hlavní:** M54.99 – Polytopní vertebrogenní algický syndrom, stav po fraktuře L2, L5 v roce 2013, polyartrosa

**Medicínské diagnózy vedlejší:** I70.90 – Ateroskleróza universalis, cerebri

I10 – Hypertenze II. – III. stupně

N39.0 – Urosepse s dehydratací v roce 2015

G308 – Morbus Alzheimer

F62.1 – Postproces porucha osobnosti

K25.9 – Vředová choroba gastroduodena

v roce 5. 1. 2017

**Nynější onemocnění:** Pacientka byla přijata dne 15. 12. 2016 na doporučení praktického lékaře k léčebně – rehabilitačnímu pobytu. Dle dokumentace zhoršení celkového stavu, hybnosti, bolesti páteře. Pacientka udává, že jí je dobře a nic jí nebolí. Při pozorování byly zjištěny bolesti při jídle hlavně po najezení, hemateméza a meléna. Pacientka byla dne 5. 1. 2017 poslána na Gastroskopii, kde byla zjištěna vředová choroba žaludku. Pacientka je dle dokumentace zbavená způsobilosti k právním úkonům a je v péči sociální pracovnice.

Tabulka 2 Vitální funkce při příjmu

Vitální funkce při příjmu dne 15. 12. 2016	
Krevní tlak	135/90 mmHg
Pulz	pravidelný, 90/min
Dechová frekvence	17/min
Tělesná teplota	36,7°C

Stav vědomí	při vědomí
Výška	165 cm
Hmotnost	54 kg
BMI	19,53
Pohyblivost	omezená, z důvodu bolesti zad
Orientace místem, časem, osobou	orientována
Krevní skupina	neuveдена

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2016.

Pacientka byla seznámena s léčebným řádem, informovaný souhlas k léčbě pacientka podepsala. Sociální pracovnice s péčí souhlasila.

**Zdroj informací:** lékař, ošetřující personál, vlastní pozorování, zdravotnická dokumentace, sociální pracovnice.

## 2.2 ANAMNÉZA

### Rodinná anamnéza

*Matka:* dle dokumentace bezvýznamné onemocnění.

*Otec:* dle dokumentace bezvýznamné onemocnění.

*Sourozenci:* 0

*Děti:* 0

### Osobní anamnéza

*Překonaná a chronická onemocnění:* pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, trpí Hypertenzí II. – III. stupně, polytopní VAS a aterosklerózou universalis. Dlouhodobě se léčí v psychiatrické ambulaci s paranoidní schizofrenií a v neurologické ambulanci s Morbus Alzheimer.

*Hospitalizace a operace:* v roce 2015 byla hospitalizovaná pro urosepsi s dehydratací. Třikrát hospitalizována ve Výzkumném ústavu psychiatrickém na uzavřeném oddělení s paranoidní schizofrenií. V roce 2016 hospitalizována na interním oddělení pro bolesti kloubů a pánve, poté přesunuta na LDN, kde proběhla rehabilitace s nácvikem soběstačnosti.

*Úrazy:* v roce 2013 fraktura L2 a L5.

*Transfúze:* 0

*Očkování:* 6. 6. 2016 pacientka byla očkována proti pneumokokům. Proti tetanu byla pacientka naposledy očkována v roce 2015. Běžná očkování podle očkovacího kalendáře.

### **Léková anamnéza**

Tabulka 3 Chronická farmakologická medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Agen	tableta	10 mg	1 – 0 – 0	Blokátory vápníkových kanálů
Betaloc SR	tableta	100 mg	1 – 0 – 0	Beta - blokátor
Prestarium neo	tableta	5 mg	1 – 0 – 1	antihypertenzivum
Itakem	tableta	10 mg	1 – 0 – 0	antidepresiva
Novalgin	tableta	500 mg	p.p.	analgetikum
Rispen	tableta	1 mg	0 – 0 – 1/2	antipsychotika
Yasnal	tableta	10 mg	0 – 0 - 1	Inhibitory acetylcholinesterázy

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2016.

### **Alergologická anamnéza**

*Léky:* neguje.

*Potraviny:* neguje.

*Chemické látky:* neguje.

*Jiné:* neguje.

### **Abúzy**

*Alkohol:* víno, pivo hlavně večer při sledování televize.

*Kouření:* kuřačka, denně vykouřila krabičku cigaret.

*Káva:* minimálně 10 šálků kávy denně.

*Léky:* neguje.

*Jiné návykové látky:* neguje.

### **Gynekologická anamnéza**

*Menarché:* ve 13 letech.

*Cyklus:* menstruace byla pravidelná.

*První den poslední menstruace (PM):* v 53 letech.

*Porody:* 0

*Potraty:* 0

*UPT:* 0

*Antikoncepce:* pacientka neužívala.

*Menopauza:* v 53 letech.

*Potíže klimakteria:* pacientka žádné potíže neudává.

*Samovyšetření prsou:* pacientka neprovádí, na mamografickém vyšetření nebyla.

*Poslední gynekologická prohlídka:* pacientka si nepamatuje, gynekologii pravidelně nenavštěvuje.

### **Sociální anamnéza**

*Stav:* vdova.



*Bytové podmínky:* bydlí sama na ubytovně, dochází za ní sociální pracovnice.

*Vztahy, role a interakce:* vdova, žádné příbuzné nemá, jediný vztah udržuje se sociální pracovníci, která za ní dochází téměř každý den.

*Záliby:* pacientka pečuje hlavně o svůj vzhled, doma chodila ven na procházky.

*Volnočasové aktivity:* sledování televize.

### **Pracovní anamnéza**

*Vzdělání:* středoškolské.

*Pracovní zařazení:* pracovala jako sekretářka, nyní v důchodu.

*Doba působení a čas odchodu do důchodu:* pacientka pracovala jako sekretářka 35 let, nyní je 20 let ve starobním důchodu.

### **Spirituální anamnéza**

*Religiózní praktiky:* pacientka není věřící.

## **2.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU ZE DNE 15. 12. 2016**

Tabulka 4 Fyzikální vyšetření sestrou ze dne 15. 12. 2016

Hlava	Hlava pokleповě nebolestivá, normocefalická, vlasy prořídle.
Oči	Bulby ve středním postavení, zornice okrouhlé, izokorické, skléry bílé, spojivky růžové.
Uši, nos	Uši a nos jsou bez výtoků. Naslouchací přístroj nepoužívá.
Rty	Rty jsou růžové, bez cyanózy.
Dásně, sliznice dutiny ústní	Sliznice dutiny ústní a dásně jsou růžové, bez povlaku.
Jazyk	Jazyk plazí ve střední čáře, vlhký, nepovleklý.

