PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD BOLESNIKA S ULKUSNOM BOLESTI

Perušić, Mihaela

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:178537

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository

zir.nsk.hr

UNIRI DIGITALNA KNJIŽNICA

Image not found or type unknown

SVEUČILIŠTE U RIJECI

FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Mihaela Perušić

PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD BOLESNIKA S ULKUSNOM BOLESTI

Završni rad

Rijeka, 2020.

UNIVERSITY OF RIJEKA

FACULTY OF HEALTH STUDIES

GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING

Mihaela Perušić

The process of health care in patient with ulcer disease

Final work

Rijeka, 2020.

Mentor rada : Saša Uljančić, mag.med.techn., prof.reh.

Rad ima 25 stranica, 9 slika, 0 tablica.

Pregledni rad obrađen je dana _____ u/na _____,

pred povjerenstvom u sastavu :

1.

2.

3.

Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	
Studij	Dodiplomski studij sestrinstva
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Mihaela Perušić
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD BOLESNIKA S ULKUSNOM BOLESTI
Ime i prezime mentora	Saša Uljančić
Datum zadavanja rada	10.02.2020.
Datum predaje rada	31.8.2020.
Identifikacijski br. podneska	1382660511
Datum provjere rada	09-Sep-2020
Ime datoteke	**PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD BOLESNIKA S ULKUSNOM BOLESTI**
Veličina datoteke	1.42M
Broj znakova	46482
Broj riječi	7028
Broj stranica	39

Podudarnost studentskog rada:

PODUDARNOST	
Ukupno	15%
Izvori s interneta	
Publikacije	
Studentski radovi	

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	Rad zadovoljava uvjete izvornosti
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	☐
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

Rijeka, 09.9.2020.

Potpis mentora

SAŽETAK

Ulkusna bolest je ograničeno oštećenje sluznice probavnog trakta. Čak 10% populacije Zapadnog svijeta razvije ulkusnu bolest za vrijeme svoga života. U SAD-u svake godine od ulkusne bolesti oboli oko četiri milijuna stanovništva, gotovo cjelokupna populacija Hrvatske. Prosječna stopa stanovništva u Hrvatskoj u razmaku od 20 i 70 godina je između 60,4 % i 68 %. Stopa raste u starijim dobnim skupinama, posebno kod starijih osoba iznad 45 godina.

U ovom završnom radu biti će prikazano etiologija, klinička slika, dijagnostički postupci, liječenje ulkusne bolesti, te također proces zdravstvene njege kod takvih bolesnika. Zadatci medicinske sestre jesu procjena i praćenje zdravstvenog stanja bolesnika, u suradnji s ostalim članovima multidisciplinarnog tima (liječnik gastroenterolog, klinički nutricionist), te osim standardnih protokola liječenja potrebno je usmjeriti bolesnika u načine prehrane koja tijekom liječenja postaje specifična kako za bolesnika tako i za njegovu obitelj. Sestrinska edukacija temelj je na kojem se podiže stupanj kvalitete života. Također osim veoma bitne sestrinske edukacije usmjerene prema bolesniku veoma je važna i edukacija medicinskih sestara i tehničara kako bi što kvalitetnije prenosili svoja znanja i iskustva na bolesnike i njihove obitelji.

Ključne riječi : ulkusna bolest, medicinska sestra/tehničar, proces zdravstvene njege, prehrana

SUMMARY

Ulcer disease is a limited damage to the lining of the digestive tract. As many as 10% of the population of the Western world develops ulcer disease during their lifetime. In the USA, about four million people, almost the entire population of Croatia, get ulcers every year. The average population rate in Croatia between 20 and 70 years is between 60.4% and 68%. The rate increases in older age groups, especially in the elderly over 45 years of age.

In this final paper, the etiology, clinical picture, diagnostic procedures, treatment of ulcer disease, and also the process of health care in such patients will be presented.

The tasks of the nurse are to assess and monitor the health of the patient, in cooperation with other members of the multidisciplinary team (gastroenterologist, clinical nutritionist), and in addition to standard treatment protocols it is necessary to guide the patient in diets that become specific to family. Nursing education is the foundation on which the level of quality of life is raised. Also, in addition to very important nursing education directed towards the patient, the education of nurses and technicians is also very important in order to transfer their knowledge and experiences to patients and their families as well as possible.

Key words: ulcer disease, nurse / technician, health care process, nutrition

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Saši Uljančić, mag.med.techn., prof.reh. na pruženoj potpori i pomoći prilikom izrade završnog rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji na strpljenju i podršci za vrijeme mojeg školovanja i izradi ovog završnog rada.

SADRŽAJ

1.UVOD 1

2. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA PROBAVNOG SUSTAVA 2

3. ULKUSNA BOLEST..... 4
3.1.Epidemiologija ulkusne bolesti 5
3.2.Klinička slika ulkusne bolesti 6
3.3.Dijagnostički postupci 7
3.4. Liječenje ulkusne bolesti..... 9
3.5. Komplikacije ulkusne bolesti 11

4. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE 12
4.1. Redovan i hitan prijem bolesnika s ulkusnom bolesti 14
4.2.Sestrinske dijagnoze kod ulkusne bolesti 15
4.3. Prikaz slučaja (fiktivnog bolesnika) 17

5. PREHRANA 21

6. ZAKLJUČAK 25

7. LITERATURA 26

POPIS KRATICA 28

PRILOZI 29

ŽIVOTOPIS 30

1. UVOD

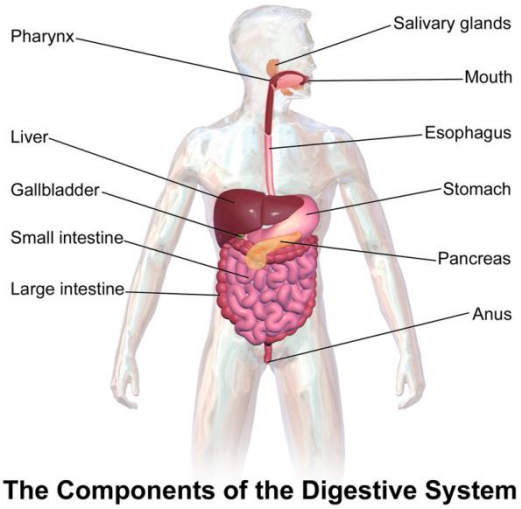
Peptička ulkusna bolest (PUD) karakterizira prekid unutarnje postave gastrointestinalnog (GI) trakta zbog izlučivanja želučane kiseline ili pepsina. Prostire se u mišićni sloj epitela želuca. Obično se javlja u želucu i proksimalnom dvanaesniku. Može uključiti donji jednjak, distalni dvanaestopalačni kanal ili jejunum. Epigastrična bol obično se javlja unutar 15-30 minuta nakon obroka u bolesnika s ulkusom na želucu; s druge strane, bol kod ulkusa na dvanesniku javlja se 2-3 sata nakon obroka.

Preporučuje se testiranje na Helicobacter pylori kod svih bolesnika s peptičnom ulkusnom bolešću. Kod potvrde dijagnoze može se zahtijevati endoskopija, osobito u bolesnika koji imaju grozne simptome. Danas se većina pacijenata može liječiti trostrukom terapijom trostrukim lijekovima na bazi inhibitora protonske pumpe.(1)

Zdravstvena njega je veoma važan dio procesa liječenja, te najglavnija zadaća medicinskih sestara/tehničara. Uspjeh liječenja umnogome ovisi o adekvatnoj zdravstvenoj skrbi. Provedbom zdravstvene njege bolesnika najviše dolaze do izražaja čovječnost, požrtvovnost, savjesnost, stručnost kao i ostale pozitivne karakteristike medicinskih sestra/tehničara. (2)

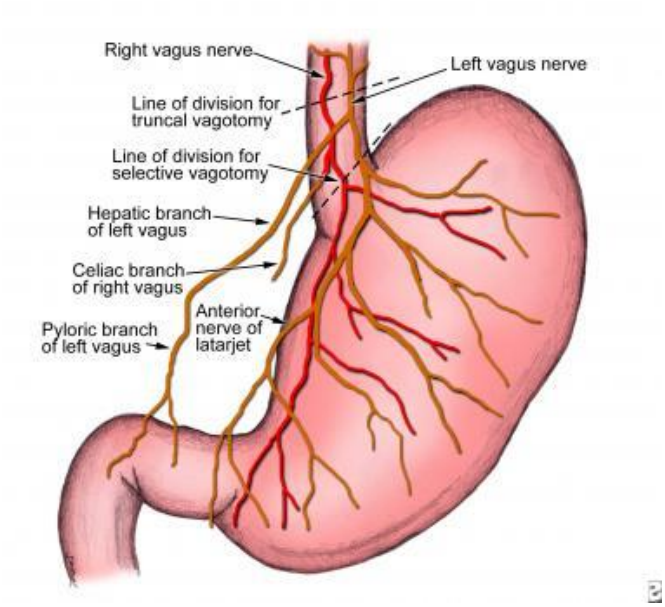
2. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA PROBAVNOG TRAKTA

