



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav Ošetřovatelství

Ošetřovatelská péče o nemocného
s vředem duodena

Nursing Care of a Patient with Duodenal Ulcer

případová studie

bakalářská práce

Praha, únor 2009

Erika Maslowská

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Autor práce:	Erika Maslowská
Studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Heřmanová
Pracoviště vedoucího práce:	Univerzita Karlova v Praze, 3.LF, Ústav ošetrovatelství
Odborný konzultant:	Doc. MUDr. Ladislav Mertl
Pracoviště odborného konzultanta:	I.interní klinika FNKV Praha 10
Datum a rok obhajoby:	1.4. 2009

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pod odborným vedením konzultantů a že všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury a informačních zdrojů. Souhlasím s tím, aby tato bakalářská práce byla použita pro studijní účely.

V Praze, dne 27.února 2009

Erika Maslowská

Děkuji za odborné vedení, cenné rady, podporu a podněty při vedení mé bakalářské práce Mgr. Janě Heřmanové a Doc. MUDr. Ladislavu Mertlovi.

Obsah

1. ÚVOD	7
2. KLINICKÁ ČÁST	8
2.1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE.....	8
2.1.1. Žaludek	8
2.1.2. Dvanáctník	11
2.2. PATOFYZIOLOGIE VŘEDOVÉ CHOROBY	13
2.2.1. Peptický vřed, výskyt a četnost vředů	13
2.2.2. Patologický nález	13
2.2.3. Etiologie a patogeneze	14
2.2.4. Klasifikace peptického vředu	16
2.2.5. Klinický obraz, subjektivní potíže	17
2.2.6. Objektivní nález	18
2.2.7. Diagnostika	18
2.2.8. Diferenciální diagnóza	21
2.2.9. Terapie	21
2.2.10. Komplikace	25
2.2.11. Prognóza.....	27
2.2.12. Prevence	27
2.3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM	28
2.3.1. Identifikace	28
2.3.2. Lékařská anamnéza	28
2.3.3. Diagnostické metody.....	29
2.3.4. Průběh hospitalizace.....	34
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	38
3.1. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	38
3.2. „MODEL FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ“ MARJORY GORDONOVÉ.	40
3.3. APLIKACE OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU	42
3.4. STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	49
3.4.1. Aktuální ošetřovatelské diagnózy	49
3.4.2. Potenciální ošetřovatelské diagnózy	49
3.5. OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN - CÍLE, REALIZACE A HODNOCENÍ.....	50
3.6. SHRnutí OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU	66
3.7. PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO	67
3.8. SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA.....	70

3.9.	PROGNÓZA.....	70
3.10.	EDUKAČNÍ PLÁN NEMOCNÉHO.....	71
3.11.	ZÁVĚR.....	73
	PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK:.....	74
	SEZNAM LITERATURY.....	76
	SEZNAM PŘÍLOH.....	78

1. Úvod

Cílem této bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného, 63 - letého pana X. s diagnózou vřed bulbu duodena s melénou. Byl hospitalizován pro gastrointestinální potíže 3 dny na interní JIP, 1 den na interním oddělení. Práce je rozdělena na část *klinickou a ošetrovatelskou*.

V klinické části je popsána anatomie i fyziologie žaludku a duodena, následuje patologický nález, etiologie a patogeneze, klasifikace peptického vředu, klinický obraz a subjektivní obtíže, objektivní nález, průběh onemocnění, popis vyšetřovacích metod a stanovení diagnózy, diferenciální diagnostika, způsob léčby, komplikace onemocnění, prognóza a prevence. V této části jsou i údaje o nemocném, získané ze zdravotnické dokumentace a na závěr souhrn průběhu hospitalizace.

Ošetrovatelská část obsahuje definici ošetrovatelského procesu, dále popis ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové, podle kterého jsem zpracovala anamnestické údaje. Následuje stanovení ošetrovatelských diagnóz s ošetrovatelským plánem, pro které byl vybrán 1. den hospitalizace. Poté jsem doplnila psychologickou a sociální část, připravila edukaci o onemocnění a životosprávě a vypracovala prognózu se závěrem.

Práci uzavírají přehled použitých zkratk, seznam literatury a přílohy.

2. Klinická část

2.1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE

2.1.1. Žaludek

Žaludek (gaster, ventriculus), je plochá vakovitá část trávicí trubice velmi proměnlivého tvaru. Nejčastěji má tvar písmene J. Může pojmout asi 1 - 2 litry potravy. Strava je v žaludku skladována, rozmělnována, promíchána s žaludeční šťávou - vzniká *chymus*, a v peristaltických vlnách posouvána do další části trávicí trubice, do dvanáctníku (duodena). Žaludek leží v levé brániční klenbě a lze na něm rozlišit přední a zadní stěnu. Místa, kde přechází přední stěna do zadní, se nazývají žaludeční ohbí. *Malé ohbí (curvatura minor)*, směřuje doprava a nahoru a odstupuje z něj *malá předstěra (omentum minus)*, *velké ohbí (curvatura major)*, míří doleva dolů a sestupuje od něj dolů *velká předstěra (omentum majus)*. Obě omenta jsou tvořena *pobřišnicí (peritoneum)*. Nahoře ústí do žaludku jícen a toto místo se nazývá *česlo (kardie)*.

Tři hlavní části žaludku: *fundus* - horní, nejširší úsek, vpravo při fundu ústí do žaludku jícen; *tělo žaludku (corpus)*, vyklenující se doleva nahoru v *klenbu (fornix)*. Směrem dolů se tělo zužuje, ohýbá doprava a trochu vzhůru a končí *vrátníkem (pylorus) - pars pylorica*. Část před pylorem se nazývá *antrum*. Uzávěr pyloru zabezpečuje *silný kruhový svěrač (musculus sphincter pylori)*.

Svalovina žaludku je hladká, má tři vrstvy - *sliznici* s množstvím žaludečních žlázek, *podslizniční vazivo*, *svalovou vrstvu*. Zevní vrstvu žaludku tvoří *serózní povlak - peritoneum*.

Ve sliznici žaludku jsou četné žlázy produkující jednak ochranný hlen, jednak látky, účastníci se trávení potravy (enzymy, kyselinu chlorovodíkovou /též solnou/ - HCl, „žaludeční faktor“, hormony). Žaludeční peristaltika je řízena prostřednictvím lokálních hormonů, *gastrinu a cholecystokininu*. *Žaludeční šťáva* – denně se jí tvoří 2 až 3 litry. Nejdůležitější součástí je HCl a pepsin, dále obsahuje *hlen, vodu a minerály*. *Hlen (mucin)* je nesmírně důležitá součást obrany žaludku proti natrávení sliznice. V buňkách pyloru se tvoří *vnitřní Castleův faktor (intrinsic factor)*, potřebný pro vstřebávání vitamínu B₁₂ v ileu. Enzymy žaludeční šťávy - *pepsinogen*, působením nízkého pH se přeměňuje na aktivní *pepsin*. *Pepsin* štěpí bílkoviny, je to proteáza. Další enzymy v žaludeční šťávě jsou *ureáza a žaludeční lipáza*, jejich účinek je však velmi malý.

Po příjmu potravy se zvyšuje také sekrece *HCl*, o velmi nízkém pH (až 1,5). Jsou-li v žaludeční trávenině bílkoviny, uvolní antrum hormon gastrin, jeden z nejvýznamnějších hormonů GIT (gastrointestinálního traktu). Gastrin je produkován a uchováván především ve speciálních endokrinních buňkách (G - buňky) mukózy antra žaludku, méně v G buňkách proximálního duodena a delta buňkách pankreatických ostrůvků. Funkce gastrinu: po sekreci je gastrin transportován krví přes játra do parietálních buněk fundu žaludku, kde vede ke stimulaci HCl. Gastrin stimuluje také produkci pepsinogenu a vnitřního faktoru žaludeční

mukózou, produkci sekretinu mukózou tenkého střeva, také sekreci pankreatických enzymů a HCO_3^- . Dochází i ke stimulaci produkce žluči v játrech a ke zvýšení žaludeční a střevní motility.

HCl - má i tyto úkoly: aktivuje neaktivní pepsinogen na účinný pepsin, zajišťuje vhodné pH, způsobuje bobtnání vaziva v mase a zajišťuje další stupeň antibakteriální ochrany GIT.

Řízení žaludeční sekrece má 3 fáze:

- *reflexní (cefalická)*: sekrece na psychické nebo senzorní podněty, je zprostředkována bloudivým nervem (nervus vagus);

-*žaludeční (gastrická)*: potrava působí na mechanoreceptory a na chemoreceptory, především zvyšuje sekreci gastrinu, který stimuluje humorální cestou sekreci žaludeční šťávy, především HCl;

-*střevní (intestinální)* - přestup chymu do duodena vyvolá sekreci hormonů, které podle jeho složení ovlivňují motilitu a sekreci žaludku, ale i pankreatu a žlučníku.

Humorální regulace se však účastní i další regulační peptidy: *GIP (gastric inhibitory peptide)* - zpomaluje peristaltiku žaludku a snižuje sekreci žaludeční šťávy, *substance P* - odpovídá za kontrakci hladké svaloviny střev, *VIP (vasoactive intestinal peptide)* - zvyšuje průtok krve střevem a tím zlepšuje vstřebávání a *somatostatin* - zpomaluje průtok živin střevem a tím zlepšuje a usnadňuje vstřebávání.

Parasympatickou inervaci obstarává *nervus vagus* (zvyšuje peristaltiku a sekreci). Sympatickou *splanchnické nervy* (účinek je opačný).

2.1.2. Dvanáctník

Je první a nejkratší částí tenkého střeva, je dlouhý asi 25 -30 cm (12 palců - odtud jeho název). Tenké střevo je trubice, navazující na žaludek, je zhruba 4 - 5 m dlouhá, v pravé jámě kyčelní přechází do střeva tlustého. Má 3 části - *dvanáctník*, *lačník*, *kyčelník*. V tenkém střevě probíhá hlavní část trávení a vstřebávání potravy. Důležitou úlohu v tom hraje hlavně dvanáctník, do kterého přichází žluč z jater a šťáva ze slinivky břišní, obsahující trávicí enzymy.

Dvanáctník je přirostlý na orgány zadní stěny břišní, proto je nepohyblivý a má stálý tvar podkovy. Podle průběhu rozdělujeme dvanáctník na několik částí.

První část - horní, která navazuje na žaludek, je na svém začátku rozšířena (*bulbus*), druhá část sestupuje dolů vpravo od páteře (*pars descendens*), zde se nachází společné vyústění žlučových cest a vývodu slinivky břišní (*papilla duodeni major - Vaterská papila*). Třetí, vodorovná část (*pars horizontalis*), přebíhá směrem doleva a stoupá vzhůru jako poslední část (*pars ascendens*). Ta pak ostrým ohbím (*flexura dudenojejunalis*), přechází do další části tenkého střeva, do lačníku.

Sliznice je poskládána do řas (*Kerckringovy řasy*) a tvoří výběžky (*klky*). Je kryta enterocyty, které mají na povrchu *kartáčový lem*, tvořený *mikroklky* = zvětšení povrchu střeva. Denně se ve střevě tvoří kolem 1800 ml tekutiny s mírně alkalickým pH (7,5 - 8) - *střevní šťáva*, která se rychle reabsorbuje v klcích. *Brunnerovy žlázy*, lokalizované hlavně v duodenu, secernují především hlen, který má za úkol chránit sliznici.

Kromě toho střevo produkuje další trávicí enzymy - *disacharidázy* (dokončují štěpení cukrů), *peptidázy* (štěpí polypeptidy na aminokyseliny) a střevní *lipáza*. Motilita tenkého střeva je regulována *nervově a humorálně*. Nervovou regulaci obstarávají *sympatikus* (zpomalení) a *parasympatikus* (zrychlení). Z duodena přechází trávenina do *lačnicku (jejuna)* a *kyčelníku (ilea)*, kde se tvoří střevní šťáva, která rozkládá natrávené živiny na jednoduché sloučeniny a kde se živiny hlavně vstřebávají.

Význam duodena:

- řídí sekreci a vyprazdňování žaludku (nervově enterogastrickým a duodenokolickým reflexem a humorálně GIP, sekretinem, CCK a somatostatinem);
- na Vaterskou papilu ústí vývody pankreatu a žlučníku a proto v něm působí trávicí enzymy pankreatické šťávy a žluč;
- vstřebávají se v něm vitamíny B₁, B₂ a C.

(1, str. 66-91; 11, str. 26,27; 14, str. 135-139).

2.2. PATOFYZIOLOGIE VŘEDOVÉ CHOROBY

2.2.1. Peptický vřed, výskyt a četnost vředů

Poměrně často se k označení onemocnění užívá pojem vředová choroba gastroduodena (peptický vřed s označením určitější lokalizace), který má odlišit vředy vzniklé bez zjevné příčiny (vředy primární) od vředů sekundárních (endokrinních, vaskulárních, polékových a stresových) - tedy s příčinou zřejmou. Vředová choroba je onemocnění denní praxe, výskyt v populaci se odhaduje na 3 - 5% , podle některých autorů až 10%. Oběma základním lokalizacím je společné to, že vřed většinou probíhá chronicky, k exacerbacím dochází v řadě případů každý rok, někdy jsou období remise mezi jednotlivými vzplanutími různě dlouhé. U méně než 10% případů je peptický vřed němý a projeví se náhle až komplikací - nejčastěji krvácením nebo perforací.

(8, str. 11,12).

2.2.2. Patologický nález

Vřed je slizniční defekt, který proniká, na rozdíl od eroze, nejméně pod muscularis mucosae. Vyskytuje se v trávicí trubici všude tam, kde je přítomna volná HCl, tj. v jícnu, žaludku, duodenu, popř. v tenkém střevě po založení gastroenteroanastomózy nebo v ektopické žaludeční sliznici v Meckelově divertiklu.

2.2.3. Etiologie a patogeneze

Cruveilhier, který více než před 150 lety jako první popsal toto onemocnění, uvedl, že jeho příčiny jsou zahaleny hlubokou temnotou. Od té doby názory na původ tohoto onemocnění prodělaly velmi složitý vývoj, avšak zcela nový názor na vznik peptického vředu se začal formulovat od roku 1983, kdy Australané J. Warren a B. Marshall popsali *Helicobacter pylori*.

Jedinou nezbytnou podmínkou pro vznik peptického vředu je přítomnost HCl v žaludečním sekretu. Stále platí tvrzení, které vyslovil v roce 1910 německý internista Schwarz: „Není kyselina, není vřed.“

Při vzniku peptického vředu jsou ve hře dvě skupiny činitelů:

- faktory agresivní, které přispívají k autodigesci žaludeční sliznice,
- faktory protektivní, které sliznici chrání.

