

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

**Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s peptickým
vředem žaludku a duodena**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA MAZALOVÁ

Praha 2019

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

**Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s peptickým
vředem žaludku a duodena**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA MAZALOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2019



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

MAZALOVÁ Veronika
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s peptickým vředem žaludku a duodena

Komplexe Pflege des Patienten mit Magen - und Zwölffingerdarmgeschwür

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2018


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením PhDr. Jany Hlinovské, PhD. A všechny použité zdroje jsem uvedla podle platného autorského zákona.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 26. 4. 2019

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za metodické a odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytování cenných rad, za trpělivost a vstřícnost.

ABSTRAKT

MAZALOVÁ, Veronika. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s peptickým vředem žaludku a duodena*. Vysoká škola zdravotnická o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha 2019. 43 s.

Tématem této bakalářské práce byl komplexní ošetrovatelský proces o pacienta s peptickým vředem žaludku a duodena. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je charakterizováno toto onemocnění, jeho rizikové faktory, patogeneze, diagnostika, léčba a komplikace, které mohou nastat. Závěrečná kapitola popisuje režimová opatření. V praktické části bakalářské je zpracována komplexní ošetrovatelské péče. Pomocí koncepčního modelu zdraví Marjory Gordon jsou zpracovány potřeby pacienta, zformulovány ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I TAXONOMIE II a vytvořen individuální plán ošetrovatelské péče. Na závěr je práce doplněna o doporučení pro praxi.

Klíčová slova: Peptický vřed. Ošetrovatelský proces. Gastroskopie.

ABSTRAKT

MAZALOVÁ, Veronika. *Komplexe Pflege des Patienten mit Magen – und Zwölffingerdarmgeschwür*. University of Health Care-Abschluss: Bachelor (Bc.).
Betreuer der Dissertation: PhDr. Jana Hlinovska, PhD. Prag 2019. 43 Seite.

Das Thema dieser Bachelorarbeit war ein komplexer Pflegeprozess eines Patienten mit Magengeschwür und Zwölffingerdarmgeschwür. Die Arbeit ist in theoretischen und praktischen Teil gegliedert. Der theoretische Teil charakterisiert diese Krankheit, ihre Risikofaktoren, Pathogenese, Diagnose, Behandlung und mögliche Komplikationen. Das letzte Kapitel beschreibt die Maßnahmen des Regimes. Im praktischen Teil der Bachelorarbeit gibt es eine komplexe Pflege. Mit dem Marjora Gordon Health Conceptual Model werden die Bedürfnisse des Patienten bearbeitet, NANDA I TAXONOMIE II-Pflegediagnosen formuliert und ein individueller Pflegeplan erstellt. Abschließend wird die Arbeit durch Empfehlungen zur Praxis ergänzt.

Schlüsselwörter: Magengeschwür. Pflegeprozess. Gastroskopie.

Obsah

SEZNAM TABULEK	12
ÚVOD.....	13
1 Peptický vřed a vředová choroba žaludku a duodena.....	15
1.1 Historie.....	15
1.2 Klinický obraz.....	16
1.3 Zvláštní typy vředů	17
2 Epidemiologie.....	17
3 Etiologie a patogeneze	17
3.1 Patogeneze.....	18
4 Diagnostika	19
4.1 Pseudoulcerózní syndrom	20
4.2 Endoskopie.....	21
4.3 Přítomnost infekce Helicobakterpylori	21
5 Komplikace.....	22
6 Léčba.....	23
6.1 Inhibitory protonové pumpy	24
6.2 Blokátory H ₂ – receptorů	24
6.3 Chirurgická léčba	24
6.4 Léčba komplikací.....	26
6.4.1 Komplikace pooperačních stavů.....	26
6.4.2 Léčba krvácejícího peptického vředu	26
6.5 Prognóza.....	27
7 Režimová opatření	27
7.1 Psychosomatický pohled na onemocnění.....	28
8 Specifika ošetrovatelské péče a role všeobecné sestry	28
9 PRAKTICKÁ ČÁST	30

9.1	ANAMNÉZA	31
9.2	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTRPI PŘI PŘÍJMU DNE 16. 1. 2019	34
9.3	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II	35
9.4	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	40
9.5	Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit dne 16. 1. 2019	42
9.6	Celkové zhodnocení péče 18. 1. 2019	50
9.7	Doporučení pro praxi	51
	ZÁVĚR	53
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
	PŘÍLOHY	I

Seznam použitých zkratk

BMI ... Body mass index
D ... Dech
GCS ... Glasgow ComaScale
HCl ... Kyselina chlorovodíková
Hp ... Helicobakterpylori
IPP... Inhibitory protonové pumpy
i.v.... Intravenózní podání
JIP ...Jednotka intenzivní péče
P ... Puls
RTG ... Rentgenové vyšetření
Stp. ... Stav po
TT ... Tělesná teplota
TK ... Krevní tlak
NPO ... Nic per os

(VOKURKA, HUGO, 2015)

Seznam použitých odborných výrazů

Abúzus ... nadměrné užívání, zneužívání

Analgetika ... Léky tlumící bolest

Cyanoza ... Modrofialové zbarvení kůže a sliznic způsobené nedostatečným
okysličováním krve

Distenze ... Roztažení

Eliminace ... Odstranění

Epigastrium ... Nadbříšek

Ikterus ... Žluté zbarvení tkání

Intravenózní ... způsob aplikace do krevního oběhu

Izokorické... Stejně zornice

Nauzea ... nevolnost, nucení na zvracení

Palpačně ... Pohmatové vyšetření

Peristaltika ... Pohyb střev

(Vokurka a Hugo, 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní příjmové údaje.....	30
Tabulka 2 Užívané léky.....	31
Tabulka 3 Laboratorní hodnoty krevního obrazu	39
Tabulka 4 Medikamentózní léčba	40

ÚVOD

Lidé si myslí, že jedinou příčinou peptického vředu je psychické napětí. Řčení z lidové slovesnosti „Já z toho dostanu vředy!“, říkáme obvykle v situaci, kdy nám hrozí nervové přepjetí. Častokrát jejich vznik zapříčiní náš životní styl. Jsme národ „vředařů“, podle statistiky trpí na peptické vředy 40 až 50 procent dospělých lidí. Projeví se akutními nebo chronickými problémy, někdy se vůbec neprojeví, nebo se samy zhojí.

Toto téma je mi blízké, protože se na mém pracovišti vyskytuje poměrně často. Zvolenou metodikou bylo rozpracování komplexního ošetrovatelského procesu.

V současné době přibývá stále více pacientů s vředovým onemocněním žaludku. Je to onemocnění, které se vyskytuje jak u nás v České Republice tak i v zahraničí a řadí se mezi onemocnění, které nazýváme civilizační. Statistiky udávají, že tímto onemocněním trpí každý desátý člověk. Peptické vředy žaludku a duodena jsou v dnešní době hojně vyskytující onemocnění. Vlivem špatně životosprávy, polypgragmázií a stresem. Základem dobré diagnostiky, je nepotlačovat příznaky, vyhledat odbornou pomoc. V tuto chvíli lze zachytit onemocnění již v raném stadiu, kdy je léčba konzervativní. Při zanedbání příznaku dochází ke komplikacím, kdy je nutná hospitalizace, endoskopický výkon popřípadě operační zákrok. Hlavní roli hraje spolupráce s pacientem a to dodržování medikamentózní terapie a režimových opatření. Dodnes je toto onemocnění velmi závažné a nelze bagatelizovat.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – z části teoretické a části praktické.

Pro tvorbu teoretické části byli stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Detailně popsat aktuální medicínskou problematiku u pacientů s peptickým vředem žaludku a duodena.

Cíl 2: Zmapování specifik ošetrovatelské péče.

Pro tvorbu praktické části byli stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Detailně popsat kazuistiku u pacienta s peptickým vředem žaludku a duodena, zpracovanou metodologií ošetrovatelského procesu.

Cíl 2: Zpracovat přehled ošetrovatelských diagnóz dle NANDA Taxonomie II

Cíl 3: Vytvořit doporučení pro praxi.

Vstupní literatura

1. NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy*. Definice a klasifikace 2015–2017. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
3. VODIČKA, Josef. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.
4. BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.

Popis rešeršní strategie

Pro vyhledávání poznatků jsme si zvolili metodu rešerše Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno. Vymezenými jazyky byl čeština, slovenština, němčina a angličtin. Časový rozsah byl od roku 2008 do 2018. Pomocí rešerše bylo vyhledáno 65 záznamů. Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito 20 zdrojů v českém jazyce a 2 publikace v anglickém jazyk, ostatní publikace byly vyřazeny z důvodu nesplnění požadavků pro cíle bakalářské práce. Všechny prameny a zdroje jsou uvedeny v seznamu literatury.

1 Peptický vřed a vředová choroba žaludku a duodena

Peptický vřed charakterizujeme na slizniční defekt, který proniká skrz lamina muscularismucosae (různě hluboko do dalších vrstev stěny duodena nebo žaludku), bývá způsobený účinkem kyseliny chlorovodíkové a pepsinu (VOKURKA, 2012). Peptický vřed se může vyskytnout v kterékoliv části gastrointestinálního traktu (např. v jejunu, v Meckelově divertiklu, v jícnu). Vředová choroba žaludku a duodena je dána peptickými vředy v oblastech přirozené odolnosti sliznice proti kyselině chlorovodíkové a pepsinu - v žaludku nebo v bulbu duodena (LATA a spol., 2009).

Pokud je vředová léze lokalizovaná v oblasti žaludečního těla, hovoříme pak o vředové chorobě žaludku. Léze ve dvanáctníku je označován jako vřed dvanáctníkový, v oblasti dvanáctníku je lokalizováno 80% všech vředových lézí (SLEZÁKOVÁ, 2014).

Termín vředová choroba žaludku a duodena není pouze postižení samotné sliznice žaludku a duodena, ale jedná se o celkové onemocnění organismu (NAVRATIL, 2017).