Probava je proces kojim se hrana razgrađuje na manje komade kako bi ih tijelo moglo koristiti za izgradnju i prehranu stanica i opskrbu energijom. Probava uključuje miješanje hrane, njeno kretanje kroz probavni trakt (poznat i kao alimentarni kanal), te kemijski raspad većih molekula na manje molekule. Svaki unešeni komad hrane mora se razgraditi na manje hranjive tvari koje tijelo može apsorbirati, zbog čega su potrebni sati da se hrana u potpunosti probavi. Probavni sustav sastoji se od probavnog trakta. Sastoji se od duge cijevi organa koja teče od usta do anusa i uključuje jednjak, želudac, tanko crijevo i debelo crijevo, zajedno s jetrom, žučnim mjehurom i gušteračom, koji stvaraju važne sekrecije za probavu koja se isušuju u tankom crijevu. Probavni trakt u odrasle osobe dugačak je oko 9 metara. Želudac je organ u obliku slova J koji leži između jednjaka i tankog crijeva u gornjem dijelu trbuha. Želudac ima 3 glavne funkcije: skladištiti progutanu hranu i tekućinu; miješati hranu, tekućine i probavne sokove proizvedene od želuca; te postepeno isprazniti njegov sadržaj u tanko crijevo. Samo nekoliko tvari, poput vode i alkohola, mogu se apsorbirati izravno iz želuca. Bilo koje druge prehrambene tvari moraju prolaziti probavne procese u želucu. Čvrsti mišićni zidovi želuca miješaju i usitnjavaju hranu kiselinama i enzimima (želučani sok) razbijajući je na manje komade. Otprilike tri četvrtine želučanog soka dnevno proizvode žlijezde u želucu. Hrana se prerađuje u polutvoreni oblik. Nakon jela, hrana se polako spušta kroz pilorični sfinkter, zadebljani mišićni prsten između želuca i prvog dijela tankog crijeva koji se naziva dvanaesnik. Većina hrane napušta želudac četiri sata nakon jela. Kako mnogi kirurški zahvati za peptičku ulkusnu bolest povlače određenu vrstu vagotomije, rasprava o vagalnoj inervaciji trbušnih organa je prikladna. Lijeva (prednja) i desna (zadnja) grana vagusnog živca spuštaju se s obje strane distalnog jednjaka. Kad uđu u donju torakalnu šupljinu, mogu međusobno komunicirati kroz nekoliko križnih grana koje čine ezofagealni pleksus. Ispod pleksusa nalaze se dva vagalna debla ponovo se razdvajaju i razlikuju prije grana prednjeg debla, tako da formiraju jetrene, pilorične i prednje želučane grane. Zadnje se deblo grana i tvori stražnju želučanu granu. (3)



Slika 1. Prikazuje probavni sustav

Izvor(https://en.wikipedia.org/wiki/Gastrointestinal_disease)



Slika 2. Prikazuje građu želuca

Izvor (https://emedicine.medscape.com/article/181753-overview#a4)

3. ULKUSNA BOLEST

Peptična ulkusna bolest, koja se naziva i čir na želucu, je prekid normalnog integriteta želučane sluznice koja se proteže kroz mišićnu sluznicu u submukozu ili dublje. Incidencija ovisi o dobi, spolu, zemljopisnom položaju i povezana je s teškim komplikacija, uključujući krvarenja, perforacije, gastrointestinalnu opstrukciju i zloćudni tumor. Dakle, ovo kliničko stanje predstavlja svjetski zdravstveni problem zbog njegovog visoki morbiditeta, smrtnosti i ekonomskih gubitaka. Uobičajena želučana sluznica održava ravnotežu između zaštitnih i agresivnih čimbenika. Neki od glavnih agresivnih čimbenika su želučana kiselina, nenormalna pokretljivost, pepsin, žučne soli, upotreba alkohola i nesteroidnih protuupalnih lijekova (NSAID), kao i infekcija s mikroorganizmima (Helicobacter pylori i drugi). S druge strane, izlučivanje sluzi, proizvodnja bikarbonata, gastroprotektivna sinteza prostaglandina i normalno tkivo mikrocirkulacija štiti od stvaranja čira. Iako je u većini slučajeva etiologija ulkusa još nije poznata, općenito je prihvaćeno da je čir na želucu multifaktorni i razvijati će se kada agresivni faktori (endogeni, egzogeni i / ili infektivni uzročnici) svladaju obrambeni mehanizam sluznice. (4)

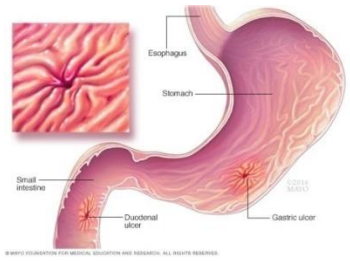
Podjela prema lokalizaciji:

a) duodenalni ulkus - najčešća lokalizacija je bulbus duodeni;

b) gastrički ulkus - najčešće duž male krivine antruma i u pre-piloričkoj regiji;

c) ezofagealni ulkus - u distalnom dijelu ezofagusa, u slučaju gastro-ezofagealnog refluksa;

d) ulceracije ektopične želučane sluznice (5)



Slika 3. Prikazuje podjelu ulkusa prema lokalizaciji

Izvor

*(*https://www.google.com/search?q=peptic+ulcer+disease+pubmed&source=lnms&tbm=isch)&sa=X&ved=2ahUKEwjl_JzAj_XnAhVDiqQKHQXhAGUQ_AUoAXoECAsQAw&biw=1366&bih=608#imgrc=ryff6P3nrvAi2M

3.1. Epidemiologija ulkusne bolesti

U Sjedinjenim Državama oko četiri milijuna ljudi ima aktivne peptičke ulkuse i oko 350 000 novih slučajeva dijagnosticira se svake godine. Dijagnosticira se četiri puta više ulkusa na dvanaesniku nego ulkusa na želucu. Otprilike 3000 smrtnih slučajeva godišnje u Sjedinjenim Državama posljedica je ulkusa na dvanaesniku, a 3000 od ulkusa na želucu. U Sjedinjenim Državama zabilježeno je značajno smanjenje prijavljenih stopa hospitalizacije i smrtnosti od peptičnog ulkusa. Promjene u kriterijima za odabir osnovnog uzroka smrti mogu objasniti neki vidljivi pad stope smrtnosti čira. Stope hospitalizacije za dvanaestopalačne ulkuse smanjile su se gotovo 50 posto u razdoblju od 1970. do 1978., ali stopa hospitalizacije za ulkus na želucu nije se smanjila. Iako ovo smanjenje stope hospitalizacije može odražavati smanjenje učestalosti ulkusne duodenalne bolesti, čini se da su promjene kodiranja, kriterija hospitalizacije i dijagnostičkih postupaka pridonijele prijavljenim smanjenim brojem hospitalizacije peptičnog ulkusa i stope smrtnosti. Nema dobrih dokaza koji bi podržali uvriježeno mišljenje da se peptički ulkus najčešće javlja u proljeće i jesen. Čini se da je najkonzistentniji uzorak niska stopa ulkusa na ljeto. Postoje čvrsti dokazi da su pušenje cigareta, redovita upotreba aspirina i produljena upotreba steroida povezani s razvojem peptičkog ulkusa. Postoje dokazi da nadomjesci kave i aspirina mogu utjecati na ulkuse, ali većina studija ne podrazumijeva alkohol, hranu ili psihološki stres kao uzroke ulkusne bolesti. Genetski čimbenici igraju ulogu i u dvanaestopalčanom i u ulkusu na želucu. Otprilike polovina bolesnika s dvanaestopalčanim ulkusom ima povišenu razinu pepsinogena. Mali porast rizika od ulkusa na dvanaesniku nalazi se kod osoba s krvnom skupinom O i kod osoba koje ne luče antigene krvne skupine u slini. U većini zapadnih zemalja obolijevanje od čira na dvanaesniku je češće nego od čira na želucu, iako smrtnost od čira na želucu premašuje ili je jednaka smrti od čira na dvanaesniku. U Japanu su i morbiditet i smrtnost veći za čir na želucu nego za dvanaestopalčani čir. (6)

Incidencija ulkusne bolesti u Republici Hrvatskoj iznosi 60,4% i 68% u dobi od 20 – 70 godina. Učestalost raste u starijim dobnim skupinama, posebno kod starijih od 45 godina. Peptična ulkusna bolest jedna je od najčešćih gastrointestinalnih bolesti: prevalencija iznosi približno 5-10 % u općoj populaciji te 10-20 % u populaciji zaraženoj H. pylori, te su simptomi ulkusne bolesti česti razlog dolaska na pregled liječniku primarne zdravstvene zaštite. Dokazala se povezanost prisutnosti bakterije H. pylori u želucu s povećanim rizikom od razvoja adenokarcinoma želuca, MALT-limfoma te karcinoma gušterače. (7)

3.2. Klinička slika ulkusne bolesti

Znakovi i simptomi peptičke ulkusne bolesti mogu se razlikovati ovisno o mjestu bolesti i dobi. Ulkus na želucu i dvanaesniku može se razlikovati prema vremenu njihovih simptoma u odnosu na obroke. Noćna bol je česta kod ulkusa na dvanaesniku. Oni koji imaju opstrukciju žučanog ispusta obično izvještavaju o napuhanju trbuha ili punoći.

