ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S KRVARENJEM IZ GORNJEG PROBAVNOG TRAKTA

Kušpilić, Iris

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:642669

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-25**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Iris Kušpilić

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S KRVARENJEM IZ GORNJEG PROBAVNOG TRAKTA

Završni rad

Split, 2014.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Iris Kušpilić

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S KRVARENJEM IZ GORNJEG PROBAVNOG TAKTA

Završni rad

Mentor:

Doc.dr.sc. Željko Šundov, dr.med.

Split, 2014.

ZAHVALA

Zahvaljujem doc.dr.sc. Željku Šundovu, dr.med. *na stručnoj pomoći i korisnim savjetima prilikom izrade ovog završnog rada.*

Zahvaljujem se svojoj obitelji i dragim prijateljima.

SADRŽAJ

1. UVOD 1
1.1. Patofiziologija krvarenja 2
1.2. Klinička slika 3
1.3. Dijagnoza GI krvarenja 4
1.4. Dijagnostički postupci kod krvarenja iz gornjeg dijela GI sustava 5
1.5. Liječenje 5
1.6. Endoskopska dijagnostika 6
1.7. Krvarenja iz gornjeg dijela probavnog sustava 9
1.7.1. Ezofagitis, ezofagealni ulkus i hijatalna hernija 9
1.7.2. Mallory-Weissov sindrom 9
1.7.3. Portalna hipertenzija 10
1.7.4. Varikoziteti jednjaka 10
1.7.5. Ulkusi želuca i dvanaesnika 13
1.7.6. Gastritis 14
2. CILJ RADA 16
3. ISPITANICI I METODE 17
4. REZULTATI 18
5. RASPRAVA 25
6. ZAKLJUČAK 30
7. LITERATURA 32
8. SAŽETAK 33
9. SUMMARY 35
10. ŽIVOTOPIS 37

1. UVOD

Zdravstvena njega je vrlo važan sastavni dio liječenja i jedan od najvažnijih zadataka medicinskih sestara. Uspjeh liječenja uveliko ovisi o ispravnoj njezi, napose teških bolesnika, djece i starih ljudi. U njezi bolesnika najviše dolaze do izražaja čovječnost, požrtvovnost, savjesnost, stručnost i ostala pozitivna svojstva medicinske sestre (1).

Razvojni put zdravstvene njege bio je složen, uvjetovan promjenama u društvu i znanosti. U vrijeme kada se nije moglo postići mnogo u izlječenju, zdravstvena njega bila je samostalna djelatnost s obzirom na medicinu. Sestre su vodile ustanove u kojima su pružale pomoć bolesnima i nemoćnima, a pozivale su liječnika kada je bilo potrebno (2).

Ljudski organizam obavlja besprijekorno sve zadatke dok su mu sačuvane građa i funkcija, međutim, nekad nastupi nesklad u građi i funkciji organizma te se onda javlja bolest (1). Kod bolesnika s krvarenjem iz gornjeg probavnog trakta medicinska sestra će svoju ulogu u postupku liječenja moći jedino ispuniti ako je dobro upoznata sa simptomima i znakovima ove bolesti, s postupcima dijagnoze i sa specifičnostima liječenja, koje su u nastavku sažeto prikazani.

Gastrointestinalnim (GI) krvarenjem nazivamo svako krvarenje u lumen gastrointestinalnog sustava (3).

Očituje se melenom (crna, katranasta stolica) koja se javlja kod gotovo svih bolesnika koji krvare iz gornjeg dijela probavnog trakta. Hematemeza (povraćanje krvi) javlja se kod 50% bolesnika. Osobito je česta kod erozivnog gastritisa i želučanog ulkusa, a pri krvarenju iz jednjačnog varikoziteta, hematemeza se javlja u oko 90% slučajeva. Krvarenje se još može očitovati hematokezijom (prolaz vidljive svijetlocrvene ili tamnocrvene krvi iz rektuma).

Težina krvarenja varira od, za život opasnog, akutnog i teškog krvarenja do kroničnog gubitka krvi s pojavom sideropenične anemije (4).

Uzroci krvarenja mogu biti lokalni ili opći kao što su hemofilija, leukemija, trombocitopenija itd.

Prema lokalizaciji razlikujemo dvije velike skupine krvarenja:

-krvarenje iz gornjeg dijela gastrointestinalnog trakta

-krvarenje iz donjeg dijela gastrointestinalnog trakta (3).

Slika 1- Probavni sustav (3)

Izvor: Prpić I., Kirurgija za više medicinske škole-Abdominalna kirurgija, Medicinska naklada, Zagreb, 1996; 179-191

Prema glavnim uzrocima krvarenja najviše bolesnika (85%) krvari iz peptičkog ulkusa želuca i dvanaesnika ili erozivnog gastritisa (uzrokovan stresom, uzimanjem NSAR-a ili kemoterapijom), 5% bolesnika ima krvarenje iz varikoziteta jednjaka, a u oko 10% bolesnika nalaze se rjeđi uzroci kao što su peptički ezofagitis, tumori želuca (benigni ili maligni) i jednjaka (3).

1.1. Patofiziologija krvarenja

Klinička manifestacija ovisi o mjestu krvarenja, jačini krvarenja i prisutnosti drugih bolesti.

Patofiziologiju krvarenja dijelimo na: blago, teže i teško krvarenje. Pri krvarenju ljudski se organizam može prilagoditi krvarenju bez ozbiljnijih poremećaja aktivacijom homeostatskih mehanizama, kao što su povećanje neurovegetativne aktivnosti te

oslobađanjem: katekolamina, ACTH, ADH, aldosterona, glukokortikoida, prostaglandina) i to su uglavnom blaga krvarenja. Blago krvarenje je gubitak 10-15% intravaskularnog volumena i takvo krvarenje ne mora izazvati hemodinamičke poremećaje. Bolesnik koji krvari može preživjeti ako gubitak krvi ne prelazi 30%. Pri težim krvarenjima gubitak intravaskularnog volumena je veći od 15% te dolazi do zatajivanja kompenzacijskih mehanizama (4).

Uz ortostatsku hipotenziju javljaju se još i simptomi poput mučnine, znojenja, žeđ, vrtoglavice te sinkopa. Također, imamo i teško krvarenje gdje je gubitak intravaskularnog volumena veći od 30%. Kod teških krvarenja uvijek nastupa hipotenzija zbog jakog pada minutnog volumena (5) te dolazi do vazokonstrikcije koja može izazvati akutnu bubrežnu insuficijenciju. Ishemija vrlo brzo dovodi do oštećenja jetre, što izaziva porast transaminaza, pad koronarne perfuzije te ishemije srčanog mišića, a u gastrointestinalnom sustavu se, uz izvor krvarenja mogu pojaviti dodatne lezije kao hemoragijski gastritis, ishemija crijeva, crijevne ulceracije i akalkulozni kolecistitis. Kod krvarenja je važniji čimbenik brzina gubitka, nego volumen izgubljene krvi (4).

1.2. Klinička slika

Simptomi i znakovi gastrointestinalnog krvarenja ovise o količini izgubljenog volumena krvi i posljedica su svih zbivanja opisanih u prikazu patofiziologije (6). Kreću se od neznatnih poremećaja općeg stanja do slike šoka i multiorganskog zatajenja (4). Klinička manifestacija GI krvarenja ovisi o mjestu krvarenja, jačini krvarenja i prisutnosti drugih bolesti. Ovdje je potrebno napomenuti da je brzina gubitka krvi važniji čimbenik u odnosu na volumen izgubljene krvi. Najbolja procjena bolesnikovog hemodinamskog stanja je pažljiva analiza vitalnih znakova (5).

Prema lokalizaciji razlikujemo dvije velike skupine krvarenja koje dijelimo na krvarenje iz gornjeg i donjeg dijela GI trakta. U gornjem dijelu probavnog trakta javlja se 80% svih krvarenja (jednjak, želudac, dvanaesnik), dok se u donjem dijelu javlja 20%, i to 18% iz debelog crijeva (kolon i rektum) te 2% iz tankog crijeva (jejunum i ileum). Treitzov ligament je međaš koji dijeli gornje GI krvarenje (jednjak, želudac i dvanaesnik) od donjeg (tanko i debelo crijevo) (4). Najčešći simptomi i znakovi

krvarenja su hematemeza, melena, hematokezija i okultno krvarenje koje može biti kronično ili na mahove akutno. Ponekad bolesnik nema objektivne znakove, manifesno krvarenje, već samo simptome gubitka krvi. U tom se slučaju javlja bljedilo kože i vidljivih sluznica, sinkopa, dispneja, stenokardija ili šok. Klinički je važno identificirati regiju koja je izvorište krvarenja (4). U pravilu, hematemeza i melena označavaju krvarenje iz gornjeg dijela probavnog trakta. Melena može biti prisutna i kod krvarenja distalno od Treitzova legamenta. Hematokezija se javlja samo kod 5-10% krvarenja gornjeg dijela GI trakta, i najčešće se radi o akutnom, masivnom krvarenju iz duodenalnog ulkusa (5).

Gastrointestinalno krvarenje zahtijeva ciljanu i brzu obradu bolesnika kako bi se ustanovio stupanj hitnosti te uspostavila hemodinamička stabilnost. Inicijalna procjena uključuje detaljan fizikalni pregled, te osnovne laboratorijske pretrage Osnovni cilj terapije je hemodinamska stabilnost. Nadoknada i izbor tekućine ovisi o veličini smanjenog volumena cirkulirajuće krvi i aktivnosti krvarenja. Kod gubitaka od 10 do 20% krvnog volumena nije potrebna nadoknada krvi, već se nadoknada volumena može postići fiziološkom otopinom (4). Bolesnicima s masivnim krvarenjem i u šoku s hematokritom manjim od 20% te onima sa slabom tkivnom oksigenacijom potrebno je dati transfuziju pune krvi. Kod bolesnika koji gube više od 3 litre krvi, treba dati zagrijanu krv kako bismo spriječili hipotermiju. Kod starijih bolesnika vrijednost hematokrita mora biti iznad 30%, a kod mlađih bolesnika iznad 20% (5).