1.1 Historie

V roce 1983 byla objevena bakterie Hp. Tento objev se stal jedním z nejdominantnějších jevů klinické gastroenterologie a je brán jako jeden z milníků medicíny 20.st. Peptický vřed je pojmenován podle enzymu pepsin, který je v žaludečním sekretu. Morfologicky popsán byl poprvé anatomem Cruveihier v roce 1835. Název peptický vřed však vznik až o 50 let později. Robin Warren izoloval ze žaludku bakterii. BarryMarshall prováděl extrémní pokusy, sám užíval kultury bakterie. Oba australští vědci získali v roce 2005 Nobelovu cenu. Christian Albert Theodor Billroth byl rakouský chirurg a v druhé polovině 19. st., který položil základy operačního odstranění částí žaludku. První gastroskopie byla realizována na profesionálním polykači mečů (VODIČKA, 2014).

Britský farmakolog sir James W. Black získal v roc 1988 Nobelovu cenu za objev H₂ blokátorů. Tím začala revoluce v terapii, v roce 1967 začala s vývojem léku švédská firma Astra. A s tím přišla na svět zázračná molekula Omeprazolu (KOHOUT, 2005).

1.2 Klinický obraz

Symptomatologie se liší podle lokalizace vředu. Subjektivní potíže obsahují širokou škálu příznaků od zcela asymptomatického průběhu, až k typickým příznakům.

Žaludeční vřed se projevuje nejčastěji bolestmi v oblasti pod mečíkovým výběžkem hrudní kosti. Jeho topografické uložení může určit jeho závislost na jídle. U subkardiálního vředu začíná bolest ihned po jídle, u vředu mediogastrického za půl hodinu až hodinu po jídle. Pokud je vřed ve vývodné části žaludku či pyloru mají pacienti příznaky podobné vředu bulbu duodena. Tedy bolest není vázána na jídlo. Vyskytuje se nechutenství, nauzea a zvracení. Pokud jde o vřed v pylorickém kanále, projevuje se jako pylorospasmus – městnání obsahu žaludku a zvracení velkého objemu tekutin (NAVRÁTIL, 2017).

Duodenální vřed – typická je bolest v epigastriu (pod mečíkovým výběžkem) nebo pod pravým žeberním obloukem. Bolest se vyskytuje na lačno, déle jak dvě hodiny po jídle, často ve spánku, ustupuje po požití stravy. Bolest je svíravá a pálivá. Chuť k jídlu se nemění, dochází spíše k nárůstu váhy (nutnost jíst při bolestech). Mezi další příznaky se řadí pálení žáhy, zvracení kyselých šťáv, zácpa, únava.

Příznaky vředu nejsou vždy typické, mohou se kombinovat a prolínat. Jde spíše o základní vymezení příznaků. Vývoj onemocnění je individuální. Jde o chronické onemocnění s typickými náhlými vzplanutími příznaků. Vzplanutí se vyskytuje 1-2x do roka. Nejčastěji na jaře nebo na podzim a trvá 3 až 6 týdnů. V akutním vzplanutí se bolest s ostatními příznaky vyskytují denně. Bolest má typický charakter, časový vztah, cirkadiální manifestaci. Někdy bolest vyvolá pití kávy, silných čajů, destilátů, vína nebo konzumace dráždivých jídel (VOKURKA, 2014).

Ve vyšším věku se vyskytují vředy stařecké a asymptomatické, které se projeví až komplikacemi.

Objektivní příznaky se vyskytují zřídka, pokud tedy nedojde ke komplikacím. U nekomplikovaného žaludečního či duodenálního vředu je jediným příznakem palpační citlivost nebo bolestivost epigastria. Zvýšenou potivostí dlaní a nahou se projevuje zvýšená neurovegetativní dráždivost. Pylorický vřed provázený spazmem se

může projevit typickým poslechovým nálezem – „šplouchání“ tekutiny při pohybu (BARTŮŇEK a kol., 2016).

1.3 Zvláštní typy vředů

- 1) Cushingův vřed – u operací CNS nebo traumat
- 2) Curlingův vřed – u popálenin
- 3) Zollinger-Ellisonův vřed – zvýšená produkce gastrinu u gastrinomu pankreatu
- 4) Stresový vřed – porucha perfúze sliznice (NAVRÁTIL, 2017).

2 Epidemiologie

Peptický vřed byl vzácným před rokem 1800, nyní je roční incidence vředové choroby v Evropě asi 0,1%. Dle odhadu onemocní vředovou chorobou v průběhu života asi 10% populace. Duodenální vředy se častěji vyskytují u mladších osob a u mužů, žaludeční vředy jsou častější u starších osob bez rozdílu na pohlaví (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010). Prevalence a incidence vředové choroby v Evropě postupně klesá v posledních desetiletích. Lidé s vředem duodena a průkazem pozitivního výskytu *Helicobacter pylori* mají dvakrát nižší riziko vzniku žaludku než všeobecná populace (LATA a spol., 2009).

3 Etiologie a patogeneze

Mezi hlavní etiologický faktor se řadí infekce *Helicobacter pylori* a nesteroidní antiflogistika. *Helicobacter pylori* způsobuje zhruba 75% duodenálních a 50% žaludečních vředů. Zollingerův-Ellisonův syndrom je endokrinně aktivní nádor produkující gastrin, vlivem toho je velká nadprodukce kyseliny chlorovodíkové a tím dané klinické projevy – zvracení, průjmy, bolesti břicha a komplikace – mnohočetné peptické vředy v žaludku, s rizikem perforace nebo krvácení (VOKURKA, 2014).

Nadprodukcí gastrinu stimuluje hyperkalcémie při hyperparatyreóze. Gastrin způsobuje zvýšenou produkci kyseliny chlorovodíkové parietálními buňkami žaludeční

sliznice. Při paratyreóze jsou peptické vředy zpravidla mnohočetné. Při polytraumatech a jiných kritických stavech se mohou vyskytnout vředy stresové u kterých je patogeneze odlišná od vředové choroby, rozhodujícím faktorem je porucha mikrocirkulace v žaludeční stěně (VODIČKA, 2014). Mezi ostatní vzácné případy se řadí hyperplazie G-buňek žaludečního antra, systémová mastocytóza, myeloproliferativní stavy, abúzus drog (kokain) a některé léky (bisfosfonáty, 5-fluorouracil, inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, KCl, glukokortikoidy, warfarin, mykofenolát aj.) (VOKURKA, 2014).

Některé choroby mají určitý predisponující faktor, peptické vředy se u nich vyskytují více, než ve všeobecné populaci. Patří mezi ně jaterní cirhóza, chronická obstrukční plicní nemoc, celiakie, renální insuficience, transplantace orgánů, systémové choroby pojiva nebo konstituční hypotenze (LATA a spol., 2009).

Mezi hlavní rizikový faktor se řadí kouření a to jak pro vznik vředů, tak pro jejich komplikace a soustavný psychický stres. Vředová choroba má některé rysy psychosomatického onemocnění. Duodenální vředy mají častější výskyt u osob s krevní skupinou 0. Ve zkoumání jsou další genetické faktory (polymorfismus COX-I) (FERKO a kol., 2015).

3.1 Patogeneze

Pro vznik peptického vřed je nutná přítomnost kyseliny chlorovodíkové. Jde o důsledek nerovnováhy mezi agresivními a protektivními faktory. Mezi hlavní agresivní faktor patří kyselina chlorovodíková a pepsin, *Helicobacter pylori*, nesteroidní antiflogistika a kouření. Mezi negativně působící faktory pro vznik žaludečního vředu jsou duodenogastrický reflex, hypomobilita žaludečního antra a zpomalená gastrická evakuace (ŠEBLOVÁ, KNOR 2013).

Hlavními projektivními jsou slizniční prostaglandiny E1, prokrvení žaludku a duodena (mikrocirkulace), kvalita hlenu, hydrofobicitapovrchu gastroduodenální sliznice, lokální tvorba hydrogenuhličičanu a reparativní děje (proliferace a diferenciacie sliznice žaludku a duodena. U duodenálních vředů je žaludeční sekrece normální nebo jen lehce zvýšená a u žaludečních vředů mírně snižena, musí být v nerovnováze jako

rozhodující jiné faktory (zevní agresivní vlivy a/nebo narušené projekivní mechanismy) (NAVRÁTIL, 2017).

Z patologické topografie a patogeneze rozlišujeme pět základních podskupin:
1. vředy bulbu duodena a pylorického kanálu (spojeny gastrickou metplázií bulbu duodena, nebo s duodenitidou)

2. distální žaludeční vředy (žaludečního antra)

3. proximální žaludeční vředy (žaludeční těla, častěji na malé kubatuře)

4. vředy kardiie žaludku (vzácné, méně než 5% všech peptických vředů)

5. Cameronovy vředy (žaludeční vředy v hiátové axiální hernii)

(LATA a spol., 2009)

4 Diagnostika

Diagnostika vředové choroby žaludku a duodena obsahuje anamnézu, fyzikální vyšetření a laboratorní vyšetření. Je nezbytné vyšetřit každého pacienta i endoskopicky spolu s cíleným odběrem bioptického materiálu, diagnostikou infekce *Helicobakter pylori* a v některých případech doplnit i speciální vyšetření (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007)

ANAMNÉZA

Důležité jsou pro nás informace týkající se charakteru, lokalizace, intenzity a vyzařování bolesti. Intenzita těchto obtíží se mění, naproti tomu ostrá, až urputná bolest se vyskytuje u pacientů s perforací vředu do dutiny břišní, tento stav vyžaduje neprodleně chirurgickou intervenci (VODIČKA, 2014).

Proniká-li vřed do již hlubších struktur stěny žaludku, dochází ke ztrátě viscéární charakteristiky (LUKÁŠ a kol., 2007, s. 99). Bolest nezávisí na jídle a rytmus bolesti je nepravidelný. Lze se setkat s bolestí vyzařující do některého ramene tzv. frenický příznak.

Bolest u duodenálního vředu je dominantní a lokalizována v oblasti epigastria, iridie proniká i do zad. Charakter je buď tlakový, nebo pálivý. Bolest se vyskytuje hlavně v noci, nebo v ranních hodinách („bolestivý hlad“). Velké bolesti se

objevují po konzumaci černé kávy, bílém víně, alkoholu, dráždivých a kořeněných jídlech. Bolest je epizodická, vyskytuje se několikrát do roka a trvá obvykle 1 – 2 týdny. Dále se může vyskytovat nauzea, zvracení, pyróza, změny chuti k jídlu a hmotnosti, zápachem z úst, poruchy vyprazdňování – průjem či zácpa. Vředová choroba žaludku a duodena se může projevit až komplikacemi, jakými jsou např. krvácení nebo perforace (LUKÁŠ, ŽÁK, 2007).