Uobičajeni znakovi i simptomi uključuju:

a) epigastrična bol u trbuhu

b) nadutost

c) ispunjanost trbuha

d) mučnina i povraćanje

e) gubitak kilograma / debljanje

f) hematemeza

g) melena

Simptomi upozorenja koji bi trebali hitno uputiti na intervenciju:

a) gubitak težine

b) progresivna disfagija

c) značajna anemija

d) ponavljajuće povraćanje (8)

Clinical comparison of Gastric ulcer and Duodenal ulcer

Gastric Ulcer	Duodenal Ulcer
• Occur in the stomach	• Occur in the duodenum
• Epigastric pain 1-2 hours after eating	• Epigastric pain 2-5 hours after eating
• Can cause hematemesis or melena	• Can cause melena or hematochezia
• Heart burn, chest discomfort and early satiety are commonly seen	• Heart burn, chest discomfort are less common but may be seen
• Can cause gastric carcinoma (mostly in the elderly)	• Pain may awaken patient during the night

Slika 4. Prikazuje usporedbu kliničke manifestacije ulkusa želuca i duodenalnog ulkusa

*Izvor (*http://www.educatehealth.ca/nurse/gastroenterology/peptic-ulcer-disease.aspx*)*

3.3. Dijagnostički postupci

Diferencijalna dijagnoza ulkusa na želucu sastoji se od drugih uzroka dispepsije i uključuje dispepsiju izazvanu lijekovima, bilijarnih bolesti, želučanih maligniteta i rjeđe kronični pankreatitis. Veoma su važni anamnestički podatci bolesnika, laboratorijski testovi, te analiza stolice na Helicobacter pylori infekciju. Većina bolesnika s nekompliciranim peptičnim ulkusima ima laboratorijske testove u referentnim vrijednostima, osim onih pacijenta koji zbog akutne perforacije ulkusa imaju znakovitu leukocitozu. Sumnja se na dijagnozu ulkusa na želučanom sustavu u bolesnika s dispepsijom, posebno uz anamnestičke podatke konzumacije nesteroidnih protuupalnih lijekova (NSAID) ili Helicobacter pylori (H.pylori) infekcija. Moguće je posumnjati na peptične ulkuse na temelju snimanja obavljenih za procjenu bolova u trbuhu, međutim najadekvatnije se ulkus želuca dokazuje izravnom vizualizacijom na ezofagogastroduodenoskopiji.

Invazivni postupci	Neinvazivni postupci
endoskopija - biopsija	serologija
brzi ureazni test (CLO test)	urejni izdisajni testovi
histologija	antigen u stolici
izolacija i kultura	PCR (u stolici)
molekularni postupci (PCR – bakterije, tkivo)	

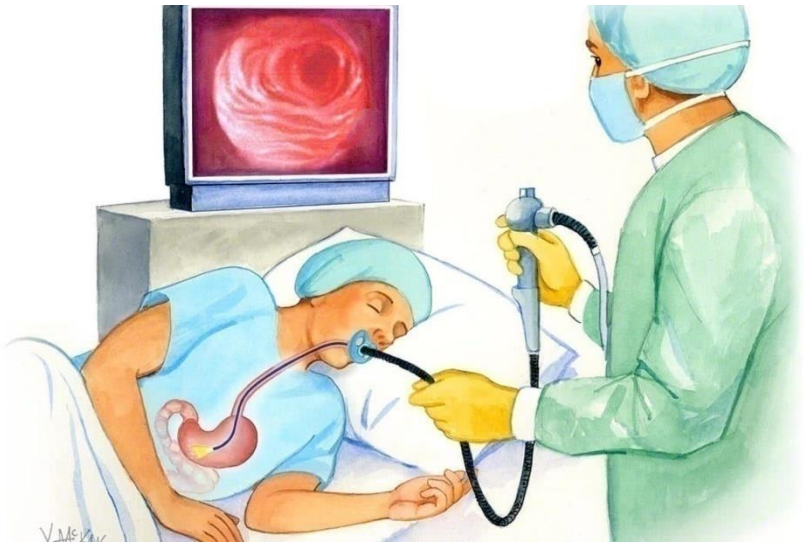
Slika 5. Postupci dijagnostike infekcije H.Pylori

Izvor(Katičić M, Peptična ulkusna bolest, MEDICUS 2005.Vol.15.No11, str.46)

Kompjutorizirana tomografija (CT)

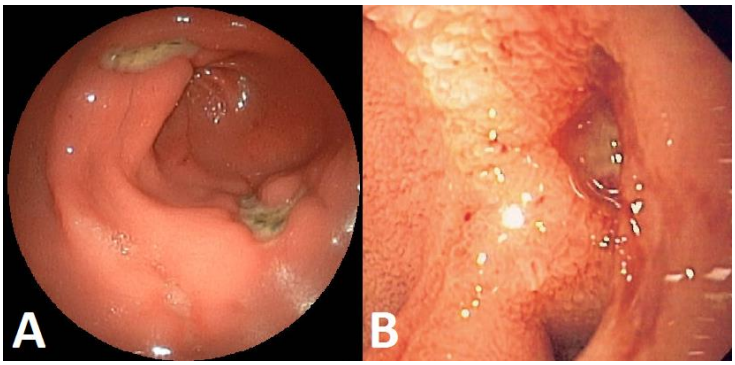
CT se koristi za stvaranje slika kombinacijom x-zraka i računalne tehnologije. Radi boljeg prikaza koristi se kontrastno sredstvo. Rentgenski tehničar postupak provodi u ambulanti ili bolnici, a radiolog interpretira slike. CT skeniranje može dijagnosticirati peptički ulkus koji je stvorio rupu u zidu vašeg želuca ili tankog crijeva.

Ezofagogastroduodenoskopija je pretraga s kojom se uz pomoć video zapisa mogu prikazati lezije probavnog trakta. Indikacija za provedbu gore navedene pretrage jesu simptomi ulkusne bolesti. Ova pretraga je ne sumnjivo prvi izbor u dijagnostici ulkusne bolesti. (9)



Slika 6. Prikazuje postupak ezofagogastroduodenoskopije

*Izvor (*https://articles.mymeditravel.com/procedures/gastroscopy-procedure-description/)



Slika 7. Prikazuje slikovni zapis peptičnog ulkusa

*Izvor (*https://teachmesurgery.com/general/gastric/peptic-ulcer/*)*

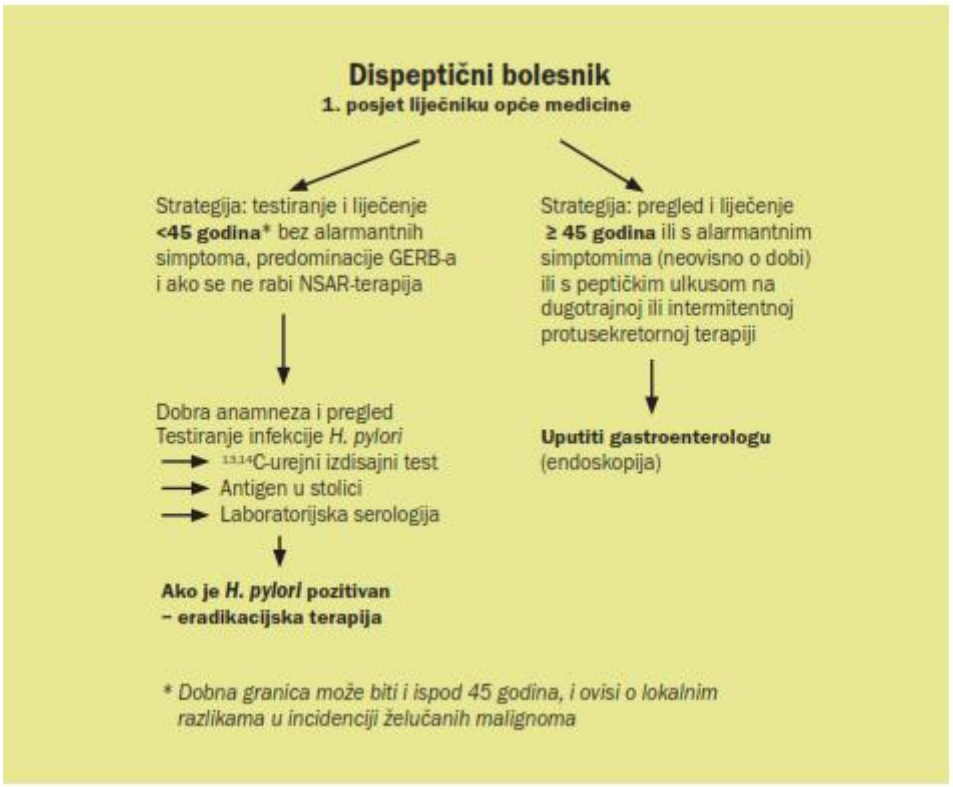
3.4. Liječenje ulkusne bolesti

Pacijenti s peptičnim ulkusom primarno dobiju antisekretornu terapiju s inhibitorom protonske pumpe (IPP) (npr.omeprazol 20 do 40 mg dnevno ili ekvivalent) za olakšavanje zacjeljivanja čira Korištenje IPP-a rezultira bržom kontrolom simptoma peptične ulkusne bolesti i veće stope zacjeljivanja ulkusa u usporedbi s H2RA kao posljedica suzbijanja jače kiseline. IPP također učinkovitije liječe ulkuse povezane s NSAID-om u usporedbi s H2RA Kombinacija IPP-a i H2RA-a povećava troškove bez poboljšanja zacjeljivanja. Iako antacidi i sukralfat mogu zacijeliti ulkus na dvanaesniku, ne preporučuje im se rutinsko liječenje ulkusa na želucu. Trajanje početne antisekretorne terapije varira ovisno o karakteristikama čira i temeljnoj etiologiji (H.pylori, primjena NSAID-a) i prisutnost komplikacija čira (npr. krvarenje, perforacija, penetracija ili začepljenje želučanog izlaza). Ukoliko je uzrok nastanka ulkusa infekcija H.Pylori primjenjuje se tzv. „trojna terapija“ (IPP, amoksicilin, metronidazol) kroz 5 dana.