Tonzily	Tonzily jsou bez známek zánětu, klidné.
Chrup	Chrup je defektní.
Krk	Náplň krčních žil je pohmatem i pohledem nezvětšená, štítná žláza nezvětšená, krční uzliny nehmatné. Krk je souměrný.
Hrudník	Hrudník je symetrický, bez deformit.
Plíce	Na plicích plný a jasný poklep, dýchání sklípkové bez fenoménů, čisté. Dýchací pohyby jsou symetrické a pravidelné.
Srdce	Srdce poklepově nezvětšeno, akce srdeční pravidelná, dvě ohraničené ozvy. Úder srdečního hrotu nehmatný a neviditelný. Pulzace na dolních končetinách je dobře hmatatelná. Krevní tlak při příjmu 135/90 mmHg. Pulz 90/min.
Břicho	Břicho je měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, peristaltika slyšitelná. Potíže se zvracením pacientka neudává. Pacientka udává, že po jídle lehce bolí břicho.
Játra	Játra nezvětšená.
Slezina	Slezina nezvětšená.
Genitál	Genitál ženský.
Uzliny	Lymfatické uzliny nehmatné.
Páteř	Páteř je kulatá, poklepem i pohmatem bolestivá. Po fraktuře L2 a L5 je pohyblivost omezena.
Klouby	Pacientka trpí polyartrózou. Pohyblivost kloubů v dolních končetinách bolestivá při pohybu. Flexe a extence výrazně neomezena. Pohmatem a poslechem zjištěny drásoty

	v kolenech.
Reflexy	Reflexy výbavné.
Čítí	Při vědomí. Orientována místem, časem, osobou a prostředím.
Periferní pulzace	Pulzace je na periférii hmatatelná.
Varixy	Varixy na dolních končetinách nepřítomny.
Kůže	Kůže je bez viditelných defektů, růžová, suchá. Kožní turgor je přiměřený. Dekubity nepřítomné.
Otoky	Bez známek otoků.

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2016.

## 2.4 POSOUZENÍ DIAGNÓZ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Tabulka 5 Posouzení současného stavu ze dne 4. 1. 2017

<p><b>1. Podpora zdraví</b></p> <p>Uvědomování si zdraví</p> <p>Management zdraví</p>	<p><b>Subjektivně:</b> „Léky se snažím užívat. Doma chodím na procházky. U lékaře jsem byla.“</p> <p><b>Objektivně:</b> pacientka si onemocnění příliš nepřipouští. Když bydlela na ubytovně, léky pravidelně nebrala. V nemocnici dohlíží na užívání léků ošetřující personál. Celý den leží v posteli a sleduje televizi. Ven chodí pouze kouřit.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> sedavý způsob života. Neefektivní udržování zdraví.</p> <p><b>Použitá měřicí technika:</b> Barthelův test základních všedních činností ADL.</p> <p><b>Priorita:</b> sedavý způsob života – nízký,</p>
---	---

	neefektivní udržování zdraví – nízký.
<b>2. Výživa</b> Příjem potravy Trávení Vstřebávání Metabolizmus Hydratace	<p><b>Subjektivně:</b> „Doma jsem jedla to, na co jsem měla chuť. Mám ráda kafe a sladké jídlo. Něco jsem doma vypila. Už doma mě trošku bolelo břicho, když jsem se hodně najedla. Zítra jdu na vyšetření, od půlnoci nesmím nic jíst a pít.“</p> <p><b>Objektivně:</b> pacientka doma nedodržovala žádný stravovací režim. Doma pila hlavně kafe a hodně kouřila. Vodu doma moc nepila. V nemocnici jí zdravotnický personál musí několikrát upozornit, aby se přesunula na jídlo do jídelny. Musí se sledovat příjem tekutin, protože místo čaje pije hlavně kafe, které si zalévá studenou vodou z kohoutku. Za den vypije asi litr čaje. V nemocnici moc nejí, po najezení si stěžuje na bolesti břicha a na zvracení. Zítra jde na Gastroskopii, proto od půlnoci nesmí nic jíst ani pít. Je sledována, aby zákaz neporušila.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu. Riziko nerovnováhy elektrolytů. Snížený objem tekutin. Dysfunkční gastrointestinální motilita. Nausea. Akutní bolest.</p> <p><b>Použitá měřicí technika:</b> Barthelův test základních všedních činností ADL, BMI.</p> <p><b>Priorita:</b> nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu – střední, riziko nerovnováhy elektrolytů – nízká, snížený objem tekutin – střední, dysfunkční gastrointestinální motilita – střední, nauzea – střední, akutní bolest – střední.</p>
<b>3. Vylučování a výměna</b>	<b>Subjektivně:</b> „Žádné problémy s vylučováním

<p>Funkce močového systému</p> <p>Funkce gastrointestinálního systému</p> <p>Funkce kožního systému</p> <p>Funkce dýchacího systému</p>	<p>nemám. S dýcháním problém nemám. “</p> <p><b>Objektivně:</b> pacientka si nestěžuje na problémy s vylučováním moče ani stolice. V nemocnici byla zjištěna meléna.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém:</b> riziko zácpy.</p> <p><b>Použitá měřicí technika:</b> Barthelův test základních všedních činností ADL.</p> <p><b>Priorita:</b> nízká</p>
<p><b>4. Aktivita – odpočinek</b></p> <p>Spánek, odpočinek</p> <p>Aktivita, cvičení</p> <p>Rovnováha energie</p> <p>Kardiovaskulární – pulmonální reakce</p> <p>Sebepéče</p>	<p><b>Subjektivně:</b> „Doma jsem spala dobře, chodila jsem na procházky. V nemocnici se spaním problém nemám, někdo mě tu pořád vyrušuje. Snažím se o sebe pečovat. Při pohybu mě bolí záda. “</p> <p><b>Objektivně:</b> pacientka v nemocnici sleduje televizi pozdě do noci. Spánkový deficit dohání přes den. V noci je neklidná, často chodí na záchod. Pacientka pečuje o svůj vzhled. Hlavně dbá o svoje nehty, které musí mít dlouhé a nalakované. Nenechá si je ostříhat. Při pohybu si stěžuje na bolesti zad, k chůzi používá berle. Pacientka nevyžaduje pomoc při oblékání, při vstávání z postele. Pacientka musí být každé ráno vyzvána, aby se šla vykoupat. U pacientky se musí dohlédnout na hygienu.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém:</b> nespavost. Zhoršená tělesná pohyblivost. Chronická bolest. Deficit sebe péče při koupání.</p> <p><b>Použitá měřicí technika:</b> Stupnice dle Nortonové.</p> <p><b>Priorita:</b> nespavost – střední, zhoršená tělesná pohyblivost – nízká, chronická bolest – střední,</p>

	deficit sebe péče při koupání – nízká.
<b>5. Percepce/kognice</b> Pozornost Orientace Kognice Komunikace	<p><b>Subjektivně:</b> „Cítím se docela dobře, kde jsem, místo i čas vím. Trochu zapomínám.“</p> <p><b>Objektivně:</b> vědomí je bdělé. Pacientka komunikuje, ale mluví potichu, zakrývá si ústa, aby jí někdo neslyšel. Při komunikaci mluví krátkými větami, které nechce rozvádět. Je orientovaná v místě, v čase a v osobě. Má pocit, že jí někdo sleduje. Často mluví potichu pro sebe. Když jí personál neosloví, sama s nikým jiným nekomunikuje. Novopaměť je bez poruch. Staropaměť je mírně porušená.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> snaha zlepšit komunikaci. Zhoršená verbální komunikace.</p> <p><b>Použitá měřicí technika:</b> 0</p> <p><b>Priorita:</b> snaha zlepšit komunikaci – nízká, zhoršená verbální komunikace – nízká.</p>
<b>6. Sebepercepce</b> Sebepojetí Sebeúcta Obraz těla	<p><b>Subjektivně:</b> „Jsem zvyklá být sama co mi umřel manžel. Příbuzné nemám. Chodí za mnou sociální pracovnice na návštěvy. Chtěla bych jít co nejdřív domů.“</p> <p><b>Objektivně:</b> pacientka před hospitalizací bydlela na ubytovně sama. Zdravotní stav příliš neřeší. Hlavní je pro ní televize a častá možnost si jít ven zakouřit. Je edukována o zítřejším vyšetření, ale samotného výkonu se nebojí. Chtěla by jít co nejdřív zpátky domů.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> 0</p> <p><b>Použitá měřicí technika:</b> 0</p>