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Ke stanovení diagnózy nestačí fyzikální nález, ale přesto přináší cenné diagnostické informace.

Inspekce (vyšetření pohledem) – informuje nás o celkovém stavu výživy pacienta a o tvaru deformit břišní stěny

Perkuse (vyšetření poklepem) – zjišťujeme napětí a bolestivost břišní stěny k průkazu zvětšení orgánů a meteorismu

Paplace (vyšetření pohmatem) – spolu s vyšetřením per rektum patří k základům diagnostiky chorob gastrointestinálního traktu

Auskultace (poslech) – hodnotíme zvukové fenomény trávicího ústrojí (VODIČKA, 2014)

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Tato metoda má v průkazu vředové choroby omezený význam. Biochemické změny a vyšetření stolice mají význam při komplikacích. Lze detekovat protilátky Hp ve stolici a krvi. Pozitivita tohoto vyšetření však nnesvědčí pro lézi (BARTŮNĚK a kol., 2016).

4.1 Pseudoulcerózní syndrom

Pseudoulcerózní syndrom (nesprávné označení: nevředová dyspepsie, non-ulcerdyspepsia) je stav, který subjektivními obtížemi a klinickými příznaky (charakteristické bolesti v pozdní vazbě na jídlo či lačnění bez výraznější indigesce) připomíná vředovou chorobu duodena. Při gastroskopii však peptický vřed zjištěn není (LATA a kol., 2009, s. 45)

4.2 Endoskopie

Gastroskopie se provádí většinou ambulantně na lačno, čímž se minimalizuje riziko aspirace obsahu žaludku. Oblast hltanu se znečítliví lokálním anestetikem (PENKA a kol., 2014). Pacientovi ležícímu na levém boku se zavede endoskop za kořen jazyka, do jícnu a poté postupně volně pod optickou kontrolou do žaludku a dále až do dvanáctníku. Jednotlivé úseky jsou podrobně kontrolovány (BARTŮNĚK a kol., 2016).

Nejčastěji je používána endoskopická diagnostika. Při endoskopii je třeba věnovat pozornost všem překážkám, žaludeční sekreci – žluč, čerstvá nebo natrávená krev a slizničním patologickým nálezům. Typické místo peptického vředu je malé zakřivení, přilehlá část přední a zadní stěny. U starých osob, se lze setkat i s vředy o průměru několika centimetrů. Spodinu vředu tvoří fibrinóznímexudátem a fibroidní nekrotizací, s bílým, šedavým, nebo žlutavým odstínem. Tmavá až černá spodina je znakem proběhlého krvácení (PENKA M., PENKA I., GUMULEC, 2014).

Nález bulbárního vředu kolísá od kulatého vředu až k mělkému čárkovitému nebo nepravidelně ohraničenému poškození. Okraj je ostrý, spodina je kryta nekrotickým detritem bělavé až žlutošedé barvy, včetně tmavé spodiny. Endoskopická diagnostika peptických vředů, spolu se stanovením přítomnosti infekce Hp ve sliznici žaludku je nezbytným vyšetřením k získání povahy vředové léze a její správné léčby (LUKÁŠ a kol., 2007).

4.3 Přítomnost infekce Helicobakterpylori

Diagnostické testy na zjištění přítomnosti infekce Helicobakterpylori se dělí na invazivní a neinvazivní. U běžně používaných testů není senzitivita stoprocentní, proto by se měli provést vždy dva testy na sobě nezávislé. K invazivním metodám patří ureázový test, histologické vyšetření. Histologické vyšetření se provádí při gastroskopii, spojené s kontrolou žaludeční sliznice. Pacientovi se ústy zavede sonda do žaludku a provede se odběr vzorku sliznice. Laboratoř provede vyšetření odebraného vzorku a potvrdí nebo vyvrátí přítomnost Helicobakter pylori v těle. A k neinvazivním vyšetřením patří dechový test a vyšetření stolice. Pro domácí vyšetření stolice se používá diagnostická sada Helicobakter pylori antigen. Dechový test spočívá v detekci

ureázové aktivity, provádí se pro primární diagnostiku díky vysoké specifitě a senzitivitě. (VOKURKA, 2014).

5 Komplikace

Ke komplikacím řadíme krvácení, penetraci a perforaci vředu, stenózu pylorického kanálu nebo vývodné části bulbu duodena. Jako nejasnou komplikaci pak popisujeme maligní zvrát.

Krvácení je jedna z nejčastějších komplikací vředové choroby. Dochází k němu nejčastěji při nahlodání cévy peptickým vředem. Projeví se únavou, zvracením čerstvé nebo natrávené krve (hemateméza), anémií až hemoragickým šokem. Také se může projevit jako černá stolice (meléna), což je stolice, která obsahuje příměs natrávené krve.

Penetrace vředu znamená, že jde o postupné pronikání vředu celou stěnou žaludku nebo duodena. Reaktivní zánět vytváří srůsty s okolím, proto nedochází k perforaci do dutiny břišní. Často tedy vřed penetruje do okolních orgánů, například do jater nebo slinivky břišní. Projevuje se intenzivní bolestí, která je pro pacienta úporná až skličující. Tato bolest není závislá na jídle a může vyzařovat do zad (NAVRÁTIL, 2017).

Perforace vředu se řadí mezi závažné komplikace vředové choroby. Vniká, jestliže žaludeční vřed rychle pronikne mimo stěnu žaludku a dvanáctníku do volné dutiny břišní. Nestačí se tedy vytvořit adheze s okolními orgány. 10 – 20 % perforací vzniká bez předchozích vředových obtíží. Příznakem je náhle vzniklá bolest břicha, která je pro pacienta krutá a neovlivnitelná. Je přirovnávána jako bodnutí nožem do břicha. Proto se také velice často perforace žaludečního vředu plete s náhlou příhodou břišní (PENKA M., PENKA I., GUMULEC, 2014).

Stenóza (obstrukce) pylorického kanálu znamená, že vřed v okolí vratníku (pyloru) tvoří otok nebo zúžení této oblasti s následným rozšířením žaludku. Je to následek opakovaných lézí. Vlivem stenózy pylorického kanálu dochází k městnání potravy a žaludečního obsahu před překážkou. Příznakem je tlak v epigastriu, kdy má pacient pocit sytosti (VONDRÁČEK a kol., 2011) Dalším příznakem je nauzea či zvracení, které může být 1 – 3x za den. Množství zvráceného obsahu je velké, jelikož je stagnující obsah se zbytky potravy staršího data. Při diagnostice je důležité vyloučit

stenózu pylorického kanálu karcinomem. Stenóza pylorického kanálu má příznaky podobné pylorostenóze jako je prudké zvracení obloukem, kdy je obsah kyselého zápachu. Viditelná žaludeční peristaltika, dehydratace vlivem zvracení, snížená potřeba vyprazdňování a problémy s přibíráním na váze (PENKA M., PENKA I., GUMULEC, 2014).

Maligní zvrát je zařazován do komplikací, které jsou nejasné. Může se jednat o komplikaci vředu nebo od počátku o jiné onemocnění. Proto je velice důležitá diagnostika, zejména endoskopické vyšetření, při kterém se provádí odběr vzorku na histologii (NAVRTÁTIL, 2017).

6 Léčba

Potřebné jsou dietní opatření a úprava stravovacího režimu, doporučují se malé porce v častých časových intervalech. Vhodné je vynechat jídla obsahující pikantní kořeněná jídla, přepalované tuky, studené či velmi horké nápoje, kávu a nápoje obsahující kofein a příbuzné látky, včetně silného čaje, vína, tvrdého alkoholu a piva (NAVRÁTIL, 2017).

Do režimového opatření patří zákaz užívání léků, které způsobují ulcerace, zejména nesteroidní antirevmatika a kortikosteroidy. Hlavně dbáme o psychiku pacienta. Zajištění kvalitního spánku a celkového uvolnění. Umět pojmenovat problémy a nastínění jejich řešení. V některých případech se využívá psychoterapeutická nebo psychofarmakologická podpora (RAUDENSKÁ, JAVŮRKOVÁ, 2011).

V první fázi je třeba zhojit vředovou lézi, je-li přítomna infekce Hp, tak provést jeho eradikaci. Léčba žaludečního i duodenálního vředu je stejná. K eradikaci se používá jednotýdenní léčba trojkombinací léčiv. Inhibitoru protonové pumpy (IPP) a dvou antibiotik. Tato léčba eradikuje infekci Hp, probíhá proces hojení, odstraňuje obtíže s velkým snížením možné recidivy. Možností moderní léčby je kombinace dvou antibiotik s preparátem renitidin-bismuth-citrátu. Dle výsledků a zkušeností je tato léčba efektivní (VOKURKA, 2014).

Léčba peptických vředů spočívá v podpoře ochranných žaludečních mechanismů a potlačení žaludeční sekrece. Nejvhodnější je podávání IPP. Pokud se nedaří po standardní léčbě (8 týdnů) peptický vřed zhojit, je třeba uvažovat o maligním vředu, Crohnově chorobě, Zollingerově-Ellisonově syndromu (SLEZÁKOVÁ, 2014).

6.1 Inhibitory protonové pumpy

IPP snižují tvorbu HCl v parietální buňce ireverzibilní inhibicí protonové pumpy. Sekrece se obnovuje až po vytvoření nového enzymu, to nastává nejpozději za 24hod. Z důvodu změny pH kyselého obsahu není přímo ovlivněna syntéza pepsinu. Bez ohledu na druh sekrečního podnětu dochází k inhibici kyselé sekrece. Nejvhodnější podání je nalačno. Zástupci této skupiny jsou omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, esomeprazol, rabeprazol a tenatoprazol. Pacienti léčbu IPP velmi dobře snáší i při dlouhodobé léčbě. Nežádoucí účinky se vyskytují vyjimečně (Švihovec a kol., 2018).

6.2 Blokátory H₂ – receptorů

Snižují stimulové i bazální sekrece v důsledku blokády histaminových H₂-receptorů na parietální buňce. Tyto léky učinili v roce 1972, kdy se poprvé objevily revoluční převrat v léčbě vředové choroby gastroduodena a refluxní choroby jícnu. V rozmezí jednoho měsíce dochází ke zhojení peptických lézí. Řadí se sem ranitidin, famotidin, nizatidin, cimetidin a roxatidin. Před zahájením antisekretoričné léčby je třeba potvrdit diagnózu endoskopickým vyšetřením spolu s biopsií. Tímto opatřením předcházíme zastření symptomatologie nádorového onemocnění (ŠVIHOVEC a kol., 2018).