Mezi faktory agresivní patří:

- a) acidopeptický účinek žaludeční šťávy,
- b) bakterie *Helicobacter pylori* - je zřejmé, že má významnou úlohu při vzniku a udržování ulcerace. Svým toxicko - metabolickým působením vyvolává antrální gastritidu, která se případně šíří orálním směrem. K autodigesci dojde především ve sliznici oslabené zánětem. Bulbus duodena je nejčastějším sídlem peptických vředů. To je možné proto, že u části lidí dochází ke gastrické metaplazii - ke vzniku ostrůvků žaludeční sliznice v bulbu, kde je normálně již sliznice tenkého střeva. V nich se pak usídli *H. pylori*. *H. pylori* je podivuhodná bakterie, je příkladem adaptace živého organismu na extrémní životní podmínky - intragastricky je pH až 1. Přežití

H. pylori je možné tím, že z urey, která je všudypřítomná, svým enzymem ureázou vytváří amoniak. Tento alkalický obláček ho chrání před ničujícím vlivem HCl. Jde o nejrozšířenější lidskou infekci. V rozvojových zemích je až 90% populace H.pylori pozitivní, v rozvinutých zemích přibývá pozitivita s věkem. Po 50. roce věku až 50% populace může být H. pylori pozitivní. Zdaleka ne všichni infikovaní H. pylori onemocní peptickým vředem. Jedním vysvětlením je existence zvláštních ulcerogenních kmenů H. pylori I. typu, na rozdíl od bakterií II. typu. Tato bakterie má celou řadu faktorů, které působí cytotoxicky. Infekce H. pylori je výlučně lidská. Přenáší se zřejmě cestou fekálně - orální a oro - orální. Kromě H. pylori se na vzniku ulcerace podílejí rovněž

c) další agresivní činitelé:

- ulcerogenní vliv některých léků (kyselina acetylsalicylová, nesteroidní antirevmatika), které mění fyzikálně chemickou skladbu žaludečního hlenu;
- škodlivý vliv duodenálního sekretu při duodenogastrickém refluxu;
- škodlivý vliv kouření se má za prokázaný, ale v podrobnostech není jasný;
- porucha mikrocirkulace ve sliznici a submukóze žaludku, která se uplatňuje zřejmě zejména u stresových vředů.

Organismus disponuje řadou *protektivních mechanismů*, kterými vyrovnává vliv ulcerogenních faktorů. Jsou to:

- a) normální skladba a přiměřené množství žaludečního hlenu;
- b) intaktní mikrocirkulace v žaludeční sliznici;

- c) alkalická sekrece hydrogenuhličitanů v žaludeční šťávě;
- d) regenerační schopnost buněk žaludečního epitelu;
- e) normální sekrece endogenních prostaglandinů, které ovládají a stimulují všechny mechanismy uvedené výše.

Při poruše rovnováhy agresivních a protektivních dějů jsou dány jedny z podmínek pro vznik peptické léze.

2.2.4. Klasifikace peptického vředu

- a) Primární peptický vřed (vředová choroba) - zde do značné míry platí rovnice „pH + H. pylori = vřed“.
- b) Sekundární peptické vředy - ulcerace vzniká jako důsledek jiného onemocnění nebo vlivu:
 - stresové vředy - patří sem Cushingův vřed při lézích CNS,
 - Curlingův vřed při rozsáhlých popáleninách, vředy po rozsáhlých operacích a traumatech,
 - endokrinní vředy u Zollingerova - Ellisonova syndromu jsou úporně recidivující a komplikované, způsobené extrémně vysokou sekrecí HCl, vyvolanou nadprodukcí gastrinu při hyperplazii nebo nádoru z buněk, tvořící gastrinové vředy. Rovněž u hyperparatyreózy a mnohotné endokrinní adenomatózy jsou vředy častou komplikací,
 - hepatogenní vřed při jaterní cirhóze,
 - vředy při těžkých bronchopulmonálních afekcích - bývají často němé, projevují se nezřídka až komplikací (krvácením, perforací),
 - vředy lékové (nesteroidní antirevmatika, kortikoidy).

2.2.5. Klinický obraz, subjektivní potíže

Symptomatologie peptického vředu se v typických případech liší podle lokalizace.

Duodenální vřed - postiženi jsou nejčastěji muži v produktivním věku mezi 20. a 40. rokem. Zdá se, že postižených žen v posledních letech přibývá. Vřed není omezen žádnou věkovou hranicí, je znám jak u dětí, tak u jedinců více než 70 - letých. Subjektivní obtíže: příznačná je epigastrická bolest ve střední čáře nebo vpravo od ní, která se vyskytuje nalačno (2 a více hodin po jídle), nezřídka v noci nemocného probouzí ze spánku. Bolest ustupuje po požití stravy a po antacidech. Příznačná je právě tato závislost, nikoli již charakter bolesti. Někteří nemocní říkají, že mají bolest po jídle, ale cílený dotaz ukáže, že jde o bolest s delším časovým odstupem po jídle, tedy vlastně o bolest nalačno. Bolest se šíří někdy pod pravý žeberní oblouk a napodobuje onemocnění žlučníku, při lokalizaci na zadní stěně se leckdy projikuje do zad. Poměrně častá je pyróaza či kyselá regurgitace, říhání, zácpa v období obtíží. Chuť u mnohých nemocných je zachovaná a častý příjem potravy, vynucený bolestí, vede naopak ke zvýšení hmotnosti. U některých nemocných je snižená chuť k jídlu, snížený příjem potravy vede k hubnutí. Někdy je hubnutí vyvoláno tím, že se nemocní bojí najíst. Cennou známkou aktivity onemocnění je v řadě případů únavnost a spavost. V rodinné anamnéze je častý údaj o výskytu vředu u příbuzných.

Žaludeční vřed – postihuje obě pohlaví rovnoměrněji, spíše se vyskytuje ve středním a starším věku. U mladých jedinců je vyjímečný.

Subjektivní potíže: symptomatologie již není tak typická jako u duodenálního vředu. Bolest je opět vedoucím příznakem, její časové vazby na jídlo jsou méně přesné. Někdy lze vystopovat určitou závislost: čím orálněji je vřed lokalizován, tím časněji po jídle se bolest hlásí. U angulárního a mediogastrického vředu asi 1 hodinu po jídle, u vředu subkardiálního brzy po jídle. Vředy prepylorické a pylorického kanálu mají symptomatologii shodnou s vředy duodenálními. Ostatní projevy se od dvanáctníkového vředu příliš neliší, snad jen chuť k jídlu nebývá velká.

2.2.6. Objektivní nález

Je u obou typů vředů chudý. Nález palpační bolesti v epigastriu je pravidlem. Poměrně častá jsou stigmata vegetativní lability: chladná a zpcená akra, zvýšený dermografismus. Neexistuje žádná typická vředová konstituce.

2.2.7. Diagnostika

Endoskopické vyšetření je nejspolehlivější a základní diagnostickou metodou. Je to vyšetřovací postup, který umožňuje zobrazovat a přímým pohledem vyšetřovat vnitřek dutých orgánů a tělesných dutin. Nejčastěji se používají videoendoskopy, výsledný obraz je promítán na obrazovku. Dnes má toto vyšetření velmi široké indikace a téměř vytlačilo dříve běžné RTG vyšetření. Indikací je jakékoli podezření na možnou žaludeční patologii. Pouze endoskopicky je možno prokázat bulbitidu. Tento nález buď provází

duodenální vřed, nebo je samostatným nálezem, který je klinicky ekvivalentní peptickému vředu.

Pro rozhodování o léčbě je velmi důležitý *průkaz H. pylori*. Ten se u duodenálního vředu zjišťuje prakticky pravidelně, v 90 - 95% případů. U velké části nemocných s žaludečním vředem je průkaz *H. pylori* méně častý (asi v 80% s negativním nálezem *H. pylori* lze prokázat užívání ulcerogenních léků). Průkaz *H. pylori* je nejspolehlivější z biopsie žaludeční sliznice, získané endoskopicky. Nejběžněji se stanovuje speciálním barvením v histologických řezech, získaných endoskopickou biopsií. Biopstické částice lze použít i pro vyšetření ureázového testu (CLO test). Ten spočívá v barevné změně indikátoru, ke které dochází změnou pH. Tuto změnu vyvolává amoniak, který bakterie vytvoří účinkem své ureázy ze všudypřítomné urey.

U žaludečního vředu je endoskopie spojená s biopsiemi nutná vždy. Jedině tak lze rozpoznat časný karcinom žaludku, který může vzhledem i průběhem dokonale napodobovat peptický vřed. Udává se, že až 3% žaludečních vředů, které diagnostikuje zkušený endoskopista jako peptické, jsou ve skutečnosti karcinomy, dokonale napodobující benigní lézi.

U krvácení do horní části trávicí trubice, kde peptický vřed je jednou z nejčastějších příčin, je urgentní endoskopické vyšetření jedinou metodou, která může spolehlivě diagnostikovat zdroj krvácení a jeho aktuální stav. Současně je možné se pokusit o endoskopické stavění krvácení.

RTG žaludku, provedený pokud možno metodou dvojího kontrastu, je druhou možností, jak prokázat vřed. Spolehlivost je prokazatelně menší,

největší nevýhodou je však nemožnost biopsie a léčebného zásahu, další nevýhodou radiační zátěž.

Ultrazvukové vyšetření je vhodné provést k vyloučení cholelithiázy.

Laboratorní vyšetření není pro diagnózu přínosné. Informuje však o stavu organismu, zejména však při komplikovaném průběhu (elektrolyty, krevní obraz, atd.). Má rovněž význam diferenciativně diagnostický (amylázy). Vyšetření stolice na okultní krvácení by mělo být provedeno u každého nemocného (pokud není přítomna meléna), právě tak, jako vyšetření krevní skupiny vzhledem k riziku možného krvácení.

Dechový test s ureou je globálním neinvazivním testem k diagnostice přítomnosti *H. pylori*. *Vyšetření žaludečního chemismu* má pro diagnózu omezený význam, běžně se dnes již neprovádí.

O přítomnosti volné HCl se lze přesvědčit při gastroskopii s použitím Kongo - červeně. Hodnotitelné je vyšetření sondou po maximální stimulaci pentagastrinem s kvantitativním stanovením výdeje HCl. U duodenálního vředu je častý zvýšený výdej HCl za bazálních podmínek i po stimulaci. U žaludečních vředů je sekrece značně ovlivněna jejich lokalizací. U vředů v těle žaludku je často snižená sekrece HCl. Bezpečně prokázaná achlorhydrie vylučuje peptický vřed, je nutno myslet na vřed maligní. Enormně vysoké hodnoty sekrece jsou příznačné pro syndrom Zollingerův - Ellisonův, zejména při vyšetření nalačno.

Stanovení gastrinu v séru je přínosné právě pro diagnózu Zollingerova - Ellisonova syndromu a v diferenciativní diagnostice stavů, spojených s hyperaciditou.

2.2.8. Diferenciální diagnóza

Hlavním diferenciativním diagnostickým problémem u žaludečního vředu je odlišení od karcinomu. To u duodenálního vředu padá v úvahu jen výjimečně (prorůstání karcinomu pankreatu do bulbu).

Před průkazem vředu zvažujeme, zda obtíže nemocného mohou být podmíněny cholecystopatií, pankreatitidou, funkční gastropatií (pseudoulcerózní syndrom!). Někdy je nutno pomýšlet na afekce břišní stěny či na koronární původ obtíží.

2.2.9. Terapie

Terapie žaludečního a duodenálního vředu se od sebe zásadně neliší. Patofyziologický základ léčby vychází z předpokladu, že hlavním patogenetickým mechanismem je nepoměr mezi agresivními a obrannými schopnostmi žaludeční sliznice. Ovlivnění protektivních vlastností slizniční bariéry je dostupné jen v omezeném rozsahu, proto je hlavní léčebné úsilí zaměřeno na potlačení kyselé sekrece a na eradikaci *H. pylori*.

a) Režimová opatření:

jsou základní součástí léčby. Tvoří je tyto složky:

- relativní tělesný klid;
- duševní klid, dostatek spánku;
- úprava stravy - zákaz pochutin, které stimulují žaludeční sekreci a nemají žádné neutralizační vlastnosti (např. káva, silný čaj, kola).

Strava by měla být upravena tak, aby ji nemocný dobře toleroval.

Hůře je stravitelná potrava tučná, připravená na přepalovaném tuku;

- zákaz nebo alespoň podstatné omezení kouření;
- zákaz ulcerogenních léků - kyselina acetylsalicylová, nesteroidní antirevmatika, glukokortikoidy a reserpin;
- pracovní neschopnost;
- hospitalizace je nezbytná jen při komplikacích;
- lázeňská terapie je vhodným doplňkem léčby, obvykle však ne v aktivním stadiu onemocnění.

b) Medikamentózní terapie:

standardní léčbou donedávna byla aplikace *antagonistů H₂ - receptorů*. U nás se nejběžněji používá ranitidin, popřípadě famotidin. Délka léčby trvá 4 - 6 týdnů. Zhojení by mělo být kontrolováno endoskopicky. U žaludečních vředů je to absolutně nezbytné (riziko maligního vředu). Antagonisté H₂ receptorů zhojí 80 - 90 % vředů během 4 - 6 týdnů. Asi 10% nemocných se nepodaří těmito léky vyléčit, mluvilo se o vředech rezistentních na terapii. Jak se ukázalo, naprostou většinu těchto „rezistentních“ vředů lze zhojit inhibitory protonové pumpy nebo eradikační léčbou. Je tedy zřejmé, že tzv. rezistence na léčbu je jen otázkou účinnosti suprese sekrece HCl.

Plný léčebný vliv na bezprostřední zhojení vředu - téměř 100% (až na malé výjimky), má léková skupina *inhibitorů protonové pumpy*, které představují skupinu nejúčinnějších antisekrečních léků. Jsou to omeprazol,

pantoprazol a loseprazol. Nevýhodou inhibitorů protonové pumpy proti antagonistům H₂ receptorů je zatím zřetelně vyšší cena.

Z dalších účinných léků lze uvést: sukralfát (modifikovaná sacharóza) stimuluje protektivní děje, podobně jako komplexní bismutové soli, které navíc přímo ničí *H. pylori*.

Z dříve běžně užívaných parasympatolytik lze užít již jen pirenzepin, lék do značné míry selektivně omezující jen žaludeční sekreci. Antacida se již v monoterapii neužívají, jsou vhodná k tišení epizodických obtíží, popřípadě na začátku léčby jako symptotikum.