1.3. Dijagnoza GI krvarenja

Za postavljanje dijagnoze gastrointestinalnog krvarenja važna je dobra anamneza (ako je bolesnik u besvjesnom stanju, heteroanamneza) i fizikalni pregled. Dob bolesnika nas može uputiti na određenu grupu uzroka krvarenja, tako stariji bolesnici najčešće krvare uslijed angiodisplazija, raka crijeva ili crijevnih divertikula. Dok mlađi bolesnici najčešće krvare iz ulkusa, polipa, upalne crijevne bolesti ili iz Meckleova divertikula.

Fizikalni pregled uključuje: stanje svijesti, izgled kože, frekvenciju pulsa, krvni tlak, znakovi jetrene bolesti, teleangiektazije kože i sluznica, acanthosis nigricans, rektalni pregled. Osim fizikalnog pregleda važne su laboratorijske pretrage: određivanje

broja eritrocita, hemoglobina, hematokrita, trombocita, protrobinsko vrijeme, parcijalno tromboplastinsko vrijeme, krvna grupa i Rh faktor, urea i kreatinin, elektroliti, šećer u krvi, jetreni enzimi i EKG (4).

1.4. Dijagnostički postupci kod krvarenja iz gornjeg dijela GI sustava

Za aktivno zaustavljanje krvarenja nužno je pronaći mjesto krvarenja i leziju koja krvari. Nije dovoljan samo osnovni podatak da netko krvari ili je ranije krvario iz neke lezije bez obzira da li se radi o hemetemezi, meleni ili hematoheziji. Za uspješnu hemostazu bitno je odrediti mjesto krvarenja, leziju koja krvari i način krvarenja (arterijsko, vensko, kapilarno, vidljiva krvna žila).

Opće prihvaćen dijagnostički pristup bolesnicima s krvarenjem iz gornjeg dijela probavnog trakta danas je ezofagogastroduodenoskopija, i to u što ranijoj fazi krvarenja. Hitni endoskopski pregled potrebno je napraviti u času krvarenja ili unutar 12 sati od početka krvarenja. U tom periodu moguće je otkriti više od 90% krvarećih lezija. Ako je krvarenje prestalo, endoskopski pregled omogućava procjenu opasnosti od ponovljenog krvarenja (ugrušak ili vidljiva krvna žila). Ako je proteklo više od 24 sata od prestanka krvarenja, endoskopskom pretragom teže je pronaći stvarno mjesto krvarenja (6).

Lavaža želuca nema nikakvu ulogu u hemostazi, ali može pomoći prije endoskopskog zahvata radi bolje vidljivosti. Radiološki pregled dvostrukim kontrastom (barijev kontrast i zrak) kod pojave krvarenja nema veliko značenje. Ugrušci koji prekrivaju leziju te krv u lumenu želuca i dvanaesnika otežavaju radiološku interpretaciju, a često ni opće stanje bolesnika ne dopušta radiološki pregled. Endoskopija je bitno osjetljivija i preciznija od radiološke pretrage dvostrukim kontrastom, te pruža izravnu analizu sluznice. Danas se rijetko rabi angiografija u dijagnostici, kao i scintigrafija. Od ostalih pretraga (kod sumnje na aortoenteričnu fistulu) pomažu kompjutorizirana tomografija ili magnetska rezonanca (4).

1.5. Liječenje

Krvarenje iz GI trakta zahtijeva brzu i ciljanu obradu bolesnika kako bi se ustanovio stupanj hitnosti s obzirom na prirodu krvarenja (akutno ili kronično) te

hemodinamičku stabilnost. Osnovni cilj terapije jest hemodinamička stabilizacija bolesnika, adekvatna oksigenacija te osiguranje adekvatne diureze (4). Odmah započinjemo sa liječenjem hemoragijskog šoka: intravenska nadoknada volumena koja mora biti brza i adekvatna, uvodi se nazogastrična sonda i provodi ispiranje hladnom otopinom 0,9% NaCl radi procjene jačine krvarenja. Navedeni postupci bi spadali pod opću terapiju, ali se također provodi i specijalno liječenje (ovisno o uzroku krvarenja) te kirurško liječenje. Hitan kirurški zahvat potreban je pri jakom krvarenju, kada se unatoč transfuziji opće stanje bolesnika ne poboljšava, pri polaganom ali stalnom krvarenju, te kada je krvarenje već stalo, a onda se ponovno javilo (recidiv krvarenje) (3).

1.6. Endoskopska dijagnostika

Prije izvođenja endoskopske pretrage važna je detaljna anamneza i fizikalni pregled bolesnika kako bismo utvrdili indikacije i isključili moguće kontraindikacije za zahvat. Unatoč sofisticiranim endoskopima i vještim endoskopičarima, sama endoskopska pretraga nije ugodna. Zato je bitno osigurati prisvjesnu sedaciju ili anesteziju. U ovisnosti o dobi bolesnika, dodatnim pratećim bolestima i duljini trajanja predviđenog endoskopskog zahvata, odabrat će se prisvjesna sedacija ili anestezija. Bolesti jednjaka, želuca i dvanaesnika najbolje se mogu istražiti i dokazati ezofagogastroduodenoskopijom (EGDS).

Ova metoda omogućuje brzu dijagnostiku, ali i terapiju mnogih bolesti gornjeg dijela probavnog sustava. Standardna EGD omogućuje potpuni pregled jednjaka, želuca i prvih dvaju dijelova dvanaesnika, dok biopsija sluznice dopušta patohistološku i citološku dijagnozu. Dominantna uloga terapijske EGD jest rješavanje akutnih krvarenja iz gornjeg dijela probavnog sustava. Ova je metoda istovremeno i dijagnostička, ona otkriva leziju koja krvari ili određuje rizik od ponovnog krvarenja, a odmah je zatim terapijska jer se različitim metodama može zaustaviti krvarenje. Kod zaustavljanja krvarenja se najčešće koristi injekcijska skleroterapija, pa elektrokoagulacija, toplinska sonda, metalne kvačice, fibrinsko ljepilo ili u slučaju krvarenja iz varikoziteta jednjaka, uz skleroterapiju, ligacija varikoziteta. Iako je endoskopija sigurna dijagnostička i terapijska metoda, moguće su određene komplikacija koje se mogu spriječiti pravilnim i racionalnim pristupom endoskopskiji.

Moguće su komplikacije predmedikacije koje se najčešće pojavljuju pri sedaciju, pa tako može nastati respiratorni arest ili flibitis, što ovisi o vrsti primijenjenog lijeka. Sedacija, anestezija, ležeći položaj te pun želudac hrane, krvi i koagula u slučaju krvarenja ili retencije sadržaja su rizici aspiracije sadržaja iz želuca i jednjaka u dišni sustav. Kod bolesnika s bolestima srca i pluća tijekom endoskopije može se pojaviti hipoksemija i poremećaj srčanog ritma. Od ostalih komplikacija može se pojaviti distenzija trbuha, retrofaringealni hematom, perforacija ždrijela, jednjaka ili želuca, te krvarenje, i to zbog biopsije sluznice jednjaka, želuca i dvanaesnika ili lacernacije jednjaka (Mallory- Weissov sindrom). Vrlo rijetko se događa prijenos infekcije od bolesnika do bolesnika, a mogu se prenijeti: salmonela, pseudomonas, Escherichia coli, Enterobacter cloacae, Staphylococcus epidermidis, klebsijele, Clostridium difficile i Helicobacter pylori. Terapijska endoskopija nosi mnogo veće komplikacije u odnosu na dijagnostičku, pa tako može nastati perforacija jednjaka kod dilatacijske strikture. Kod primjene lasera ili bipolarne koagulacije karcinoma jednjaka mogu nastati perforacija ili traheoezofagealna fistula, te pri odstranjenju polipa mogu se pojaviti perforacija ili krvarenje nakon polipektomije.

Indikacije za endoskopiju gornjeg dijela probavnog sustava su:

A. DIJAGNOSTIČKE:

1. Dispeptičke smetnje koje ne reagiraju na terapiju
2. Alarmantni simptomi (disfagija, odinofagija, mršavljenje, anemija)
3. Povraćanje nepoznatog uzroka
4. Simptomi refluksnog ezofagitisa koji ne reagiraju na terapiju
5. Analiza oštećenja sluznice nakon ingestije kaustika
6. Portalna hipertenzija (postojanje varikoziteta jednjaka i želuca te portohipertenzivne gastropatije
7. Sakupljanje uzoraka sluznice dvanaesnika i jejunuma ili njihova sadržaja
8. Uzimanje uzoraka sluznice jednjaka, želuca ili dvanaesnika za histološku ili citološku analizu
9. Pronalaženje lezije odgovorne za krvarenje

B. TERAPIJSKE:

1. Polipektomije
2. Vađenje stranih tijela iz jednjaka, želuca i dvanesnika
3. Mrvljenje bezoara
4. Zaustavljanje nevaricealnog krvarenja (skleroterapija, metalne kvačice, toplinska sonda, elektrokoagulacija)
5. Zaustavljanje varicealnog krvarenja (skleroterapija, ligacije)
6. Dilatacije benignih ili malignih striktura (baloni, bužije, laserska evaporizacija tumora)
7. Postavljanje stentova
8. Perkutana endoskopska gastrostoma ili jejunostoma

Kontraindikacije za endoskopiju gornjeg dijela probavnog sustava su:

A. APSOLUTNE:

1. Šok
2. Akutni miokardni infarkt
3. Teška dispneja s hipoksemijom
4. Koma (ako pacijent nije intubiran)
5. Akutna perforacija jednjaka ili vrijeda želuca i dvanaesnika
6.Atlantoaksijalna subluksacija

B. RELATIVNE:

1. Nekooperativni pacijent
2. Koagulopatije
3. Miokardna ishemija
4. Aneurizma torakalne aorte

Standardna metoda za dijagnostiku i terapiju određenih bolesti gušterače i bilijarnog sustava je endoskopska retrogradna kolangiopankreatografija (ERCP). Kao zadnju endoskopsku metodu koju koristimo u gornjem dijelu probavnog sustava treba spomenuti enteroskopiju, gdje razlikujemo „push“ i „sonde“ enteroskopiju. Prva metoda

izbora je „push“ enteroskopija jer je mnogo brža, a moguće je učiniti biopsiju sluznice i terapijske zahvate. Enteroskop se uvodi oralno, a bolesnik leži u standardnom lijevom lateralnom položaju (4).