	<b>Priorita: 0</b>
<b>7. Vztahy mezi rolemi</b> Role pečovateli Rodinné vztahy Plnění rolí	<b>Subjektivně:</b> „Chodí za mnou sociální pracovnice.“ <b>Objektivně:</b> pacientka nevyhledává společnost, nekomunikuje s ostatními pacienty. Jediná blízká osoba je pro ní sociální pracovnice, která jí často navštěvuje. <b>Ošetrovatelský problém:</b> zhoršená sociální interakce. <b>Použitá měřicí technika: 0</b> <b>Priorita: nízká</b>
<b>8. Sexualita</b> Sexuální funkce Reprodukce	<b>Subjektivně:</b> „, Nemám žádné děti. Od smrti manžela jsem sama. “ <b>Objektivně:</b> menarche se u pacientky objevilo ve 13 letech. Mestrace byla pravidelná, bez obtíží. Menopauza začala v 53 letech. <b>Ošetrovatelský problém: 0</b> <b>Použitá měřicí technika: 0</b> <b>Priorita: 0</b>
<b>9. Zvládání/tolerance zátěže</b> Posttraumatické reakce Reakce na zvládání zátěže Neurobehaviorální stres	<b>Subjektivně:</b> „,Chtěla bych už jít domů. “ <b>Objektivně:</b> pacientka by se chtěla vrátit co nejdřív domů. Je na ní vidět, že se jí v nemocnici nelíbí, protože není ve svém prostředí. V nemocnici musí dodržovat režim, který jí nevyhovuje. Také nesmí sama chodit ven kouřit, pouze s doprovodem, protože je riziko, že by odešla domů. Bojí se, že se nedostane v blízké době domů. <b>Ošetrovatelský problém:</b> stresový syndrom

	<p>z přemístění. Úzkost. Strach.</p> <p><b>Požítá měřicí technika:</b> pozorování.</p> <p><b>Priorita:</b> stresový syndrom z přemístění – střední, úzkost – střední, strach – střední.</p>
<p><b>10. Životní principy</b></p> <p>Hodnoty</p> <p>Přesvědčení</p> <p>Soulad hodnot / přesvědčení / jednání</p>	<p><b>Subjektivně:</b> „Do kostela nechodím, nejsem věřící.“</p> <p><b>Objektivně:</b> pacientka nevyžaduje duchovní pomoc.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém:</b> 0</p> <p><b>Použitá měřicí technika:</b> 0</p> <p><b>Priorita:</b> 0</p>
<p><b>11. Bezpečnost – ochrana</b></p> <p>Infekce</p> <p>Fyzické poškození</p> <p>Násilí</p> <p>Environmentální rizika</p> <p>Obranné procesy</p> <p>Termoregulace</p>	<p><b>Subjektivně:</b> „Mám pocit, že mě tady někdo sleduje. Při chůzi používám berle. Špatně chodím, protože mě bolí záda. Z výkonu co mě čeká zítra, nemám strach.“</p> <p><b>Objektivně:</b> u pacientky je zhoršená chůze, kvůli bolestem zad. Nemocnice na ní nepůsobí dobře. Z výkonu strach nemá.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém:</b> riziko pádu.</p> <p><b>Použitá měřicí technika:</b> škála pro měření rizika pádu.</p> <p><b>Priorita:</b> nízká.</p>
<p><b>12. Komfort</b></p> <p>Tělesný komfort</p> <p>Komfort prostředí</p> <p>Sociální komfort</p>	<p><b>Subjektivně:</b> „Bolí mě záda při pohybu, po jídle mě bolí břicho. Jsem ráda, že mám na pokoji televizi. Ráda koukám na seriály. Na pokoji je se mnou pacientka, ale nemluvíme spolu. Chtěla by jít už domů. Chodí za mnou sociální pracovnice, která mi koupí vždycky něco</p>



	<p>dobrého.“</p> <p><b>Objektivně:</b> bolesti zad pacientka na škále bolesti označila 2 (nepříjemná bolest) a bolesti břicha po jídle 5 (nesnesitelná bolest). Pacientka udržuje se sociální pracovníci dobrý vztah. Na pokoji pacientce nejvíc vyhovuje velká televize.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> akutní bolest. Chronická bolest.</p> <p><b>Použitá měřicí technika:</b> Melzackova škála bolesti.</p> <p><b>Priorita:</b> akutní bolest – střední, chronická bolest – střední.</p>
<p><b>13. Růst/vývoj</b></p> <p>Růst</p> <p>Vývoj</p>	<p><b>Subjektivně:</b> „Již nerostu“.</p> <p><b>Objektivně:</b> pacientka má ukončený růst.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> 0</p> <p><b>Použitá měřicí technika:</b> 0</p> <p><b>Priorita:</b> 0</p>

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická, 2015, s. 10.

Tabulka 6 Posouzení psychického stavu

<b>Posouzení psychického stavu</b>		
	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Vědomí:</b>	Beze změn.	Spolupracující, bdělý.
<b>Orientace:</b>	„Jsem v nemocnici.“	Přesně orientovaná místem, časem a osobou.

<b>Nálada:</b>		„Bude lepší, až budu doma.“	Mírná tenze, aktuálně bez poruch chování a agrese. Přetrvává paranoidní nastražení.
<b>Paměť:</b>	staropaměť	„Nemám problém s pamětí.“	Beze změn.
	novopaměť	„Nemám problém s pamětí.“	Beze změn.
<b>Myšlení:</b>		„Nemám problém s myšlením.“	Paranoidně laděné.
<b>Temperament:</b>		„Nevím.“	Melancholik.
<b>Sebehodnocení:</b>		„Nevím.“	Před hospitalizací pacientka žila sama na ubytovně, nyní je závislá na péči zdravotníků.
<b>Vnímání zdraví:</b>		„Není to tak hrozné, trochu mě bolí záda.“	Před hospitalizací se pacientka léčila s bolestmi zad.
<b>Vnímání zdravotního stavu:</b>		„Mohlo by to být lepší.“	Pacientka si nepřipouští onemocnění.
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:</b>		„Myslím, že je všechno při starém.“	Onemocnění si nepřipouští, reakce byla přiměřená.
<b>Reakce na hospitalizaci:</b>		„Chtěla bych se vrátit už domů.“	Spolupracuje.
<b>Adaptace na onemocnění:</b>		„Myslím, že je všechno při starém.“	Přiměřená zdravotnímu stavu, onemocnění si nepřipouští.

<b>Projevy jistoty a nejistoty</b> (úzkost, strach, obavy, stres):	„Doufám, že jsem tady jen na chvíli.“	Přes den i noc se straní, nevyžaduje pozornost, je ráda sama na pokoji.
<b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací</b> (iatropatogenie, sorrorigenie):	„V nemocnici už jsem dřív byla.“	Dřívější hospitalizace na psychiatrickém a interním oddělení. S personálem spolupracuje, na dřívější hospitalizace si nestěžuje.

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2016.

## 2.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

### Ordinovaná vyšetření:

3. 1. 2017 Biochemické a hematologické vyšetření

5. 1. 2017 Gastroskopie

### Výsledky:

Tabulka 7 Výsledky hematologického vyšetření krve ze dne 3. 1. 2017

Hematologické vyšetření	Hodnota pacientky	Jednotka	Referenční hodnota
Erytrocyty	2,89	$10^{12}/l$	3,80 – 5,20
Trombocyty	83	$10^9/l$	150 - 400
Leukocyty	107,1	$10^9/l$	4,0 – 10,0
Hematokrit	0,29	1	0,35 – 0,47
Hemoglobin	89	g/l	120 - 160

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2016.