6.3 Chirurgická léčba

Pokrok v medikamentózní léčbě ovlivnil četnost komplikací, to vede k poklesu operací vředové choroby. Po chirurgické léčbě mohou nastat perioperační a postoperační komplikace, které se liší podle použité metody. Medikamentózní léčba je pro pacienta více fyziologická. Žádná léčba nemá 100% úspěch, proto zůstávají chirurgické metody jedinou možností léčby akutních komplikací perforaci, krvácení, penetraci, chronických komplikací a stavů neovlivnitelných

medikací, tedy neúspěšné konzervativní léčbě. Dále při pylorostenóze a podezření na maligní zvrát (BARTŮNĚK a kol., 2016).

CHIRURGICKÉ POSTUPY

- 1) **Sutura a plombáž perforovaného vředu** – která začíná odstraněním obsahu vniklým do dutiny břišní, provede se laváž a odběr vzorku z okraje vředu na histologické vyšetření k vyloučení malignit. Tkán je velmi křehká, provádí se sutura „U stehy“. Cípem omenta se překryje sutura a tím se plombuje postižené místo. Tento operační výkon se provádí z laparotomie i laparoskopickou metodou.
 - 2) **Terapie krvácejícího vředu** – pokud eroduje velká céva, která je v blízkosti vředu, dochází ke krvácení. Pomocí endoskopické metody – fibrogastroskopie lze krvácení zvládnout opichem sklerotizačního roztoku nebo koagulací. Pokud tato metoda selže, je nutný operační zákrok.
 - 3) **Resekce dle typu Billroth I.** – provádí se distální resekce 2/3 žaludku, tedy zóna produkující gastrin. Následuje anastomóza duodena se zbylou částí žaludku. Tato metoda se užívá zřídka, resekce nebývá dostatečná (ŠEBLOVÁ, KNOR, 2018).
 - 4) **Resekce dle typu Billroth II.** – jde o druhou, starší, tradiční metodu. Při které se odstraňuje stejná část, ale liší se typem rekonstrukce. Duodenum se slepě spojí a první jejunální klička se našije na pahýl žaludku. Vyskytují se zde často pozdní komplikace.
 - 5) **Resekce typu Y-Roux (Rouxova anastomóza)** – jedná se nejvíce využívaný typ resekce, je rozsáhlejší než předchozí zmiňované. Jejunum je úplně přerušeno, duodenum slepě uzavřeno a distální klička se našije na pahýl. Enteroanastomózou je obnovena kontinuita střev. Toto chirurgické řešení je pacienty dobře tolerováno.
 - 6) **Totální gastrektomie** – v úvahu přichází při vysoké lokalizaci, podezření na malignitu, výkon se provádí výjimečně.
- Perioperační komplikace** - krvácení z anastomózy, insuficience anastomózy, opožděná evakuace žaludečního pahýlu, dehiscence anastomózy – ischemie tkání.

Pozdní komplikace – duodenogastriční reflex, jejunogastriční reflex, dumping syndrom, karcinom v anastomóze, vřed v anastomóze, prolaps žaludeční sliznice, syndrom přívodné kličky (VODIČKA, 2014).

6.4 Léčba komplikací

Chirurgická léčba je indikována při perforaci vředu, kdy se provádí excize vředu a se suturou, popřípadě omentoplastikou. V případě šokového stavu, se provádí prostý uzávěr. Podávají se širokospektrá antibiotika i.v. a zavádí se nasogastrická sonda, k derivaci žaludečního obsahu. Edémem nebo fibrózou může být způsobena stenóza pylorického kanálu. Nyní je první volnou endoskopická léčba – balónková dilatace. Tendence k recidivě obstrukce se stále vyskytuje, i přes dlouhodobou terapii IPP (ŠEBLOVÁ, KNOR, 2018).

6.4.1 Komplikace pooperačních stavů

Nejčastější pooperační komplikace je časný postprandiální syndrom. Objevuje se po resekci žaludku, kdy se vyskytuje ztráta obsahové schopnosti a vede k rozpětí napojené střevní kličky hyperosmolárním obsahem. Střevní klička je dilatovaná a přesouvá se do ní krev z krevního řečiště. Vyskytuje se slabost, nauzea, zvracení, tlak až bolest v epigastriu, pocení, tachykardie až kolapsový stav. Doporučen je příjem malých porcí a omezení tekutin. Pokud stav setrvává, je vhodné zvážit reoperaci (LUKÁŠ a kol., 2007)

6.4.2 Léčba krvácejícího peptického vředu

Hlavním opatřením, je zajištění hemodynamické stability, zajištění žilního vstupu, podávání náhradních roztoků, dle potřeby krevních převodů. Velké množství krvácejících ulcerací se zastaví samovolně. Při akutní endoskopické léčbě se provádí aplikace adrenalinu injektorem (v ředění 1:10000) a následné bipolární elektro-termo-koagulaci. Po neúspěšném endoskopickém zásahu je indikováno

vazografické ošetření embolizací krvácející cévy, popřípadě chirurgické řešení váze (PENKA M., PENKA I., GUMULEC, 2014).

6.5 Prognóza

Prognóza peptického vředu žaludku a duodena je velmi příznivá. V minulosti docházelo k relapsu během jednoho roku v 75% případů. Nyní je to pouze 0,5% za rok. Prognóza je dána základním onemocněním, nebo dalšími komplikacemi. Obtíže nesoucí onemocnění jsou dobře snesitelné, zvládnuté léčbou a režimovým opatřením. Díky dobře snášené zátěži při diagnostice onemocnění a velmi účinné medikamentózní léčbě. Mortalita při nekomplikovaném průběhu je minimální. I vznik komplikací je nyní již minimální. Léčba chirurgickým výkonem na rozdíl od minulosti zůstává vyhrazena pouze pro výjimečné případy, kterými jsou krvácení, perforace nebo penetrace. Přes všechny možnosti léčby je ale dodnes toto onemocnění velmi závažné (LATA a kol., 2009).

7 Režimová opatření

Režimová opatření jsou důležitou součástí léčby. Je vhodné snížení fyzické zátěže, v akutním stádiu se doporučuje pracovní neschopnost. Mezi hlavní agresivní faktory se řadí stres, který by měl pacient ve svém životě eliminovat. Zpomalí urychlené tempo života, relaxovat a mít dostatek kvalitního spánku. Mezi novější alternativní přístupy patří hypnóza, stimulace kůže. Dále odpoutávající techniky jako jsou např. rytmický zpěv a vyklepávání, soustředěné dýchání. Podmínkou je čistá mysl, klidné prostředí a správná poloha (RAUDENSKÁ, JAVŮRKOVÁ, 2011).

Alkohol stimuluje sekrece HCl, proto je jeho konzumace omezena. V akutní fázi, kdy se sliznice překrvená, se nepodávají pacientům kořeněná jídla. Doporučeno je přestat kouřit, nebo alespoň kouření omezit, významně zpomaluje hojení vředových lézí. Nejpřirozenější formou tělesného pohybu je kondiční cvičení. Má kladný vliv na psychickou i tělesnou složku člověka, ovlivňuje funkci dýchacího, trávicího, cévního systému. Podporuje imunitu a celkovou odolnost. Lázeňská léčba přichází v úvahu po

resekčních výkonech žaludku a duodena. Zajistí pacientovi pravidelný stravovací režim, léčebné procedury a psychoterapeutickou složku. Specializované lázně na onemocnění gastrointestinálního traktu jsou v Karlových Varech a Bílině (MAREK a kol., 2010).

7.1 Psychosomatický pohled na onemocnění

Peptické vředy se řadí mezi typické psychosomatické onemocnění. Léčba by proto měla být nejen interní, chirurgická, ale i psychoterapeutická, protože u tohoto onemocnění hrají roli biochemické a tělesné dispozice, tak i psychogenní faktory. U těchto pacientů hovoříme spíše o typické problematice reagování na zátěž, než o typické osobnosti. Lze použít slovní spojení „Emoce jsou nemoce“, nebo špatný psychický stav = somatické onemocnění. Psychický podnět může vyvolat prostřednictvím nervových regulací funkční poruchu organismu. Nejčastějšími vlivy jsou škola, náročné zaměstnání, prožití traumata, odloučení a ztráta rodiny či dětí (RAUDENSKÁ, JAVŮRKOVÁ, 2011)

Premorbidní osobnost – dle psychologů jsou ve výchově vidět tendence matky vychovávat děti k poslušnosti, hýčkat a chránit je. Pokud se ale dotýčný dostane do krizové situace, má pocit, že ztratil veškerou ochranu. Na tento stav reaguje křečovitě, stoupá sekrece šťáv a činnost dvanáctníku. Sklon k vrozeně zvýšené žaludeční sekreci, vede k většímu soustředění na žaludeční trakt a úsilí tuto sekreci neutralizovat jídlem. Důležitá je reakce pyloru, který reaguje blokem, způsobuje nauzeu, překyselení a zvracení.

Teorie kortikoviscerální – jde o teorii, že negativní vlivy dopadající ze zevního prostředí, působí přes kůru mozkovou. Poté neurohumorálním mechanismy umožňují autodigesci sliznice tím, že ovlivňují lokální poměry v žaludku a duodenu (MANDINCOVÁ, 2011).

8 Specifika ošetrovatelské péče a role všeobecné sestry

Pacienti jsou pravidelně dispenzarizováni, při zhoršení stavu, nebo pokud dojde ke komplikacím je nutná hospitalizace v nemocničním zařízení. Při hospitalizaci je zajištěn periferní žilní vstup. Provádíme pravidelné kontroly průchodnosti a stavu okolí v pichu, převaz dle potřeby a výměnu po 72 hod. Sledujeme dyspeptické obtíže - zvracení, všímáme si barvy a příměsi (nestrávená strava, hlen, krev), množství a

zápachu. A stolice, u které pozorujeme pravidelnost – předcházíme zácpě (dodržování diety a pohybového režimu), vzhled (přítomnost natrávené krve – meléna) a konzistenci. Vše zaznamenáváme do dokumentace a informuje lékaře. Velmi důležitá je komunikace s pacientem a průběžné zjišťování přítomnosti bolesti, její síly, místa, podmínek vzniku, trvání a charakteru. Tlumení bolesti a zajištění dobrého komfortu pacienta. Dále zajistíme kvalitní spánek a odpočinek. Dohlžíme na dodržování dietního opatření, sjednáme konzultaci s nutričním terapeutem, který provede edukaci v oblasti výživy. Sledujeme hmotnost pacienta a případné odchylky. Posledním bodem a velmi důležitým je, pozitivní působení a motivace pacienta k dodržování pokynů lékaře stran léčby, vysvětlíme nutnost změny životního stylu a eliminace stresu (VODIČKA, 2014).

