

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Symptomy u pacientů s akutním krvácením z žaludečního a duodenálního
vředu**

Bc. Lucie Benšová

Diplomová práce

2009

ZADÁNÍ

Souhrn

Tématem této diplomové práce jsou symptomy akutního krvácení z žaludečního a dvanáctíkového vředu. Akutní krvácení patří mezi relativně časté komplikace vředové choroby a může být provázeno řadou příznaků.

V první, teoretické části, se diplomová práce věnuje žaludku a dvanáctníku a to jeho anatomii a fyziologii. Také je zde podrobně popsána vředová choroba žaludku a dvanáctníku, u které se uvádí jako nejčastější komplikace krvácení do gastrointestinálního traktu. Závěr teoretické části se zaměřuje na přítomnost hlavních symptomů provázejících krvácení z žaludečního a dvanáctíkového vředu a v neposlední řadě také na terapii a prevenci této komplikace.

V druhé, výzkumné části, jsou rozebrány hlavní symptomy akutního krvácení do GIT společně s vlivem některých známých rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku vředové choroby. Průzkum je proveden pomocí dotazníkového šetření u pacientů Pardubické krajské nemocnice a.s. a Nemocnice Jablonec nad Nisou a.s.

Klíčová slova

krvácení do GIT; symptomy krvácení; peptický vřed; žaludek; dvanáctník;

Title

Acute gastric and duodenal ulcer bleeding – patients' symptoms

Abstract

The aim of this diploma thesis is to explore symptoms of acute bleeding from stomach and duodenum ulcers, which are relatively frequent complications connected to ulcer disease and can be followed by many symptoms.

In first, theoretical part, I describe in detail the anatomy and the physiology of stomach and duodenum and the gastric and duodenal ulcer disease, whose bleeding to gastrointestinal tract is considered the most frequent complication. The final part of theoretical introduction is focused on main symptoms occurring during the bleeding from stomach and duodenum ulcers and effective ways how to treat and prevent them.

In second, research part, I explore the main symptoms of the acute bleeding to GIT and some of risk factors, which are known to have impact on start up of the ulcer disease. The research has been performed by gathering of questionnaires from the patients of Pardubice Regional Hospital a.s. and Hospital Jablonec nad Nisou.

Keywords

bleeding to GIT; symptoms of bleeding; peptic ulcer; stomach; duodenum

Prohlášení:

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 16.04. 2009

Benšová Lucie

Poděkování:

Za vedení této diplomové práce, připomínky při vypracování a cenné rady děkuji MUDr. Pavlu Sillingerovi – v době zahájení práce vedoucí lékař JIP interního oddělení Interní kliniky Pardubické krajské nemocnice a.s., nyní lékař v privátní praxi.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1.1 Žaludek.....	11
1.2 Dvanáctník.....	15
2 VŘEDOVÁ CHOROBA GASTRODUODENA.....	17
2.1 Definice.....	17
2.2. Etiologie a patogeneze.....	18
2.2.1 Endogenní agresivní faktory.....	18
2.2.2 Exogenní agresivní faktory.....	19
2.2.3 Ochranné faktory.....	21
2.2.4 Genetická predispozice.....	21
2.2.5 Nervové vlivy a emoce.....	21
2.2.6 Alergické mechanismy.....	22
2.3 Symptomatologie.....	22
2.3.1 Dvanáctníkový vřed.....	22
2.3.2 Žaludeční vřed.....	22
2.4 Diagnostika.....	23
2.4.1 Anamnéza.....	23
2.4.2 Fyzikální vyšetření.....	23
2.4.3 Průkaz infekce Helicobacter pylori.....	24
2.4.4 Endoskopické vyšetření.....	25
2.4.5 Rentgenové vyšetření.....	26
2.5 Terapie.....	26
2.5.1 Prevence, dietní opatření a životospráva.....	27
2.5.2 Medikamentózní léčba.....	28
2.5.3 Léčba infekce Helicobacter pylori.....	30
2.5.4 Chirurgická léčba.....	31
2.5.5 Strategie léčby.....	32
2.6 Komplikace.....	32
2.6.1 Krvácení.....	32
2.6.2 Penetrace.....	33
2.6.3 Perforace.....	34
2.6.4 Pylorostenóza.....	34
3 KRVÁCENÍ Z ŽALUDEČNÍHO A DUODENÁLNÍHO VŘEDU.....	36
3.1 Symptomy krvácení.....	37
3.2 Klasifikace dle Forresta.....	38
3.3 Endoskopická terapie.....	39
3.4 Léčba na JIP.....	42
3.5 Chirurgická terapie.....	43
5 PRAKTICKÁ ČÁST.....	44
5.1 Domněnky a cíle průzkumu.....	44
5.2 Metodika průzkumu.....	46
5.3 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	47
5.4 Výsledky a hodnocení průzkumu.....	47
5.5 Diskuze.....	64
5.6 ZÁVĚR.....	67
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	68
SEZNAM OBRÁZKŮ A PŘÍLOH.....	72