Všemi těmito léky lze zhojit peptický vřed během 4 - 6 týdnů přibližně u 80% nemocných. Tato terapie má však základní nedostatek: není odstraněna tendence k recidivám. Do 2 let dojde k recidivě asi u 80% nemocných, jelikož nebyla eradikována helicobakterová infekce, která je hlavní příčinou recidiv peptického vředu.

Eradikace H. pylori - zásadní obrat v terapii je eradikace *H. pylori* kombinovanou léčbou. Eradikaci *H. pylori* lze docílit ve více než 90% případů. Po takové úspěšné léčbě klesá procento recidiv na 0 - 10%. Nejvyšší procento eradikace - 95% (a tím i dlouhodobého léčebného úspěchu), se docílí sedmidenní aplikací inhibitoru protonové pumpy (omeprazol, pantoprazol) a dvou antibiotik (nejvhodnější jsou klaritromycin, amoxicilin, azitromycin, tetracyklin), nebo se jedno antibiotikum nahradí nitroimidazolovým přípravkem (metronidazol, tinidazol, ornidazol). Někteří dokončují léčbu třítýdenní aplikací inhibitoru protonové pumpy, ale ukazuje se, že plně postačující je sedmidenní kombinovaný léčebný režim. Do

kombinace lze zapojit i komplexní bismutovou sůl (bismut + antibiotikum + metronidazol). U každého peptického vředu, jestliže je *H. pylori* prokázán, by se mělo léčit některou antihelikobakterovou kombinací. V antihelikobakterové léčbě hovoříme o eradikaci, když s odstupem 1 měsíce po skončené léčbě se neprokáže přítomnost *H. pylori* alespoň dvěma zkouškami. Termín eliminace *H. pylori* používáme tehdy, jestliže se podaří *H. pylori* snížit, nikoli však zcela vymýtit.

c) Chirurgická terapie:

byla běžnou u stavů rezistentních na léčbu. V současné době je indikována prakticky jen u komplikací vředu (nezvládnutelné, popřípadě recidivující krvácení a penetrace vředu nebo jeho perforace). Také v případech, kdy jsou přítomny hrubé anatomické změny, které brání hojení nebo omezují např. evakuaci žaludku. U rizikových nemocných v případě krvácení, neuspěje-li endoskopické stavění krvácení, se někdy provádí lokální ošetření vředu (sutura, opích krvácející cévy, aj.). Smyslem chirurgické léčby je významně snížit acidopeptické působení žaludečního sekretu. Při resekčních operacích (Billroth I. a II.) se odstraňuje antrum (zdroj gastrinu) a resekcí části žaludečního těla se snižuje i masa parietálních buněk.

Druhou možností je vagotomie, při níž se ruší vagová stimulace parietálních buněk. Provádí se především tzv. superselektivní vagotomie, při níž se přetínají vlákna vagu, zásobující tělo žaludku. Dnes lze provést tuto operaci laparoskopickou technikou.

d) Endoskopická terapie krvácejícího vředu:

je to metoda nejméně zatěžující nemocného. Ke krvácení může nejčastěji dojít z cévky na spodině peptického vředu nebo ze slizniční hemoragické eroze. Obecně jsou ke stavění krvácení z lézí horní části GIT používány metody aplikace roztoku adrenalinu, koncentrovaného alkoholu, sklerotizace (polidocanol), bipolární nebo monopolární elektrokoagulace, laseru, tkáňových lepidel, hemoklipů a ligace přímo na krvácející místo.

2.2.10. Komplikace

a) krvácení z vředu:

projevuje se jako hematemeze nebo meléna. Je nejčastější komplikací. Ke krvácení může dojít kdykoli v průběhu onemocnění. Velmi často je spouštěcím mechanismem krvácení požití salicylátů nebo nesteroidních antirevmatik. Stačí i malé množství těchto léků! Není překvapující, když hemorragii předchází jen krátké období nevelkých obtíží, krvácení může být prvním projevem onemocnění vůbec. Velmi často po krvácení bolesti ustupují. Pro diagnózu je rozhodující endoskopické vyšetření.

b) Penetrace:

jde o postupné prohlubování vředu, který proniká celou stěnou žaludku nebo duodena do okolí. Nejčastěji penetruje duodenální vřed do pankreatu. Reaktivní zánět vytváří srůsty s okolím, takže nedochází k perforaci do volné dutiny břišní. Pro penetraci jsou příznačné úporné bolesti, které ztratily svůj původní vředový charakter, velmi často vyzařují

do zad. Bolest neodpovídá na obvyklou terapii. Pro posouzení hloubky invaze vředu je přínosnější RTG vyšetření. Obvykle je indikováno chirurgické řešení. Lze se však pokusit i o intenzivní konzervativní terapii; teprve po jejím neúspěchu je plně namístě chirurgická intervence.

c) *Perforace:*

dojde k ní, když vřed proniká stěnou orgánu rychle, takže nedojde k adhezi s okolními orgány. K perforaci může dojít do volné peritoneální dutiny, nebo jde o krytou perforaci do omezeného prostoru, ohraničeného adhezemi. Až 10 - 20% perforací vzniká bez předchozích vředových obtíží. Příznačná je náhlá prudká až krutá bolest, která je konstantní a neovlivnitelná. Rychle se rozvíjí obraz náhlé příhody břišní (akutní peritonitida) a šoku. Nativní RTG snímek ukáže srpečky volného plynu pod bránicí. Vysoká aktivita amylázy v séru nesmí mást, je podmíněna resorpcí enzymů duodenálního obsahu, který pronikl do peritoneální dutiny. RTG vyšetření žaludku baryovou kaší se nesmí provést. Chirurgické řešení je absolutně indikováno. Zcela vyjíměčně u nemocných s krajním operačním rizikem lze postupovat konzervativně (odsávání žaludečního obsahu, antibiotika, úprava vnitřního prostředí a parenterální výživa).

d) *Stenóza (obstrukce) pyloru:*

k této komplikaci dochází vzácně u duodenálního nebo pylorického vředu. Zúžení je podmíněno buď edémem, nebo fibrózou. Dostaví se pocit plnosti, nemocný zvrací stagnující obsah se zbytky potravy staršího data. Zvracení kupodivu není časté (1 - 3x denně), množství zvráceného obsahu

je však velké. Diferenciálně diagnosticky je třeba vyloučit uzávěr karcinomem. Řešením je operace.

2.2.11. Prognóza

Ve většině případů je průběh onemocnění benigní, obtíže jsou snesitelné, dobře zvládnutelné léčbou, mnohdy spontánně ustávají po několika týdnech i bez léčby. U části nemocných (asi 10%) jsou projevy choroby sužující, běžná terapie nepomáhá, mohou se objevit komplikace, které mohou ohrožovat život. Dosti často po mnohaletém průběhu aktivita onemocnění ve vyšším věku vyhasíná. Floridní vřed se však může vyskytnout i ve vyšším věku (tzv. stařecké vředy).

2.2.12. Prevence

Objev bakterie *H. pylori* má jednoznačný dopad na možnosti intenzivnější léčby vředové choroby. Prevencí recidiv je především eradikace *H. pylori*, racionální výživa, zdravý životní styl a eliminace ulcerogenních vlivů. Při užívání některých léků (nesteroidní antirevmatika, kyselina acetylosalicylová, kortikosteroidy...) je nutno zvážit, zda je tyto léky třeba nezbytně užívat, zda by je nebylo možné nahradit jinými léky bez nežádoucích účinků na GIT. Co se týká stravy - nepít černou kávu na lačný žaludek, jíst zdravou stravu ve vhodné úpravě, bez přepalovaných tuků, ne ostrá a kořeněná jídla. A pokud možno žít život bez přílišných stresů a napětí. (7, str. 452-459; 12, str. 601).

2.3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

2.3.1. Identifikace

Jméno:	X	
Věk:	63 let	
Pohlaví:	Muž	
Stav:	Ženatý	
Národnost:	Česká	
Bydliště:	Česká republika	
Povolání:	Důchodce	
Nejbližší příbuzní:	Manželka, syn	
Důvod přijetí:	Meléna, bolest břicha	
Lékařská diagnóza hlavní:	Meléna	K 921
	Vřed bulbu duodena	K 260
Lékařská diagnóza vedlejší:	Hypertenze	I 10
	Hypotyreóza	E 039
	Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií	E 660

2.3.2. Lékařská anamnéza

RA: otec zemřel v 53 letech na infarkt myokardu, matka zemřela v 80 letech „stářím“.

OA: běžné dětské nemoci, v dětství pertuse, appendektomie, ve 24 letech zjištěna hypertenze, ve 48 letech operace pravé ledviny pro nefrolitiázu, v

53 letech operace pupeční kýly, hypotyreóza na substituci - dispenzarizován, letos vyšší glykemie, několikrát vyšetřen pro bolesti na hrudi, uzavřeno jako nekardiální, časté lumbalgie.

AA: neguje.

SPA: v péči rodiny. V současnosti je starobní důchodce, dříve učitel.

Abusus: černá káva 3x denně, kouřil 25 let do 10 cigaret denně, nyní kouří asi 5 denně, alkohol příležitostně.

FA: Letrox 100 1 - 0 - 0, Plednil 10 1 - 0 - 0, Indap 1 - 0 - 0, KCl 2 - 0 - 0, Gopten 1 - 0 - 0, Vasocardin 100 1/2 - 0 - 1/2, Apotic 1 - 0 - 0, Brufen - často, Stilnox - jen občas.

NO: včera večer si všiml zcela černé formované stolice, poté ještě 1x a dnes 2x. Měl bolesti břicha střední intenzity, 1x zvracel, byla přítomna nauzea. Dnes vyšetřen na akutní interní ambulanci, odkud odeslán k hospitalizaci pro melénu. Nyní cítí nauzeu, neurčité bolesti břicha, spíše kolem pupku.

2.3.3. Diagnostické metody

Stav při přijetí: Eupnoe, orientován, obézní, spolupracuje, plně mobilní, bez známek ikteru, cyanosy či anemie, afebrilní, hydratace i kožní turgor přiměřené.

Neurologicky: bez lateralizace.

Páteř bez deformit, na poklep v bederní oblasti mírně bolestivá. Bez zjevných známek vnějšího traumatu.

Hlava: nebolestivá, uši a nos bez výtoku, orientačně neurologicky v normě, spojivky růžové, skléry anikterické. Jazyk suchý, plazí ve střední čáře, hrdlo klidné.

Krk: štítná žláza nezvětšena, krční žíly přiměřeně naplněné, karotidy tepou symetricky, bez šelestů. Hrudník: bez deformit. Poklep nad plícemi plný, dýchání čisté sklípkové, bez vedlejších fenoménů. Srdce pokleповě nezvětšeno, úder hrotu nezvedavý, akce srdeční klidná, pravidelná, 2 ozvy ohraničené. Krevní tlak bez nutnosti intervence.

Břicho: v niveau, klidné, měkké, prohmatné, citlivé v pravém i levém mezogastriu, bolesti i ve středním epigastriu, bez rezistence, bez peritoneálního dráždění, velikost jater a sleziny nepřesahuje pokleповě oblouk žeberní, tapotement bilaterálně negativní.

Končetiny: bez otoků a známek zánětu, trombózy, pulsace na arteriích femorales a na periférii hmatné. Klouby ušlechtilého tvaru, normální hybnost.

Mízní uzliny bez patologie.

Per rectum: indagace nebolestivé, v ampule trochu stolice, na špičce vyšetřujícího prstu jasně černá stolice.

Objektivně při přijetí:

TK: 145/75 mm Hg, puls 78/minutu, pravidelný, TT 36,8° C, SpO₂ 92%, dech 18 /minutu, v dalších dnech oběhově kompenzován.

Laboratorní hodnoty

OKBH	Fyziologické rozmezí	22.11.	23.11.	24.11.
Sodík mmol/l	135 - 146	141	138	
Draslík mmol/l	3.6 - 5.5	3.8	3.6	3.5
Chloridy mmol/l	97 - 115	101	106	
Močovina mmol/l	2.50 - 8.30	10.90		
Kreatinin umol/l	57.00 - 113.00	96.00		
Celk.bílkovina g/l	65.00 - 83.00	74.00		
Albumin g/l	30.00 - 52.00	40.00		
Glykémie mmol/l	3.30 - 5.60	7.11		5.60
Bilirubin celk. umol/l	3.0 - 21.0	10.0		
ALT ukat/l	0.15 - 0.73	0.64		
AST ukat/l	0.10-0.66	0.37		
GGT ukat/l	0.18 - 0.84	0.44		
ALP ukat/l	0.73 - 2.60	1.10		
Lipasa ukat/l	0.1 - 3.1	1.1		
S-AMS ukat/l	0.05-1.67	0.73		
CRP mg/l		< 3 m		
APTT ratio	0.80 - 1.20	0.94		
QUICK INR	0.80 - 1.20	1.07		

KREVŇÍ OBRAZ	Fyziologické rozmezí	22.11.	23.11.	24.11.	25.11.
Hemoglobin g/l	133 - 170	133	110	106	108
Erytrocyty T/l	4.30 - 5.50	4.30	3.48	3.31	3.43
Hematokrit ar.j.	0.40 - 0.50	0.39	0.31	0.30	0.31
Hb konc g/dl	32.00 - 36.00	33.70	33.60	35.20	34.70
Objem ery um ³	85.0 - 96.0	92.7	90.5	90.9	91.3
Leukocyty G/l	4.0 - 10.0	7.9	4.9	4.3	4.8
Trombocyty G/l	130 - 350	141	123	128	131

Gastroskopie

22.11. - FIBROSKOPIE HČTT

Indikace: meléna.

Vyšetření na monitorovaném lůžku JIP.

V poloze na levém boku za kontroly zraku zaveden videoaxioskop.

Jícen: bez morfologických změn, kardie těsní.

Žaludek: sliznice růžová, řasy autoplastické, pravidelná peristaltika.

Východová část žaludku klidná. Pylorus okrouhlý. V inverzi kardie a fundus bez patologických změn.

Žaludeční jezírko s příměsí krve, čiré.

Bulbus duodena: bez deformace, na přechodu apexu a přední stěny koagulum 5 mm, které sákne, opich po kvadrantech á 2 ml Adrenalinu v ředění 1:10 000, následně aplikováno ošetření termokoagulační sondou, koagulum odloučeno, drobný vřed pod ním, během vyšetření krvácení zastaveno a dále nepokračuje.

Závěr: UBD II a - klasifikace dle Forresta.

24.11. - FIBROSKOPIE HČTT - second look.

Indikace: St.p. krvácení z vředu bulbu duodena.

Vyšetření na oddělení gastroenterologie.

V poloze na levém boku za kontroly zraku zaveden videoaxioskop.

Jícen: bez morfologických změn, kardie těsní, přechodová zóna je intaktní.