9 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na zmapování ošetrovatelské péče u pacienta s peptickým vředem žaludku a duodena. Detailně popsat kazuistiku, zpracovanou metodologii ošetrovatelského procesu. Praktická část byla zpracována podle modelu funkčního typu zdraví Marjory Gordon. Podle kterého je nemocný vnímán jako holistická bytost. Při kontaktu s pacientem identifikujeme funkční a dysfunkční vzorce zdraví.

Teorie ošetrovatelství a koncepční modely se uplatňují v praxi pomocí ošetrovatelského procesu, který má pět fází. První fáze je posouzení, druhá diagnostika, ve které stanovujeme ošetrovatelské problémy a potřeby. Třetí fáze je plánování, kdy plánujeme individuální ošetrovatelskou péči. Čtvrtá fáze je realizace, ve které se uskutečňují naplánované intervence. A pátou fází je zhodnocení naplánovaných cílů, provedených intervencí a dosažený efekt.

Časová data a identifikační údaje pacienta byly změněny z důvodu dodržení dikce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: XY

Pohlaví: žena

Věk: 52 let

Vzdělání: středoškolské

Stav: vdaná

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 16. 1. 2019

Typ přijetí: akutní

Oddělení: JIP

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Pár dní zpátky mě začalo pobolívat nadbříšek. Bylo mi nevolno a nepříjemně mě to tlačilo u žaludku, myslela, že je to z toho, že jsme byli s manželem na kamarádově oslavě narozenin. Bylo tam spousta dobrého jídla a tak sem nemohla odolat. Zkusila jsem si vzít prášky od bolesti, ale moc mi to nepomohlo. Dnes po obědě jsem dvakrát zvracela a byla tam i krev. To manžela vyděsilo a zavolal mi záchranku.

MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA HLAVNÍ

K25.0 Ulcus ventriculi heamorhagicuma cutum

Medicínské diagnózy vedlejší:

K92.0 Hematemesis

E031 Vrozená hypotyreóza bez strumy

HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU DNE 16. 1. 2019

Tabulka 1 Základní příjmové údaje

TK	141/103	Výška	168 cm
P	152/min	Hmotnost	55 kg
D	18/min	BMI	19,5
TT	36,7	Pohyblivost	Bez omezení
Stav vědomí	Plné vědomí	Orientace místem, časem, osobou	Zachována
Řeč, jazyk	Bez vady	Krevní skupina	A pozitivní

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacientka přivezena na RZP na chirurgickou pohotovost. Přijata pro bolesti břicha v epigastriu a hematemézu. Udává bolesti trvající přibližně dva měsíce, poslední týden pozoruje zhoršení. Dnes po obědě zvracela sraženou krev. Průjem neguje, poslední stolice včera. Udává, že je možná dietní chyba, větší množství alkoholu. Fumátor 15 cigaret denně. Dříve již podobné problémy měla, ale příznaky nebyli tak vystupňované. Nyní afebrilní. Přijata na chirurgickou jednotku intenzivní péče.

Informační zdroje:

Pacient, ošetřující lékař, zdravotnická dokumentace

9.1 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: infarkt myokardu v 77 letech

Otec: + 63 let na mozkový tumor

Sourozenci: sestra 52 let, bez zdravotních potíží

Děti: dcera 19 let, bez zdravotních potíží

Osobní anamnéza

Překonaná a chronická onemocnění: prodělané běžné dětské onemocnění

Hospitalizace a operace:

Úrazy: 0

Transfúze: 0

Očkování: základní dětské očkování, v roce 2016 očkována proti chřipce

Léková anamnéza

Tabulka 2 Užívané léky

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Letrox	tableta	100 mikrogramů	1-0-0	hormon štítné žlázy
Algifen	kapky	500 mikrogramů	Při potížích	analgetika
Nolpaza	tableta	40 mikrogramů	1-0-1	antacida

zdroj: dokumentace pacienta

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy

Alkohol: příležitostně bílé víno

Kouření: fumátor 15 cigaret denně

Káva: 3 – 4 šálky denně

Léky: 0

Jiné návykové látky: 0

Gynekologická anamnéza

Menarché: od 13 let

Cyklus: pravidelný

Trvání: 6 dní, interval 30-31 dní

Intenzita, bolesti: silné krvácení, intenzivní bolesti v prvních dnech cyklu

A: 0

UPT: 0

Antikoncepce: užívá 14 let hormonální antikoncepci

Samovyšetření prsou: provádí pravidelně

Poslední gynekologická prohlídka: 4. 12. 2018

Sociální anamnéza

Stav: vdaná

Bytové podmínky: žije v rodinném domě s manželem a dcerou

Vztahy, role, interakce: dobré rodinné vztahy

Záliby: čtení, cestování

Volnočasové aktivity: jízda na kole, plavání, procházky, setkání s přáteli

Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské

Pracovní zařazení: ekonomická pracovnice

Vztahy na pracovišti: občanské konflikty s nadřízeným pracovníkem

Ekonomické podmínky: vyhovující

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: bez vyznání

RIZIKO VZNIKU DEKUBITU DLE NORNOTOVÉ 16. 1. 2019

Schopnost spolupráce	úplná	4 body
Věk	< 60	2 body
Stav pokožky	normální	4 body
Každé další onemocnění	žádné	4 body
Fyzický stav	zhoršený	3 body
Stav vědomí	dobrý	4 body
Aktivita	leží	1 bod
Pohyblivost	částečně omezená	3 body

Inkontinence není 4 body

Vyhodnocení: 29 bodů – bez rizika

GLASGOW COMA SCALE (GCS) 16.1.2019

Otevření očí	spontánní	4 body	
Vědomí	orientován	5 bodů	
Motorická reakce na slovní výzvu		vyhoví správně výzvě	6 bodů

Vyhodnocení: 15 bodů – normální stav

BARTHELOVÉ TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ 16.1.2019

Najedení, napití	samostatně bez pomoci	10 bodů
Oblékání	samostatně bez pomoci	10 bodů
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5 bodů
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5 bodů
Kontinence moči	plně kontinentní	5 bodů
Kontinence stolice	plně kontinentní	5 bodů
Použití WC	s pomocí	5 bodů
Přesun lůžko – židle	s malou pomocí	10 bodů
Chůze po rovině	s pomocí 50 metrů	10 bodů
Chůze po schodech	s pomocí	5 bodů

Vyhodnocení 65 bodů – lehká závislost

9.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTRPI PŘI PŘÍJMU DNE 16. 1. 2019

Hlava: normocefalická, kalva pokleповě nebolestivá, bez patologických deformací

Oči:bulby ve středním postavení, skléry anikterické, spojivky klidné, zornice izikorické

Uši, nos:bez patologické sekrece

Rty:prokrvené

Dásně, sliznice dutiny ústní:sliznice prokrvené, dásně bez krvácení

Jazyk:jazyk plazí středem, bez povlaku

Tonzily:nezvětšené, měkké

Chrup:chrup sánován

Krk:pulzace karotid symetrická, uzliny nehmatné

Hrudník:symetrický, na kompresi nebolestivý

Plíce:dýchání čisté, bez vedlejších fenoménů

Srdce:akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené

Břicho:hůře prohmatné, v nivéu, palpačně silně bolestivé v epigastriu, auskultačně peristaltika slyšitelná, stříe po bocích

Játra:nezvětšena

Slezina:nezvětšena

Genitál:bez patologických změn, pubické ochlupení v normě

Uzliny:nezvětšeny

Páteř:pokleповě a palpačně nebolestivá, fyziologicky zakřivená

Klouby:volně pohyblivé

Reflexy:v normě

Čítí:v normě, orientovaná, vnímá

Periferní pulzace:periferie dobře prokrvené, pulzace hmatná

Varixy:0

Kůže:prokrvená, bez ikteru a cyanózy, bez patologických defektů

Otoky: 0

9.3 UTRÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Posouzení zde dne 16. 1. 2019

1. Podpora zdraví

Pacientka se v poslední době necítila dobře. Proto také začala více dodržovat stravovací režim, jako je pravidelná a vyvážená strava bez dráždivého a pálivého koření. Avšak udává, že před vzniklými potížemi stravu nijak neomezovala. Snaží se alespoň omezit kouření. Dříve pro ni nebyl problém vykouřit až 30 cigaret denně. Nyní udává snížení o polovinu, tedy 15 cigaret za den. S kamarádkami si ráda dá příležitostně bílé víno.

Pacientka chodí na pravidelné kontroly ke svému obvodnímu lékaři každé dva roky. Také chodí na pravidelné kontroly k internímu lékaři z důvodu hypotyreózy.

Snažila se více chodit na procházky a na čerstvý vzduch. O svůj zevnějšek dbá velice dobře.

Ošetrovatelský problém:

Priorita:

2. Výživa

Pacientka udává, že s pravidelností jídel měla problém, v práci na jídlo většinou neměla čas. Snažila se to dohánět až doma, kdy se na večer přejedla. Při vaření se snažila nepoužívat pálivé koření a také se snažila omezit příjem denní kávy, kterou pila až třikrát denně. S pitným režimem nemá problém. Zvládne vypít až 2 litry tekutin denně. Preferuje spíše minerální vody. Chuť k jídlu měla sniženou.

V počáteční fázi hospitalizace měla pacienta dietu nic per os. Zavedenou nasogastrickou sondu. Kompletní výživa ji byla hrazena parenterální cestou. Formou Nutriflex peri s přidanými aditivami. Následovala postupná realimentace tekutin a stravy dle tolerance pacienty.

Použitá měřicí technika: BMI, bilance tekutin

Ošetrovatelský problém: snížená hydratace

Priorita:

3. Vylučování a výměna

Pacientka udává, že měla pravidelnou a formovanou stolici. Během posledních dvou týdnů si všimla, že stolice byla tmavá a silně zapáchala. Potíže se zácpou občas připouští. Laxantiva neužívá. S močením problémy neměla.