1.7. Krvarenja iz gornjeg dijela probavnog sustava

Premda jednjak, želudac i dvanaesnik čine tek oko 10% duljine i 5% epitela cjelokupnog probavnog sustava, oko 80% svih krvarenja iz probavnog sustava otpada upravo na te dijelove. Najčešći uzroci krvarenja su iz varikozitata jednjaka, Mallory-Weissov sindrom, ulkusi želuca i dvanaesnika, te iz erozija. Nešto rjeđi uzroci krvarenja su hematobilija, neoplazme i angiodisplazije (6).

1.7.1. Ezofagitis, ezofagealni ulkus i hijatalna hernija

Ezofagitis i ezofagealni ulkus posljedica su refluksa želučane kiseline, radijacijske terapije, infekcije s Candidom albicans i virusima herpesa simpleks, djelovanja nekih lijekova (prije svega NSAR-a) ili su poput ulkusa nakon skleroterapije jatrogenog podrijetla. Za razliku od ezofagitisa i ezofagealnog ulkusa hijatalna hernija najčešće nastaje pri povišenom intraabdominalnom tlaku. Ova krvarenja uglavnom nisu jaka, a očituju se anemijom i okultnom krvi u stolici. Krvarenja iz ezofagitisa i hijatalne hernije liječe se medikamentno ili endoskopski, a rjeđe kirurški (4).

1.7.2. Mallory-Weissov sindrom

Ovaj sindrom karakteriziran je lacernacijom u području gastroezofagealnoga spoja nakon naglog prolapsa želučane sluznice s mogućim krvarenjem. Na ovaj sindrom otpada 2-8% krvarenja iz gornjeg dijela probavnog trakta, a najčešće se pojavljuje kod alkoholičara (4). U tim slučajevima kod nekih bolesnika dolazi do uvlačenja (hernijacije) sluznice želuca u jednjak, što može dovesti do rascjepa sluznice s oštećenjem krvne žile (6). Kod većine bolesnika (do 90%) krvarenja spontano prestaju, te ako bolesnik nema drugih tegoba, može ga se otpustiti iz bolnice unutar 24 sata (4).

Slika 3- Krvarenje Mallory-Weissov sindrom (4)

Izvor: Vucelić B., Gastroenterologija i hepatologija-Gastrointestinalno krvarenje, Medicinska naklada, Zagreb, 2002; 201

1.7.3. Portalna hipertenzija

Portalna hipertenzija je uzrok nastanka i zatim teških krvarenja iz varikoziteta jednjaka i želuca. To je jedno od najdramatičnijih krvarenja iz probavnog sustava, čija prognoza ovisi o težini krvarenja i stupnju jetrenog oštećenja (4). Da bi nastali varikoziteti jednjaka, potrebno je da tlak u veni porte iznosi 12 mmHg, a to je također i rizični tlak za nastanak krvarenja iz varikoziteta jednjaka. Pojava krvarenja, pored tlaka u veni porte, ovisi i o tlaku u varikozitetima jednjaka, veličini varikoziteta, kvaliteti vezivnog tkiva i sluznice jednjaka (5).

1.7.4. Varikoziteti jednjaka

Varikoziteti jednjaka nastaju zbog posljedica zastoja u protoku portalne krvi, te su najučestaliji uzrok krvarenja iz jednjaka, a pojavljuju se u 2-20% bolesnika (6). Recidiv krvarenja iznosi oko 70%, a trećina bolesnika ne preživi dulje od godinu dana. Kao što smo već rekli, nastanak varikoziteta kao i krvarenja su posljedica portalne hipertenzije. Postoje dvije teorije koje objašnjavaju razlog nastanka krvarenja, i to su:

-erozivna teorija koja ističe važnost upalnih promjena sluznice jednjaka,

-eruptivna teorija koja upućuje na važnost hidrostatskog tlaka u samom variksu.

Dijagnoza varikoziteta jednjaka postavlja se endoskopskim pregledom na temelju vidljivog venskog krvarenja u mlazu, u kapljičnom obliku ili na znakovima nedavnog krvarenja (ugrušci). Osnovni terapijski ciljevi u bolesnika s portalnom hipertenzijom i varikozitetima jednjaka i želuca jesu primarna profilaksa (prevencija prvog krvarenja), kontrola akutnog krvarenja i sekundarna profilaksa (sprječavanje ponovnog krvarenja). Kod akutnog krvarenja važna je pažljiva resuscitacija jer prekomjerna infuzija ili transfuzija s posljedičnom hipervolemijom može povisiti tlak u portalnoj veni pa tako i u varikozitetima jednjaka, što otežava hemostazu.

Među općim mjerama kod krvarenja iz varikoziteta jednjaka važno je da odmah pri hospitalizaciji bolesnicima dajemo infuziju glukoze, transfuziju eritrocitima ili pune krvi, svježe smrznutu plazmu. Kada su kod bolesnika postignuti stabilni vitalni znakovi (krvni tlak i puls), a krvarenje je zaustavljeno može se prestati s transfuzijom.

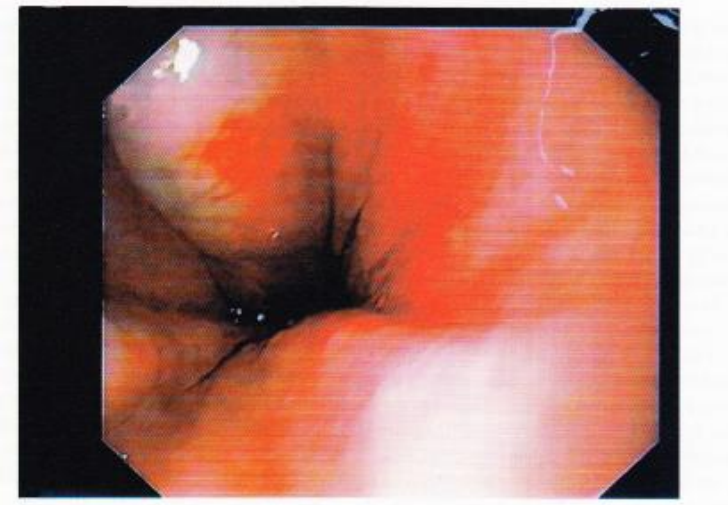
Osim navedenih općih mjera, terapija se provodi kao i dijagnoza pomoću endoskopa. Endoskopska hemostaza provodi se injekcijskom skleroterapijom ili podvezivanjem (ligaturom) varikoziteta. Endoskopska skleroterapija se danas najčešće upotrebljava, relativno je brza i jednostavna. Zaustavljanje krvarenja se postiže u oko 90% slučajeva, što je znatno bolje nego kod balonske tamponade ili medikamentne terapije. Sklerozacije varikoziteta se provodi na tri načina: intravaricealno i paravaricealno te kombinacijom jednog i drugog načina.

U slučaju neuspjeha ili nemogućnosti endoskopske terapije, postoje i druge mogućnosti kao što je balonska tamponada. Ovom metodom mogu se kontrolirati krvarenja do 90%, ali nakon otpuštanja balona javljaju se u visokom postotku recidivi (4).

Cilj farmakološke terapije kod krvarenja iz varikoziteta jednjaka je da se smanji tlak u portalnoj veni. Tim načinom može se zaustaviti krvarenje iz varikoziteta jednjaka u oko 80% bolesnika. Primjenjuje se vazopresin intravenski u kontinuiranoj dozi od 0,1 do 0,6 jednica na minutu ovisno o učinku (6).

Slika 4- Varikozitet jednjaka (4)

Izvor: Vucelić B., Gastroenterologija i hepatologija-Gastrointestinalno krvarenje, Medicinska naklada, Zagreb, 2002; 204

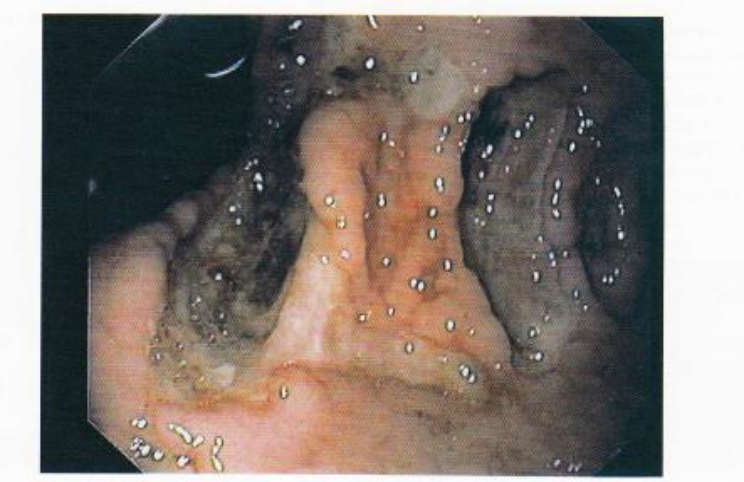


Slika 5- Krvarenje iz varikoziteta jednjaka (4)

Izvor: Vucelić B., Gastroenterologija i hepatologija-Gastrointestinalno krvarenje, Medicinska naklada, Zagreb, 2002; 205

1.7.5. Ulkusi želuca i dvanaesnika

Peptički ulkus (čir, vrijed) defekt je sluznice želuca i dvanaesnika, ali može nastati i na jednjaku, Meckelovu divertikulu i jejunumu. Ulkus postupno prodire kroz muskularis mukoze sve do seroze (3).