Žaludek: sliznice růžová, řasy autoplastické, pravidelná peristaltika. Ve východové části žaludku ojedinělé petechie. Pylorus okrouhlý. V inverzi kardie a fundus bez patologických změn. Žaludeční jezírko čiré.

Bulbus duodena: bez deformace, na přechodu apexu a postbulbárního duodena na pravé straně je plazivý vředový defekt s bělavou spodinou a okolní navalitou sliznicí, bez známek krvácení. Postbulbární duodenum je intaktní. Odběr na ureázu = negativní.

Závěr: vředový defekt apexu bulbu duodena, dnes bez známek krvácení, lehká antrumgastritis.

2.3.4. Průběh hospitalizace

Nemocný byl hospitalizován na JIP interního oddělení 3 dny, od 22.11. do 24.11., na interním oddělení 1 den, od 24.11. do 25.11. 2008, kdy dimise.

Byl přijat pro hlavní diagnózu meléna a vřed bulbu duodena, další jeho diagnózy byly hypertenze, hypotyreóza a obezita.

Do nemocnice byl pan X přivezen osobním autem svým synem - na pohotovostní interní ambulanci, kde na základě jeho vyšetření lékař rozhodl o nutnosti hospitalizace.

Potíže, které měl při přijetí: večer před přijetím si všiml zcela černé formované stolice, poté ještě 1x a v den přijetí 2x. Udával bolesti břicha střední intenzity, spíše kolem pupku, 1x zvracel, byla přítomna nauzea.

Pan X byl hospitalizován na monitorovaném lůžku JIP interního oddělení. Zde byly u něj sledovány fyziologické funkce - krevní tlak, akce srdeční, dechová frekvence, saturace SpO₂, EKG křivka, příjem + výdej s bilancí tekutin. TK se pohyboval v rozmezí 148 – 130/70 – 75 mm Hg, P kolem 78 - 95/min., SpO₂ kolem 92 - 95%, dech kolem 18 -20/min, TT do 36,9° C. Oběhově kompenzován. Při hospitalizaci byla barva jeho stolice sledována. Den po endoskopickém ošetření vředu již měl stolicí sice v malém množství, ale normální barvy i konzistence, další stolice byla v malém množství za 2 dny, rovněž normální. Poslední den ležel na standardním interním oddělení.

Vstupně bez poklesu v ČKO – hemoglobin 133g/l, oběhově kompenzovaný, ale endoskopicky prokázán menší vřed v bulbu duodena. Zahájena klasická protivředová léčba: Helicid, Dicynone, dále Torecan dle potřeby, Tramal

dle potřeby, Stilnox dle potřeby na noc, Gopten, Vasocardin, Letrox a Plendiler. 4. den hospitalizace - provedená změna v medikaci: Dicynone a Helicid vysazen, nasazen nově Gasec.

Při přijetí mu byla zavedena periferní i.v. kanyla, ta byla odstraněna 4. den. Odebrána krev na STATIM - KO, biochemie, hemokoagulace (APTT a QUICK) a KS. Laboratorní parametry byly sledovány denně, výsledky jsou uvedeny níže v tabulce. Vstupně byl bez poklesu v červeném krevním obraze - hemoglobin 133 g/l, druhý den pokles hemoglobinu na 110 g/l, další den 106 g/l, den poté hodnota 108 g/l, bez nutnosti transfúzí. Při propuštění byla doporučena kontrola krevního obrazu u praktického lékaře.

Naordinována urgentní gastroscopie. Ta byla provedena na lůžku JIP za 2 hodiny po přijetí s tímto nálezem: vřed bulbu duodena.

O dva dny později byla objednána kontrolní gastroscopie se závěrem: vředový defekt bulbu duodena, beze známek krvácení, lehká antrumgastritis. Ureázový test na H. pylori byl negativní.

Dietní režim: v den přijetí nic per os z důvodu podezření na vředovou chorobu a dále očekávané gastroscopie. Na doplnění tekutin a iontů podáván 3 dny do i.v. kanyly infúzní roztok Plasma - lyte. Další den: tekutiny po lžičkách, 3.den - do kontrolní gastroscopie nic per os, dále již tekutá, 4. den - nedráždivá, kašovitá, dle individuální tolerance.

Za dobu hospitalizace zhubnul 3 kg, vzhledem k jeho obezitě nijak podstatný váhový úbytek. Při přijetí - výška 190 cm, hmotnost 112 kg, BMI 31,9.

Domů byl propuštěn s doporučením dodržovat ještě dietu kašovitou a nedráždivou, dále potom dle individuální tolerance. Měl naordinován klidový režim. Při pobytu v nemocnici se nemocný cítil slabý a unavený, hodně odpočíval. Sebeobsluhu s pomocí sestry zvládal dobře, při propuštění se již o vše kolem sebe staral sám.

Nemocného trápily bolesti břicha v oblasti pupku, naordinován Tramal dle potřeby v den přijetí, další den již nebyl zapotřebí, bolesti byly postupně mírnější, až ustoupily, také díky zavedené protivředové léčbě a režimovým opatřením. Nevolnost a zvracení také jen první den, po Torecanu inj. a klidu na lůžku mírnější, další dny již nezvracel.

Při propuštění mu lékař poskytl tato doporučení:

1. kontrola u praktického lékaře do 3 dnů včetně kontroly krevního obrazu,
2. za 6-8 týdnů kontrolní gastrokopie k verifikaci úplného zhojení vředového defektu,
3. při recidivě známek krvácení (poučen), kontrola kdykoliv (akutní interní ambulance).

Pacient byl před propuštěním poučen o užívání léků, o dietě a režimových opatřeních, včetně vhodné pohybové aktivity a termínech plánovaných kontrol.

MEDIKACE - LÉKY:

NÁZEV LÉKU	INDIKAČNÍ SKUPINA	INDIKACE	NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY
DICYNONE 1-1-1-1	Antihemoragikum, hemostatikum.	Profylaxe a léčba krvácení.	Možná hypotenze, bolesti hlavy, vyrážka, nauzea.
GOPTEN 1-0-0	Antihypertenzivum, ACE inhibitor.	Esenciální hypertenze, dysfunkce levé komory po infarktu myokardu.	Kašel, bolesti hlavy, slabost, závrať, dyspepsie, ledvinné potíže, vyrážka, hypotenze.
HELICID INF 1-1-1-1	Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy.	Peptický vřed , refluxní ezofagitis a reflux. choroby jícnu, prevence erozí a vředů GIT u antirevmatik, eradikace H.pylori.	Dyspeptické obtíže, bolesti hlavy.
LETROX 1-0-0	Hormon štítné žlázy.	Substituce při hypotyreóze.	Při předávkování známky tyreotoxikózy, déletrvající předávkování - možnost osteoporózy.
PLASMA LYTE	Infundabilium. (Sodík, draslík, hořčík, chloridy, acetát, glukonát).	K doplnění vody a elektrolytů.	Při dodržování indikací, kontraindikací a vhodného dávkování by nemělo dojít k nežádoucím účinkům.
PLENDIL 1-0-0	Vazodilatans, blokátor kalciového kanálu.	Léčba esenciální hypertenze, profylaktická léčba anginy pectoris.	Erytém v obličeji, bolesti hlavy, palpitace, závrať, únava, otoky kotníků.
STILNOX na noc	Hypnotikum.	Krátkodobá léčba nespavosti.	Závrať, slabost, ospalost, nauzea, zvracení, bolesti hlavy, nežádoucí účinky ze strany CNS a GIT.
TORECAN INJ dle potřeby	Antiemetikum, antivertiginózum.	Léčba a prevence nauzey a zvracení.	Únava, ospalost, závrať, hypotenze, hepatotoxicita.
TRAMAL INJ dle potřeby	Analgetikum, anodynum.	Bolest střední až silné intenzity.	Ospalost, únava, závrať, pocení, nauzea, zvracení, zácpa, alergie.
VASOCARDIN 1/2-0-1/2	Antihypertenzivum, beta blokátor.	Esenciální hypertenze, angina pectoris, ICHS, tyreotoxikóza.	Ze strany CNS, GIT, dýchacího systému, kardiovaskulárního systému.

(6).

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Při zpracování ošetřovatelské části jsem postupovala metodou ošetřovatelského procesu.

I. Cíl:

- změnit dosavadní roli sestry při ošetřování pacientů, spočívající v rutinním a pasivním plnění výkonů a ordinací lékaře,
- zavést novou koncepci přístupu k pacientům, vycházející z aktivního vyhledávání a uspokojování jejich potřeb,
- ovlivnit způsob práce sestry s pacientem, její chování, jednání i vlastní úroveň ošetřovatelské péče,
- zvýšit aktivitu, samostatnost a zodpovědnost sestry při poskytování individualizované ošetřovatelské péče,
- zapojit rodinu do péče o pacienta.

II. Definice:

ošetřovatelský proces - je jednak myšlenkový algoritmus sestry při plánování ošetřovatelských aktivit a jednak systém logických a vzájemně na sebe navazujících kroků a postupů při ošetřování pacienta.

Fáze ošetrovatelského procesu:

• První fáze - ošetrovatelská anamnéza

musí obsahovat základní údaje o pacientovi, které jsou nezbytné pro zahájení léčebné a ošetrovatelské péče, pro stanovení ošetrovatelské diagnózy a plánování ošetrovatelských činností.

• Druhá fáze - ošetrovatelská diagnóza

je slovním vyjádřením potřeb (problémů) pacienta. Stanovení (formulace) ošetrovatelské diagnózy má tři části. V první části pojmenujeme *problém*, který vyžaduje ošetrovatelskou péči nebo pozornost sestry, druhá část vyjadřuje *příčinu* (důvod, etiologii) tohoto problému. Tyto dvě části spojují spojky: vzhledem k, z důvodu... Třetí částí je *projev problému* (projevující se). Ošetrovatelská diagnóza může být *aktuální* (nyní skutečně existuje - např. strach pacienta z plánované operace), nebo *potenciální* (mohla by nastat, kdyby sestra nevyužila dostatečně svých teoretických znalostí, zkušeností a dovedností - např. nebezpečí vzniku proleženin z důvodu snížené mobility pacienta). Pro potenciální ošetrovatelské diagnózy používáme většinou formulaci: riziko vzniku.

• Třetí fáze - plánování

se skládá ze tří na sebe navazujících kroků:

- a) stanovení cílů - *musí být konkrétní, reálné, hodnotitelé,*
- b) plánu ošetrovatelské péče,
- c) ošetrovatelských intervencí.

• Čtvrtá fáze - hodnocení.

(17, [www. stránky](#)).

3.2. „MODEL FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ“ MARJORY GORDONOVÉ.

Informace o nemocném jsem získávala po celou dobu hospitalizace z osobního kontaktu s nemocným rozhovorem a pozorováním, z poznatků od dalších členů ošetrovatelského týmu, ze zdravotní dokumentace a z kontaktu s příbuznými pana X. Jeho anamnestické údaje jsem zpracovala podle ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové. Model je vědecká konstrukce, obraz, představa, či popis zkoumaného jevu nebo předmětu. Základní strukturu modelu tvoří 12 oblastí, označených autorkou jako 12 funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční (ve zdraví), nebo dysfunkční (v nemoci).

Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění nebo může být znakem potenciálního problému. Když sestra takový vzorec identifikuje, musí ho označit, zformulovat ošetrovatelskou diagnózu a pokračovat v ostatních krocích ošetrovatelského procesu

Dvanáct vzorců zdraví M. Gordonové obsahuje:

1. vnímání zdraví - udržování zdraví: obsahuje vnímání zdraví a pohody jedincem a způsoby, jakými se stará o vlastní zdraví,
2. výživa - metabolismus: zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu,
3. vylučování: zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže,
4. aktivita, cvičení: obsahuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života, volného času a

rekreační aktivity,

5. spánek - odpočinek: zahrnuje způsob spánku, oddechu, relaxace,
6. citlivost (vnímání) - poznávání: obsahuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti, a poznávací (kognitivní) schopnosti jedince: orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování, atd.
7. sebepojetí - sebeúcta: vyjadřuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu,
8. role - vztahy: obsahuje přijetí a plnění životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů,
9. reprodukce - sexualita: zahrnuje reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti, změn,
10. stres, zátěžové situace - zvládání, tolerance: obsahuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací,
11. víra - životní hodnoty: obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry (náboženského vyznání) a transcendentna (to, co překračuje naši rozumovou a smyslovou zkušenost), které jedince ovlivňují,
12. jiné.

(3, str.100,101; 16, str. 167 -170).

3.3. APLIKACE OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU

1) *Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví*

Pan X byl informován o své nemoci - ústně lékařem při přijetí, po proběhlých vyšetřeních, při vizitách i při propuštění do domácího ošetřování. Sestry mu rovněž podávaly potřebné informace a zodpovídaly jeho další otázky. To, na co se nestihl zeptat lékaře nebo neměl odvahu se jej na to ptát, mu zodpovídaly právě sestry. Jeho životospráva měla určitě velký vliv na vznik onemocnění - černou kávu pije 3x denně - silnou, bez mléka, i ráno na lačno, kouřil 25 let do 10 cigaret denně, nyní kouří stále, tak 5 cigaret denně, alkohol pije příležitostně, preferuje pivo, pro časté bolesti bederní páteře užívá Brufen tablety. Je mu 63 let, je již v důchodu.

Léčí se s hypertenzí a hypotyreózou, je dispenzarizován, lékaře navštěvuje pravidelně. Jediné co dělá pro své zdraví je nepravidelné cvičení jógy a občas plavání. K posílení jeho imunitního systému určitě nepřispěly nešťastné události v jeho rodině - má dva malé vnuky a před 14 dny při autonehodě přišla o život jeho snacha, teď bude péče o domácnost a o děti na bedrech jeho syna. Zřejmě souběh všech těchto faktorů přispěl ke vzniku současných potíží. Nemocný byl o všem poučen a věděl, čeho by se měl nadále vyvarovat a jaký by měl být jeho životní styl.