Po dobu hospitalizace jí byl zaveden močový katétr. Z důvodu sledování bilance tekutiny. Moč je fyziologického zabarvení, bez zápachu a patologické příměsi. V průměru pacientka vymočí 2 500 ml moči za den. Pacientka se potí přiměřeně. Má strach, jak se bude vyprazdňovat, je v tomto ohledu velmi stydlivá. Potíže s nadměrným pocením neudává.

Ošetrovatelský problém: riziko nedostatečného vyprázdnění střev

Priorita: nízká

4. Aktivita – odpočinek

Pacientka se v poslední době snažila více chodit na procházky a na čerstvý vzduch. Vlivem zhoršeného zdravotního stavu, kdy jí nebylo v posledních dnech nejlíp, ušla pár metrů a rychle se zadýchala. V nemocnici jí byl stanoven klidový režim, který měla stanovený na první tři dny hospitalizace. Poté jí bylo povoleno posazování na lůžku s nohama dolů.

Doma spávala pacientka přibližně 5 hodin denně, ráno se cítila unavená. Udává, že v nemocnici je spánek ještě zhoršený, má problém usnout a několikrát za noc se budí, ale je to pro ni normální vlivem zvuků a pacientů okolo ní. Léky na spaní neužívá.

Ošetrovatelský problém: Nekvalitní spánek

Priorita: nízká

5. Percepce/kognice

Pacientka používá brýle na čtení. Problémy s pamětí se u pacientky nevyskytují. Na všechny dotazy ohledně času, data a místa kde se nachází, zodpovídá bez potíží. Drogy pacientka nikdy neužívala, alkohol pije příležitostně. Problémy s mluvením nejsou patrné, naopak se umí vyjadřovat velice spisovně. První dny hospitalizace byla u pacientky snižená schopnost pozornosti z důvodu únavy.

Ošetrovatelský problém: -

Priorita:

6. Sebepercepce

Pacientka se hodnotí jako optimistka. Na svůj dosavadní život si pacientka nestěžuje. To co chtěla prožít, prožila.

Pacientka je spíše extrovertní typ, a proto jí práce v kolektivu vyhovuje. Nemá ráda spory a hádky, proto jí občasné konflikty v práci s nadřazeným velmi stresují.

V nemocnici neztrácí svůj optimistický přístup. Oční kontakt udržuje, řeč je srozumitelná.

Měřící technika: GCS

Ošetrovatelský problém:

Priorita:

7. Vztahy mezi rolemi

Pacientka bydlí se svým manželem v rodinném domě. V její rodině nejsou žádné rodinné konflikty. Všichni spolu vycházejí dobře. Pacientka má jednu dceru, na

kterou se může kdykoliv spolehnout. Pokud potřebuje na vyšetření, všichni jsou jí v rodině nápomocní. Také tvrdí, že je člověk, který si rozumí s každým a konflikty nevyhledává, spíše od nich ustupuje.

Během hospitalizace se u pacientky nevyskytl problém v komunikaci. Chápala vše, co se po ní žádalo a všechno dodržela tak, jak jí bylo sděleno. Se zdravotnickým personálem spolupracovala.

Ošetrovatelský problém: -

Priorita:

8. Sexualita

Pacienta začala být sexuální aktivní od svých sedmnácti let. Byla jednou těhotná, těhotenství i porod proběhl fyziologicky. S otěhotněním neměla problém.

Ošetrovatelský problém: -

Priorita:

9. Zvládání/tolerance zátěže

Změnou v jejím životě bylo zjištění jejího onemocnění, které z počátku brala velice těžce. Nebyla zvyklá na omezenou stravu a tak pro ni bylo přecházení na dietnější stravu šok. Vždy jí je nápomocný manžel, který jí se vším pomáhá a ve všem jí podporuje. Stresové situace nikdy neřešila alkoholem ani užíváním drog. Spíše si zapálila cigaretu a snažila se přijít na možné řešení.

Během hospitalizace má pocity strachu, protože neví, jak se bude onemocnění dále vyvíjet. S takovými problémy vzhledem k onemocnění se ještě nesetkala.

Ošetrovatelský problém: pocit strachu

Priorita: nízká

10. Životní principy

Pacientka ve svém věku od života už nic neočekává. Nepřiklání se k žádnému náboženskému vyznání. V době hospitalizace tedy nechtěla žádné zajištění duchovních služeb. Jediné, co je pro ni důležité je fungování rodiny a udržení si mezi sebou dobré vztahy.

Ošetrovatelský problém: -

Priorita:

11. Bezpečnost – ochrana

Pacientka není na nic alergická. Kožní problémy se u ní neobjevují. Dříve kouřila 30 cigaret denně, nyní se snaží omezit jejich počet na polovinu. Při přijetí pacientce byla zavedena periferní žilní kanyla na pravé horní končetině. Pacientka bohužel nemá dostatečně dobré žilní řečiště, proto jí byla druhý den od příjmu zavedena centrální žilní kanyla z levé venajuguláris do horní duté žíly. Při příjmu byl zaveden permanentní močový katetr, pro sledování bilance tekutin. Je poučena o možných známkách infekce.

V prvních třech dnech hospitalizace byla pacientka v klidovém režimu, kdy se mohla pohybovat pouze v rámci lůžka. Byly jí dány postranice z hlediska rizika pádu.

Měřicí technika: Riziko pádu

Ošetrovatelský problém: Nebezpečí vzniku infekce, nebezpečí upadnutí

Priorita: nízká

12. Komfort

Pacientku v jejím normálním denním režimu obtěžuje bolest, která se spojena s onemocněním. Při velkých bolestech užívá analgetika. Stěžuje na pocity nevolnosti a zvracení, po kterém nepřichází úleva.

Nemocničnímu prostředí se přizpůsobila. Má pravidelný kontakt se svou rodinou.

Stěžuje si na bolesti břicha v oblasti žaludku, jde o bolest akutní. Je pravidelně hodnocena dle stupnice VAS. Bolest reaguje v dobré míře na podaná analgetika dle ordinace lékaře. Pacientka reaguje na bolest verbálně a mimickými projevy.

Měřicí technika: VAS

Ošetrovatelský problém: Bolest

Priorita: střední

13. Růst a vývoj

V dětství prodělala pár chřipek. Na závažnější onemocnění si nevzpomíná. Není si vědomá žádného úrazu, jako jsou zlomeniny končetin.

Depresemi pacientka netrpí. Je veselá a spíše by se pro všechny rozdala. Stárnutí bere jako normální součást života.

Ošetrovatelský problém: -

Priorita:

9.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření dne 16. 1. 2019

- Laboratorní vyšetření (biochemie, krevní obraz, koagulační status)
- RTG srdce + plíce
- Sonografické vyšetření
- Gastroskopie

Krevní testy

Tabulka 3 Laboratorní hodnoty krevního obrazu

	Hodnota
Hemoglobin	98,0
Hematokrit	0,377
Leukocyty	11,50
Trombocyty	165
Erytrocyty	3,15

Zdroj: dokumentace pacienta

Sonografie

Žlučník bez litiasy nebo zánětu, pankreas nezvětšený, bez ložiskových změn, nebo dilatace vývodu. V žaludku výrazný hypersekreční obsah, mezi žaludkem a kaudou pankreatu patrná ohraničená cystoidní kolekce tekutiny velikosti 3x2x1 cm, stp. zvracení. Kličky bez distense, bez fluidoperitonea.

RTG

Plicní křídla jsou rozvinutá, bez infiltrace, hily jsou cévní, bránice oblé, úhly volné. Srdce v mezích, mediastinum nerozšířeno.

Gastroskopie

Vyšetření provedeno po poučení a se souhlasem pacientky, lokální příprava anestesie, spray Lidocain. Jícen je hladkých stěn, normální lumen, sliznice lesklá, klidná se zachovalou cévní kresbou, bez léze. Kardie inkompetentní, zbytky natrávené krve ze

žaludku zatékají do jícnu. V žaludku jezírko s příměsí natrávené krve, ošetření krvácející léze opichem Adrenalinu. Zavedena nasogastrická sonda.

Dieta: NPO, plná parenterální výživa

Pohybový režim: klidový režim

RHB: klid na lůžku

Medikamentózní léčba

Tabulka 4 Medikamentózní léčba

Název léku	Forma podání	Síla	Dávkování	Skupina
Amoksiklav	i.v.	1,2 g	8, 16, 24hod	antibiotikum
Metronidazol	i.v.	0,5 g	8, 16, 24hod	antibiotikum
Nolpaza	i.v.	40 mg	8, 20hod	antacidum
Degan	i.v.	10 mg	8, 16, 24hod	prokinetika
Novalgín	i.v.	500mg	při VAS nad 3,max a 6hod	analgetika
Dipidolor	s.c.	15mg	při VAS nad 6, max a 6hod	analgetika

Zdroj: dokumentace pacienta

Infuzní terapie

Nutriflex peri 2000ml – rychlost podání 83 ml/hod

Hartman 500ml – rychlost podání 100 ml/hod

SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 16. 1. 2019

Pacientka, 52 let, byla přivezena RZP pro zhoršení **bolestí** v epigastriu, **hematemézu**. Objektivně bez cyanózy a ikteru. Ošetřujícím lékařem je indikován příjem na jednotku intenzivní péče. Při příjezdu na JIP byla pacienta při vědomí a orientovaná všemi směry. Alergie neudává. Přesun na lůžko byl z důvodu bolesti omezen.

Při příjmu byla odebrána kompletní laboratoř – biochemie, krevní obraz, koagulační testy a krevní skupina. Z důvodu **nízké hladiny hemoglobinu** byly podány dvě transfúzní konzervy. Bez potransfúzní reakce. Pociťuje **strach** a obavy, jak se bude zdravotní stav dále vyvíjet. Fyziologické funkce byly sledovány kontinuálně každou hodinu. Saturace bez potřeby kyslíkové podpory. Dieta nic per os. Dle SONO a akutně

provedené gastroscopie byl prokázán peptický vřed žaludku. Při gastrokopii byla zavedena nasogastrická sonda, která odváděla krvavý obsah spolu s žaludečními šťávami. Z důvodu zkolabování periferní žilního řečiště byl zaveden **centrální žilní katet** cestou v. subclavia sinistra s následnou RTG kontrolou. Integrita kůže byla narušena místem vpichu a zvýšilo se riziko vzniku infekce.