Slika 6- Angularni ulkus želuca (4)

Izvor: Vucelić B., Gastroenterologija i hepatologija-Gastrointestinalno krvarenje, Medicinska naklada, Zagreb, 2002; 213

Ulkusi želuca i dvanaesnika kao i ulkusi na anastomozi (nakon operacije želuca) najčešći su uzroci krvarenja iz gornjeg dijela probavnog sustava (6). Razlikujemo dvije vrste ulkusa, a to su akutni i kronični (3).

Za nastanak ulkusa, kao i za sklonost krvarenju postoji nekoliko rizičnih čimbenika kao što su: NSAR, infekcija H. pylori, kortikosteroidi, antikoagulansi i želučana kiselina. Konzumacija alkohola i pretjerani stres mogu također pogodovati nastanku ulkusa. Krvarenje je češće iz ulkusa dvanaesnika (26%), nego iz ulkusa želuca (20%).

Rizike od krvarenja iz ulkusa procjenjujemo prema kliničkim i endoskopskim pokazateljima. Klinički pokazatelji su pojava hematemeze i melene koji upućuju na krvarenje iz gornjeg dijela probavnog sustava. Težina krvarenja se može procijeniti i prema vitalnim znakovima i laboratorijskim pretragama. Dok se endoskopski rizici od krvarenja procjenjuju prema modificiranoj Forrestovoj klasifikaciji.

Modificirana Forrestova klasifikacija krvarenja iz ulkusa želuca i dvanaesnika izgleda ovako:

Ia arterijsko krvarenje u mlazu

Ib krvarenje u obliku slijevanja ili kapanja

II znakovi nedavnog krvarenja

IIa vidljiva žila

IIb adherentni ugrušak

IIc crno dno ulkusa

III bez znakova krvarenja

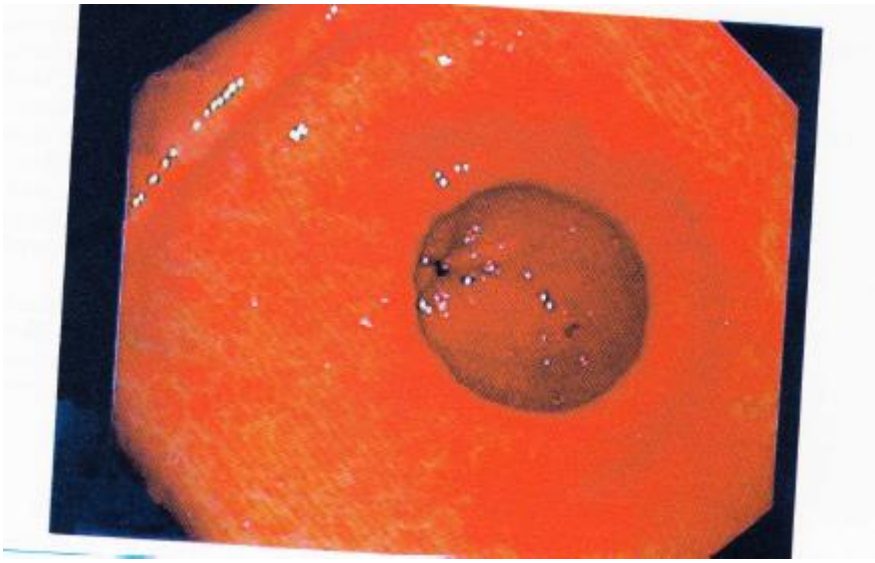
Forrest I označava aktivno krvarenje, Forrest II nedavno krvarenje (nema aktivnog krvarenja iz ulkusa u času endoskopskog pregleda), a Forrest III označuje ulkus čistog dna, bez znakova krvarenja (4).

Endoskopska terapija je potrebna u slučaju aktivnog krvarenja, to je i najbolji način zaustavljanja krvarenja. Važno je odmah nakon prijema, a najkasnije unutar 24 sata poslije početka krvarenja, učiniti endoskopski pregled s istodobnim zaustavljanjem krvarenja ili procjenom rizika od ponovna krvarenja. U svrhu zaustavljanja krvarenja najčešće se primjenjuju termalne i injekcijske metode (6).

1.7.6. Gastritis

Gastritis se endoskopski prikazuje eritemom sluznice, subepitelijalnim krvarenjima (petehije ili sufuzije) i erozijama (4). Razlog krvarenja u do 23% bolesnika su erozivne promjene sluznice. Erozije su površna oštećenja sluznice želuca ili dvanaesnika, koje ne prelaze muskularis mukoze (5). Uzroci ovakvih oštećenja su najčešće povezana s uzimanjem terapije s NSAR-om, stresom i konzumacijom alkohola.

Terapiju treba prilagoditi težini krvarenja, a važno je započeti s infuzijama i transfuzijama. Krvarenje iz ulkusa može se zaustaviti endoskopskim putem, dok endoskopska terapija se ne prvodi kod subepitelijalnog krvarenja ili erozija. Te su želučane lezije difuzne i površinske pa endoskopska terapija neće pomoći (4).



Slika 7- Gastritis (4)

Izvor: Vucelić B., Gastroenterologija i hepatologija-Gastrointestinalno krvarenje, Medicinska naklada, Zagreb, 2002; 211

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je objasniti važnost uloge sestre u zdravstvenoj njezi bolesnika s krvarenjem iz gornjeg probavnog trakta, prikazati zdravstvenu njegu i probleme, te dati pregled uzroka, tipičnih simptoma i metoda dijagnoze gastrointestinalnog krvarenja iz gornjeg probavnog trakta. Također je potrebno prikazati rezultate statističke obrade raspoloživih podatka za pacijente koji su 2013. godine s dijagnozom akutnog gastrointestinalnog krvarenja zaprimljeni na Jedinicu intenzivne njege Odjela za gastroenterologiju i hepatologiju Interne klinike za unutarnje bolesti Kliničkog bolničkog centra Split.

3. ISPITANICI I METODE

U ispitivanje su uključeni svi bolesnici koji su tijekom 2013. godine primljeni pod ulaznom dijagnozom akutnog krvarenja iz gastrointestinalnog sustava. Statistički je obrađen ukupan broj primljenih bolesnika u Jedinicu intenzivne njege Interne klinike KBC Split. Prikupljeni podaci obuhvaćaju razdoblje od 01. 01. 2013. do 31. 12. 2013. godine. Za prikupljanje podataka korišten je protokol Jedinice intenzivne njege i protokol otpusta iz ureda Interne klinike.

4. REZULTATI

U razdoblju od 01. 01. 2013. do 31. 12. 2013. godine u Jedinicu intenzivne njege Odjela za gastroenterologiju i hepatologiju Interne klinike pod ulaznom dijagnozom akutnog krvarenja primljeno je 419 bolesnika.

Tablica 1. Broj bolesnika sa ulaznom dijagnozom akutnog krvarenja, te podjela prema spolovima

Spol	**Broj bolesnika s ulaznom dijagnozom akutnog krvarenja**	**%**
Ukupno (muško + žensko)	419	100
Muško	298	71,1
Žensko	121	28,9

Od ukupnog broja bolesnika, muškaraca je bilo 298 što iznosi 71,1%, a žena 121 odnosno 28,9 % (Tablica 1).

Tablica 2. Broj i postotak ženske populacije s akutnim krvarenjem probavnog trakta prema dobnim skupinama

Spol: Žensko		
Dob	**Broj**	**%**
<20	1	0,8
20-29	1	0,8
30-39	1	0,8
40-49	4	3,3
50-59	6	5,0
60-69	20	16,5
70-79	31	25,6
80-89	48	39,7
>90	9	7,4