Tabulka 8 Výsledky biochemického vyšetření ze dne 3. 1. 2017

Hematologické vyšetření	Hodnota pacientky	Jednotka	Referenční hodnota
Natrium	141	mmol/l	136 - 145
Kalium	4,81	mmol/l	3,5 – 5,1
Chloridy	105	mmol/l	98 - 107
Urea	5,6	mmol/l	3,5 – 7,2
Kreatinin	75	umol/l	45 - 84
Bilirubincelkový	3,1	umol/l	0,0 – 18,7
ALT	0,21	ukat/l	0,00 – 0,52
AST	0,40	ukat/l	0,00 – 0,52
GGT	0,31	ukat/l	0,00 – 0,67
ALP	1,05	ukat/l	0,00 – 2,35
Celková bílkovina	64,3	g/l	64 - 83
Albumin	35,2	g/l	39,7 – 49,4
Glukóza	4,41	mmol/l	3,33 – 5,59

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2016.

**Výsledek fibroskopického vyšetření ze dne 5. 1. 2017:**

Přístroj zaveden do jícnu, kde nejsou stopy krve. Dále v žaludku na zadní stěně je krytý vřed čerstvým koagulem o průměru 10 – 15 mm. Vřed v žaludku dosáhl již hemostázy. Sliznice v duodenu klidná. Dále doporučené konzervativní řešení. Kontrola za týden nebo při recidivě krvácení.

**Konzervativní léčba:**

*Před vyšetřením:* dieta č. 2, od půlnoci nic per os, nekouřit.

*Po vyšetření:* 2 hodiny nic per os, nekouřit, poté dieta č. 2.

**Výživa:** perorální.

**Pohybový režim:**

*Před vyšetřením:* klidový režim na lůžku, edukace.

*Po vyšetření:* 2 hodiny po vyšetření klidový režim na lůžku, poté běžný aktivní i pasivní pohyb.

**RHB:** aktivní i pasivní mobilita u lůžka, nácvik chůze a sebeobsluhy.

**Medikamentózní léčba:**

Tabulka 9 Medikamentózní léčba po gastrokopickém vyšetření

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Agen	tableta	10 mg	1 – 0 – 0	Blokátory vápníkových kanálů
Betaloc SR	tableta	100 mg	1 – 0 – 0	Beta - blokátor
Prestarium neo	tableta	5 mg	1 – 0 – 1	antihypertenzivum
Itakem	tableta	10 mg	1 – 0 – 0	antidepresiva
Novalgín	tableta	500 mg	p.p.	analgetikum
Rispen	tableta	1 mg	0 – 0 – 1/2	antipsychotika
Yasnal	tableta	10 mg	0 – 0 - 1	Inhibitory acetylcholinesterázy
Helicid	tobolka	20 mg	1 – 0 – 1	antacidum

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2017.

## 2.6 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 6. 1. 2017

Na oddělení LDN byla pacientka přijata dne 15. 12. 2016 na doporučení praktického lékaře pro léčebně – rehabilitační pobyt. Pacientka si při příjmu stěžovala na bolesti zad a na mírné bolesti břicha po najezení. Pacientka podepsala souhlas s hospitalizací, byla seznámena s ošetřujícím lékařem, s ošetřujícím personálem a s řádem oddělení. Při příjmu bylo natočeno EKG, byla sepsána a odebrána ošetřovatelská anamnéza.

U pacientky byla postupně zjištěna nechut' k jídlu, zvracení a meléna. Dne 3. 1. 2017 byla pacientce odebrána krev na biochemické a hematologické vyšetření. Na základě příznaků projevujících se u pacientky a výsledků z odebrané krve, byla objednána na fibroskopické vyšetření.

Dne 4. 1. 2017 byla pacientka poučena, že od půlnoci do vyšetření nesmí nic per os a kouřit. Pacientka byla sledována ošetřujícím personálem kvůli dodržování diety od půlnoci. Byl také sledován psychický stav pacientky a bolesti břicha před vyšetřením. Ke sledování bolesti byla použita Melzackova škála bolesti. Pacientka hodnotila bolest stupněm 5 (nesnesitelná bolest).

Dne 5. 1. 2017 v 9:00 hodin bylo provedeno fibroskopické vyšetření. Z výsledku vyšetření byl zjištěn vřed v žaludku. Pacientka byla objednána za týden na kontrolní vyšetření a byl nasazen Helicid 20 mg cps. 1 – 0 – 1. Dvě hodiny po vyšetření měla pacientka dietu nic per os a klidový režim na lůžku. V 13:00 pacientka popsala bolest po najezení číslem 4 (krutá bolest). V 18:00 popsala bolest číslem 3 (intenzivní bolest). Pacientka byla poučena o dietním režimu ošetřujícím lékařem a poté znovu poučena ošetřujícím personálem. Večerní hygienu provedla pacientka bez problému.

Dne 6. 1. 2017 pacientka udává zlepšení stavu. Na škále bolesti zvolila v 10:00 hodin dopoledne stupeň 3 (intenzivní bolest) a v 18:00 hodin zvolila na hodnotící škále bolesti stupeň 2 (nepříjemná bolest). Po najezení pacientka nezvracela. Ošetřujícím personálem je pacientka i nadále sledována. Pacientka obdržela informační leták, který vysvětluje preventivní opatření vředové choroby. Podle informačního letáku, byla pacientka edukována. I přes doporučení lékaře a poučení od ošetřujícího personálu pacientka nedodrží dietní režim.

## **2.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT DNE 6. 1. 2017**

### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy:**

Akutní bolest (00132)

Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196)

Nevyvážená výživa – méně než je potřeba organismu (00002)

Snížený objem tekutin [Dehydratace] (00027)

Nauzea (00134)

Chronická bolest (00133)

Nespavost (00095)

Stresový syndrom z přemístění (00114)

Úzkost (00146)

Strach (00148)

Sedavý způsob života (00168)

Neefektivní udržování zdraví (00099)

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Snaha zlepšit komunikaci (00157)

Zhoršená verbální komunikace (00051)

Zhoršená sociální interakce (00052)

Deficit sebek péče při koupání (00108)

### **Potenciální ošetřovatelské diagnózy:**

Riziko nerovnováhy elektrolytů (00195)

Riziko zácpy (00015)

Riziko pádu (00155)

## AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Zde jsou rozpracované čtyři ošetřovatelské diagnózy, stanovené dle priorit pomocí NANDA I TAXONOMIE II. Tyto ošetřovatelské diagnózy jsou vybrané z toho důvodu, že byly nejaktuálnější v den fibroskopického vyšetření.

### Ošetřovatelská diagnóza 1

Akutní bolest (00132)

**Doména:** 12. Komfort

**Třída:** Tělesný komfort

**Definice:** *Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem (NANDA, 2015, s. 404).*

#### Určující znaky:

- změny v chuti k jídlu,
- nesoustředěné chování,
- výraz bolesti v obličeji,
- vyhledávání antalgické polohy,
- narušení vzorce spánku,
- vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (slovní vyjádření hodnocení pacientky intenzity 5 – na pětistupňové stupnici bolesti, kdy 1 (mírná) – 5 (nesnesitelná).

**Související faktory:** biologičtí původci zranění (infekce).

**Priorita:** střední

**Cíl krátkodobý:** Pacientka po zahájení medikamentózní terapie má zmírněnou bolest (intenzita bolesti klesne z hodnoty 5 na hodnotu 2) do 24 hodin.