Nekompliciran ulkus - u pacijenta s nekompliciranim ulkusom, IPP (npr. Omeprazol 20 mg dva puta dnevno) davan tijekom 14 dana, zajedno s antibiotskim režimom za liječenje H. pylori, obično je dovoljan da potakne zacjeljivanje. Dodatna antisekretorna terapija nije potrebna u odsutnosti trajnih ili ponavljajućih simptoma nakon terapije ili drugih indikacija za održavanje antisekretorne terapije.

Kompliciran ulkus - svi pacijenti s kompliciranim peptičnim ulkusima (ulkus s krvarenjem, perforacijom, penetracijom ili želučanom opstrukcija na izlazu) trebaju primati supresivnu terapiju s intravenoznim IPP. Jednom kada pacijenti toleriraju oralnu primjenu lijekova, uvode se oralni IPP u visokim dozama dva puta dnevno kako bi se pojačalo zacjeljivanje. Doziranje inhibitora protonske pumpe smanjuje se na jednom dnevno nakon četiri tjedna. U pacijenata s krvarenjem, intravenski IPP se može prebaciti na nižu oralnu dozu 72 sata nakon endoskopije, pod uvjetom da nema dokazano ponavljajuće krvarenje. Trajanje liječenja ovisi o mjestu i uzroku ulkusa, ali obično je između 4 i 12 tjedana ukupno.

Osim peroralne i intravenske terapije potrebno je pacijenta educirati o temeljnim čimbenicima rizika za ponavljanje stanja, te savjetovati promjene životnih navika, uvođenje pravilne prehrane, prestanak konzumacije duhanskih proizvoda i alkoholnih pića. (10)



Slika 8. Prikazuje smjernice za obradu dispeptičnih bolesnika

Izvor (Katičić M, Peptična ulkusna bolest, MEDICUS 2005.Vol.15.No11,49str.)

Konzervativna terapija

Inhibitori protonske pumpe

- pantoprazol 80 mg i.v.

- pantoprazol 200 mg. u 500 ml. NaCl 0,9% i.v./20ml/h kroz 72 h

Kirurško liječenje

Broj kirurških zahvata pri liječenju ulkusne bolesti dramatično je pao, prvo uvođenjem visoko djelotvornih protusekretornih lijekova, a potom eradikacijom infekcije *H. pylori*. Danas je kirurška terapija uglavnom rezervirana samo za bolesnike s komplikacijama ulkusne bolesti te one malobrojne bolesnike čiji su ulkusi refrakterni na konvencionalnu terapiju.

3.5. Komplikacije ulkusne bolesti

Komplikacije peptičke ulkusne bolesti (PUD) uključuju krvarenje, prodiranje, perforaciju i opstrukciju želuca. Iako većina pacijenata može imati tipične simptome ulkusa prije razvoja komplikacija, postoji podskupina bolesnika s tihim ulkusima i oni zahtjevaju medicinsku skrb tek kad nastanu komplikacije peptičnog ulkusa. Pacijenti s krvarenjem iz ulkusa na želucu mogu se pojaviti s hematemezom (krv ili „talog kave“) ili melenom (crna stolica). U rijetkim slučajevima pacijenti imaju masivno krvarenje i prisutno s hematohezijom (crvena ili kestenjasta krv u stolici) i ortostatskom hipotenzijom. Opstrukcija želučanog izlaza ulkusom koji se nalazi u piloričnom kanalu ili dvanaesniku može uzrokovati opstrukciju želučanog izlaza. Simptomi uključuju ranu sitost, nadutost, mučninu, povraćanje, epigastrične bolove ubrzo nakon jela i gubitak kilograma. Dugotrajno povraćanje i loš unos tekućine mogu dovesti do hipokalijemije i hipokloremične metaboličke alkaloze.

Pacijenti s penetriranim ulkusom često imaju simptome zbog simptomatske promjene zahvaćenosti susjednih struktura. Gastrokolične ili duodenokolične fistule mogu se pojaviti sa zadahom iz usta, fekulentnim povraćanjem, postprandijalnim proljevom, dispepsija i gubitak kilograma. Prodiranje u okolni organ može rezultirati perivisceralnim apscesom. Erozija u vaskularne strukture može rezultirati gastrointestinalnim krvarenjem Erozija u žučnom stablu može rezultirati holedohoduodenalnom fistulom koja može izazvati hemobilija i / ili izvanhepatična žučna opstrukcija.

Incidencija perforacije niža je nego što je prethodno prijavljeno, u rasponu od 3 do 6,5 na 100,000. Prepilorični ulkus na želucu čine većinu perforacija nakon čega slijede ulkusi duodenuma. Treba sumnjati na perforaciju čira u bolesnika koji iznenada razviju jaku, difuznu bol u trbuhu. Klasična trijada iznenadnog početka bol u trbuhu, tahikardija i ukočenost trbuha obilježje su perforacije ulkusa na želucu. Ako je perforacija čvrsta, ako je želučana tekućina ograničena fibrozom ili ako je perforacija retroperitonealno, simptomi mogu biti puno slabiji u usporedbi sa slobodnim intraperitonealnim perforacija. U takvim slučajevima bol u gornjem dijelu trbuha je podmuklija, prezentacija simptoma je često odgođena, a pregledom abdomena često dobivamo dvosmislen nalaz. (11)

4. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE

Proces zdravstvene njege predstavlja sistem međusobno povezanih i zavisnih koraka u rješavanju zdravstvenih problema bolesnika, a baziran je na timskom radu i praćenju kvaliteta njege. Kroz proces zdravstvene njege ostvaruje se pozitivna interreakcija između medicinske sestre i bolesnika.

Proces zdravstvene njege se sastoji od četiri faze :

a) utvrđivanje potreba bolesnika za zdravstvenom njegom

b) planiranje zdravstvene njege

c) provođenje zdravstvene njege

d) evaluacija zdravstvene njege

Proces zdravstvene njege nudi individualnu, kontinuiranu i kvalitetnu njegu, dobru komunikaciju i koordinaciju, aktivnosti članova zdravstvenog tima, kritički osvrt na sestrinsku praksu, mogućnost istraživanja i unapređenja sestrinske prakse, te najbitinje vidljivost sestrinskog rada.

Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom

Sistematsko prikupljanje i tumačenje informacija, utvrđivanje aktualnih i potencijalnih problema, te potreba za njegom (aktualnih i potencijalnih sestrinskih dijagnoza i kolaborativnih problema) utvrđivanje prioriteta, provjeru sa pacijentom (kada god je to moguće) potreba koje su identificirane i prioritetne

Prikupljanje podataka
Tri izvora podataka:
a) primarni (osobno od bolesnika),
b) sekundarni (druge osobe),
c) tercijarni (medicinska dokumentacija)
Tehnike prikupljanja podataka :
a) intervju
b) promatranje bolesnika
c) mjerenje
d) analiza dokumentacije

Intervju u procesu zdravstvene njege

Cilj intervjua je prikupiti specifične podatke o bolesniku u svrhu pravovremenog prepoznavanja problema i planiranja zdravstvene njege. Intervju mora doprinijeti stvaranju pozitivnog odnosa između bolesnika i medicinske sestre. Omogućiti bolesniku da dobije potrebne i temeljne informacije o pomoći medicinske sestre pri utvrđivanju potreba, smjera i načina prikupljanja novih podataka

Planiranje potreba za zdravstvenom njegom

Donošenje odluka o temeljnom ishodu zdravstvene njege (cilju). Razmatranje plana zdravstvene njege, te odlučivanje koje sestrinske intervencije je potrebno primjeniti kod određenog slučaja pazeći na individualni pristup prema svakom potrebitom. Kreiranje aktivnosti u svrhu poboljšanja zdravstvenog stanja bolesnika.

Provođenje zdravstvene njege

Predzadnja faza je provođenje, a uključuje nekoliko aktivnosti : validacije plana i analize uvjeta za primjenu što čini svojevrsnu pripremu za kreativnu i kritičku realizaciju koja osim provođenja intervencija obuhvaća stalnu procjenu bolesnikovog stanja, reviziju plana, neformalnu edukaciju i primjenu etičkih načela. Pri planiranju zdravstvene njege potrebno je uvažavati objektivne okolnosti, a istodobno trajnim utvrđivanjem uvjeta smanjuju se ograničenja pri izradi planova. Neki od značajnijih činitelja odnose se na modele organizacije, osoblje za zdravstvenu njegu i opremljenost zdravstvene ustanove. Planovima zdravstvene njege predviđeno je što i tko u pojedinoj smjeni treba učiniti što omogućava medicinskim sestrama pravilnu izvedbu zadanog.