2) *Výživa a metabolismus*

Nemocný je ženatý, žena mu vaří, jí obvykle 5 x denně, stravuje se doma, jen příležitostně v restauračních zařízeních. Manželka při vaření ne vždy dodržuje zásady správné výživy, občas připravuje i mastnější a ostřejší jídla,

někdy méně slanou stravu, i když ne vždy se jí to daří. Pan X zeleniny a ovoce moc nesní. Má rád typickou českou kuchyni. Tekutiny pije v dostatečném množství, 2 - 2,5 l denně. Má v oblibě pivo, někdy si jich dopřeje i víc. Občas si dá i skleničku tvrdého alkoholu. Váhu si drží posledních 5 let stejnou, měří 190 cm, váží 115 kg, jeho BMI je 31,9. Při příjmu do nemocnice měl zákaz příjmu per os z důvodu podezření na vředovou chorobu a očekávanou gastroskopii. Další den jen chladný čaj po lžičkách. Tekutiny mu byly podávány parenterálně v infúzích. Postupně dostal dietu tekutou, další den kašovitou. Domů byl propuštěn s doporučením dodržovat ještě dietu kašovitou a nedráždivou, dále potom dle individuální tolerance. Sám při pobytu v nemocnici zjistil, že mu lehká a nedráždivá strava vyhovuje. S příjmem potravy potíže nemá, i ve svém věku má stále svůj chrup. Sliznice měl při příjmu suché, po postupném doplnění tekutin došlo k úpravě.

3) *Vylučování*

doma chodil nemocný na stolicí pravidelně co 2 dny, zácpou trpěl jen při změně prostředí. Při přijetí do nemocnice měl předchozí den asi 2x melénu - zcela černou, formovanou stolicí, a v den přijetí také. Při hospitalizaci byla jeho stolice sledována. Po endoskopickém ošetření vředu - následující den, již měl stolicí sice v malém množství, ale normální barvy i konzistence. S močením žádné obtíže neuváděl, močení do močové láhve v nemocnici zvládal bez obtíží. Nadměrným pocením netrpěl. Ke zlepšení osobního pocitu používal deodoranty.

4) *Aktivita, cvičení*

Při pobytu v nemocnici se nemocný cítil slabý a unavený, hodně odpočíval. Sebeobsahu s pomocí sestry zvládal dobře. Po návratu domů mu zpočátku, než se zotaví, pomůže manželka a syn. Než se dostal zde, cítil se dobře, běžné aktivity zvládal. Je již rok důchodcem. Manželce pomáhal s nakupováním, na větší nákupy jezdí autem. Bydlí na vesnici, staral se o údržbu zahrady i domku. Pomáhal doma i s vařením a menším úklidem. Někdy si v místní tělocvičně s přáteli zacvičí jógu, občas si zaplave - jejich obec pořádá autobusové výjezdy na nedaleký krytý bazén, kam jezdívá i se svými vnuky a synem. Jinak se již větší fyzické námaze pro hypertenzi, občasné bolesti na hrudi i páteře, vyhýbá. Zamlada byl aktivním volejbalistou, nyní se ve volném čase věnuje činnosti rozhodčího soutěží družstev mládeže. Rád čte a sleduje televizi.

5) *Spánek, odpočinek*

V domácím prostředí spí pan X docela dobře. Ráno nemusí brzy vstávat. Večer uléhá kolem 22. hodiny. Přes den spát nechodí, aby neměl večer problém s usínáním. Vypozoroval, že pokud si nedá šálek kávy nebo černého čaje po 17 hodině, spí dobře. Pokud si ho neodpustí, usne sice dobře, ale vzbudí se v noci ve 2 hodiny a znovu usne až někdy v půl páté a ráno vstává neodpočatý a ospalý. Pokud má víc stresů a nemůže usnout nebo se také budí brzy, potom sahá k hypnotiku, které si nechal předepsat od svého lékaře - Stilnox. Snaží se ho brát ale jen zřídka. Spí při otevřeném okně, kromě mrazů, kdy ho zavírá, ale to v ložnici vypíná topení. Prostředí

na spaní má klidné a tiché, protože nemá v blízkosti frekventovanou silnici a hluk z aut, která jezdí kolem jeho domu jen občas, ho neruší. V nemocnici se díky režimovým opatřením a podání hypnotika na noc nemocnému podařilo dostatečně vyspat. Spal i hodinu po obědě.

6) *Vnímání, poznávání*

Nemocný slyší i ve svém věku stále dobře. Co se týká zraku - brýle nikdy na dálku nenosil, dosud vidí dobře, jen na blízko se mu ve 46 letech začal zhoršovat zrak. Oční lékař mu předepsal brýle, nyní má na obě oči stejné: 1,5 dioptrie. Takže je používá jen na psaní a čtení. K očnímu lékaři chodí 1x za 2 roky. Časem i místem je orientován. Paměť a pozornost je stále v pořádku, hodně si je cvičí, rád čte i sleduje naučné pořady, pohybuje se mezi mladými lidmi. Svou bolest i obtíže dokáže lékaři popsat, trápí ho, ale umí se ovládnout a snaží se s nimi příliš své okolí neobtěžovat. Při přijetí cítil nauzeu, neurčité bolesti břicha. O lék na bolest se ale nebál říci, přinesl mu úlevu, stejně jako léky na nevolnost a zvracení. O své současné nemoci byl zdravotníky srozumitelně informován, dostal edukační materiál. Doma má přístup na internet, chce si co nejvíc dalších informací vyhledat sám.

7) *Sebepojetí, sebeúcta*

Pan X si o sobě myslí, že má klidnou povahu. Byl rozhodnut, že zapracuje na změně své životosprávy směrem ke zdravějšímu způsobu života. Myslí si, že zatím žil dobrý a plnohodnotný život. Je moc rád, že stále bude moci i

po vyléčení dělat svého velkého koníčka - práci rozhodčího a dalšího koníčka - práci kolem domku a na zahradě.

8) *Plnění rolí, mezilidské vztahy*

Má optimistickou povahu a stále velkou chuť do života, díky tomu ho lidé v jeho okolí mají rádi. Se svou manželkou je ženatý už 39 let, nikdy spolu neměli větší problémy. Po tragické události v jejich rodině chce pomáhat jedinému synovi s péčí o jeho 2 malé děti ve věku 4 a 7 let. Může mu pomáhat mladšího vodit do školky, starší nemusí být odpoledne v družině. Pokud děti onemocní, rovněž s hlídáním může s manželkou pomoci. S širší rodinou má také dobré vztahy, schází se při příležitosti narozenin. V nemocnici vystupoval nekonfliktně, měl zájem o informace a na všem spolupracovat. Péči zdravotníků přijímal s povděkem. Je stále aktivním členem sportovního oddílu volejbalu jako rozhodčí mládeže, stále se stýká s dalšími členy oddílu i bývalými spoluhráči.

9) *Sexualita, reprodukční schopnost*

Z manželství se mu narodil 1 syn, další děti již pak z důvodu obtížného porodu manželky (syn vážil přes 4 kg), mít nechtěli. O svém intimním životě hovořit nechtěl, považuje to jen za svou soukromou záležitost. S prostatou ani s pohlavními orgány žádné obtíže nepocítuje.

10) *Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance*

Přijetí do nemocnice kvůli jeho zdravotním obtížím bylo pro něj stresující záležitostí. Strach mu pomáhal zmírnit jeho syn, který ho k nám na interní pohotovost přivezl, i zdravotní personál svým vlídným přístupem a odbornou pomocí. Velmi mu pomohlo, že o všem, co se s ním bude dít, dostával podrobné informace a byl mu vždy ponechán prostor pro jeho dotazy. Doma byly pro něj zdrojem stresu tragické události v synově rodině, ale chce mu se svou manželkou pomáhat. Při vyhocených situacích si pomáhal cigaretou, ale dokáže kouření držet pod kontrolou, kouří jich asi 5 denně. Pokud má velké problémy se spánkem, vezme si Stilnox. Stres mu pomáhá zmírnit pomyšlení na zodpovědnost za výchovu vnoučat a podpora rodiny, která si ho váží i chuť vrátit se zpět ke své mládeži na hřiště. Ví, že tragédii u syna bohužel neovlivní, ale může pomoci zmírnit její následky.

11) *Víra, přesvědčení, životní hodnoty*

Pan X je věřící. Do kostela s manželkou ale pravidelně nechodí, jen při svátcích. Ve svém životě se snaží dodržovat zásady dobrého křesťana, je to slušný a nekonfliktní člověk. Svého syna vedl k víře rovněž, ale teď v dospělosti syn už kráčí vlastní cestou, věřící není, jeho děti rovněž ne. Pan X ho o své víře nepřesvědčuje, respektuje jeho životní názor. Během pobytu v nemocnici žádné služby duchovního nevyžadoval, jeho zdravotní stav nebyl natolik vážný. Mezi jeho nejcennější životní hodnoty patří zdraví a dobře fungující rodina.

12) *Jiné*

Pan X byl s pobytem v nemocnici natolik spokojen, že se rozhodl vyplnit dotazník o spokojenosti pacienta ve zdravotnickém zařízení s kladným ohlasem jak za průběh hospitalizace, tak i za veškerou péči, kterou mu zdravotníci při ambulantní léčbě v tomto zdravotnickém zařízení věnují.

3.4. STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Pro stanovení aktuálních ošetřovatelských diagnóz jsem si vybrala den přijetí nemocného na JIP dne 22.11. 2008. Tuto dobu jsem vybrala, protože jsem byla přítomna při jeho přijetí i při urgentní gastrokopii a měla jsem možnost sblížit se s ním i s jeho rodinnými příslušníky. Nejdříve jsem stanovila aktuální ošetřovatelské diagnózy, které bylo nutno vyřešit, poté diagnózy potenciální. Po domluvě s panem X jsem diagnózy seřadila od nejzávažnějších po ty nejméně závažné - byl vzat v potaz jeho zdravotní stav. K příslušným diagnózám byly stanoveny cíle, kterých chceme dosáhnout a příslušné intervence, nutné k jejich splnění i s hodnocením, čeho se podařilo dosáhnout - byl stanoven ošetřovatelský plán.

3.4.1. Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- 1) Bolest břicha v souvislosti se základním onemocněním
- 2) Zvracení a nevolnost v souvislosti se základním onemocněním
- 3) Riziko infekce v souvislosti se zavedením i. v. kanyly
- 4) Omezení soběstačnosti v souvislosti s klidem na lůžku
- 5) Strach z onemocnění, hospitalizace a léčebných i diagnostických zákroků

3.4.2. Potenciální ošetřovatelské diagnózy

- 6) Porucha spánku z důvodu změny prostředí
- 7) Riziko nedostatečného příjmu potravy

3.5. OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN - CÍLE, REALIZACE A HODNOCENÍ

Ad 1) Bolest břicha v souvislosti se základním onemocněním

a) Cíl krátkodobý:

- do 2 hodin od přijetí se podaří odstranit nebo snížit bolest na snesitelnou míru,
- nemocný bude seznámen s vedlejšími účinky analgetik.

Plán:

- posoudit bolest (intenzitu, lokalizaci, charakter, souvislost s polohou, trvání), zhodnotit podle příslušné škály pro její hodnocení a zaznamenat do zdravotní dokumentace,
- informovat ošetřujícího lékaře a splnit jeho příslušnou ordinaci,
- aplikovat naordinovaná analgetika dle potřeby, první injekci i.m. ihned, další dle stavu, v 6 až 8 hodinových intervalech,
- sledovat účinek medikace jak žádoucí, tak nežádoucí,
- pomoci najít nemocnému vhodnou úlevovou polohu,
- využít účinku chladu - přiložit na břicho chladivý gelový obklad.

Realizace:

pan X udával svou bolest jako nepříliš intenzivní, ale přece jen snižující jeho komfort. Vzhledem k základnímu onemocnění lékař naordinoval i.m. injekce Tramalu á 50 mg. Injekční formu léku zvolil proto, že má rychlejší nástup účinku, než lék přijatý per os a také proto, že při přijetí měl zákaz perorálního příjmu až do provedení gastroscopie k objasnění diagnózy a případným terapeutickým zákrokům endoskopisty na trávicím traktu.

Další injekci Tramalu může dostat dle stavu v 6 až 8 hodinových intervalech, rovněž i.m. Pan X zaujal úlevovou polohu vleže na boku s pokrčenými koleny, na břicho v oblasti hypogastria si přiložil studený obklad. Před aplikací jsem ho poučila o případných nežádoucích účincích, jako je zhoršení jeho již přítomné nevolnosti až případně zvracení, malátnost, točení hlavy. Po injekci došlo k úlevě do 20 minut, cítil se lépe, jen uváděl mírné pocity točení hlavy. Chladivý gelový obklad rovněž přispěl ke zmírnění jeho potíží. Poučila jsem ho, že pokud by znovu bolest ucítil, má mě informovat a budu mu moci po uplynutí příslušné doby injekci znovu aplikovat. Pokud by se změnila intenzita a charakter bolesti, neprodleně bych to sdělila lékaři. Další injekci dostal nemocný po 6 hodinách od první dávky ve večerních hodinách, už v době po provedené gastrokopii. Poté se mu podařilo usnout.

Hodnocení:

Bolest polevila do 20 minut po injekci, rovněž za přispění využití úlevové polohy a chladivého obkladu na oblast břicha. Nemocný byl seznámen s nežádoucími účinky analgetik, proto ho mírné točení hlavy po injekci neznepokojilo.

b)Cíl dlouhodobý:

- nemocný nebude pociťovat bolest,
- nemocný bude znát důvody vzniku bolesti,
- nemocný dodržuje režimová opatření.

Plán:

- vysvětlit nemocnému příčiny vzniku bolesti,
- objasnit důvod režimových opatření.

Realizace:

O chorobě nemocného zdravotnický personál edukoval ústně i s pomocí tištěných brožurek, ochotně jsme mu zodpověděli všechny jeho dotazy. Vysvětlila jsem mu, co je příčinou jeho obtíží.

Doporučila jsem panu X, že k tomu, aby se jeho bolesti nevrátily zpět, je nutné dodržovat léčebná opatření, týkající se vyšetření, pravidelné medikace, dodržování klidu na lůžku, doporučené diety, psychického klidu i životosprávy

Hodnocení:

Nemocný pochopil lékařská opatření i doporučení, kterými se řídil, a v dalších dnech již bolest nepociťoval.

Ad 2) Zvracení a nevolnost v souvislosti se základním onemocněním

a) *Cíl krátkodobý:*

- snížit zvracení a pocity nevolnosti u nemocného na minimum,
- u nemocného nedojde k aspiraci zvratků,
- u nemocného nedojde ke změně vnitřního prostředí,
- udržet nemocného v čistotě.

Plán:

- podle ordinace lékaře nemocný dostane antiemetikum,
- nemocnému připravím k lůžku emitní misku i buničinu,
- jeho horní část těla bude ve zvýšené poloze - z důvodu prevence

aspirace zvratků,

- dietní opatření - omezení příjmu per os, do gastrokopie nic, po ní chladné tekutiny pouze po lžičkách,

- zaznamenávat počet zvracení i pocity nevolnosti do dokumentace,

- sledovat zvratky - zabarvení, charakter, zápach,

- sledovat laboratorní hodnoty krevních testů,

- pečovat o dutinu ústní,

- lůžko i nemocného udržovat v suchu a čistotě.