**Cíl dlouhodobý:** Pacientka pocítuje zmírnění bolesti břicha na intenzitu 1 (mírná) do 2 týdnů.

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka umí hodnotit bolest dle numerické škály do 1 hodiny.
- Pacientka udává zmírnění bolesti vždy po podání analgetik do 1 hodiny.
- Pacientka zná úlevovou polohu a zaujímá jí do 24 hodin.
- U pacientky postupně klesá spotřeba analgetik do 1 týdne.
- Pacientka má lepší kvalitu spánku do 4. dnů.
- Pacientka pocítuje zmírnění bolesti vznikající po jídle do 2 týdnů.

**Plán ošetrovatelských intervencí:**

1. Informuj pacientku o možnosti sledování její bolesti pomocí Melzeckovy škály bolesti do 1 hodiny (všeobecná sestra).
2. Proveď posouzení bolesti na Mezeckově škále bolesti a zaznamenávej intenzitu do dokumentace čtyřikrát denně (všeobecná sestra).
3. Sleduj neverbální projevy při bolesti průběžně (všeobecná sestra).
4. Aplikuj medikamentózní terapii dle ordinace lékaře a dle subjektivního vnímání bolesti pacientky průběžně (všeobecná sestra).
5. Monitoruj účinky podávání léků průběžně (všeobecná sestra).
6. Edukuj pacientku o vhodné úlevové poloze do 1 hodiny (všeobecná sestra).
7. Sleduj případné vedlejší účinky medikace průběžně (všeobecná sestra).
8. Zodpověz všechny dotazy pacientky vždy (všeobecná sestra).
9. Zajisti co nejlepší podmínky pro kvalitní spánek do 1. dne (všeobecná sestra).
10. Nepodceňuj subjektivní vnímání bolesti pacientky vždy (všeobecná sestra).

**Realizace 5. 1. 2017**

Pacientka je poučena o možnosti sledování na Melzeckově škále bolest. Po fibroskopickém vyšetření pacientka udává snížení bolesti. V 13:00 pacientka na Melzeckově škále bolesti udává bolest břicha po najezení číslem 4 (krutá). Pacientka je poučena o farmakoterapii proti bolesti, úlevové poloze a o dietním režimu. Pacientce

je podáván Novalgin 500mg p.o. podle potřeby a Helicid 20mg cps. 1 – 0 - 1. Bolest je zaznamenávána do ošetrovatelské dokumentace. Po podání analgetik pacientka udává zmírnění bolesti. Sleduje se příjem tekutin a stravy. Během dne jsou sledovány neverbální projevy pacientky hlavně po jídle. V 18:00 na škále pacientka udává bolest s čísle 3 (intenzivní). Po celý den se sleduje účinek podávaných léčiv.

### **Realizace 6. 1. 2017**

Pacientka chápe přínos Melzeckovy škály bolesti a využívá ji k jejímu hodnocení. Na hodnotící škále pacientka udává zlepšení. V 8:00 hodnotila bolest číslem 3 (intenzivní), v 12:00 také číslem 3 a v 18:00 číslem 2 (nepříjemná). Pacientka dnes nezvracela. Pacientka dobře reaguje na farmakoterapii. Nežádoucí účinky nebo komplikace nebyly zpozorovány. Pacientka během dne zaujímá úlevovou polohu.

### **Hodnocení ze dne 6. 1. 2017**

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka je schopna hodnotit bolest podle Melzeckovy škály bolesti, umí zaujmout správnou úlevovou polohu a nebojí si říct o analgetika. Po nasazení léků pacientka udává snížení bolesti po jídle. V 18:00 pacientka udává bolest po najezení pomocí škály číslem 2. U pacientky je sledován dietní režim.

Díky kvalitní lékařské a ošetrovatelské péči se předpokládá, že dlouhodobý cíl bude splněn.

### **Ošetrovatelská diagnóza 2**

Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196)

**Doména 3:** Vylučování a výměna

**Třída 2:** Funkce gastrointestinálního systému

**Definice:** *Zvýšená, snížená, neefektivní nebo neexistující peristaltická aktivita v rámci gastrointestinálního traktu (NANDA, 2015, s. 176).*

### **Určující znaky:**

- bolest břicha,
- křeče v břiše,

- průjem, potíže s odchodem stolice,
- nauzea,
- zvracení,
- regurgitace.

Související faktory:

- enterální výživa,
- sedavý způsob života,
- netolerance jídla.

**Priorita:** střední

**Cíl krátkodobý:** Po zahájení terapie si pacientka nebude stěžovat na nevolnost a zvracení po jídle do 2 dnů.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nebude zvracet po jídle do 2 týdnů.

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka se zapojuje do pohybového režimu ke zlepšení trávení do 2 dnů.
- Pacientka nebude zvracet po jídle do 2 dnů.
- Pacientka zná vhodné potraviny a tekutiny, které nejsou dráždivé pro žaludek do 2 dnů.

**Plán ošetrovatelských intervencí:**

1. Vyšetří břicho poslechem a zaznamenej střevní pohyby po fibroskopickém vyšetření do 24 hodin (všeobecná sestra).
2. Zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace datum poslední stolice denně vždy večer (všeobecná sestra).
3. Zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace, zda byla přítomná hemateméza ve stolici denně vždy večer (všeobecná sestra).
4. Sleduj a zaznamenej zvracení u pacientky po jídle průběžně (všeobecná sestra).
5. Podporuj pacientku v pitném a pohybovém režimu třikrát denně (všeobecná sestra).

6. Informuj pacientku o dietním režimu a sleduj, zda dietní režim pacientka dodržuje do 1 dne (všeobecná sestra).

### **Realizace 5. 1. 2017**

Pacientka před fibroskopickým vyšetřením má dietu nic per os. Po fibroskopickém vyšetření je pacientka sledována a sleduje se, aby 2 hodiny nepřijímala nic per os. V 12:00 je pacientce dovoleno pít a dostane lehký oběd. Pacientka po obědě nezvracela, pouze si stěžuje na bolesti břicha. Je pobízena ke zvýšení pitného režimu. Jsou jí doporučeny vhodné potraviny a je seznámena s dietními omezeními. Pacientka je seznámena, že musí omezit kávu s obsahem kofeinu a kořeněná jídla. U pacientky je sledována hemateméza, která je zaznamenávána do dokumentace. U pacienty ve stolici v 19:00 nebyla nalezena hemateméza.

### **Realizace 6. 1. 2017**

Po jídle pacientka nezvracela. Bolesti břicha pacientka udává nižší. Ve stolici není přítomná hemateméza. Pacientka je informována o stravovacím režimu. Sleduje se množství vypitého čaje. Pohybuje se po celém oddělení bez omezení. Pacientka šla s doprovodem odpoledne kouřit.

### **Hodnocení 6. 1. 2017**

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka den po fibroskopickém vyšetření nezvracela. Předpokládá se, že dlouhodobý cíl bude také splněn.

### **Ošetřovatelská diagnóza 3**

Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)

**Doména 2:** Výživa

**Třída 1:** Příjem potravy

**Definice:** *Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu* (NANDA, 2015, s. 140).

**Určující znaky:**

- bolest břicha,
- změněná chuť,

- odpor k jídlu,
- vnímaná neschopnost přijímat potravu.

Související faktory:

- neschopnost přijmout potravu,
- nedostatečný přísun potravy,
- biologické faktory.