Evaluacija zdravstvene njege

Evaluacija u zdravstvenoj njezi nudi informaciju o stupnju napretka stanja bolesnika, informaciju o temeljnom ishodu, koje su potrebe za daljom provedbom zdravstvene njege, određene neočekivane ishode ili nezadovoljene potrebe koje nismo obuhvatili u prvoj procjeni. (12)

4.1. Redovan i hitan prijem bolesnika s ulkusnom bolesti

Bolesnik koji ima tegobe navedene unutar ulkusne bolesti javlja se doktoru primarne zdravstvene zaštite koji ga nakon svojih iscrpnih postupaka koji nisu uspjeli rijesiti problematiku upućuje specijalisti gastroenterologu na prvi pregled. Nakon prvog pregleda gastroenterologa bolesnik se upućuje na daljnje pretrage kao što su rutinske pretrage krvi i gastroskopija. Po učinjenim pretragama ustanovi se da bolesnik ne može biti adekvatno liječen ambulantno, te se dogovara redovan prijem. Redovan prijem započinje kada se bolesnika zaprima u bolničku ustanovu jer se liječenje ne može uspješno izvršiti u ambulanti ili kod kuće. Odluku o prijemu bolesnika u bolnicu donosi liječnik nakon pregleda u prijemnoj ambulanti. Bolesnicima se preporuča da novac i vrijedne stvari ne unose u bolničku ustanovu, te da pri prijemu ostave svoje stvari pratnji da odnese na sigurno. Prilikom dolaska na bolničko liječenje potrebno je sa sobom imati važeću zdravstvenu iskaznicu, važeću osobnu iskaznicu, te uputnicu od liječnika primarne zdravstvene zaštite za bolničko liječenje kao i osobne stvari za bolnicu. Nakon odrađenog administrativnog dijela medicinska sestra zaprima bolesnika na bolesnički odjel smješta ga u bolesničku sobu objašnjava mu kućni red odjela i bolničke ustanove, te uzima podatke za sestrinsku dokumentaciju.

Hitan prijem

Hitnim prijemom smatramo bolesnika koji je životno ugrožen u našem slučaju kada dolazi do komplikacija ulkusne bolesti krvarenje, perforacije, penetracije ili nekih drugih stanja. Tijek hitnog prijema provodi se kroz opsežnu povijest bolesti, kompletan fizikalni pregled koji je ključan u procjeni svakog pacijenta koji pokazuje simptome gastrointestinalnog krvarenja. Fizikalni pregled usmjeren je prema traženju simptoma vezanih uz krvarenje. Primarna prosudba bolesnika uključuje rektalni pregled, mjerenje vitalnih funkcija, detekciju relevantnih znakova poput boje kože i sluznica, pigmentacija, stanja svijesti, te osnovne pretrage poput EKG-a, kompletne krvne slike, koagulograma, krvne grupe, RH faktor, ureje, glukoze u krvi, elektrolita, bilirubina. Bolesnik kojem se ustanovi krvarenje iz gastrointestinalnog trakta zaprima se u jedinicu intenzivne njege gdje se postavlja na monitor gdje mu se prate vitalne funkcije i izvršavaju ostali postupci prema odredbi liječnika. Ukoliko se procijeni da je bolesnik izgubio mnogo krvi, ista se nadoknađuje transfuzijom prema ordinaciji dežurnog liječnika. Nakon što se bolesnika stabilizira medicinska sestra uzima potrebne podatke za izradu sestrinske anamneze, te daljnje postupke vezane uz sestrinsku dokumentaciju.

4.2. Sestrinske dijagnoze kod ulkusne bolesti

Godine 1973. Kristine Gebbie i Mary Ann Lavin su organizirale Prvu nacionalnu konferenciju o klasifikaciji sestrinskih dijagnoza. Održana je u St. Louisu, Missouri. Polaznici su izradili početnu klasifikaciju, abecednu listu dijagnoza. Konferencija je također stvorila tri strukture: National Clearinghouse for Nursing Diagnoses, koja se nalazi na Sveučilištu Saint Louis i vodi Ann Becker; skrb o dijagnostici, Bilten, uredila Anne Perry; i Nacionalna konferencijska skupina za standardizaciju sestrinske terminologije koju je vodila Marjory Gordon. 1982. osnovana je NANDA. Uključili su članove iz Sjedinjenih Američkih Država i Kanade.

NANDA je razvila klasifikaciju medicinskih sestara kako bi organizirala sestrinske dijagnoze u različite kategorije. Iako je taksonomija revidirana kako bi se prilagodili novim dijagnozama, 1994. postalo je očito da je potrebna dodatna revizija. 2002. godine objavljena je Taxonomy II, koja je bila revidirana verzija Gordonovih funkcionalnih zdravstvenih obrazaca. 2002. godine NANDA je postala NANDA International kao odgovor na zahtjeve sve veće baze članstva izvan Sjeverne Amerike. Skraćenica NANDA zadržala se u nazivu zbog prepoznavanja imena, ali više nije samo "sjevernoamerička", a zapravo se može pohvaliti članovima iz 35 zemalja od 2018. godine. (13)

Sestrinske dijagnoze su dio sestrinskog procesa i kliničke prosudbe o iskustvima odgovorima jedinke, obitelji ili zajednice prema stvarnim ili potencijalnim zdravstvenim problemima odnosno životnim procesima. Sestrinske dijagnoze potiču neovisnu praksu medicinske sestre u usporedbi s ovisnim intervencijama koje provode prema nalogu liječnika. Dijagnoze se razvijaju se na temelju podataka dobivenih tijekom sestrinske procjene. Temelji se na problemu predstavlja odgovor na problem prisutan u trenutku procjene. Dijagnoze rizika predstavljaja ranjivost na potencijalne probleme, a dijagnoza promocije zdravlja identificira područja koja se mogu poboljšati na u svrhu unaprijeđenja zdravlja. Dok medicinska dijagnoza identificira poremećaj, sestrinska dijagnoza identificira jedinstvene načine na koje pojedinci reagiraju na zdravstvene ili životne procese ili krize. Proces detektiranja sestrinske dijagnoze jedinstven je među ostalim. Uključuje proces involviranja pacijenta, kad je to moguće, tokom cijelog procesa. Sve medicinske sestre moraju biti upoznate s koracima procesa zdravstvene njege kako bi što bolje iskoristile svoj položaj. Da bi se dijagnoza pravilno postavila, medicinska sestra mora tijekom procjene donijeti brze i točne zaključke iz podataka o pacijentima na temelju poznavanja sestrinske discipline i koncepata koji se odnose na medicinske sestre. (14)

Podaci za planiranje sestrinske skrbi prema M.Gordon :

- percepcija i održavanje vlastitog zdravstvenog stanja (opće zdravstveno stanje, izostanci s posla, što čini da očuva zdravlje, nesreće i ozljede, uzrok sadašnje bolesti, reakcija na pojavu simptoma i sl.)
- prehrana – metabolizam (uobičajeni način prehrane, dodaci, zamjene, uzimanje tekućine, promjene tjelesne težine, apetita)
- eliminacija (učestalost osobine, nelagoda, laksativi, diuretici)
- aktivnost (ima li dovoljno snage za izvođenje željenih aktivnosti, vježbe, vrsta i redovitost, stupanj samostalnosti od 0 – 4 osobna higijena, odijevanje, eliminacija, hranjenje, opća pokretljivost, premještanje, obavljanje kućanskih poslova)
- odmor i spavanje (osjećaj odmorenosti i spremnosti za dnevne aktivnosti nakon spavanja, raspored spavanja i dnevnih aktivnosti, problemi sa spavanjem)
- kognitivno – perceptivne funkcije (poteškoće u slušanju – slušni aparat, vid – naočale, promjene u sjećanju – zaboravljivost, bol – primjenjivi postupci uspješnog ublažavanja boli)
- samopercepcija (kako bi se opisao, što misli o sebi dobro ili loše, ima li osjećaj da može utjecati na tijek događaja, što mu pomaže, promjene u izgledu, tjeskoba)
- uloge i odnosi u obitelji (s kim živi, odnosi u obitelji, problemi u užoj i široj obitelji, reakcije bolesnika i obitelji na njegovu bolest i hospitalizaciju, usamljenost)
- seksualna aktivnost i reprodukcija (zadovoljstvo seksualnim odnosom, promjene, poteškoće, kod žena podaci o menstruaciji, problemima u trudnoći)
- sučeljavanje i tolerancija na stres (značajni događaji i krize, tko pomaže u teškim trenucima, uobičajeno ponašanje kod većih problema)
- vrijednosti i stavovi (životna htijenja, značajni planovi za budućnost, religija, vjerovanja)
- potreban nakon razgovora fizikalni pregled
- dopustiti bolesniku da postavlja pitanja i da dodaje još neke podatke koje možda nismo obuhvatili (15)

4.3. Prikaz slučaja fiktivnog bolesnika N.N.1950.

Pacijentica u bolnicu dolazi kao hitan prijem jer se posljednjih 7 dana osjeća nemoćno kaže da je nestabilna na nogama pa koristi štap prilikom hodnja, teško započinje neku kretnju te kad sjedi teško ustaje i osjeća slabost u nogama, ranije je je bila samostalna pri hodanju, kućanskim poslovima. U mirovni je. Unazad par dana ima crnu stolicu, a posljedinjih 15 proljev. Boluje od arterijske hipertenzije, Parkinsonove bolesti, osteoporoze, lezije jetre i mikrocitne anemije. Od lijekova uzima MADOPAR 3/4-1/2-3/4-1/2-3/4-3/4 TBL po- (8:00-10:00-13:00-15:30-18:00-20:30h), PK MERZ 2-1-1-1 TBL po. (8:00-10:30-13:00-15:30h), REQUIPID MODUTAB 12mg+8mg po. (8.00-18:00h), CONTROLOC 40mg tbl po. (8:00h),CIPRALEX 1/2 tbl PO.(9:30h), PRILEN 5MG tbl po (20:00h), PRAXITEN 15mg tbl po. (23:00h). Alergije na lijekove i ostalo negira. Kaže da ne konzumira alkohol ni cigarete. Od hospitalizacije očekuje pozitivne rezultate i brz povratak kući. Ukupan zbroj bodova na Morseovoj skali je 50 bodova, što ukazuje na visok rizik za pad.