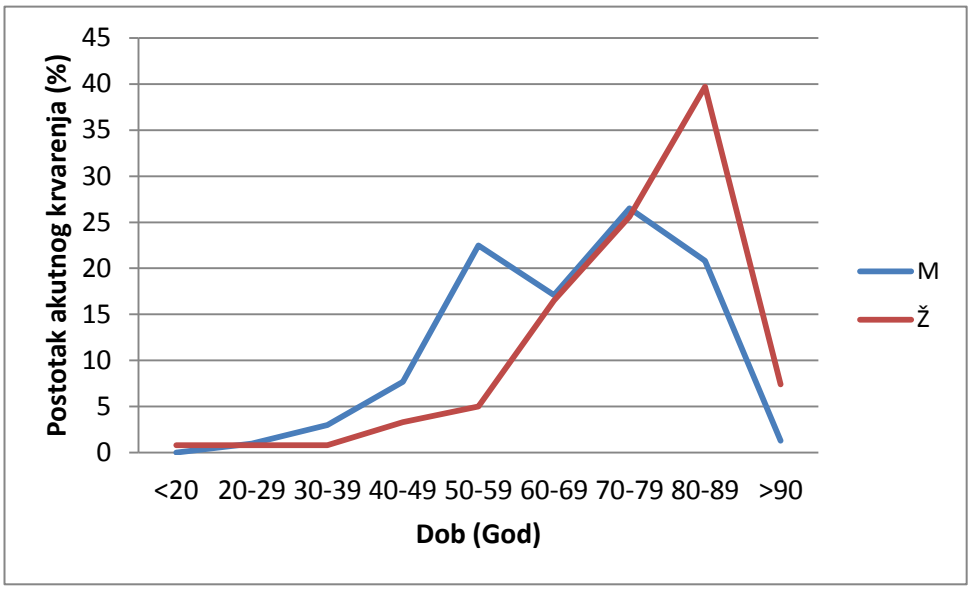
Iz tablice 2 možemo zaključiti da je postotak pojave akutnog krvarenja probavnog trakta kod ženske populacije u dobnim skupinama od <20 do 39 godina vrlo nizak (0,8%). S porastom godina (40 do 59 godina) postotak akutnog krvarenja blago se povećava na 3,3, odnosno 5,0%. U dobnoj skupini od 60 do 69 godina, postotak oboljenja iznosi već 16,5%, a najveći postotci oboljenja u ženskoj populaciji (25,6 % i 39,7%) javljaju se u dobnim skupinama od 70 do 79 godina, odnosno 80 do 89. U zadnjoj dobnoj skupini, tj. kod osoba starijih od 90 godina postotak oboljenja se opet značajno smanjuje (7,4%).

Tablica 3. Broj i postotak muške populacije s akutnim krvarenjem probavnog trakta prema dobnim skupinama

Spol: Muško		
Dob	**Broj**	**%**
<20	0	0,0
20-29	3	1,0
30-39	9	3,0
40-49	23	7,7
50-59	67	22,5
60-69	51	17,1
70-79	79	26,5
80-89	62	20,8
>90	4	1,3

Kod muške populacije prema podacima iz tablice 3 nije zabilježen niti jedan slučaj pojave akutnog krvarenja probavnog trakta u dobnoj skupini <20 godina. Kod starije populacije (20 do 29, 30 do 39 i 40 do 49 godina) postotak oboljenja postepeno raste od 1 do 7,7%, da bi u dobnoj skupini od 50 do 59 godina postotak krvarenja dosegnuo maksimalnu vrijednost od 22, 5%. U dobnim skupinama od 60 do 89 godina postotak krvarenja varira između 17,1 i 20,8%, a u najstarijoj skupini (iznad 90 godina) postotak naglo pada na 1,3%.

Podaci iz tablica 2 i 3 prikazani su radi bolje preglednosti i na slici 8. Kako je iz grafikona vidljivo između ženske i muške populacije nema značajne razlike u postotku pojave akutnog krvarenja iz probavnog trakta za dobne skupine od <20 do 29 godina i 60 do 79 godina. U razdoblju života od 30 do 59 godina pojava krvarenja je značajno veća kod muške populacije, a kod populacije starije od 80 godina pojava akutnog krvarenja je veća kod ženske populacije.



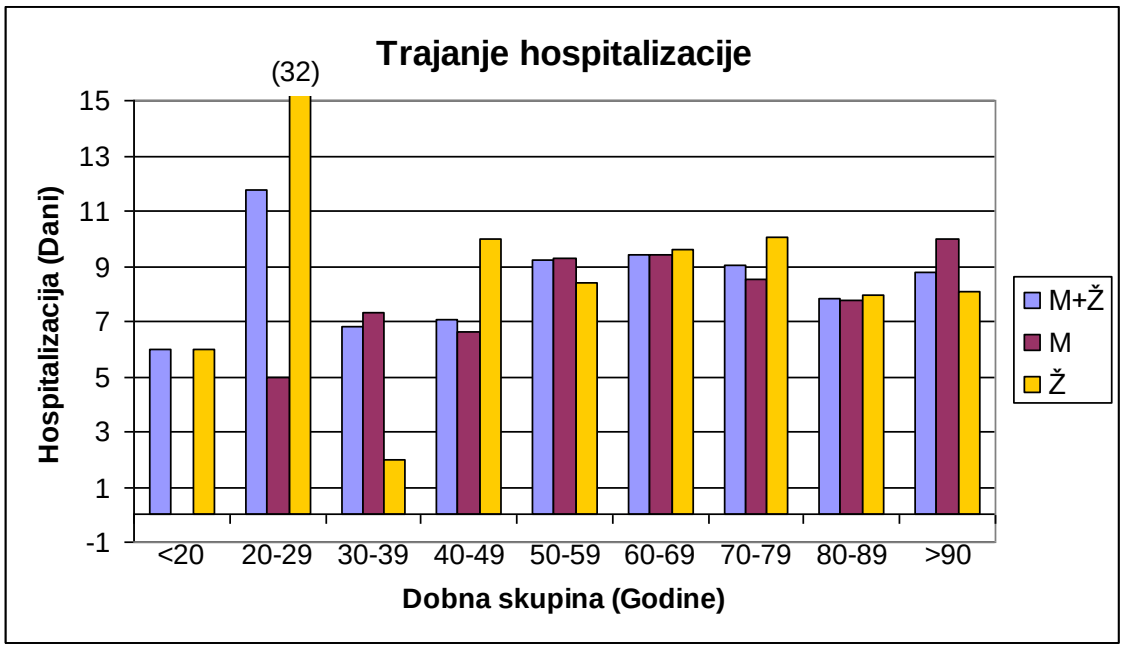
Slika 8- Pojave akutnog krvarenja probavnog trakta kod muške (M) i ženske (Ž) populacije po dobnim skupinama

Tablica 4. Prosječna dob bolesnika (godine), trajanje hospitalizacije (dani) i postotak smrtnosti tijekom hospitalizacije

Spol	**Prosječna dob bolesnika**	**Prosječno trajanje hospitalizacije**	**% smrtnosti tijekom hospitalizacije**
Ukupno (muško + žensko)	69,3god	8,7dana	13,4
Muško	66,7god	8,5dana	12,5
Žensko	75,8god	9dana	14,9

Zaprimljeni bolesnici bili su prosječne starosti od 69,3 godine (Tablica 4). Od ukupnog broja, muška populacija je prosječno bila nešto mlađe životne dobi (66,7 god.) od ženske populacije (75,8 god.). Prosječno trajanje hospitalizacije svih zaprimljenih bolesnika iznosilo je 8,7 dana, pri čemu su muški bolesnici nešto krače bili hospitalizirani (8,5d ana) od ženske populacije (9 dana).

Trajanje duljine hospitalizacije po spolu i dobnoj skupini prikazano je na slici 9. Iz slike je vidljivo da se kod muških bolesnika duljina hospitalizacije postepeno povećava sa starošću pacijenata te dostiže svoj maksimum u najstarijem djelu populacije (<90 godina). Za razliku od muških bolesnika, kod ženske populacije maksimum je zabilježen u dobnoj skupini od 20 do 29 godina (32 dana), međutim ovdje je potrebno napomenuti da je izuzetno dugo liječenje jedne pacijentice odgovorno za ovaj visoki broj. Ako izuzmemo ovaj broj i kod ženske populacije se postepeno povećava duljina liječenja sa porastom godina i dostiže svoj maksimum u dobnim skupinama od 40 do 49 i od 70 do 79 godina.

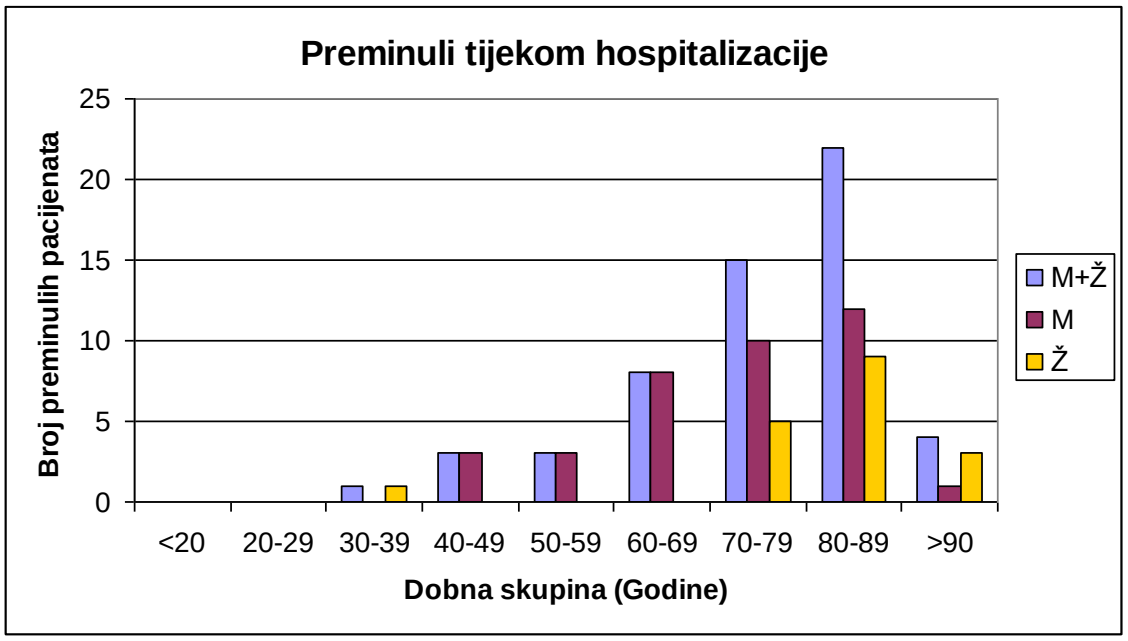


Slika 9- Trajanje duljine hospitalizacije prema spolu i dobnoj skupini

Ukupna smrtnost tijekom hospitalizacije iznosila je 13,1%, pri čemu je postotak kod muških bolesnika bio manji (12,5%) u odnosu na ženski spol (14,9%).