**Priorita:** střední

**Cíl krátkodobý:** Pacientka je edukována o metodách pro zvýšení váhy a změny životního stylu do 2 dnů.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka si osvojí změnu životního stylu a bude jej dlouhodobě dodržovat do 3 týdnů.

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka se zapojuje do správného stravovacího režimu pro zlepšení trávení do 3 dnů.
- Pacientka zná zdravé potraviny a umí je vyjmenovat do 3 dnů.
- Pacientka zná a umí vyjmenovat nezdravé a dráždivé potraviny do 3 dnů.
- Pacientka si nebude stěžovat na bolesti břicha po najezení do 2 týdnů.
- U pacientky selepší chuť k jídlu do 1 týdne.

**Plán ošetrovatelských intervencí:**

1. Zmapuj obvyklý denní jídelníček pacientky do 1 týdne (všeobecná sestra).
2. Seznam pacientku s nutričním terapeutem do 2 týdnů (všeobecná sestra).
3. Poskytni pacientce informační leták o správném stravování a dietách, které jsou pro ni vhodné do 2 týdnů (nutriční terapeut, všeobecná sestra).
4. Pacientku zvaž a změř, vypočítej její BMI a zaznamenej její údaje do ošetrovatelské dokumentace do 1 dne (všeobecná sestra).
5. Doporuč pacientce správný stravovací režim a působení dráždivých jídel na nynější onemocnění do 2 dnů (všeobecná sestra).

6. Vysvětlí a motivuj pacientku k dodržování vhodného pohybového režimu do 1 týdne (všeobecná sestra).

#### **Realizace 5. 1. – 6. 1. 2017:**

Pacientka je zvážena a změřena. U pacientky je naměřené BMI 19,53 bodů. BMI je v normě. Veškeré údaje jsou zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace. Pacientce je vysvětlen důvod fibroskopického vyšetření a diety nic per os od půlnoci. Od půlnoci je sledována pro dodržení diety. Po fibroskopickém vyšetření je pacientce vysvětlen správný stravovací režim a omezení dráždivých jídel. Byla seznámena s potravinami, které by měla omezit. O správnosti stravování je také informována sociální pracovníce, která za pacientkou dochází. Pacientka obdržela informační leták o správném stravování. Pacientce je také domluvena konzultace s nutriční terapeutkou. Den po fibroskopickém vyšetření pacientka udává zlepšení a přes opakovanou edukaci konzumuje nevhodné potraviny.

#### **Hodnocení 6. 1. 2017**

Krátkodobý cíl byl splněn. Předpokládá se, že dlouhodobý cíl splněn nebude. Pacientka neomezuje nevhodná a dráždivá jídla. Pacientka byla po fibroskopickém vyšetření opakovaně edukována.

#### **Ošetrovatelská diagnóza 4**

Snížený objem tekutin [Dehydratace] (00027)

**Doména 2:** Výživa

**Třída 5:** Hydratace

**Definice:** *Snížení intravaskulárních, intersticiálních nebo intracelulárních tekutin. Vztahuje se k dehydrataci, samotná ztráta vody je beze změn v [koncentraci] sodíku (NANDA, 2015, s. 153).*

**Určující znaky:**

- změna kožního turgoru,
- snížený výdej moči,
- slabost,

- suché sliznice,
- suchá kůže,
- tachykardie.

Související faktory:

- aktivní pokles objemu tělesných tekutin.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka nejeví známky dehydratace do 2 dnů.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka zná rizika dehydratace a dlouhodobě si osvojí pitný režim do 2 týdnů.

**Očekávané výsledky:**

- U pacientky není vysušená kůže a kožní turgor je v normě do 2 dnů.
- Pacientka má vlhkou sliznici do 24 hodin.
- Pacientka nepocítuje žízeň a denně vypije více než 2 litry tekutin do 3 dnů.
- U pacientky se zvýší výdej moči (1,5 l/den) do 2 dnů.
- Pacientka je normotenzní, nepocítuje slabost a únavu do 2 dnů.
- Pacientka je edukována o důležitosti pitného režimu a rizicích dehydratace do 24 hodin.
- Pacientka si osvojí pitný režim a dodržuje ho do 1 týdne.

**Plán ošetrovatelských intervencí:**

1. Sleduj u pacientky příjem tekutin a zaznamenej denní příjem do ošetrovatelské dokumentace denně (všeobecná sestra).
2. Zmapuj a sleduj příčiny dehydratace a zaznamenej je do ošetrovatelské dokumentace do 24 hodin (všeobecná sestra).
3. Informuj pacientku o rizicích a důsledcích dehydratace při nedodržování pitného režimu denně (všeobecná sestra).
4. Zajisti dostatek tekutin v dosahu lůžka během celého dne (všeobecná sestra).
5. Kontroluj pitný režim během celého dne (všeobecná sestra).
6. Pobízej a motivuj pacientku k dodržování pitného režimu třikrát denně (všeobecná sestra).

#### **Realizace 4. 1. – 6. 1. 2017**

Před fibroskopickým vyšetřením si pacientka stěžuje na zvracení po jídle a nechutenství. Pro sledování pitného režimu je pacientce donesen džbán s čajem, který je průběžně kontrolován. Příjem tekutin je zaznamenáván do ošetrovatelské dokumentace. Pacientka je pobízena pro zvýšení pitného režimu a edukována o rizicích a důsledcích dehydratace. Po fibroskopickém vyšetření a nasazení medikamentózní léčby pacientka lépe spolupracuje na dodržování pitného režimu. Postupně je sledovaná zvýšená chuť k jídlu. U pacientky jsou kontrolovány znaky dehydratace. Pacientka je také edukována podle informačního letáku, aby snížila denní množství vypité rozpustné kávy. Pacientka odmítá snížit příjem rozpustné kávy a i po opakované edukaci vypije i deset šálku rozpustné kávy za den.

#### **Hodnocení 6. 1. 2017**

Krátkodobý cíl u pacientky byl splněn. Dlouhodobí cíl bude částečně splněn. Pacientka zlepšila pitný režim, ale není schopna za den vypít 2 litry tekutin a omezit pití rozpustné kávy.



## 2.8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacientka X. Y. byla přijata na LDN oddělení 15. 12. 2016 pro zhoršení stavu. U pacientky byly postupně pozorovány příznaky poukazující na vředovou chorobu. V období od 4. 1 do 6. 1. 2017 bylo u pacientky určeno 17 aktuálních a 3 potencionální ošetrovatelské diagnózy. Z aktuálních diagnóz byly vybrány čtyři, které jsou detailně vypracované. U vybraných diagnóz byly určeny cíle, očekávané výsledky a ošetrovatelské intervence. Podle ošetrovatelských intervencí byla realizována individuální ošetrovatelská péči.

U pacientky byla sledována bolest, kterou hodnotila podle Melzeckovy škály bolesti. Před fibroskopickým vyšetřením a medikamentózní terapií pacientka označovala bolest číslem 4 (krutá). Po nasazení medikamentózní terapie pacientka hodnotila bolest dne 5. 1. 2017 po najezení číslem 3 (nesnesitelná). Dne 6. 1. 2017 po najezení pacientka hodnotila bolest číslem 2 (intenzivní). Bolest byla i nadále sledována a zaznamenávána do ošetrovatelské dokumentace.

Pacientka si také stěžovala na zvracení, nevolnost a nechutenství po jídle. Všechny obtíže pacientku omezovali v příjmu potravy a tekutin. U pacientky se sledoval příjem tekutin pro zvýšené riziko dehydratace. Pacientka měla odměřené 2 litry tekutin na den. Vypité tekutiny byly zapsány do dokumentace. Pacientka byla edukována, že před fibroskopickým vyšetřením dne 5. 1. 2017 od půlnoci nesmí nic per os. Po fibroskopickém vyšetření pacientka udává zlepšení a na zvracení si již nestěžuje.