Pro přesné sledování bilancí tekutin byl zaveden permanentní močový katetr. Měření bilancí tekutin á 3hod. Podaná analgetizace s efektem. Ordinován klidový režim. Pacienta nyní částečně soběstačná, potřebná **dopomoc** při hygieně. Problémy při odpočinku a **spánku** vlivem chodu oddělení a monitoringem fyziologických funkcí. Přes den se cítí **unavená** a bez energie.

Do CŽK jsou aplikovány léky dle ordinace lékaře, rehydratace organismu. Plná parenterální výživa.

Dle Barthelové testu pacientka s mírným stupněm závislosti. Dle Nortonové bez rizika vzniku dekubitů.

9.5 Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit dne 16. 1. 2019

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I Taxonomie II.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1) Akutní bolest (00132)

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

2) Deficit tělesných tekutin (00027)

Doména 2. Výživa

Třída 2. Hydratace

3) Únava (00093)

Doména 4. Aktivita – odpočinek

Třída 3. Energetická rovnováha

4) Porušený spánek (00095)

Doména 4. Aktivita – odpočinek

Třída 1. Spánek odpočinek

5) Strach (00148)

Doména 9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Třída 2. Reakce na zvládání zátěže

6) Ochota ke zlepšení výživy (00163)

Doména 1. Podpora zdraví

Třída 1. Management zdraví

7) Deficit sebeděče při koupání a hygieně (00108)

Doména 4. Aktivita – odpočinek

Třída 5. Sebeděče

Rizikové diagnózy

1) Riziko infekce (00004)

Doména 11. Bezpečnost – ochrana

Třída 1. Infekce

2) Riziko pádu (00155)

Doména 11- Bezpečnost – ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

3) Riziko zácpy (00015)

Doména 2. Vylučování – výměna

Třída 2. Gastrointestinální funkce

Akutní bolest (00132)

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice: *Nepříjemný smyslový a emoční prožitek způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození. Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po vážnou, lze předvídat odeznění po době kratší než šest měsíců.*

Určující znaky: sdělení nebo označení bolesti, strach, obranné chování pacienta (úlevové polohy, gestikulace), bolestivý výraz v obličeji, grimasy, zúžené vnímání okolí – změna vnímání času, omezená interakce s lidmi a prostředím, autonomní reakce organismu (pocení, změny krevního tlaku, pulzu, dýchání, rozšířené zornice)

Související faktory: základní onemocnění – peptický vřed žaludku a duodena

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka udává bolest dle VAS 0, při překladu na standardní oddělení.

Cíl krátkodobý: Pacientka udává zmírněnou bolest z VAS 8 na VAS 4 do 48hod.

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe příčinu vzniku bolesti.

Je schopna hovořit o bolesti a její projevech.

Popsat intenzitu dle vizuální analogové škály a číselnou hodnotí škálu do druhého dle hospitalizace.

Nemocný zná úlevovou polohu a umí ji využívat.

Dodržuje farmakologický režim dle ordinace ošetřujícího lékaře.

Dokáže sledovat a informovat personál o ústupu, zmírnění bolesti po podání analgetik.

Při překladu na standardní oddělení je bez akutní bolesti.

Plán intervencí:

- 1) Informuj pacientku o příčinách vzniku bolesti – při vzniku bolesti, všeobecná sestra
- 2) Nauč hovořit pacienta o bolesti a její projevech.
- 3) Posuď bolest, její lokalizace, charakter, nástup, trvání, hodnocení dle VAS – každou hodinu, všeobecná sestra
- 4) Pozoruj a všímej si neverbálních projevů bolesti – při každém kontaktu s pacientem, všeobecná sestra
- 5) Sleduj a zapisuj fyziologické funkce pacienta do ošetřovatelské dokumentace – každou hodinu, všeobecná sestra
- 6) Pomoz najít pacientovi úlevovou polohu – do 24hod od hospitalizace, všeobecná sestra

- 7) Podávej analgetika dle ordinace ošetřujícího lékaře a aktuálního stavu pacienta – dle ordinace lékaře, všeobecná sestra
- 8) Sleduj účinek podaných analgetik dle ordinace lékaře, míru bolesti zapiš do ošetrovatelské dokumentace – 30 po podání analgetik, všeobecná sestra
- 9) Zajisti klidné prostředí a pečuj o pohodlí pacienta – do 4 hodin od hospitalizace, všeobecná sestra
- 10) Zhodnot' dopad bolesti na spánek pacientky, tělesnou a duševní pohodu – vždy, všeobecná sestra

Realizace 16. 1. – 18. 1. 2019

Pacientka byla informována o vzniku bolesti a její příčině, je schopna hovořit o její projevech. Každou hodinu je zaznamenávána síla bolesti dle VAS. Při každém kontaktu jsem si všímala verbálních i neverbálních projevů bolesti. Dopomáhala jsem pacientce k úlevové poloze, která byla na pravém boku, nebo na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Každou hodinu jsem zaznamenávala fyziologické funkce, které byly v normě. Byly podány analgetika nitrožilně dle ordinace lékaře. Jejich efekt byl zaznamenán do ošetrovatelské dokumentace 30 minut po podání. Byly ztlumeny rušivé faktory - televize a rádio z důvodu klidného komfortu pacientky.

Hodnocení 18. 1. 2019

Cíl krátkodobý se podařilo splnit, pacientka již po 12 hodin pocítuje úlevu od bolesti po podání analgetik. Prvotní hodnocení dle VAS bylo 8, po 12 hodinách hodnotí bolest dle VAS 4. Cíl dlouhodobý pokračuje, pacientka zůstává na jednotce intenzivní péče. Pokračují intervence – 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

Deficit tělesných tekutin (00027)

Doména 2. Výživa

Třída 2. Hydratace

Definice: *Nedostatečný objem intravaskulárních, intersticiálních nebo intracelulárních tekutin. Dehydratace může a nemusí být spojena se změnami hladiny sodíku.*

Určující znaky: únava až vyčerpání, výdej tekutin je větší než příjem, pokles diurézy, snížený kožní turgor, snížená žilní náplň, změny na sliznicích (suchost), patologická hladina sodíku v séru

Související faktory: velké ztráty tělesných tekutin – krvácení, zvracení, zavedení žaludeční sondy

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacienta bude mít hrazeno dostatek tekutin parenterální cestou po dobu hospitalizace na JIP.

Cíl krátkodobý: Pacienta bude mít hrazeny krevní ztráty dle krevního obrazu a ordinace lékaře do 24 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka má normální hodnoty vitálních funkcí.

Příjem a výdej tekutin je v rovnováze.

Specifická váha moči má fyziologickou hodnotu.

Kožní turgor je v normě.

Plán intervencí:

- 1) Měř příjem a výdej tekutin á 3 hodin po celou dobu hospitalizace na jednotce intenzivní péče – každé 3 hodiny, všeobecná sestra.
- 2) Zhodnot' specifickou váhu moči, množství – každé tři hodiny, všeobecná sestra.
- 3) Monitoruj a zapisuj fyziologické funkce do ošetrovatelské dokumentace – každou hodinu, všeobecná sestra.
- 4) Proved' edukaci o nutnosti zavedení nasogastrické sondy a její fixaci – při příjmu, všeobecná sestra.
- 5) Aplikuj parenterální výživu a hrad' tekutiny infuzní terapií - dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.
- 6) Zhodnot' kvalitu periferního pulsu – každou hodinu, všeobecná sestra.
- 7) Monitoruj laboratorní výsledky krve – dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.

Realizace 16. 1. – 18. 1. 2019

U pacientky byly provedeny krevní převody, z důvodu nízké hladiny hemoglobinu v séru. Krevní převod proběhl bez potransfúzní reakce. Podána plná parenterální výživa do CŽK dle ordinace lékaře. Fyziologické funkce sledovány každou hodinu jsou v rámci fyziologické meze. Na periférii byl dobře hmatný pravidelný puls. Pacientka je v pozitivní bilanci tekutin. Chápe nutnost zavedení nasogastrické sondy a její péči při polohování.

Hodnocení 18. 1. 2019

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientce byly podány krevní převody. Hodnoty krevního obrazu se upravili do fyziologické normy. Byli aplikovány všechny uvedené intervence. Dlouhodobý cíl přetrvává, pacientka pokračuje v hospitalizaci na jednotce intenzivní péče. Trvají na dále intervence 1, 2, 3, 5, 7.

Únava (00093)

Doména 4. Aktivita – odpočinek

Třída 3. Energetická rovnováha

Definice: *Nepřekonatelný a stálý pocit vyčerpání se sníženou schopností vykonávat tělesnou i duševní práci.*

Určující znaky: nárůst potřeby spánku, snížený výkon, spavost, pocit únavy a ospalosti, nepolevující nedostatek energie

Související faktory: onemocnění pacientky

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude mít dostatek energie při překladu na standardní oddělení.

Cíl krátkodobý: Pacientka bude pociťovat větší přísun energii do 48 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka se cítí odpočatá, má více energie.

Pacientka ví, co způsobuje její únavu.

Pacientka se účastní léčebného režimu.

Plán intervencí:

- 1) Posuď ordinovanou medikaci pacientky a její vliv na únavu – v průběhu služby, všeobecná sestra.
- 2) Akceptuj pacientčiny stížnosti na únavu – v průběhu služby, všeobecná sestra.
- 3) Všiměj si celkového stavu pacientky (stav výživy, hydratace) – při kontaktu s pacientkou, všeobecná sestra.
- 4) Vyslechni pacientku, jak sama vnímá příčiny únavy – při kontaktu s pacientkou, všeobecná sestra.
- 5) Všimni si rozložení energie během dne – v průběhu služby, všeobecná sestra.
- 6) Vytvoř prostředí zmírňující únavu – vždy, všeobecná sestra.

Realizace 16. 1. 2019 – 18. 1. 2019

Usoudila jsme, že analgetika v ordinacích lékaře mají vliv na únavu pacientky. Provedla jsem rozhovor s pacientkou, v jaké míře se u ní únava vyskytuje. Místnost byla pravidelně větraná a snažili se eliminovat ruch, který vzniká vlivem chodu oddělení, tím jsme zlepšili prostředí pacientky.