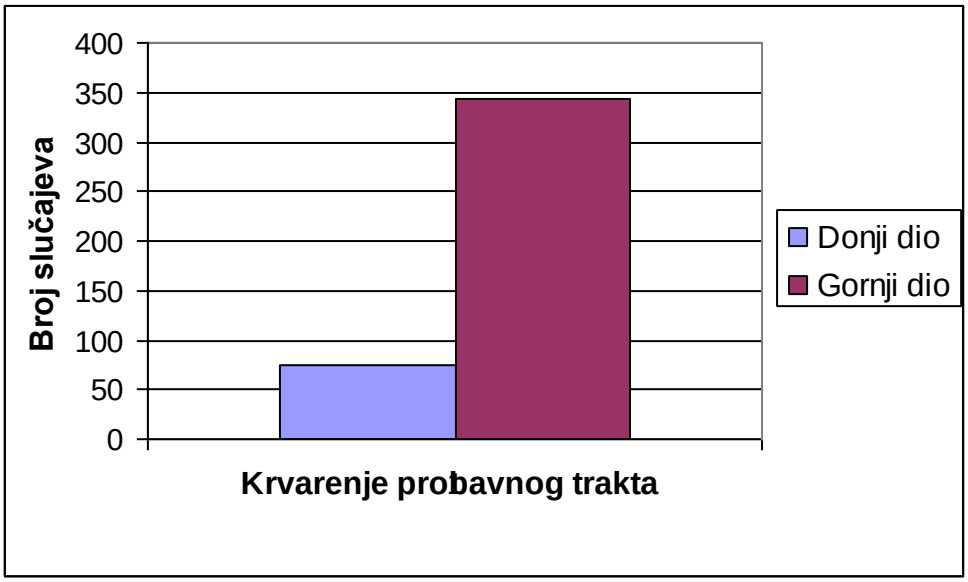
Broj preminulih pacijenata tijekom hospitalizacije je također prikazan prema spolu i dobnoj skupini pacijenata na slici 10.

Kod muškog spola prvi se smrtni slučajevi tijekom hospitalizacije javljaju u dobnoj skupini od 40 do 49 godina i postepeno rastu, te dosežu svoj maksimum u dobnoj skupini od 80 do 89 godina. A kod ženske populacije zabilježen je jedan smrtni slučaj u dobnoj skupini od 30 do 39 godina, te niti jedan u dobnim skupinama od 40 do 69 godina. Od sedamdesete godine starosti broj smrtnih slučajeva se povećava i dostiže maksimum, istovjetno kao kod muških pacijenata u dobnim skupinama od 80 do 89 godina.



Slika 10- Broj preminulih pacijenata tijekom hospitalizacije prema spolu i dobnoj skupini pacijenata

Od ukupnog broja bolesnika sa ulaznom dijagnozom akutnog krvarenja (tablica 1) 75 bolesnika liječeno je zbog krvarenja donjeg dijela probavnog trakta, a znatno veći broj bolesnika (344) liječeno je zbog krvarenja gornjeg dijela probavnog trakta (slika 11). Ovi podaci prikazani su i u tablici 5.

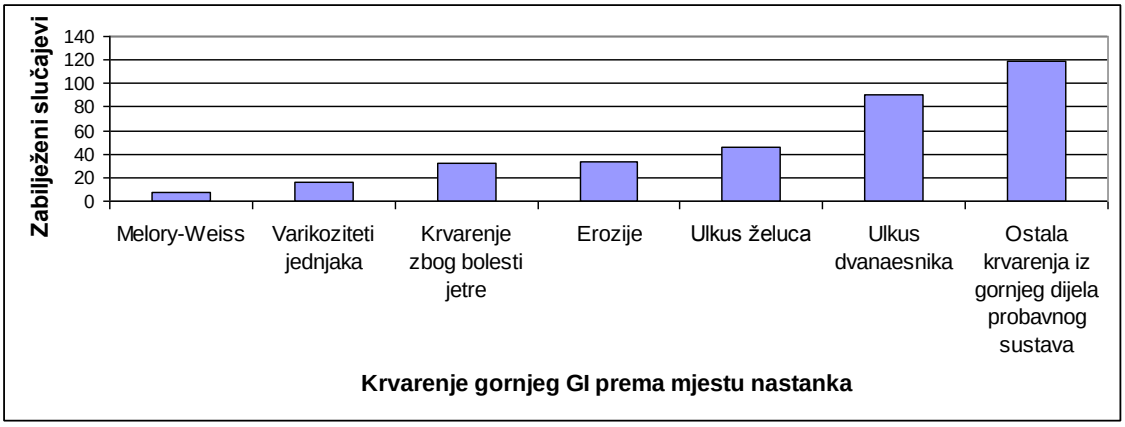


Slika 11- Slučajevi krvarenja u gornjem i donjem dijelu probavnog trakta

Tablica 5. Broj i postotak krvarenja u gornjem i donjem dijelu probavnog trakta

Mjesto krvarenja	**Broj**	**%**
Donji dio probavnog trakta	75	17,9
Gornji dio probavnog trakta	344	82,1
Ukupno	419	100

Od zabilježenih slučajeva krvarenja gornjeg probavnog trakta, prema mjestu nastanka najmanje slučajeva zabilježeno je kod Melory-Weiss sindroma (slika 12). Slijede ga varikoziteti jednjaka, krvarenje zbog bolesti jetre, erozije, ulkus želuca, ulkus dvanaesnika, te ostala krvarenja iz gornjeg dijela probavnog sustava. Broj slučajeva prema nastanku krvarenja kao i postotak prikazani su i u tablici 6.



Slika 12- Broj zabilježenih slučajeva krvarenja gornjeg probavnog trakta prema mjestu nastanka

Tablica 6. Broj i postotak zabilježenih slučajeva krvarenja gornjeg probavnog trakta prema mjestu nastanka

Mjesto krvarenja	**Broj**	**%**
Krvarenje zbog bolesti jetre	32	9,3
Varikoziteti jednjaka	16	4,7
Ulkus želuca	46	13,4
Ulkus dvanaesnika	90	26,2
Melory-Weiss	7	2,0
Erozije	34	9,9
Ostala krvarenja iz gornjeg dijela probavnog sustava	119	34,6

5. RASPRAVA

Zdravstvena njega je vrlo važan sastavni dio liječenja i jedan od najvažnijih zadataka medicinskih sestara. Uspjeh liječenja u velikoj mjeri ovisi o ispravnoj zdravstvenoj njezi, napose u teških bolesnika, djece i starih ljudi. U zdravstvenoj njezi bolesnika najviše dolaze do izražaja ljudskost, požrtvovnost, savjesnost, stručnost i ostala pozitivna svojstva medicinske sestre. Medicinska sestra se brine za cjelokupnu zdravstvenu njegu bolesnika, pa u vezi s tim ima mnogo dužnosti (1).

Svi bolesnici s akutnim gastrointestinalnim krvarenjem primaju se u Jedinicu intenzivne skrbi Interne klinike te zahtijevaju hitne intervencije. Uloga medicinske sestre je pri tome: utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom, planiranje zdravstvene njege, provođenje zdravstvene njege i evaluacija zdravstvene njege (7).

Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom je inicijalni korak u procesu zdravstvene njege i aktivnost koja prožima sve njegove faze. Obuhvaća prikupljanje podataka, njihovu analizu i definiranje problema odnosno dijagnoze (7).

Opće dužnosti medicinske sestre odmah nakon dolaska bolesnika su prikupljanje podataka (promatranje) i procjena stanja bolesnika. Medicinska sestra po prijemu smješta bolesnika u postelju, pod glavu mu stavlja jastuk, a kada je izražen kolaps s padom tlaka, podnožje postelje treba podignuti. Nakon toga se uzimaju uzorci krvi za laboratorijske pretrage i hitno se određuje krvna grupa s interreakcijom za transfuziju krvi, uvodi se nazogastrična sonda i stalno se izvlači želučani sadržaj kako bi se spriječilo nakupljanje krvnih koagula u želucu. Svakih pola sata potrebno je mjeriti puls i krvni tlak, a pri težim krvarenjem mjeri se i središnji venski tlak. Sestra mora pratiti kretanje vrijednosti pulsa i tlaka, jer ubrzanje pulsa i pad krvnog tlaka upućuju na to da se krvarenje nastavlja. Također je važno točno voditi listu primitka i gubitka tekućine (3). U prvoj fazi procesa zdravstvene njege (utvrđivanje potreba) dijagnosticiramo odnosno otkrivamo problem, dok su ostale faze usmjerene na njegovom ublažavanju ili potpunom uklanjanju.

Rješavanje problema započinje drugom fazom tj. planiranjem zdravstvene njege koja obuhvaća: utvrđivanje problema, definiranje ciljeva, planiranje intervencija te izradu plana zdravstvene njege.

Treća faza procesa zdravstvene njege je provođenje zdravstvene njege. Svi prikupljeni podaci moraju omogućiti prepoznavanje problema i uzroka, te odabir pacijentu prilagođenih intervencija. Sve prikupljene podatke potrebno je analizirati kako bi se utvrdili problemi pacijenta (dijagnoze u proces zdravstvene njege). Analiza uključuje reviziju podataka, njihovu interpretaciju i validaciju problema.