U pacientky byla zjištěna také hemateméza. Pacientka byla edukována a výskyt hematemézy byl zapsán do ošetrovatelské dokumentace. Na další obtíže si pacientka nestěžovala.

Po fibroskopickém vyšetření byla pacientka sledována. O svém zdravotním stavu byla dostatečně informována. Pro pacientku byl také vytvořen informační leták, ve kterém je popsána prevence vředové choroby. Byla také informována o probíhající léčbě a dietním režimu. Za pacientkou dochází pravidelně sociální pracovnice, která je pro ní oporou. I přes doporučený dietní režim pacientka odmítá snížit denní příjem kávy s obsahem kofeinu, omezit kořeněná jídla a omezit kouření. Po zavedené medikamentózní terapii, pocítuje pacientka zlepšení. Hospitalizaci snáší dobře. Pacientka je sledována a byla poučena, aby informovala zdravotnický personál o zhoršení stavu.

## 2.9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Čerpáním poznatků z odborné praxe a z odborné literatury na téma vředová choroba žaludku a duodena, bylo vytvořeno doporučení pro pacienty, rodinu i zdravotnický personál. Také byl vytvořen informační leták, pro pacienty i příbuzné. V informačním letáku je vysvětleno, co přispívá ke vzniku vředové choroby a co naopak je doporučováno jako prevence.

Preventivní opatření vředové choroby zahrnuje režimové i dietní opatření. Pro pacienty, kteří vředovou chorobou onemocněli, je velice důležité, aby dodržovali nejen medikamentózní terapii, ale i konzervativní terapii. Do konzervativní terapie a preventivního opatření je zahrnováno:

- Jedenkrát ročně chodit na preventivní prohlídky k obvodnímu lékaři.
- Při bolestech žaludku vyskytujících se na lačno nebo po najezení, při zvracení nebo při výskytu krve ve stolici navštívit lékaře.
- Dostatečná informovanost o možnostech léčby při onemocnění.
- Dostatek spánku a duševního klidu.
- Žít zdravým životním stylem – zdravá strava, přiměřená pohybová aktivita, nekouřit.
- Doporučuje se pravidelně přijímat stravu s omezením tuků, smažených a kořeněných jídel.
- Omezit pití nápojů obsahující kofein, silné čaje, některé bylinné čaje obsahující mátu, heřmánek, meduňku nebo třezalku.
- Pití alkoholu pouze příležitostně, omezit pití destilátů a bílého vína.
- Zákaz ulcerogenních léků – kyseliny acetylsalicylové, nesteroidních antirevmatik a kortikoidů.

Je důležité, aby se také rodina zapojila do řešení problému vzniku vředové choroby, hlavně u pacientů mladších 20 – ti let, ale i u starších pacientů. Doporučení pro rodinu jsou:

- Pro pacienta se snažit být oporou a snažit se psychicky podporovat.

- Dostatečně se informovat o daném onemocnění a motivovat k dodržování režimové i dietní léčby.
- Pomáhat s přípravou pokrmů vhodného stravovacího plánu.

Pro rodinu a pacienta je důležité, aby byly dostatečně informováni o možnostech léčby a režimového opatření zdravotnickým personálem. Doporučení pro zdravotnický personál jsou:

- Edukovat pacienta i rodinu o daném onemocnění.
- Pacienta i rodinu seznámit s možnostmi léčby a informovat o možných komplikacích, které mohou následkem onemocnění vzniknout.
- U pacienta uplatňovat holistický přístup.
- Dostatečně seznámit s režimovým a dietním opatřením podle informačního letáku.
- Sledovat psychický stav pacienta.
- Nabídnout možnou pomoc nutričního terapeuta.
- Snažit se navázat partnerský vztah mezi pacientem a zdravotníkem (KREJČÍ, 2007).

## ZÁVĚR

Vředová choroba žaludku a duodena není vzácné onemocnění. Nejčastější terapie vředové choroby je konzervativní nebo medikamentózní. Při krvácení se v naprosté většině uplatňuje endoskopická terapie. Chirurgická terapie je dnes indikována jen při vážných komplikacích.

V teoretické části byly popsány vyšetřovací a léčebné metody vředové choroby žaludku a duodena, které se dnes nejčastěji využívají. Cíl teoretické části bakalářské práce byl splněn.

V praktické části byl popsán ošetrovatelský proces u pacientky s vředovou chorobou žaludku. U pacientky byl proveden sběr dat. Pomocí měřících technik byly stanoveny ošetrovatelské problémy a podle priorit stanoveny a seřazeny ošetrovatelské diagnózy. U pacientky byly podrobně rozebrány čtyři ošetrovatelské diagnózy, které byly nejaktuálnější v den fibroskopického vyšetření. U ošetrovatelských diagnóz byly stanoveny ošetrovatelské intervence, podle kterých byla popsána následná realizace. Nedílnou součástí praktické části je také informační leták, podle kterého byla pacientka poučena o správném stravovacím režimu. Pacientce bylo také doporučeno omezit kouření tabákových výrobků, pití kávy obsahující kofein a pití alkoholu.

Pro praktickou část byly vytyčeny dva cíle. U pacientky byl popsán ošetrovatelský proces a následně byly popsány ošetrovatelské intervence a jejich realizace. V praktické části bakalářské práce byly oba cíle splněny.

Pro rychlé a úspěšné vymizení obtíží vředové choroby žaludku a duodena je důležité, aby došlo včas k vyšetření, ke stanovení přesné diagnózy a zahájení účinné léčby.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2*. 3. uprav. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.

DÍTĚ, P. a kol., 2007. *Vnitřní lékařství: učebnice pro lékařské fakulty*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-496-6.

GAZDÍKOVÁ, K. Predoperačné vyšetrenie už aj v ambulancii všeobecného lekára, 2014. *VIA Practica: VĽEOBECNÉ LEKÁRSTVO* [online]. Vydání Červenec 2014, ročník 11, číslo 2. Str. 62-65 [cit. 2017-3-6]. ISSN 1339-424X. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/a764b7d4be72dfeff356ec3ca0262fdc.pdf>

KALA, Z. a kol., 2010. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-519-8.

KAŇKOVÁ, K., 2009. *Patologická fyziologie pro bakalářské studijní programy*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4923-9.

KOHOUT, P. a J. PAVLÍČKOVÁ, 2008. *Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku*. 1. vyd. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-7-7.

KREJČÍ, I. Vředová choroba žaludku a duodena, 2007. *SOLEN: Medicína pro praxi* [online]. Vydání Květen 2007, číslo 5. Str. 209-210 [cit. 2017-2-20] ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/05/05.pdf>

KROUPA, R. a M. JEČMENOVA. Nemoci žaludku v ambulanci, 2013. *SOLEN: Interní medicína pro praxi* [online]. Vydání Únor 2013, ročník 15, číslo 2. Str. 60-63 [cit. 2017-3-10] ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/02/04.pdf>

KRŠKA, Z. a kol., 2007. *Krvácení do gastrointestinálního traktu*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-994-8.

LATA, J. a kol., 2010. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.

LUKÁŠ, K. a kol., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.

NAŇKA, O. a M. ELIŠKOVÁ, 2015. *Přehled anatomie*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-206-0.

NAVRÁTIL, L. a kol., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.