Pacijentica navodi da ima dobar apetit "nije izbirljiva što se tiče hrane" ne voli jesti samo tripice i griz. Dnevno jede 4 obroka. Doručkuje u 09:00h, za doručak najčešće jede 2 kriške kruha s putrom, pekmezom ili sirnim namazom, paštetom uz to popije kavu s toplim mlijekom bez šećera. Ruča najčešće oko 13:30, jede raznovrsno, voli lešo pileće i pureće meso, oslića, maneštru od graha, mahuna, mrkve, voli kuhani krumpir, pire i rižu. Međuobrok jede oko 16:00h, to je najčešće običan jogurt i dvopek. Večera u 19:00h navodi da pojede svježi sir s 2 krište kruha ili rižu. Kaže da dnevno popije oko 1,5-2L tekućine, najviše voli piti vodu ili čaj od šumskog voća, ne voli jako slatke sokove. Negira poteškoće pri žvakanju i gutanju, nije gubila na tjelesnoj težini. Nosi gornju i donju zubnu protezu.

Pacijentica navodi da unatrag par dana ima crnu stolicu, a posljednih 15 dana proljeve. Nuždu najčešće obavlja u popodnevnim satima oko 15-16h. Tokom dana kaže da mokri više puta dnevno, te noću mokri jednom, najčešće oko 01h te nema problema sa ponovnim usnivanjem. Negira bol ili peckanje tokom mokrenja, mokraća je normalne boje niti svijetla niti tamno žuta, bez mirisa. Kaže da ne koristi laksative ni diuretike. Znoji se normalno s obzirom na tjelesne aktivnosti. Navodi da joj obavljanje nužde u bolnici ne predstavlja problem.

Pacijetica navodi da se posljednjih 7 dana osjeća nemoćno kaže da je nestabilna na nogama pa koristi štap prilikom hodanja, teško započinje neku kretnju, te kad sjedi teško ustaje i osjeća slabost u nogama, ranije je bila samostalna pri hodanju, kućanskim poslovima, sada kada nema dovoljno snage kućanske poslove umjesto nje obavlja suprug te im pomažu sinovi i njezine supruge. Slobodno vrijeme voli provoditi gledajući serije, voli čitati novine svaki dan, čita knjige i razna štiva te u igri sa svojim unucima koji imaju 5 i 8 godina. Po skali procjene samostalnosti od 0-4 kretanje 1, premještanje 0, sjedenje 0, stajanje 1, promjena položaja 0, hranjenje 0, osobna higijena 1, oblačenje 2, eliminacija 0. Pacijentica prilikom hoda koristi štap.

Pacijentica kaže da svaku večer odlazi na spavanje oko 23:30h i obično spava do 07:30. Prije spavanja u 23h uzme Praxiten 15mg p.o. unazad 5mjeseci. Tokom dana inaće odmori pola sata nakon ručka, a sada to bude 01-02h. U noći se ustaje mokri oko 1h te kad se vrati u krevet bez poteškoća ponovno zaspi. Spava s jastukom i pokrivena 2 deke u zamračenoj prostoriji normalne sobne temperature. Negira smetnje bukom.

Pacijentica nema poteškoća sa sluhom, čuje šapat te ne nosi slušni aparat. Navodi poteškoće s vidom te nosi naočale. Kaže da povremeno zna zaboraviti gdje je ostavila naočale ili daljinski upravljač ali dajoj to ne predstavlja veliki problem, iz života se sjeća bitnih i manje bitnih događaja. Smatra da dobro primjenjue sve savjete liječnika vezano za poboljšanje njezina zdravstvena stanja.Trenutno ne osjeća nikakvu bol. Motivacija joj je njena obitelj. Ukupan zbroj bodova na Glasgow koma skali je 15, pacijentica je pri svijesti, orijentirana i razgovara. Na upit za procjenu stupnja orijentiranosti pacijentica je ostvarila 10/10 bodova, orijentirana je u vremenu i prostoru.

Pacijentica navodi kako se je osjećala loše zbog pogoršanja njezina zdravstvenog stanja međutim sada se osjeća bolje te se nada da će ponovno samostalno obavljati kućanske poslove. Prihvatila je svoje zdravstveno stanje, smatra da se dobro nosi s bolesti. Pacijentica na skali za procjenu tjeskobe ima 0 bodova što predstavlja da pacijentica nije tjeskobna.

Pacijentica je udana te živi u kući sa suprugom. Ima 2 sinova koja žive 10 minuta automobilske vožnje od njih. Redovito ih posjećuju skoro svaki ili svaki drugi dan. Navodi da od obitelji ima veliku podršku i smatra da je dobra majka i supruga. Oni su joj najveća podrška u svemu pa tako i što se tiče liječenja navodi "Uvijek su tu za mene i u dobrim i teškim situacijama.." Kaže da joj je susjeda Verica jako dobra prijateljica i to već dugi niz godina te kad je kod kuće voli provoditi vrijeme u razgovoru s njom.

Pacijentica navodi da nije više spolno aktivna. Prvu menstruaciju je dobila s 14 godina, a posljednja je bila u 46.toj godini života, menstruacije su uvijek bile uredne i redovite. Na kontrole i preglede kod ginekologa je redovito išla. Negira spolne bolesti.

Pacijentica negira stresne i krizne situacije u posljednje 2 godine. Poteškoće je jedino imala u početku svoje bolesti, prije 15 godina, no svejedno ima kvalitetan života kaže. Kada postoji bilo kakav problem, razgovara sa svojim suprugom te se tada osjeća bolje.

Pacijentica navodi da je vjernik, prije je redovito odlazila na misu ali sada više ne odlazi u crkvu. Kod kuće se moli dva puta dnevno, ujutro i navečer. Najveću vrijednost joj predstavlja njena obitelj.

Planovi zdravstvene njege

Aktualna dijagnoza : Smanjena mogućnost brige o sebi odijevanja u/s otežane pokretljivosti donjih ekstremiteta što se očituje nemogućnošću da samostalno obuče donji dio odjeće i obuću

Cilj : Pacijentica će za vrijeme hospitalizacije uz pomoć pomagla odjenuti donji dio odjeće a uz pomoć medicinske sestre obuću

Intervencije :

a) medicinska sestra će svu potrebnu odjeću, pidžamu, donje rublje, čarape staviti na dohvat desne ruke pacijentici

b) medicinska sestra će poticati pacijenticu da samostalno obuče donje rublje

c) medicinska sestra će obući pacijentici čarape i papuče

d) medicinska sestra će pohvatiti pacijenticu nakon učinjenog

e) medicinska sestra će osigurati dovoljno vremena za presvlačenje do 20 minuta

f) medicinska sestra će pacijentica sjedne ne krevet te uz pomagalo oblači donji dio odjeće

g) medicinska sestra će pacijentici reći da sjedne na krevet te će joj medicinska sestre obuti čarape i približiti papučemedicinska sestra će poticati pacijenticu da samostalno obuče čarape sjedeći na rubu krevete, te joj pomoći ako ne bude mogla

Evaluacija :

a) pacijentica razumije upute, te ih odrađuje uz pomoć medicinske sestre
b) pacijentica samostalno oblači donji dio odjeće i obuću

Potencijalna dijagnoza : Visok rizik za pad u/s vrtoglavice

Cilj : Pacijentica tijekom hospitalizacije neće pasti

Intervencije :

a) medicinska sestra će u 08:00 sati procijeniti rizik za pad po Morseovoj ljestivci
b) medicinska sestra će objasniti pacijentici da može pozvati pomoć koristeći zvone koje se nalazi s desne strane kreveta
c) medicinska sestra će postaviti pacijentici sve potrebna stvari na noćni ormarić s desne strane kreveta
d) medicinska sestra će ukloniti prepreke iz pacijentičine okoline
e) medicinska sestra će podučiti pacijenticu da pri ustajanju iz bolničke postelje nekoliko minuta sjedi, zatim ustane uz pomoć trapeza
f) medicinska sestra će postaviti krevet na najnižu moguću razinu dogovorenu s pacijenticom
g) medicinska sestra će preporučiti pacijentici prikladnu odjeću i obuću (pidžamu koja nije preduga, papuče koje se ne kližu)