Kao posljednja faza procesa zdravstvene njege navodi se evaluacija, planirana i sustavna usporedba aktualnog pacijentovog zdravstvenog stanja po završenoj skrbi opisanim u naprijed definiranim ciljevima. Drugim riječima, evaluacijom se utvrđuje jesu li i do koje mjere ciljevi postignuti. (7)

Prilikom svakog posjeta bolesniku potrebna je detaljna procjena njegovog stanja temeljem subjektivnih i objektivnih podataka. Također je potrebno trajno praćenje svih značajnih pokazatelja zdravstvenog stanja(8).

Sukladno fazama procesa zdravstvene njege sestra prepoznaje probleme, postavlja željene ciljeve i provodi potrebne postupke tj. intervencije (8).

Najčešće sestrinske dijagnoze kod bolesnika koji krvare iz probanog trakta su:

- Bol u/s osnovnom bolesti
- VR za krvarenje u/s osnovnom bolesti
- SMBS (eliminacija, higijena) u/s osnovnom bolesti
- Strah u/s ishodom bolesti
- Nesanica u/s strahom od dijagnostičkog postupka
- Poremećaj prehrane u/s osnovnom bolesti

Glavna uloga sestre je ciljano i savjesno promatrati bolesnikovo stanje, pravodobno prepoznati pojavu komplikacija i pogoršanje stanja, provoditi postupke koje propiše liječnik, te propisati i provoditi primjerene sestrinske intervencije. Sestrinske intervencije su postupci pomoću kojih ona sprječava ili rješava probleme u zdravstvenoj njezi (7).

U tablici 7. prikazane su najčešće intervencije koje provodi medicinska sestra za prethodno nabrojene sestrinske dijagnoze.

Tablica 7. Sestrinske dijagnoze i intervencije

Bol u/s osnovnom bolesti	-procijeniti bolesniku bol na skali za bol -primijeniti bolesniku propisani analgetik -postaviti bolesnika u odgovarajući položaj
VR za krvarenje u/s osnovnom bolesti	-pratiti stanje bolesnika -prepoznati simptome krvarenje -kontrolirati bolesniku vitalne znakove
SMBS (eliminacija, higijena) u/s osnovnom bolesti	-osigurati bolesniku pomoć pri ustajanju i odlasku u kupaonicu, pri pranju nedostupnih dijelova tijela -osigurati bolesniku adekvatan pribor -osigurati bolesniku privatnost tijekom defekacije - osigurati bolesniku toaletna kolica, pomoći pri odlasku u wc
Strah u/s ishodom bolesti	-razgovarati s bolesnikom i ukazati mu na pozitivna iskustva ishoda bolesti -uključiti obitelj i prijatelje da što više borave s bolesnikom i budu mu potpora
Nesanica u/s strahom od dijagnostičkog postupka	-objasniti bolesniku način izvođenja određene pretrage, dati pisane upute -prozračiti bolesnikovu sobu i navući zastore prije spavanja -dati bolesniku ordinirani sedativ
Poremećaj prehrane u/s osnovnom bolesti	-izračunati dnevne kalorijske potrebe bolesnika i zadovoljiti ih kroz male i česte obroke te u dogovoru s dijetetičarem i bolesnikom izraditi jelovnik -educirati bolesnika o važnosti izbjegavanja hrane koja pojačava lučenje želučane kiseline

Kod bolesnika s krvarenjem iz gornjeg probavnog trakta medicinska sestra će svoju ulogu u postupku liječenja moći jedino ispuniti ako je dobro upoznata sa

simptomima i znakovima ove bolesti i s postupcima dijagnoze i s specifičnostima liječenja.

Pri tome bi medicinska sestra, koja se brine o bolesnicima s krvarenjima gornjeg probavnog trakta, trebala biti upoznata s činjenicom da je gastrointestinalno (GI) krvarenje definirano pojavom krvi u probavnom sustavu i da se očituje povraćanjem krvi, rektalnim krvarenjem, crnom, katranastom stolicom ili okultnim kroničnim krvarenjem (5). Uzroci krvarenja iz gornjeg dijela probavnog sustava su: varikoziteti jednjaka, Mallory- Weissov sindrom, ulkusi želuca i dvanaesnika, erozije. Nešto rjeđi uzroci krvarenja iz gornjeg dijela probavnog sustava su hematobilija, neoplazme i angiodisplazije (6). Krvarenje iz gastrointestinalnog sustava su promjene zdravstvenog stanja koje zahtijevaju hitnu hospitalizaciju. Važna je brza i ciljana pretraga bolesnika kako bismo ustanovili stupanj hitnosti. Znači, prvo se bilježe vitalni znakovi i rade osnovne laboratorijske pretrage. Nakon toga prelazimo na terapiju kojoj je cilj hemodinamska stabilnost bolesnika. Za određivanje mjesta krvarenja, pa i zaustavljanje krvarenja danas se pretežito koristimo endoskopskom metodom.

Prema protokolu iz 2013. godine u Jedinicu intenzivne njega Klinike za unutarnje bolesti KBC Split primljeno je 419 bolesnika na liječenje zbog akutnog krvarenja iz probavnog sustava. Statističkom analizom ustanovljeno je da je od ukupnog broja muškaraca bilo 71,1%, a žena 28,9%. Ako ove podatke usporedimo sa podacima Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske (9) gdje se iznosi da ženska populacija čini 51,8%, a muška 48,2% od ukupne populacije, možemo zaključiti da je muška populacija zaprimljena na liječenje znatno više zastupljena nego što bi trebala biti. Da je muška populacija podložnija bolestima probavnog sustava govori nam i sljedeći podatak državnog zavoda za statistiku gdje se navodi da se bolesti probavnog sustava kod muške populacije javljaju i do 10,7% kao uzrok smrti (u razdoblju od 30. do 49. godine), dok je kod ženske populacije taj postotak niže, tj.7,3% i to u dobnoj skupini od 50. do 74. godine.

Prosječna dob zaprimljenih bolesnika iznosila je 69,3 godina, pri čemu je muška populacija bila nešto mlađe životne dobi (66,7 god) u odnosu na žensku populaciju (75,8 god). Ovi podaci također podržavaju prethodna zapažanja da je muška populacija podložnija bolestima probavnog sustava.

Tome u prilog govore i rezultati analize pojave akutnog krvarenje probavnog trakta prema starosnim skupinama gdje je ustanovljeno da je u razdoblju života od 30. do 59. godine pojava krvarenja značajno veća kod muške populacije, a u starosnoj skupini > 80. godine kod ženske populacije.

Trajanje hospitalizacije prosječno je iznosilo 8,7 dana, pri čemu razlike između muške (8,5 dana) i ženske populacije (9 dana) nisu bili značajno izražene. Načelno se u obje populacije duljina liječenja povećavala sa starošću pacijenata.

Od 419 zaprimljenih pacijenata tijekom hospitalizacije umrlo je 55 bolesnika, što iznosi 13,1%. Načelno je uočeno da u obje populacije smrtnost s povećanjem dobi raste a maksimumi su ustanovljeni u razdoblju od 80. do 89. godine života. Obzirom da ne raspolažemo s podacima o smrtnosti pacijenata tijekom hospitalizacije na drugim odjelima, ovaj podatak se ne može vrednovati, međutim prema rang ljestvici deset vodećih uzoraka smrti u Republici Hrvatskoj (10) možemo pretpostaviti da je stopa smrtnosti na pojedinim odjelima kao što su odjeli za kardiologiju i onkologiju veća.

Daljnjom dijagnostikom primljenih bolesnika u Jedinicu intenzivne njege Klinike za unutarnje bolesti KBC Split utvrđeno da je od ukupnog broja bolesnika, 75 krvarilo iz donjeg dijela probavnog trakta, dok je najveći broj (344 pacijenata) krvario iz gornjeg dijela probavnog sustava. Ovi brojevi nam potvrđuju ranija zapažanja (2, 3, 4) o većem udjelu pojave krvarenja gornjeg dijela probavnog trakta (usprkos manjoj duljini i površini) u odnosu na donji dio.

Analiza pojave krvarenja ispitanih bolesnika ukazuje na najveći udio krvarenja iz ulkusa dvanaesnika (26,2%), zatim iz ulkusa želuca (13,4%), a najmanje ih je bilo zastupljeno kod varikoziteta jednjaka (4,7%) i sindroma Melory-Weiss (2%).

U zemljama zapadne Europe incidencija krvarenja iz gornjeg dijela probavnog sustava iznosi 47 do 60 bolesnika na 100.000 stanovnika godišnje. Pretpostavljajući da svi primljeni bolesnici u KBC Split imaju prebivalište u Splitskoj-dalmatinskoj županiji (11), s brojem od 455.242 stanovnika, proizlazi da incidencija krvarenja iz gornjeg dijela probavnog sustava u našoj županiji iznosi 75 bolesnika na 100.000 stanovnika, što je više od europskog prosjeka. Usprkos napretku u endoskopskom i farmakološkom liječenju ovih bolesnika, mortalitet se nije značajnije izmijenio i iznosi 10%. Razlog tomu je starenje populacije, uz prateće kardiovaskularne, respiratorne i kardiocerebralne bolesti i povećanu potrošnju nesteroidnih antireumatika u ovoj dobnoj skupini.

6. ZAKLJUČAK

Zdravstvena njega je dijagnosticiranje i tretiranje reakcija na aktualne i potencijalne zdravstvene probleme. Uspjeh liječenja u značajnoj mjeri ovisi o ispravnoj zdravstvenoj njezi, napose u teških bolesnika, djece i starih ljudi. U zdravstvenoj njezi bolesnika najviše dolaze do izražaja ljudskost, požrtvovnost, savjesnost, stručnost i ostale pozitivne osobine medicinske sestre.

Kod bolesnika s krvarenjem iz gornjeg probavnog trakta medicinska sestra će svoju ulogu u postupku liječenja moći jedino ispuniti ako je dobro upoznata sa simptomima i znakovima ove bolesti, s postupcima dijagnoze i sa specifičnostima liječenja.