Realizace:

panu X jsem aplikovala s.c. injekci Torecanu za účelem omezení nevolnosti a zvracení. K lůžku na noční stolek v jeho dosahu jsem mu připravila emitní misku a buničinu. Po každém použití misky jsem zkontrolovala obsah, misku vyprázdnila a umožnila nemocnému studenou vodou z kelímku si vypláchnout ústa. O zvracení a jeho charakteru jsem provedla zápis do zdravotní dokumentace. Nemocný ležel v poloze na boku se zvýšenou hlavou, při zvracení jsem ho posadila, aby neaspiroval zvratky. O zákazu a poté redukci perorálního příjmu a jeho účelu jsem nemocného poučila, ujistil mě, že důvod pochopil a že jej bude respektovat. Po znečištění lůžka pod hlavou nemocného, ke kterému došlo z důvodu rychlého nástupu zvracení, při kterém si nestihl včas podat emitní misku, jsem lůžkoviny převlékla, aby nemocný mohl v klidu a čistotě odpočívat. Pokoj jsem vyvětrala, čerstvý vzduch působil velmi příznivě. Nemocný zvracel 2x, zvratků bylo málo a bez přítomnosti krve. Asi po hodině od aplikace Torecanu došlo k úlevě, zvracení ustalo a nevolnost byla mírnější. Krev na

laboratorní vyšetření byla nemocnému odebrána hned při příjmu a poté po 6 hodinách, sledované parametry, týkající se vnitřního prostředí, byly ve fyziologických mezích.

Hodnocení:

u nemocného došlo k úlevě a k zastavení zvracení po 1 hodině od aplikace injekce. Mírná nevolnost přetrvávala i poté, ale byla snesitelná. K úlevě přispěly i výplachy a svlažování úst studenou vodou, čerstvý vzduch v místnosti a čisté lůžkoviny po znečištění. K aspiraci zvratků díky vhodné zvolené poloze nedošlo. Sledované laboratorní parametry se díky zklidnění zvracení a zvolené infúzní terapii udržely ve fyziologických mezích.

b) *Cíl dlouhodobý:*

nemocný nebude mít pocity nevolnosti, nebude zvracet.

Plán:

- nemocný bude dodržovat dietní doporučení podle ordinací lékaře: podle vývoje choroby i lékařských zákroků,
- bude dodržovat klidový režim,
- poučíme i rodinné příslušníky o vhodných doplňcích stravy.

Realizace:

vysvětlila jsem panu X nutnost opatření, týkajících se zákazu jídla i pití při přijetí a před odběry krve i gastrokopií, dále při postupné realimentaci. Klidový režim mu pomohl zmírnit potíže, postupně se cítil lépe. Jeho rodinné příslušníky jsem edukovala o vhodných doplňcích stravy.

Hodnocení:

V dalších dnech už zvracením ani nevolností netrpěl.

Ad 3) Riziko infekce v souvislosti se zavedením i. v. kanyly

a) *Cíl krátkodobý i dlouhodobý:*

- u nemocného nedojde k projevům infekce.

Plán:

- edukace pacienta o účelu zavedení i. v. periferní kanyly,
- provést hygienickou desinfekci rukou před aplikací i. v. kanyly,
- místo vpichu řádně desinfikovat,
- během aplikace i. v. kanyly dodržet zásady asepsy, rovněž při jakékoli manipulaci,
- provést okamžitý převaz při znečištění okolí místa i. v. kanyly,
- dodržet aseptický postup při přípravě a aplikaci i. v. injekcí a infúzí,
- co nejméně rozpojovat infúzní set,
- použít vždy novou sterilní krytku v případě bolusové aplikace léků nebo ukončení infúze, pravidelně vyměňovat infúzní set,
- kontrolovat a hodnotit místo vpichu (zarudnutí, bolest, otok), výsledek zaznamenat do zdravotní dokumentace, při případných projevech zánětu informovat lékaře.

Realizace:

po předchozí edukaci, týkající se účelu použití i. v. kanyly, jsem ji panu X zavedla do pravé horní končetiny - do vény radialis, aby nebyla omezena jeho pohyblivost, za dodržení veškerých zásad asepsy. Po hygienické

desinfekci rukou, v rukavicích, jsem vydesinfikovala kůži v místě zvoleného vpichu, vpíchl kanylu a přelepila ji transparentní náplastí. Na náplast jsem zapsala datum a hodinu aplikace a totéž jsem zaznamenala i do zdravotní dokumentace. Příprava infúzních roztoků i injekcí probíhala lege artis, po jejich aplikaci jsem vždy použila sterilní krytku. Při každé manipulaci s kanylou jsem sledovala místo vpichu i okolí, bylo v pořádku, nebylo nutno podniknout žádná opatření. Kanyla byla nemocnému ponechána 3 dny, po celou dobu bez známek infekce.

Hodnocení:

cíl se podařilo splnit, okolí vpichu kanyly bylo klidné, k projevům zánětu nedošlo.

Ad 4) Omezení soběstačnosti v souvislosti s klidem na lůžku

Cíl krátkodobý:

- pacient bude mít uspokojeny základní potřeby,
- zvládne sebeobsluhu s pomocí sestry.

Plán:

- sledovat celkový stav nemocného,
- zhodnotit jeho soběstačnost testem základních všedních činností podle Barthela,
- vysvětlit nutnost zachovávání klidového režimu,
- ponechat nutné pomůcky v dosahu nemocného,

- zapojit nemocného do činností sebeobsluhy a ponechat mu dostatek času,
- podle potřeby asistovat při těchto činnostech.

Realizace:

pan X byl poučen o nutnosti zachovávat klidový režim a o možnosti pomoci sestry v činnostech denní potřeby. V den přijetí měl naordinován klid na lůžku. V testu podle Barthela byla určena jeho závislost na střední stupeň - 60 bodů. Neměl povoleno odejít ani na toaletu - na malou stranu, na velkou mohl být sestrou odvezen na vozíčku - tuto možnost využil jednou. Potřebné předměty byly umístěny v jeho blízkosti - hrnek s trubičkou na pití na nočním stolku těsně vedle lůžka, sestra mu dolévala tekutiny podle jeho potřeby. Svou hygienu provedl v přineseném umyvadle, které bylo rovněž umístěno na noční stolek. Na vyčištění zubů měl připravenou ve sklenici čistou vodu, na použitou vodu emitní misku. Močovou láhev měl umístěnu v držáku na svém lůžku, byla vyprazdňována po předchozím změření množství moče a jejím zapsání do zdravotní dokumentace, po každém použití. Malou lampičku ke čtení měl umístěnu nad hlavou, vypínač byl v jeho těsné blízkosti. Zvonek k přivolání sestry byl pověšen na hrazdičce u hlavy. Při každém pobytu na jeho pokoji jsem se aktivně zajímala o jeho potřeby a požadavky, zvonek musel použít jen jednou.

Hodnocení:

základní potřeby pacienta byly uspokojeny v plném rozsahu. Vše, co potřeboval, měl ve své blízkosti, použité pomůcky byly odstraňovány dle potřeby. V rámci možností se mohl obsluhovat sám, s malou pomocí sestry.

Po vysvětlení nutnosti klidového režimu skvěle spolupracoval. Vzhledem k jeho zdravotním potížím mu klid vyhovoval, byl rád, že může odpočívat

Cíl dlouhodobý:

- nemocný zvládne sám sebeobsluhu.

Plán:

- aktivizovat nemocného k zvládnání úkonů sebepečce.

Realizace:

Díky účinným léčebným opatřením došlo k postupné úpravě zdravotního stavu, nemocný neměl bolesti ani nezvracel, cítil se lépe a při postupném příjmu potravy mu přibývaly síly, nebyl tedy pro něj problém dojít si na toaletu i do koupelny k provedení hygieny.

Hodnocení:

Cíl se podařilo splnit, nemocný se v průběhu hospitalizace postupně mobilizoval, v den propuštění již zvládal všechny potřebné úkony sám.

Ad 5) Strach z onemocnění, hospitalizace a léčebných i diagnostických zákroků

Cíl krátkodobý i dlouhodobý:

- zmírnit strach z léčebných a diagnostických zákroků, nemocničního prostředí,

- pacient bude mít dostatek informací před každým výkonem .

Plán:

- každý výkon před započítím podrobně vysvětlit,
- vyslechnout pana X, zjistit příčinu jeho obav,
- případné obavy zmírnit vysvětlením, odpovědět na jeho doplňující otázky,
- sledovat stav nemocného, všimnout si jeho pocitů,
- umožnit kontakt s rodinou a přáteli,
- nabídnout vhodné aktivity k rozptýlení (čtení, sledování televize).

Realizace:

nemocný byl přijat na oddělení plný obav ze své nemoci i z neznámého. Na jeho gestech i chování byl patrný strach. Vhodným přístupem jsem se snažila navodit uvolňující atmosféru. Každý úkon jsem mu podrobně vysvětlila, aby věděl, co ho čeká. Vysvětlila jsem mu průběh a účel, u aplikace léků jak na něj budou působit, jaké mohou být nežádoucí účinky, jak mu pomohou zmírnit potíže. Před očekávaným gastroscopickým vyšetřením, které měl nemocný podstoupit poprvé a měl proto z něj velké obavy, jsem mu podrobně popsala výkon, uklidňovala jsem ho také tím, že bude proveden v analgosedaci, šetrně a že přístroje v dnešní době už jsou opravdu tenké. Vysvětlila jsem mu rovněž, že při tomto vyšetření může být proveden i léčebný zákrok - případné stavění krvácení, které je nebolestivé a mohlo by vyřešit příčinu jeho potíží a bude mu naordinována patřičná léčba, která povede k úpravě jeho potíží. Ke gastroscopii se nemusel přesunovat mimo své lůžko, endoskopický tým přijel k němu. Nechala jsem mu vždy dostatek prostoru k jeho dotazům a sama podle průběhu rozhovoru se

snažila jeho obavy snížit na co nejnižší míru. Projevovala jsem empatii, sledovala pacientovy verbální i neverbální projevy. Při každé návštěvě lékaře u nemocného byly rovněž jeho dotazy zodpovězeny. Nemocnému byly umožněny návštěvy rodinných příslušníků u lůžka bez omezení. Pokud nepospával a neodpočíval, mohl si číst nebo sledovat televizi, která byla umístěna na stěně u dveří jeho pokoje. O důležitých rozhovorech jsem informovala i další členy ošetrovatelského týmu.

Hodnocení:

cíl zmírnit strach nemocného na co nejnižší míru byl splněn za pomoci empatie a vhodného a povzbuzujícího přístupu i šetrného provádění všech potřebných zákroků. Dále mu vše bylo náležitě vysvětleno, byl povzbuzován k doplňujícím dotazům. K jeho dobré pohodě přispěly i návštěvy rodinných příslušníků, se kterými má dobré vztahy.

Ad 6) Porucha spánku z důvodu změny prostředí

Cíl krátkodobý:

- pan X bude spát dostatečně klidným spánkem alespoň 4 hodiny a bude se cítit odpočatý.

Plán:

- přizpůsobit plnění ordinací a ošetrovatelskou péči potřebám nemocného,
- zajistit pohodu nemocného bez starostí a bez bolesti,

- zajistit klidné a nerušené prostředí, snížit rušivé elementy na minimum (hlasy, zvuky z přístrojů),
- vyvětrat místnost, nechat jen osvětlení o nezbytné intenzitě,
- pokud nemocný neusne nebo se brzy po usnutí probudí, podat příslušnou medikaci podle ordinace.

Realizace:

obvyklou příčinou poruchy spánku při hospitalizaci bývá strach z nemoci, lékařských zákroků a z neznámého, i zdravotní obtíže, vyplývající z onemocnění. Vhodným přístupem jsem se snažila nemocnému všechno objasnit. Bolest jsem tlumila podle potřeby, nevolnost také. Večer před spaním si pan X provedl toaletu u lůžka na pokoji, vyvětrala jsem pokoj a chod přístrojů ztlumila na nezbytné minimum. Mobilní telefon si na noc vypnul. Na noc svítilo v pokoji jen slabé světlo. Všechny potřebné předměty (močová láhev, vypínač noční lampičky i tlačítko zvonku), měl na dosah ve své blízkosti, byl poučen, že v případě potřeby může na sestru kdykoli zazvonit. Díky všem těmto opatřením se mu podařilo usnout asi do 30 minut po ulehnutí, ale asi po hodině se probudil. Podala jsem lék na spaní Stilnox. Usnul po něm do 30 minut a podařilo se mu spát 5 hodin nerušeně, do brzkých ranních hodin. Ráno byl odpočatý a v dobré náladě.

Hodnocení:

při přijetí byl nemocný unavený, pospával i přes den. I přes režimová opatření večer usnul jen na 1 hodinu, proto jsem podala hypnotikum, po kterém usnul na 5 hodin. Ráno se cítil v dobré kondici, byl odpočatý,

bolesti neměl. Cíl byl splněn - nerušený spánek na 4 hodiny, byl překročen o 1 hodinu.

b) *Cíl dlouhodobý*

- nemocný bude spát nerušeně v noci alespoň 4 hodiny, přes den 1 hodinu,
- bude vstávat odpočatý.

Plán:

- aktivizovat nemocného ve dne,
- umožnit mu spánek po obědě,
- v noci ho nerušit, zajistit klidné prostředí.

Realizace:

V dalším období v průběhu dne jsem se ho snažila aktivizovat nabídkou časopisů ke čtení i možností sledování televizních programů. Manželka mu přinesla i křížovky. Spal jen po obědě 1 hodinu. Před spaním si nemocný četl časopisy. Infúze v noci už jsem nepodávala, kanyla byla zazátkována sterilní zátkou, takto měl nemocný volný pohyb a nemusel se strachovat, aby si ruku s infúzí nepřilehl nebo si nerozpojil hadičku infúzního setu. S pomocí režimových opatření a s možností užití hypnotika rovněž nemocný spal dobře, alespoň 5 hodin.

Hodnocení:

Cíle se podařilo splnit, nemocný se vyspal a cítil se odpočatý.

Ad 7) Riziko nedostatečného příjmu potravy

Cíl krátkodobý:

- nemocný bude mít dostatečný příjem tekutin: 2000ml / 24 hod.,
- dosáhne rovnováhy v příjmu a výdeji tekutin,
- má správný kožní turgor, vlhké sliznice,
- energetický příjem bude zajištěn infúzemi.

Plán:

- podávat infúze dle rozpisu,
- sledovat bilanci tekutin,
- sledovat kůži i sliznice nemocného,
- vysvětlit nutnost omezení příjmu per os.