Evaluacija :

a) pacijentica razumije dane upute, Morseova skala procjena pokazuje visok rizik za nastanak pada
b) pacijentica tijekom hospitalizacije nije pala, te je usvojila postupke postepenog ustajanja

5. PREHRANA

Učinkovito medicinsko liječenje peptičkog čira općenito je zadržana da zahtijeva strogu kontrolu želučane kiselosti. Klorovodična kiselina pomaže u podešavanju pH želučanog soka na vrijednost kod kojih je peptička aktivnost najbolja i njezina neutralizacija ili supresija je ključna za sprečavanje autodigestije. (18)

Cilj procjene je identificirati moguće promjene u prehrani i odrediti odgovarajuću intervenciju kako bi se osiguralo stanje pojedinca. Pothranjenost se u ovom slučaju može pojaviti pogotovo kada postoji stenoza koja sprečava normalan unos hrane. Za procjenu prehrane neki se važni pokazatelji koriste u ovom procesu, poput antropometrijskog mjerenja, biokemijske i kliničke procjene. Antropometrijska procjena se sastoji od mjerenja tjelesne težine i tjelesne visine koji se zajedno mogu koristiti u procjeni prehrambenog statusa pomoću BMI (indeksa tjelesne mase), ali ova metoda ne razlikuje gubitke masne ili mršave mase. Pored toga, težina se može sakriti hiperhidratacijom ili dehidratacijom, ne rezultirajući time precizno određivanje nutritivnog statusa u tim specifičnim slučajevima. Cilj dijetoterapije peptičkog ulkusa je spriječiti hiper izlučivanje peptičnog klorida kako bi se smanjio nastanak čireva i bol u sluznici želuca i dvanaesnika. Nutritivna terapija ima za cilj promicanje ozdravljenja, a temelji se na složenom slijedu događaja koji idu od početne traume do sanacija oštećenog tkiva. Ispitivanje prehrambenih nedostatka su veoma bitni u pripremi odgovarajućih dijeta za oporavak. Početkom 20. stoljeća Sippy je predložio dijetu na bazi mlijeka i mliječne kreme u kombinaciji s antacidima, za liječenje čira na probavnom sustavu, temeljeno na principu to mlijeko bi osiguralo lučenje želučane kiseline i olakšavalo bol. Danas se mlijeko ne preporučuje zbog puferiranja učinka i značajnog učinka izlučivanja želučane kiseline od mlijeka. Prema Marrotu i Flochu, raspodjela kalorija za pacijente s peptičkim ulkusom trebaju biti normalne, s vrijednostima u rasponu od 50-60% ugljikohidrata, 10-15% proteina, i 25-30% lipida, s ukupnom energetskom vrijednošću dovoljnom da zadrži ili oporavi prehrambeni status. Distribucija kalorija prilagođava se u skladu s pacijentovim potrebama za normalizacijom prehrambenog statusa, koji sadrži preporučene makronutrijente unos proteina do 1,2 g / kg / težina / dan u akutnoj stadiju (5. do 8. tjedan) i do 1.5 g / kg / težina / dan u danu faza oporavka. Ugljikohidrate treba prilagoditi na pacijentove potrebe, bez koncentracije disaharida, pa kako bi se izbjegla fermentacija i lipidi bez koncentracije zasićene masti.

Kako bi se ubrzao proces ozdravljenja, pored proteina, postoje specifični mikronutrijenti poput cinka, koji je neophodno za održavanje funkcije imunološkog sustava, kao odgovor na oksidativni stres i zacjeljivanje rana. Selen može smanjiti komplikacije infekcije i poboljšati ozdravljenje. Pored toga, vitamin A može se koristiti kao dodatak, ali istraživanja koja podupiru ovu praksu su ograničene učinkovitosti, jer vrlo visoke doze ne promiču izlječenje i prekomjeran unos može biti toksičan. Unatoč malom broju referenci koji obuhvaćaju potrebne količine hranjivih sastojaka u liječenju peptičkog čira, vidi se da se stručnjaci iz toga područja slažu s preporukama za poboljšanje i ozdravljenje, razlikujući se samo kad je pacijent u akutnoj ili remisijskoj fazi bolesti. Stoga, kako bi se što kvalitetnije planirao specifično i sigurno djelovao plan prehrane, važno je istražiti povezanost prehrambenog statusa pojedinca i ako pojedinac ima neku pridruženu patologiju. (19)

Postoje određene namirnice koje se lakše podnose kada govorimo o liječenju peptičnog ulkusa.

Preporuča se hrana koja ima smanjenu količinu masnoće, kiselosti i začinjenosti, uključujući:

a) većina svježeg, smrznutog ili konzerviranog povrća i voća

b) mlijeko i mliječni proizvodi, uključujući jogurt i nemasni sir, ili obični blagi sir s manje od 5 grama masti po porciji

c) integralni ili obogaćeni kruh bez žitarica, uključujući bagete, tortilje, engleski muffini, pita kruh, peciva, krekeri sa niskim udjelom masti, žitarice, ječam, riža i tjestenine

d) nemasno meso, uključujući govedinu, svinjetinu, janjetinu, teletinu, perad bez kože, hrskavu slaninu, nemasni pršut, svježu ili smrznutu ribu ili ribu s konzerviranom vodom

e) jaja, glatki maslac od kikirikija, obični maslac, tofu i druge zamjene za meso

f) grah i grašak kuhani bez masnoće, juhe i blago začinjena mesna zaliha

g) masnoće (korištene štedljivo), uključujući majonezu, lagani margarin, slatkiši, uključujući šećer, sirup, med, žele, marmeladu bez sjemenki, marmeladu, tvrde bombone, šerbet, želatinu,

h) grickalice s malo masnoće kao što su pereci i kolači s rižom, sol, papar, blagi začini i začine, većina bilja, kečap, senf i ocat (umjereno)

i) sva bezalkoholna negazirana pića su dozvoljena

Preporuke koju prehrambene namirnice izbjegavati kako biste izbjegli simptome ulkusne bolesti. Potrebno je smanjiti unos masti i izbjegavati hranu koja pokreće želučanu kiselinu i iritira otvorene čireve. To uključuje:

a) pržena hrana, začinjena hrana

b) kava, čaj, gazirana pića, voće i sokovi od agruma (ananas, bobice, smokve)

e) čokolada, alkohol

g) ugljikohidrati s visokim udjelom masnoće, poput kroasana, keksa, muffina, žitarica granole i mekinja, kruha koji sadrži orahe ili sjemenke, divlje riže i krekera

h) sirovo povrće, kao i kukuruz, brokula, briselski klice, kupus, luk, cvjetača, krastavci, zelena paprika, repa, kiseli kupus, rajčica i povrće pripremljeno s dodatkom masti

i) proizvodi na bazi rajčice, poput juha i umaka

j) mlijeko u punomasnom mlijeku, čokoladno mlijeko, integralno mlijeko, vrhnje i jaki sirevi

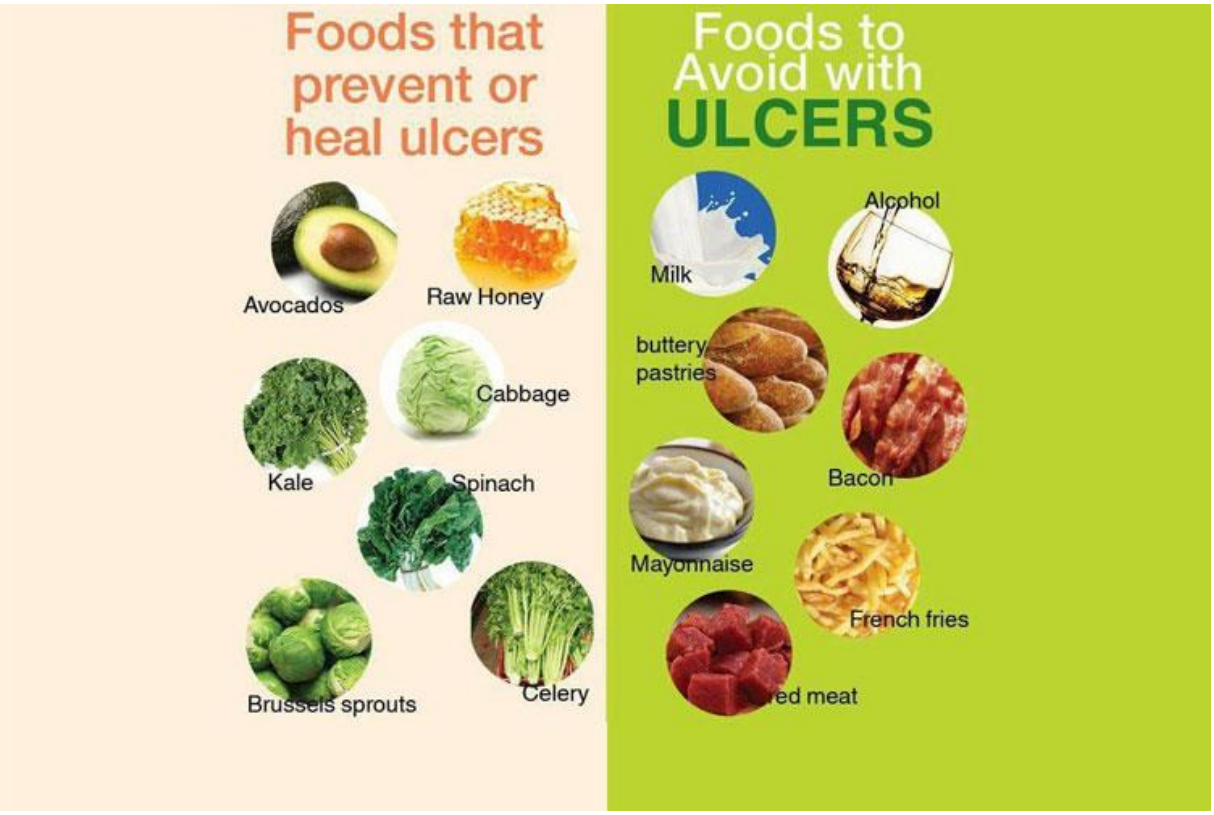
k) visoko začinjeno meso, perad i riba, uključujući jelo od govedine, meso za ručak, jela od paprike, druge kobasice, sardine i inćune, masno meso