Hodnocení 18. 1. 2019

Pacientka pociťuje větší přísun energie. Přes den vydrží bez usnutí. Cíl krátkodobý byl splněn. Dlouhodobý cíl přetrvává, pokrčují intervence 2, 3, 6.

Riziko infekce (00004)

Doména 11. Bezpečnost – ochrana

Třída 1. Infekce

Definice: *Stav zvýšeného rizika invaze patogenních mikrobů do organismu.*

Rizikové faktory: Centrální žilní katétr, nedostatečná znalost o zamezené vlivu patogenů

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nebude jevit známky infekce do překlady na standardní oddělení.

Cíl krátkodobý: Pacientka nebude mít známky infekce v místě zavedení centrálního žilního katétru po dobu 48 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe individuální rizikové faktory vzniku infekce.

Pacientka ví, že v situaci, kdy dojde k zarudnutí, pálení či edému v místě vpichu informuje všeobecnou sestru.

Plán intervencí:

- 1) Informuj pacientu o příčinách vzniku infekce – do dvou dnů, všeobecná sestra.
- 2) Informuj pacientu o projevech spojené s infekcí – do dvou dnů, všeobecná sestra.
- 3) Informuj pacientu, aby při zarudnutí, pálení apod. upozornila všeobecnou sestru. – 24 hodin od příjmu, všeobecná sestra.
- 4) Dodržuj aseptický postup při převazu CŽK – každý den, všeobecná sestra.
- 5) Kontroluj funkčnost CŽK a jeho krevní návrat – před podáním i.v. léku dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.
- 6) Monitoruj a zapisuj fyziologické funkce do ošetrovatelské dokumentace – každou hodinu, všeobecná sestra.
- 7) Zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace dobu zavedení CŽK – každý den, všeobecná sestra.

Realizace 16. 1. – 18. 1. 2019

Pacientce byl při příjmu 16. 1. 2019 zaveden CŽK z důvodu zkolabování periferního žilního systému. Cestou v. subclavia sinistra. Okolí místa vpichu, je po zavedení klidné, bez zarudnutí a známek infekce. Dezinfekce a sterilní krytí za aseptických podmínek. Krytí vstupu Cosmopor. Trojcestný lumen - bílý: funkční, s krevním návratem, modrý: funkční s krevním návratem, hnědý: funkční, s krevním

návratem. Výměna bezjehlového adaptéru (filtr). Pacientka byla informována o možnosti vzniku infekce a při projevech ihned upozornit všeobecnou sestru.

Hodnocení 18. 1. 2019

Cíl krátkodobý splněn, okolí místa v pichu nejeví známky infekce. Dlouhodobý cíl pokračuje, přetrvávají intervence 4, 5, 6, 7.

9.6 Celkové zhodnocení péče 18. 1. 2019

Pacientka přivezena 16. 1. 2019 RZP na pohotovostní službu pro zvracení krve a bolesti nadbříšku. Poté přijata na chirurgickou jednotku intenzivní péče pro krvácení z peptického vředu žaludku a duodena. Pacientka byla napojena na kontinuální monitoring fyziologických funkcí. Na JIP byl zaveden CŽK cestou v. subclavia sinistra s následnou RTG kontrolou. Provedeno laboratorní vyšetření s následným podáním krevních převodů. Dále sonografické vyšetření. Indikace k akutní gastrokopii, při kterém byla ošetřena krvácející léze a zavedena nasogastrická sonda. Naordinovaná dieta nic per os, plné hrazení výživy parenterální cestou a analgetizace dle ordinace lékaře. Klidový režim s možností využití podložní místy za asistence ošetřujícího personálu.

Během hospitalizace pacientu nejvíce trápila akutní bolest, která ji omezovala v pohybu. Po nasazení analgetické léčby, pacientka cítila značnou úlevu. Dalším problémem byl deficit tělesných tekutin z důvodu zvracení a krvácení. Po podání krevních převodu a hojné hydrataci byl i tento problém minimalizován. Vlivem vzniklých komplikací onemocnění, byl organismus vysílen. Proto pacientka pocítovala velkou únavu. Dle plánu intervencí, se nám podařilo únavu snížit. Povedlo se nám tak splnit stanovené krátkodobé cíle. Mezi potencionální diagnózu, jsme zařadili riziko vzniku infekce. Z důvodu zavedení centrálního žilního katétru. Při každém podání intravenózních léků byla kontrolována funkčnost katétru a známky infekce. Po celou dobu hospitalizace jsme nezaznamenali vznik infekce. Docílili jsme tak očekávaných výsledků. Dlouhodobé cíle přetrvávají. Z důvodu stabilizace stavu pacientky byla dne 25. 1. 2019 přeložena na standardní chirurgické oddělení. A následně dne 6. 2. 2019 do domácího ošetření. Péči lze označit za efektivní, pacientka spolupracovala a snažila se dodržovat všechny doporučené léčebné režimy.

9.7 Doporučení pro praxi

Doporučení vzniklo na základě poznatků z nastudované literatury a pracovní pozice všeobecné sestry na chirurgické jednotce intenzivní péče. Následující poznatky by měly být přínosem pacientům trpícím vředovou chorobu žaludku a duodena, jejich rodinám, zdravotnickému personálu a i široké veřejnosti.

Doporučení pacientům

- Dodržování dietního omezení
- Pravidelný pitný režim, minimálně 2 litry tekutin denně, preferujte neslazené vody
- Omezte konzumaci kávy
- Naučte se rozpoznat příznaky zhoršení onemocnění
- Snížení fyzické zátěže
- Vyvarování alkoholu
- Udržujte si optimální tělesnou hmotnost
- Dodržování zásad zdravého životního stylu
- Pravidelné kontroly u obvodního lékaře
- Dispenzarizace u specialistů
- Užívání pravidelně ve stanovený čas naordinovaných léků dle pokynů lékaře
- Eliminace stresu, zpomalit urychlené tempo života
- Dostatek kvalitního spánku
- Přestat nebo omezit kouření

Doporučení rodinám nemocným pacientů

- Být trpělivý, soucitný, chápavý
- Psychická podpora
- Dodržování a podpora v dietních omezeních, dohlížejte na správnou skladbu jídelníčku
- V jeho přítomnosti nekouřit, podporujte ho v nekuřáctví

Doporučení pro všeobecné sestry

- K edukaci zajistěte vhodné prostředí, pacienty edukujte, aby byl pro ně výklad srozumitelný
- Motivujte je ke změně životního stylu a přístupu k onemocnění
- Důsledně plnit ordinace lékaře
- Monitorovat průběh a vývoj onemocnění, účinky léků, psychické a somatické projevy
- Empatický přístup celého zdravotnického personálu

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byl komplexní ošetrovatelský proces u pacienta s peptickým vředem žaludku a duodena, který byl hospitalizován na chirurgické jednotce intenzivní péče.

Jedná se poškození stěny žaludku nebo dvanáctníku, které přes sliznici proniká do hlubších vrstev. Při průběhu bez komplikací stačí hospitalizace na standardním oddělení. Při vzniku komplikací je nutná intenzivní péče, někdy i chirurgický zákrok.

Cílem teoretické části bylo zmapovat medicínskou problematiku daného onemocnění na základě aktuálních zdrojů. Úvodní část se věnovala teoretickým východiskům daného onemocnění. Epidemiologii a patogenezi, rozdělení peptických vředu. Jeho diagnostika a možností jak konzervativní, tak chirurgické léčby. V závěru je teoretická část doplněna specifiky ošetrovatelské péče a role všeobecné sestry.

Cílem praktické části bylo detailně popsat kazuistiku u pacienta s peptickým vředem žaludku a duodena, zpracovanou metodologii ošetrovatelského procesu. Praktická část byla zpracována podle funkčního modelu zdraví Marjory Gordon, který byl vybrán z důvodu holistického vnímání pacienta. Diagnózy byly stanoveny dle NANDA Taxonomie II. Na základě stanovení diagnóz, byl sestaven individuální ošetrovatelský plán, jeho následná realizace a hodnocení. Jako největší ošetrovatelský problém jsme stanovili akutní bolest, která byla lokalizovaná v oblasti nadbřišku. Pomocí intervencí, které jsme stanovili, se nám podařilo bolest zmírnit. Na základě získaných teoretických a praktických znalostí, o které mi byly přínosem během zpracování této bakalářské práce bylo vytvořeno doporučení pro praxi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.

FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK, ed. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-1005-1.

KOHLSTADT, Ingrid. *Advancing medicine with food and nutrients*. Second edition. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group, [2013]. ISBN 9781439887721.

LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, c2010. ISBN 978-80-7262-692-2.

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

MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3811-6.

MAREK, Josef. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2639-7.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1399-3.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy*. Definice a klasifikace 2015–2017. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0210-5.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. [online]. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

SCHEIN, Moshe a Paul N. ROGERS, ed. *Urgentní břišní chirurgie: Schein's common sense emergency abdominal surgery*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2357-0.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4868-9.

SUTTON, Philip a Hazel M. MITCHELL. *Helicobacter pylori in the 21st century*. Cambridge, MA: CABI, c2010. Advances in molecular and cellular microbiology, 17. ISBN 1845935942.

PENKA, Miroslav, Igor PENKA a Jaromír GUMULEC. *Krvácení*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-0689-4.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.

ŠVIHOVEC, Jan, Jan BULTAS, Pavel ANZENBACHER, Jaroslav CHLÁDEK, Jan PŘÍBORSKÝ, Jiří SLÍVA a Martin VOTAVA, ed. *Farmakologie*. Ilustroval Miroslav BARTÁK. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-5558-8.

VODIČKA, Josef. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.

VOKURKA, Martin. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3., upr. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2032-9.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. Velký lékařský slovník. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3697-6.

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešerše I

Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....II

Příloha A – Rešerše



Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

Vinařská 6, PSČ 603 00 Brno
IČ: 00023850, DIČ: CZ00023850
ID datové schránky NCONZO: a55vw2c
www.nconzo.cz



Rešerše

Peptický vřed žaludku a duodena

Z databázi: katalog knihovny NCO NZO Brno

BibliographiamedicaČechoslovaca

CASLIN

Google Scholar

Google Knihy

Časový rozsah: (2008)-2018

Počet záznamů 65

29.10.2018

Zpracovala: Michaela Musilová

Telefon:
543559111

Fax:
543211177

ID datové schránky:
a55vw2c

Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta peptickým vředem žaludku a duodena v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 26. 4. 2019

.....