Bolesti probavnih organa čine po učestalosti drugu skupinu bolesnika liječenih u našim bolnicama. Osim toga, uzrok su oko 4% svih smrtnih slučajeva. No, treba naglasiti da se taj postotak odnosi samo na nemaligne bolesti. Kad se zna da se oko 20% zloćudnih tumora (rak, limfomi itd.) pojavljuje na jednjaku, želucu, debelom crijevu i ostalim organima probavnog sustava, onda je jasno razvidno koliki značaj pripada postupcima proučavanja, liječenja i suzbijanja bolesti probavnih organa, u nas i u svijetu (1).

Rezultati statističke obrade protokola od 419 pacijenata liječenih na Jedinici intenzivne njege Klinike za unutarnje bolesti KBC Split od akutnog krvarenja ukazuju na veliku prevagu muškaraca (71,1%) u odnosu na žene (28,9%).

Prosječna dob zaprimljenih bolesnika iznosila je 69,3 godina, pri čemu je muška populacija bila nešto mlađe životne dobi (66,7 godina) od ženske populacije (75,8 godina).

Prosječno trajanje hospitalizacije iznosilo je 8,7 dana, a duljina hospitalizacije se u obje populacije postupno povećavala sa njihovom starošću.

Tijekom hospitalizacije umrlo je 55 bolesnika, što iznosi 13,1% od ukupnog broja pacijenata, a kod obje populacije uočen je trend povećanja smrtnosti s godinama života.

Dijagnostikom primljenih bolesnika utvrđeno je kako je samo manji dio (75 bolesnika) krvario iz donjeg dijela probavnog sustava, dok je većina (344 bolesnika) krvarila iz gornjeg dijela probavnog sustava.

Prema rezultatima dijagnoze mjesta krvarenja možemo reći kako ih je najviše krvarilo iz ulkusa dvanaesnika (26,2%), zatim iz ulkusa želuca (13,4%), a najmanje ih je bilo zastupljeno kod varikoziteta jednjaka (4,7%) i sindroma Melory-Weiss (2%).

7. LITERATURA

1. Živković R., Interna medicina-Zdravlje, bolest, smrt; Osnove liječenja bolesnika s unutarnjim bolestima, Medicinska naklada, Zagreb, 2001; 7-14; 34-47; 141
2. Prlić N., Zdravstvena njega-Zdravstvena njega-cilj i smisao, školska knjiga, Zagreb, 2005; 15
3. Prpić I., Kirurgija za više medicinske škole-Abdominalna kirurgija, Medicinska naklada, Zagreb, 1996; 179-191
4. Vucelić B., Gastroenterologija i hepatologija-Gastrointestinalno krvarenje, Medicinska naklada, Zagreb, 2002; 190-227; 284-296
5. Vrhovac B., Interna medicina-Gastrointestinalno krvarenje, naklada Ljevak, Zagreb, 2008; 721-759
6. Vrhovac B., Interna medicina-Gastrointestinalno krvarenje, naklada Naprijed, Zagreb, 1991; 986-993
7. Fučkar G., Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, Zagreb,1992; 34-69; 133-185
8. Mojsović Z., Sestrinstvo u zajednici, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2005; 256
9. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, Žene i muškarci u Hrvatskoj 2013. Zagreb, 2013, 7-21.str
10. Hrvatski Zavod za Javno Zdravstvo, Ministarstvo Zdravlja Republike Hrvatske, Kardiovaskularne bolesti u Republici Hrvatskoj, Zagreb, 2011; 7.
11. Splitsko-dalmatinska županija, Stanovništvo Splitsko-dalmatinske županije

8. SAŽETAK

Gastrointestinalno krvarenje definirano je pojavom krvi u probavnom sustavu. Očituje se melenom (crna, katranasta stolica), hematemezom (povraćanje krvi) te hematokezijom (prolaz vidljive svijetlocrvene ili tamnocrvene krvi iz rektuma). Simptomi i znakovi krvarenja ovise o veličini volumena izgubljene krvi. Krvarenja iz probavnog sustava dijeli se na krvarenja iz gornjeg i donjeg dijela. Treitzov je ligament međaš koji dijeli gornje gastrointestinalno krvarenje (jednjak, želudac i dvanaesnik) od donjega (tanko i debelo crijevo) (4).

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog završnog rada je objasniti važnost uloge sestre u zdravstvenoj njezi bolesnika s krvarenjem iz gornjeg probavnog trakta, prikazati zdravstvenu njegu i probleme, te dati pregled uzroka, tipičnih simptoma i metoda dijagnoze gastrointestinalnog krvarenja iz gornjeg probavnog trakta. Također je potrebno prikazati rezultate statističke obrade raspoloživih podatka za pacijente koji su 2013. godine s dijagnozom akutnog gastrointestinalnog krvarenja zaprimljeni na Jedinicu intenzivne njege Odjela za gastroenterologiju i hepatologiju Interne klinike za unutarnje bolesti Kliničkog bolničkog centra Split.

METODE

Prikupljeni su i statistički obrađeni podaci iz protokola Jedinice intenzivne njege Klinike za unutarnje bolesti, te protokol otpusta iz ureda Klinike za unutarnje bolesti KBC u Splitu u razdoblju od 1. siječnja do 31. prosinca 2013 godine. U obradu su uzeti svi bolesnici koji su primljeni pod dijagnozom akutnog krvarenja iz probavnog sustava.

REZULTATI

Istraživanjem je utvrđeno da je u Jedinicu intenzivne njege Odjela za gastroenterologiju i hepatologiju Interne klinike pod ulaznom dijagnozom akutnog krvarenja primljeno je 419 bolesnika. Od ukupnog broja bolesnika, muškaraca je bilo 298 što iznosi 71,1%, a žena 121 odnosno 28,9 %. Prosječna dob zaprimljenih bolesnika

iznosila je 69,3 godina, a prosječno trajanje hospitalizacije 8,7 dana. Tijekom hospitalizacije umrlo je 55 bolesnika, što iznosi 13,1% od ukupnog broja pacijenata, a kod obje populacije uočen je trend povećanja smrtnosti s godinama života. Dijagnostikom primljenih bolesnika utvrđeno je da je samo manji dio (75 bolesnika) krvario iz donjeg dijela probavnog sustava, dok je većina (344 bolesnika) krvarila iz gornjeg dijela probavnog sustava. Dijagnostikom je ustanovljeno da ih je najviše krvarilo iz ulkusa dvanaesnika (26,2%), zatim iz ulkusa želuca (13,4%), a najmanje ih je bilo zastupljeno kod varikoziteta jednjaka (4,7%) i sindroma Melory-Weiss (2%).

9. SUMMARY

Gastrointestinal bleeding is defined by the appearance of blood in the digestive system. Manifested by Melena (black, tarry faces), hematemesis (vomiting of blood) and haematochesia (passing visible light red or dark red blood from the rectum). Symptoms and signs of bleeding depend on the size of the volume of blood lost. Bleeding from the gastrointestinal tract can be divided into bleeding from the upper and lower parts. Treitz ligament separates the upper gastrointestinal bleeding (esophagus, stomach and duodenum) from the lower (ileum and colon) (4).

AIM OF RESEARCH

The aim of this BSc Thesis is to explain the important role of nurses in health care of patients with bleeding from the upper gastrointestinal tract, show health care problems and give an overview of the causes, symptoms and typical diagnostic methods of gastrointestinal bleeding from the upper gastrointestinal tract. It is also necessary to show the results of statistical processing of data available for patients who are diagnosed in 2013 with acute gastrointestinal bleeding received at the Intensive Care Unit of the Department of Gastroenterology and Hepatology, Clinic of Internal Medicine, Hospital Centre Split.

METHODS

Data from the protocols of the Intensive Care Unit of the Clinic for Internal Medicine, as well as release protocols from the Office of the Department of Internal Medicine, Hospital Centre Split have been collected and statistically analyzed for the period from January 1 to December 31, 2013. All patients who were admitted with the diagnosis of acute gastrointestinal bleeding were taken in account.

RESULTS

It was established that 419 patients have been admitted with the diagnosis of acute bleeding in the Intensive Care Unit of the Department of Gastroenterology and Hepatology at the Clinic for Internal Medicine. Of the total number of patients, there were 298 men which amounts to 71.1%, and 121 women or 28.9%. The average age of

the patients received was 69.3 years and the average length of hospital stay 8.7 days. During hospitalization, 55 patients died, which amounts to 13.1% of the total number of patients. Trend of increasing mortality with age were established in both populations. Diagnosis of patients admitted indicate that only a small portion (75 patients) bleed from the lower part of the digestive system, while the majority (344 patients), bleed from the upper gastrointestinal tract. Results of diagnosis points to bleeding from duodenal ulcers as the most important source of bleeding (26.2%), followed by gastric ulcer (13.4%), while esophageal varices (4.7%) and Melory-Weiss syndrome (2%) are of minor importance.

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime:	Iris Kušpilić
Datum i mjesto rođenja:	28. 12. 1991, Split
Adresa:	27. Rujna 38E, Mravinci
Mobitel:	0923248658
E-mail:	iris.kuspilic@gmail.com

OBRAZOVANJE

2011.-2014. Sveučilište u Splitu, Odjel zdravstvenih studija, smjer : Sestrinstvo

2006.-2010. Prirodoslovno tehnička škola u Splitu, smjer: Kemijski tehničar

VJEŠTINE

Vozačka kategorija: B kategorija

Rad na računalu: Aktivno koristi računalo, poznaje rad na MS Office paketu

Strani jezici: Engleski jezik- aktivno