l) sušeni grah i grašak kuhani s masnoćom, maslac od kikirikija, orašasti plodovi i sjemenke

m) grickalice s visokim udjelom masti, poput čipsa i kokica s maslacem

n) deserti, uključujući kolač, kolačiće, pita, krafne, čokolada, kremasti bomboni i svi slastice i deserti koji sadrže orahe, kokos ili voće

o) začinjene i začinjene sa snažnim okusom, poput ulja češnjaka, umaka s roštilja, umaka od čilija, paprike čilija, čilija u prahu, hrena i crnog papra, krastavci (20)



Slika 9. Prikazuje pravila prehrane oboljelih od ulkusne bolesti

Izvor(https://health-tips.ca/this-is-what-you-need-to-eat-when-you-have-stomach-ulcer)

6. ZAKLJUČAK

Unatoč kontinuiranom izlaganju nekoliko štetnih čimbenika, u normalnim uvjetima želučana sluznica je u stanju održavati strukturni integritet i funkcionirati. Pridaje se velika važnost povezanosti između različitih čimbenika vezanih za nastanak ulkusne bolesti, te prema svakoj jedinki uključujući infekcije H. pylori, alkohol i NSAID konzumiranje, pa čak i konzumaciju duhanskih proizvoda ili bolesti povezane sa stresom.

Značajna saznanja u posljednja tri desetljeća o napadu želučane sluznice i mehanizmima zaštite dovela su do razvoja sadašnjih i potencijalnih terapija u budućnosti kako bi se smanjile „ozljede“ probavnog sustava i poboljšala kvaliteta zacjeljivanja ulkusa. Stoga je učestalost čira na želucu smanjena, možda kao rezultat sve veće upotrebe protona inhibitorske pumpe i smanjenje stope infekcije Helicobacter pylori. Iako postoji mnogo studija o gastroprotektivnoj terapiji, njihova klinička učinkovitost ostaje nejasna. Budući da je čir na želucu multifaktorna bolest, njegovo medicinsko upravljanje ne bi se trebalo temeljiti na jednostavnom uzročno-posljedičnom odnosu, već na biopsihosocijalnom. (21)

Medicinska sestra kao član multidisciplinarnog tima preuzima veoma važnu ulogu u utvrđivanju, planiranju, provođenju i evaluaciji postupaka, a u svrhu unaprijeđenja zdravlja i prevencije bolesti koliko je to moguće. Potrebno je primijeniti pristup prilagođen pojedinom korisniku (holistički pristup), uz pažljivo razmatranje povezanosti ove bolesti s mnogim osobnim čimbenicima.

7. LITERATURA

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534792/ preuzeto 28.02.2020.

2. Živković R., Interna medicina-Zdravlje, bolest, smrt; Osnove liječenja bolesnika s unutarnjim bolestima, Medicinska naklada, Zagreb, 2001; 7-14; 34-47; 141

3.https://www.emedicinehealth.com/anatomy_of_the_digestive_system/article_em.htm#anatomy_of_the_digestive_system_facts preuzeto 28.02.2020.

4. Jianyuan Chai - Peptic Ulcer Disease-Intech (2011), str.17. uvodne stranice

5.http://www.vladars.net/sr-SPCyrl/Vlada/Ministarstva/MZSZ/Documents/peptицki_ulkus.pdf preuzeto 28.02.2020.

6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6378441 preuzeto 29.02.2020.

7. Acta Med Croatica, 69 (2015) 287-291 Bolesnik s ulkusnom bolesti NIVES RADOŠEVIĆ QUADRANTI1, INES DIMINIĆ-LISICA2,3, NINA BAŠIĆ MARKOVIĆ4 I BRANISLAVA POPOVIĆ2,5

8. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534792/ preuzeto 29.02.2020.

9. https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/peptic-ulcers-stomach-ulcers/diagnosis preuzeto 29.02.2020.

10. Nimish B.Vakil, Peptic ulcer disease : Treatment and secondary prevention, 2020.

11. Thorsen K, Soreide JA, Kyaloy JT, et al. Epidemiology of perforated peptic ulcer: age-and gender-adjusted analysis of incidence and mortality, World J Gastroenterol 2013; 19:347

12.http://www.ubn.rs.ba/download/2014/SeminarNuPZNj/Bijeljina-Mirza.pdf preuzeto 15.03.2020.

13. https://en.wikipedia.org/wiki/NANDA preuzeto 15.04.2020.

14. https://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_diagnosis preuzeto 10.04.2020.

15. Fučkar G. Proces zdravstvene njege, Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilište u Zagrebu, 1992.

16. https://nurseslabs.com/acute-pain/ preuzeto 4.4.2020

17.https://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf preuzeto 15.04.2020.

18.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1846340/pdf/brmedj02597-0024.pdf) preuzeto 28.02.2020.

19. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743227/ preuzeto 28.02.2020.

20. https://www.verywellhealth.com/peptic-ulcer-diet-1742817 preuzeto 15.03.2020

21. Jianyuan Chai - Peptic Ulcer Disease-Intech (2011) str.18.

POPIS KRATICA

1. **PUD** – peptic ulcer disease

2. **GI** – gastrointestinalni trakt

3. **NSAID** – nesteroidni protuupalni lijekovi

4. **CT** – kompjutorizirana tomografija

5. **IPP-** inhibitor protonske pumpe

6. **H2RA –** histamin receptor anatagonist

7. **NANDA** – internacionalna profesionalna sestrinska organizacija

8. PRILOZI

Slika 1. Prikazuje probavni sustav

https://en.wikipedia.org/wiki/Gastrointestinal_disease preuzeto 04.09.2020.

Slika 2. Prikazuje građu želuca

https://emedicine.medscape.com/article/181753-overview#a4 preuzeto 28.02.2020.

Slika 3. Prikazuje podjelu ulkusa prema lokalizaciji

https://www.google.com/search?q=peptic+ulcer+disease+pubmed&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjl_JzAj_XnAhVDiqQKHQXhAGUQ_AUoAXoECAsQAw&biw=1366&bih=608#imgrc=ryff6P3nrvAi2M
preuzeto 28.02.2020.

Slika 4. Prikazuje usporedbu kliničke manifestacije ulkusa želuca i duodenalnog ulkusa

http://www.educatehealth.ca/nurse/gastroenterology/peptic-ulcer-disease.aspx

preuzeto 29.02.2020.

Slika 5. Postupci dijagnostike infekcije H.Pylori

Katičić M, Peptična ulkusna bolest, MEDICUS 2005.Vol.15.No11, str.46)

Slika 6. Prikazuje postupak ezofagogastroduodenoskopije

https://articles.mymeditravel.com/procedures/gastroscopy-procedure-description/

preuzeto 29.02.2020.

Slika 7. Prikazuje slikovni zapis peptičkog ulkusa

https://teachmesurgery.com/general/gastric/peptic-ulcer/ preuzeto 29.02.2020.

Slika 8. Prikazuje smjernice za obradu dispeptičnih bolesnika

Katičić M., Peptična ulkusna bolest, MEDICUS 2005.Vol.15.No11,49 str)

Slika 9. Prikazuje pravila prehrane oboljelih od ulkusne bolesti

https://health-tips.ca/this-is-what-you-need-to-eat-when-you-have-stomach-ulcer

preuzeto 05.09.2020

ŽIVOTOPIS

Mihaela Perušić rođena je u Rijeci u Republici Hrvatskoj. Pohađa i završava osnovnu školu Jelenje-Dražice 2009/2010 godine. Srednju medicinsku školu prema petogodišnjem programu upisuje 2010/2011 i završava 2014/2015 godine. Radila je u PB Lopača u razdoblju od 13.10.2015 – 18.08.2016.godine, te u Kliničkom bolničkom centru Rijeka započinje sa radom na Klinici za internu medicinu 22.08.2016.godine do dana današnjeg. Stručni studij sestrinstva upisuje akademske godine 2017., te završava akademske godine 2019/2020.