NEČAS, E., 2009. *Patologická fyziologie orgánových systémů*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1710-7.

PAFKO, P. a kol., 2008. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-402-7.

SEIFERT, B. Horní dyspeptický syndrom-náměty k aktualizaci doporučeného postupu, 2011. *SOLEN: Interní medicína pro praxi* [online]. Vydání Listopad 2011, ročník 13, číslo 10. Str. 406-408 [cit. 2017-2-10] ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/10/11.pdf>

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.

ŠŤOVÍČEK, J. Funkční dyspeptické poruchy: Funkční dyspepsie, 2013. *SOLEN: Medicína pro praxi* [online]. Vydání Říjen 2013, ročník 10, číslo 10. Str. 325-328 [cit. 2017-3-5]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/10/04.pdf>

ŠVÁB, J. a kol., 2008. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2604-5.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

ZDRAVIE.sk [online]. Zdravie.sk s.r.o. (2015, copyright 2003-2017) [cit. 2017-3-5]. Dostupné z: <http://www.zdravie.sk/choroba/278/vredova-choroba>

Zdravotnictví a medicína [online]. Mladá fronta a.s. (2008, copyright 2017) [cit. 2017-2-12]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/inhibitory-protonove-pumpy-a-krvaceni-z-git-vredu-382365>

Zdravotnictví a medicína [online]. Mladá fronta a.s. (2011, copyright 2017) [cit. 2017-2-10]. Dostupné z : <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/pepticky-vred-459859>

ZEMAN, M. a kol., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

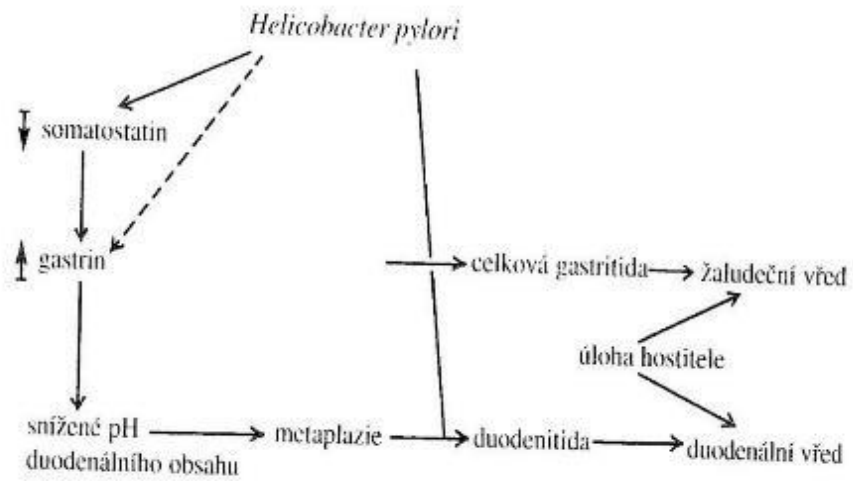
ZIMANDLOVÁ, D. a J. BUREŠ. Současné možnosti léčby peptických vředů, 2012. *SOLEN: Interní medicína pro praxi* [online]. Vydání Únor 2012, ročník 14, číslo 2. Str. 51-54 [cit. 2017-3-11]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/02/02.pdf>

# PŘÍLOHY

Příloha A - Vztah mezi Helikobakter pylori a vznikem vředu .....	I
Příloha B - Rozdělení peptického vředu a eroze .....	II
Příloha C – Vředová choroba žaludku a dvanáctníku – informační leták .....	III
Příloha D - Rešeršní protokol .....	IV
Příloha E – Čestné prohlášení .....	V

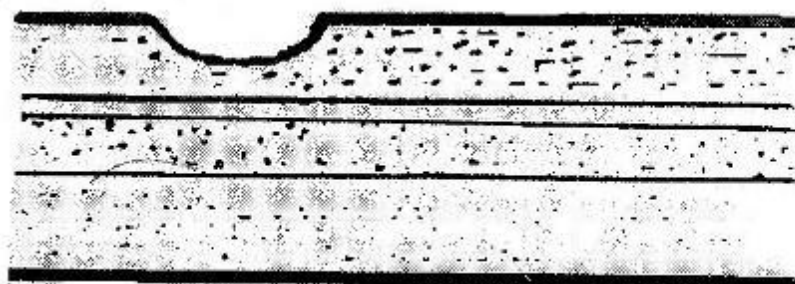


Příloha A – Vztah mezi *Helicobacter pylori* a vznikem vředu

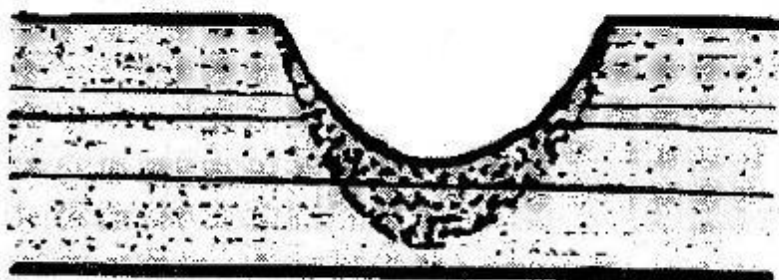


Zdroj: NEČAS, 2009

Příloha B – Rozdělení peptického vředu a eroze



Eroze



Peptický vřed

Zdroj: PAFKO, 2008

## Vředová choroba žaludku a duodena – informační leták

**Prevence vředové choroby žaludku a duodena**

- Úprava stravovacího režimu – malé porce v častých časových intervalech.
- Do jídelníčku zařadit mléčné výrobky.
- Omezit potraviny obsahující přepalované tuky a příliš pikantní nebo kořeněné.
- Dostatek spánku a duševního klidu.
- Nekouřit tabákové výrobky.
- Omezit kouření na minimum a nekouřit na prázdný žaludek.
- Omezit pití alkoholu hlavně destilátů.

**Vředová choroba žaludku a duodena**

- Dráždivá jídla obsahující přepalované tuky.
- Pikantní a kořeněná jídla.
- Nepravidelné přijímání stravy.
- Příliš studené nebo horké nápoje.
- Nápoje sycené CO<sub>2</sub>.
- Káva a nápoje obsahující kofein, silný čaj.
- Alkohol - destiláty.
- Nesprávné užívání nebo nadužívání kortikoidů, nesteroidních antirevmatik a některých analgetik.
- Stres.
- Přítomnost bakterie *Helicobakter pylori*.
- Genetické předpoklady.
- Nedostatek spánku.
- Kouření tabákových výrobků.

Záleží pouze na Vás, kterou cestou se vydáte...

Zdroj: AUTOR, 2017



## Ošetrovatelský proces o pacienta s vředovou chorobou žaludku a dvanáctníku

**Klíčová slova:** vředová choroba, žaludeční vřed, duodenální vřed, peptický vřed, helicobacter pylori, dietní opatření, farmakoterapie, chirurgie, ošetrovatelství, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces

**Rešerše č. 66/2016**

### **Bibliografický soupis**

<b>Počet záznamů:</b>	<b>celkem 34 záznamů</b>  (vysokoškolské práce – 5, knihy – 14, články a sborníky – 15)
<b>Časové omezení:</b>	2007-2016
<b>Jazykové vymezení:</b>	čeština
<b>Druh literatury:</b>	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
<b>Datum:</b>	19. 11. 2016

### **Základní prameny:**

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))
- Online katalog NCO NZO
- volný internet

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou žaludku a duodena zpracovala v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne .....

.....

Jméno a příjmení studenta