Realizace:

Pan X měl zákaz příjmu tekutin i potravy per os z důvodu své diagnózy i očekávané gastroscopie. Příčiny tohoto zákazu mu byly vysvětleny. K pokrytí příjmu tekutin i energie jsem mu podávala infúze Plasma lyte, v množství 2000 ml / 24 hodin. O množství přijatých i vydaných tekutin jsem vedla záznam co 6 hodin - bilanci tekutin. Byla v normě. Jeho kůže měla správný turgor, sliznice byly vlhké. Vzhledem k jeho obezitě a krátkodobému zákazu jídla per os, nebylo nutné energetické krytí dalšími výživnými roztoky.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, nemocný byl dostatečně hydratován, hlad nepociťoval.

Vzhledem k potížím s nauzeou i zvracením ani chuť k jídlu neměl.

Díky edukaci omezení v jídle i pití pochopil.

Cíl dlouhodobý:

- nemocný nezhubne o víc než 5 kg,
- pacient bude mít dostatek sil k vykonávání denních činností

Plán:

- zvážit nemocného při přijetí a dále co 2 dny,
- sledovat množství přijaté potravy,
- zajistit klidné prostředí k jídlu a jeho vhodnou úpravu,
- edukovat o správné životosprávě a dietě,
- ve spolupráci s rodinou zajistit vhodné doplňky dietního režimu.

Realizace:

nemocný při přijetí vážil 115kg při výšce 190cm. Od počátku nynějších potíží se nevážil, nevážil se ani asi rok předtím, doma váhu nemá, nedokáže odhadnout, o kolik teď zhubnul. Svou váhu jen odhadoval podle těsnosti oblečení. Domluvili jsme se, že přestože je obézní, nebylo by dobré, kdyby shodil nyní víc než 5 kg, z důvodu dostatku energie na zotavení a zvládnání činností sebeobsluhy. Třetí den pobytu vážil o 2 kg méně, v den propuštění - 4. den pobytu, o další 1 kg méně, tedy 112 kg. Při příjmu do nemocnice měl zákaz příjmu per os z důvodu podezření na vředovou chorobu a očekávanou gastroscopii. Další den jen chladný čaj po lžičkách. Tekutiny mu byly podávány parenterálně v infúzích. Postupně dostal dietu tekutou, další den kašovitou. Domů byl propuštěn s doporučením dodržovat ještě dietu kašovitou a nedráždivou, dále potom dle individuální tolerance. Stravoval se na pokoji, zpočátku měl tekutiny na pití u sebe na nočním stolku, po

přechodu na tekutou a později na kašovitou stravu jsem mu jídlo servírovala na jídelním stolku, který lze přisunout k lůžku, později již jedl u stolu na pokoji. Množství přijaté potravy i tekutin jsem zaznamenávala do zdravotní dokumentace, 2 dny jsem sledovala bilanci tekutin. Nemocného jsem poučila o složení, úpravě a účelu jeho diety, poskytla jsem mu edukační tištěnou brožurku s doporučenou životosprávou i vhodným způsobem jeho stravování. Spolupracoval velmi ochotně, dodržoval léčebný režim. Jeho příbuzné jsem také instruovala. Na přilepšení mu nosili mléčné výrobky a ovocné přesnídávky.

Hodnocení:

za dobu hospitalizace nemocný zhubnul o 3 kg. Množství přijatých tekutin i potravy bylo sledováno a zapisováno do zdravotní dokumentace. Nemocný jedl v klidu a ve vhodně upraveném prostředí. O správné životosprávě a dietě byl edukován. O vhodné doplňky stravy se postarala rodina. Všechny naplánované cíle se podařilo splnit.

3.6. SHRnutí OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU

Pan X byl hospitalizován na JIP interního oddělení tři dny, kde byly u něj sledovány fyziologické funkce - krevní tlak, akce srdeční, dechová frekvence, saturace SpO₂, EKG křivka, bilance tekutin a barva stolice. Jeden den ležel na standardním interním oddělení. Byl přijat pro hlavní diagnózu meléna a vřed bulbu duodena, další jeho diagnózy byly hypertenze, hypotyreóza a obezita. Potíže, které měl při přijetí: meléna, k tomu bolesti břicha kolem pupku střední intenzity, 1x zvracel, měl nauzeu . Při přijetí mu byla odebrána krev na STATIM, naordinována urgentní gastroscopie. Po provedené gastroscopii byly po vstupním vyšetření stanoveny ošetrovatelské diagnózy i s krátkodobým a dlouhodobým ošetrovatelským plánem. Kontrolní gastroscopie byla i třetí den hospitalizace. Bolesti břicha po aplikaci analgetik, zavedené protivředové léčbě a režimových opatřeních ustoupily. Zvracení a nevolnost po lécích a klidu na lůžku rovněž pominuly. Při příjmu do nemocnice měl zákaz příjmu per os z důvodu podezření na vředovou chorobu a očekávanou gastroscopii. Další den dostával jen chladný čaj po lžičkách. Tekutiny mu byly podávány parenterálně v infúzích. Postupně přijímal dietu tekutou, další den kašovitou. Za dobu hospitalizace zhubnul 3 kg, vzhledem k jeho obezitě nijak podstatný váhový úbytek. Domů byl propuštěn s doporučením dodržovat ještě dietu kašovitou a nedráždivou, dále potom dle individuální tolerance. Laboratorní parametry byly rovněž sledovány denně. Před přijetím měl asi 2x zcela černou stolicí, formovanou, a v den přijetí také. Při hospitalizaci byla jeho stolice sledována. Po endoskopickém ošetření

vředu - následující den, již měl stolici sice v malém množství, ale normální barvy i konzistence. Při pobytu v nemocnici se nemocný cítil slabý a unavený, hodně odpočíval. Sebeobsahu s pomocí sestry zvládal dobře, při propuštění byl již soběstačný. K žádné nozokomiální nákaze u něj nedošlo. Díky režimovým opatřením a podání hypnotika na noc se nemocnému dařilo dostatečně vyspat, byl svěží a odpočatý. Zdřímnul si rád i po obědě. Z nemocničního prostředí i zdravotnických zákroků měl zpočátku velké obavy. Velmi mu pomohlo, že o všem, co se s ním bude dít, dostával podrobné informace a byl mu vždy ponechán prostor pro jeho dotazy. S pobytem v nemocnici byl velmi spokojen, potěšila ho ochota a vstřícnost zdravotnického personálu.

3.7. PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO

Nemoc znamená soubor tělesných, ale i duševních změn a v jejich důsledku se mohou měnit vztahy k jiným lidem i postoj k sobě samému. Také bolest a vše, co s ní souvisí, může člověka ovlivnit k horšímu. Stane - li se někdo pacientem, uvědomuje si, že vznikly potíže a není pak divu, že cítí obavy. Může se to například projevit tak, že mu není do řeči, uzavírá se do sebe, má chmurné myšlenky. U některých lidí se obavy mohou projevit i jejich zvýšenou agresivitou - útočností a napadáním lidí kolem sebe. U nemocného člověka dojde k velké změně - nemocniční prostředí místo prostředí domova, zdravotnický personál místo jeho blízkých, nutnost přizpůsobit se jinému režimu, dalším pacientům i dietní stravě. Je vytržen z každodenních činností, své práce i koníčků. Jak

zvládne přizpůsobit se novým skutečným záležitím na jeho osobních vlastnostech a charakteru. Zdravotnický pracovník, dobře obeznámený s touto problematikou, může nemocnému usnadnit adaptaci na nové prostředí, zmenšit jeho obavy, pomoci mu poznat svou nemoc případně, pokud je nevyлéčitelná, naučit se s ní žít. Pan X byl přivezen do nemocnice svým synem, který ho od počátku povzbuzoval a přesvědčoval, že ho předává do dobrých rukou, kde mu bude poskytnuta veškerá potřebná péče. Nemocný od počátku zdravotníkům důvěřoval a byl přesvědčen, že mu od jeho potíží pomohou. Touto chorobou onemocněl poprvé. Je to vysokoškolsky vzdělaný člověk, znalosti o své anatomii i fyziologii měl nadprůměrné, nebylo mu obtížné vše potřebné vysvětlit a zdůvodnit potřebné lékařské postupy a vyšetření. Obavy měl jako každý člověk z neznámého a z očekávaných nepříjemných zákroků, ale dokázal je díky rozhovorům se zdravotníky a své klidné povaze zmírnit na snesitelnou míru. Dodržel rady zdravotníků, nemocniční režim, životosprávu a klid na lůžku, i když mu nebylo moc příjemné žádat sestry o pomoc v seбepéči, ale věděl, že všechna opatření vedou ke zlepšení jeho zdravotního stavu a tím i k rychlejšímu návratu do běžného života. Zajímal se o edukační materiály, ptal se zdravotníků na nejasnosti a podrobnosti. Byl rozhodnut, že po návratu domů si ještě další informace dohledá na internetu. Uvědomoval si, jak by mohly skončit případné závažné komplikace, proto byl rozhodnut po návratu domů změnit dosavadní životosprávu.

Pobyt v nemocnici snášel dobře. Naštěstí zde nemusel ležet dlouho, jen čtyři dny. Zpřijemňoval si ho četbou časopisů a sledováním televize,

velkou oporou mu byli i jeho rodinní příslušníci, kteří ho denně navštěvovali a zajímali se o jeho zdravotní stav i pokroky v léčbě.

Komunikace probíhala bez obtíží. Pan X je inteligentní, chápal velmi dobře, měl snahu spolupracovat. Nebál se svěřovat se svými obavami, dokázal formulovat své obtíže. Rozhovory probíhaly v přátelském duchu. Vzájemně se se všemi akceptoval, vždy se snažil pozorně a se zájmem vnímat, i když mu zpočátku nebylo úplně nejlépe. Neměl tendenci obviňovat druhé ze svých problémů. Situaci zjednodušoval i příznivý průběh onemocnění a úspěšnost zdravotnických zákroků. Jeho nonverbální projevy korespondovaly s tím, co říkal.

Stres spojený s hospitalizací a se svou nemocí zvládal díky své klidné a optimistické povaze bez problémů. Psychická podpora manželky a syna, kteří ho mají rádi, i zdravotnických pracovníků, mu velmi pomohly, nebyl na svou nemoc sám. Napomáhala tomu i dobrá prognóza.

Jako psychologický obranný mechanismus použil nemocný nevědomky vytěsnění. Na svoji diagnózu duodenálního vředu se všemi jejími možnými nepříznivými komplikacemi, se snažil příliš nemyslet, snažil se ji vytlačit ze svého vědomí. Byl toho názoru, že to, že vřed vzniknul, už stejně neovlivní a bude lépe, když bude myslet na to, jak změní své návyky a životní styl.

Silnou motivací k léčbě a dodržování léčebného režimu byla jednak touha vrátit se zpět ke svému prostředí i rodině, a také důležitost jeho dalšího poslání - pomoci synovi s výchovou jeho dvou malých dětí po nedávné smrti jejich maminky.

(10, str. 20-22; 9, str. 44,45).

3.8. SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA

Nemocný je ženatý, bydlí na vesnici v rodinném domku. Jsou zde již jen sami se ženou, jejich nedávno ovdovělý syn žije se svými dvěma malými dětmi ve dvoupokojovém bytě v nedalekém městě.

Pan X i jeho žena jsou již v důchodu, oba byli učiteli na gymnáziu. Díky tomu, že mají společnou domácnost a domek ve výborném stavu, s penězi vycházejí dobře, není problém obstarat i dražší zdravou stravu, mohou občas přilepšit i synovi a vnoučatům.

Po propuštění z nemocnice bude ještě hodně odpočívat, manželka mu bude vařit podle doporučení lékařů a šetřit ho v oblasti domácích prací. S nákupy zpočátku pomůže syn.

3.9. PROGNÓZA

Naštěstí v případě pana X můžeme říci, že prognóza jeho onemocnění je příznivá.

Žádný závažný důvod jeho potíží prokázán nebyl. Chorobu se podařilo moderními terapeutickými metodami a vhodnými režimovými opatřeními vyřešit. Při propuštění se cítil dobře a byl odhodlán udělat maximum pro to, aby se s touto diagnózou do nemocnice již vracet nemusel.

3.10. EDUKAČNÍ PLÁN NEMOCNÉHO

Umožňuje nemocnému poznat svou nemoc a stát se aktivním při péči o své zdraví. Pokyny dostával nemocný ústně jak od lékařů, tak i ze strany zdravotních sester.

Hned při příjmu do nemocnice po vyšetření lékař nemocnému sdělil pravděpodobnou diagnózu. Vysvětlil mu, proč má černou stolicí a bolesti břicha i nevolnost, že příčinou může být krvácení ze vředu GIT. Objasnil mu, že k potvrzení diagnózy ho čeká gastroskopie a že je nutná monitorace fyziologických funkcí, proto byl přijat na JIP. Seznámila jsem ho s chodem oddělení i s režimovými opatřeními, která jeho pobyt budou provázet, vysvětlila jsem mu, proč je nutný klid na lůžku, dietní opatření, nutnost zavedení i. v. kanyly s infúzní léčbou, proč podáváme jednotlivé léky a jaké případně mohou mít nežádoucí účinky.

Poté ho čekala gastroskopie. Protože toto vyšetření ještě v minulosti neměl, měl z něj strach. Podrobně jsem mu ho popsala, k jeho uklidnění přispělo i to, že v dnešní době používáme moderní přístroje. Přečetl si informovaný souhlas, kde je průběh vyšetření podrobně popsán, vyplnil jej, ujistila jsem ho, že výkon je prováděn po lokálním znecitlivění hrdla v analgosedaci. Všechny jeho doplňující otázky jsem zodpověděla. Po vyšetření, které zvládnul velmi dobře, mi potvrdil, že strach opravdu nebyl na místě. Po této zkušenosti už nám důvěřoval. Z další gastroskopie už takový strach neměl, spíše jen z výsledku vyšetření.

Další den, kdy se už cítil lépe, jsem mu nabídla ke čtení edukační brožurky, výborné pomůcky, které máme pro své pacienty k dispozici. Je

tam srozumitelně objasněno vše, co by člověk o své nemoci měl vědět - proč vzniká, jaké jsou příznaky, jak se určuje diagnóza, komplikace, léčba, vhodná dieta i správná životospráva. Velkým kladem je, že si je může pročíst i opakovaně a ptát se na nejasnosti. Výtah z brožury je uveden v příloze. Takto jsem poučila i jeho manželku se synem, aby věděli, co mu mají přinést na přilepšení i jak pokračovat doma po propuštění z nemocnice.

Na dodržování správné životosprávy bude záležet další vývoj jeho onemocnění.

3.11. ZÁVĚR

Akutní onemocnění se podařilo zvládnout bez obtíží a komplikací. Pan X měl zájem brzy se uzdravit, spolupracoval se zdravotnickým personálem a řídil se jeho doporučeními. Těšil se na návrat domů ke svým blízkým a do svého prostředí.

Byl odhodlán změnit svou životosprávu - přestat kouřit, konzumovat zdravou stravu. Manželka byla o všem rovněž informována a chce mu s uzdravením přípravou vhodných pokrmů a vytvářením pohodového prostředí doma pomoci.

Občasné bolesti páteře chce nadále překonávat ne pomocí medikamentů, ale cvičením jógy, také se rozhodl zhubnout o 10 kilogramů.

To, jestli se choroba u nemocného znovu objeví, záleží i na tom, jak se mu podaří naplnit svá předsevzetí, týkající se zdravého způsobu života.

PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK:

AA	Alergická anamnéza
ACE inh.	Inhibitor protonové pumpy
APTT	Aktivovaný parciální tromboplastinový čas
CCK	Cholecystokinin
CNS	Centrální nervový systém
ČKO	Červený krevní obraz
EKG	Elektrokardiografie
FA	Farmakologická anamnéza
GIP	Gastric inhibitore peptide
GIT	Gastrointestinální trakt
HCl	Kyselina chlorovodíková
H. pylori	Helicobacter pylori
HČTT	Horní část trávicího traktu
ICHS	Ischemická choroba srdeční
I.V.	Intravenózní
JIP	Jednotka intenzivní péče
KS	Krevní skupina
NO	Nynější onemocnění
OA	Osobní anamnéza

OKBH	Oddělení klinické biochemie
P	Puls
QUICK	Quickův protrombinový test
pH	Kyselost (angl. Potential of Hydrogen)
RA	Rodinná anamnéza
RTG	Rentgen
SPA	Sociálně pracovní anamnéza
SpO2	Saturace tepenné krve kyslíkem
St.p.	Stav po
TK	Tlak krevní
TT	Tělesná teplota
UBD	Ulcus bulbi duodeni
VIP	Vasoactive intestinal peptide

SEZNAM LITERATURY:

- 1) ČIHÁK, R.: Anatomie 2. Praha, Avicenum 1988.
ISBN 08-060-88.
- 2) DÍTĚ, P. a spol.: Akutní stavy v gastroenterologii. Praha, Galén 2005.
ISBN 80-7262-305-2.
- 3) FIXA, B.: Máte vředovou chorobu? Vydáno ve spolupráci s firmou KRKA. Edukační brožura.
- 4) JAROŠOVÁ, D.: Teorie moderního ošetrovatelství. Praha, ISV 2000.
ISBN 80-85866-55-2.
- 5) KAPOUNOVÁ, G.: Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha, Grada Publishing 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
- 6) KAŠPAROVÁ, L., NOVOTNÁ, H.: Pharmindex brevif. Praha, Medical Tribune CZ 2007. ISBN 978-800-903708-7-6.
- 7) KLENER, P. a spol.: Vnitřní lékařství. Praha, Galén 1999.
ISBN 80-7262-007-0.
- 8) KOHOUT, P.: Vředová choroba. Praha, Maxdorf 2005.
ISBN 80-7345-077-1.
- 9) KOL., AUTORŮ: LEMON (LEarning Material On Nursing). IPDVPZ, Brno 1997. ISBN 80-7013-238-8.
- 10) Křivohlavý, J.: Vážně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum 1989.
ISBN 08-065-89.
- 11) LUKÁŠ, K. a kol.: Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. Praha, Grada Publishing 2005. ISBN 80-247-1283-0.

- 12) LAWRENCE, W. W. a kol.: Současná chirurgická diagnostika a léčba. Connecticut, USA, Appleton, Lange 1994. Translation Praha, Grada Publishing 1998. ISBN 80-7169-397-9.
- 13) PAVLÍKOVÁ, S.: Modely ošetrovatelství v kostce. Praha, Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3
- 14) ROKYTA, R. a kol.: Fyziologie. Praha, ISV 2000. ISBN 80-85866-45-5.
- 15) ŠVÁB, J.: Náhlé příhody břšní. Praha, Galén 2007. ISBN 978-80-7262-485-0.
- 16) TRACHTOVÁ, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno, NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-324-4.

JINÉ ZDROJE:

- 17) http://www.mou.cz/mou/upload/Rubriky/osetrovatelstvi/osetrovatelska_proces.pdf. (K 27.2. 2009).
- 18) <http://www.endoatlas.sk/dvanastnik/duodenal%20ulcers.htm> (K 27.2. 2009).
- 19) http://en.wikipedia.org/wiki/Helicobacter_pylori (K 27.2. 2009).

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha č. 1: Vředy dvanáctníka (Duodenal ulcers)

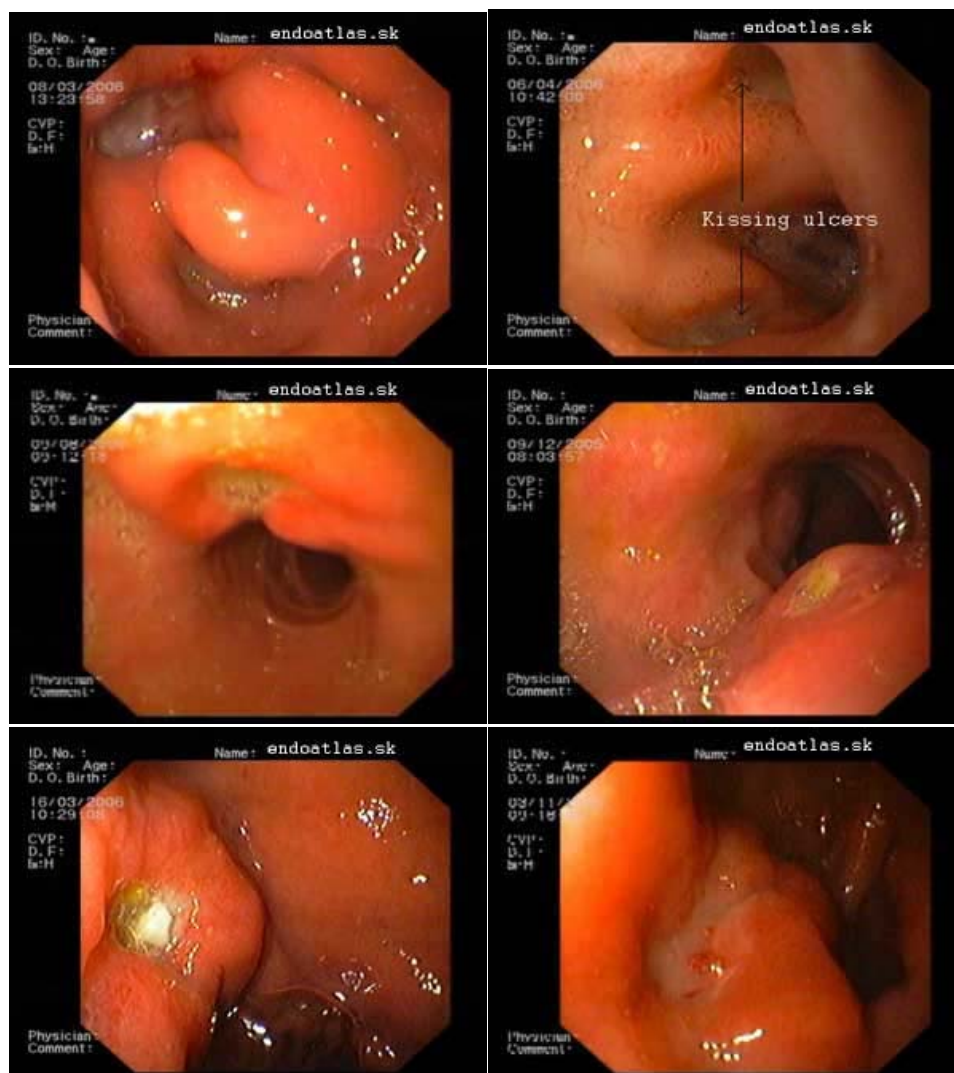
Příloha č. 2: Helicobacter pylori

Příloha č 3: Edukace nemocného –edukační brožura

Příloha č. 1: Vředy dvanáctníka (Duodenal ulcers)

Zdroj:

<http://www.endoatlas.sk/dvanastnik/duodenal%20ulcers.htm>



Příloha č 2: Helicobacter pylori

Zdroj:

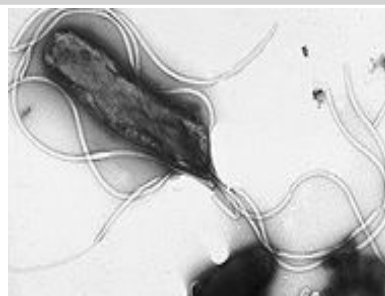
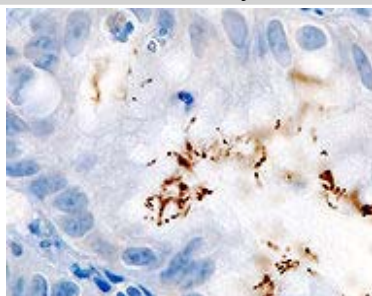
http://en.wikipedia.org/wiki/Helicobacter_pylori

Scientific classification

Kingdom:	Bacteria
Phylum:	Proteobacteria
Class:	Epsilon Proteobacteria
Order:	Campylobacterales
Family:	Helicobacteraceae
Genus:	Helicobacter
Species:	<i>H. pylori</i>
<u>Binomial name</u>	<i>Helicobacter pylori</i>

Helicobacter pylori infection

Classification and external resources



[Immunohistochemical](#) staining of *H. pylori* from a [gastric biopsy](#)

ICD-9	533
DiseasesDB	5702
MedlinePlus	000229
eMedicine	med/962
MeSH	D016481

Helicobacter pylori (pronounced [helicobacter pylori](#)) is a [Gram-negative, microaerophilic bacterium](#) that inhabits various areas of the stomach

Příloha č 3: Edukace nemocného - edukační brožura (3).

„MÁTE VŘEDOVOU CHOROBU?

Stručné rady a poučení pro nemocné vředovou chorobou dvanáctníku a žaludku.

ÚVOD

Vředová choroba postihující dvanáctník (častěji), nebo žaludek (vzácněji), je poměrně časté onemocnění. Trpí jí asi 10% populace. Názory na její vznik se v posledních letech zásadně změnily. Vřed, tj. hluboké poškození sliznice, je buď součástí tzv. vředové choroby, nebo jde o vředy vznikající na podkladě přímého účinku známých vlivů, např. některých léků, užívaných zejména v léčbě některých revmatických onemocnění (nesteroidní antirevmatika), také nikotinu, alkoholu, aj., poškození žaludečních cév (ateroskleróza, zánět), trvalé nadprodukce kyselé žaludeční šťávy při některých vzácných nádorech, specifických slizničních zánětů, atd. Mnoho let víme, že při vzniku jakéhokoli vředu má zásadní význam porušení rovnováhy mezi tzv. agresivními a ochrannými faktory.

Nejdůležitějším agresivním činitelem je kyselina chlorovodíková (HCl), tvořená v buňkách žaludku, dále pepsin a žlučové kyseliny. Sliznici žaludku a dvanáctníku však mohou poškozovat i různé látky, přicházející do organismu z vnějšího prostředí - např. některé léky. Důležitým faktorem je bakterie *H. pylori*.

Mezi činitele, chránící sliznici před poškozením agresivními faktory (ochranné faktory), řadíme zejména schopnost sliznice tvořit potřebné množství kvalitního hlenu a dostatek uhličitánů, schopných neutralizovat HCl, i drobné prokrvení sliznice. Hrubé narušení vzájemného vztahu mezi poškozujícími a ochrannými faktory je tedy základem vzniku vředu.

Teprve v posledních letech byl prokázán zcela zásadní význam infekce *Helicobacter pylori*. Je prokazován téměř ve všech případech vředové choroby dvanáctníku a jenom o něco méně často u nemocných s vředovou chorobou žaludku.

Diagnózu vředové choroby může stanovit jenom odborně vzdělaný lékař pomocí moderní techniky (gastroskopie) a laboratorním průkazem infekce *H. pylori*. Mezi charakteristické obtíže patří zejména tlak až bolest v nadbřišku, objevující se nejčastěji na lačno, někdy i v noci (zvláště u dvanáctníkového vředu). Černá stolice (meléna) nebo zvracení s přítomností čerstvé nebo natrávené krve, připomínající kávovou sedlinu (hemateméza), signalizují možnost krvácení z vředu a vyžadují urychlené vyšetření u lékaře. Stejný postup je nutný i v případě, že vznikne náhlá krutá bolest v nadbřišku, vzbuzující podezření z proděravění (perforace) vředu.

JAK POSTUPOVAT PŘI PRŮKAZU ČERSTVÉHO VŘEDU

V období prokázaného vředu je především nutné dbát rad lékaře a přesně užívat doporučené léky. Medikamentózní léčba je dnes velmi účinná a umožňuje vyléčit většinu případů čerstvého vředu během jednoho až dvou měsíců. Lékař má k dispozici léky, tlumící tvorbu kyselé žaludeční šťávy,

léky podporující ochranu sliznic, případně odstraňující žaludeční infekci (*Helicobacter pylori*). Při bolestech žaludku na začátku léčby se uplatňují i léky snižující kyselost žaludeční šťávy její neutralizací (antacida).

Díky účinné medikamentózní léčbě došlo k ústupu od složitých dietních doporučení. Za racionální je možné pokládat vyloučení všeho, co výrazně zvyšuje kyselost žaludeční šťávy (alkohol, káva, silný černý čaj), je vhodné jíst častěji a po menších porcích. Pití většího množství mléka, zejména na noc, se již nedoporučuje, neboť po krátkodobém snížení kyselosti žaludeční šťávy dochází vlivem mléčných bílkovin naopak k jejímu zvýšení. Po dobu léčby čerstvého vředu zakazujeme kouření.

JAK POSTUPOVAT PO VYLÉČENÍ VŘEDU

Je – li vřed zhojen a odstraněna infekce (*H. pylori*), je vyléčena i vředová choroba. Není třeba dále žádných zvláštních dietních opatření, stačí běžná zdravá strava a životospráva.

JAK ZABRÁNIT OPAKOVÁNÍ VŘEDOVÉ CHOROBY

Pokud se neobnoví infekce *H. pylori*, nedochází ani ke vzniku nových vředů. Plně předcházet infekci žaludku vzhledem k jejímu velkému rozšíření zatím neumíme. Nezbyvá, než se podrobit kontrolnímu vyšetření u odborného lékaře, zejména při každém objevení se obtíží, podobných těm, které provázely období čerstvého vředu. Naštěstí dochází k nové infekci poměrně málo.