PŘÍLOHY	73
SEZNAM ZKRATEK	81

ÚVOD

Akutní krvácení u vředové choroby žaludku a dvanáctníku se řadí mezi nejčastější a závažné komplikace této choroby, zvláště jedná-li se o masivní krvácení - tento stav nemocného bezprostředně ohrožuje na životě, proto vyžaduje urgentní zásah. Léčba akutního krvácení do horního GIT musí být rychlá, komplexní a vyžaduje vždy dobrou mezioborovou spolupráci endoskopistů, internistů a chirurgů. I přes veškerou snahu lékařů, komplexní léčbu endoskopickou, konzervativní a chirurgickou, není, bohužel, vždy výsledkem záchrana života pacienta - akutní krvácení do horního gastrointestinálního traktu může skončit úmrtím.

Mnohé studie prokázaly, že nejčastější příčinou krvácení do horního trávicího traktu je právě peptický vřed, který je v populaci značně rozšířen a může se vyskytnout u každé věkové skupiny. Obecně lze říci, že dvanáctníkové vředy postihují spíše pacienty mladší, vředy žaludeční se naopak vyskytují častěji u lidí starších. Zvýšený výskyt žaludečních vředů u starší populace se pojí především s nadměrným užíváním nesteroidních antirevmatik, která jsou jedním z nejdůležitějších agresivních faktorů pro vznik tzv. sekundárních vředových lézí.

Ke vzniku vředových lézí žaludku i dvanáctníku a následnému krvácení do horního GIT z těchto zdrojů vysoce přispívají různé rizikové faktory mezi něž patří užívání některých léků, psychický stres, kouření cigaret, požívání alkoholu či nepravidelný stravovací režim a jiné. Z velké části jde o faktory, které můžeme svými chováním a jednáním ovlivnit.

Tato práce se věnuje symptomům provázejícím akutní krvácení do horního GIT – jako je meléna, hematemaza, bolest břicha, její intenzita a lokalizace, dále případné změně chuti k jídlu a projevům anemického syndromu.

CÍL PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je prozkoumat symptomy provázející akutní krvácení do horního GIT, jehož zdrojem jsou vředy žaludku či dvanáctníku, a úlohu stresu jako rizikového faktoru na vznik vředové choroby žaludku a dvanáctníku.

V teoretické části této práce je podrobně popsána vředová choroba žaludku a dvanáctníku, její etiologie, symptomatologie, diagnostika, léčba včetně eradikace *Helicobacter pylori* a komplikace, z nichž se zaměřuji především na problematiku akutního krvácení z vředů žaludku a dvanáctníku. Uvedena je i komplexní léčba a prevence těchto závažných stavů.

V praktické části diplomové práce je rozebrána výzkumná metodika. Průzkum probíhal pomocí dotazníkového šetření u pacientů Pardubické krajské nemocnice a Nemocnice v Jablonci nad Nisou. Byl zaměřen na hlavní symptomy provázející akutní krvácení z vředů žaludku či dvanáctníku a na úlohu stresu jako rizikového faktoru podílejícího se na vznik vředové choroby gastroduodena.

Cíle:

Zajímalo by mě, zda bude krvácení z vředů GD častější u žen, u mužů nebo bude jeho četnost na pohlaví nezávislá.

Zjistit, zda při výskytu akutního krvácení převažovaly ženy nebo muži.

Zjistit, zda pacienti trpěli v posledním měsíci před prokázáním krvácení do horního GIT některými vybranými symptomy – meléna, hematemeza, bolest břicha, zvracení, pocity na omdlení, slabost či závrať.

Zjistit, zda byla pacientům po prokázání krvácení do horního GIT podávána transfúze.

Zjistit, zda byli pacienti před prokázáním krvácení do horního GIT v posledním měsíci vystaveni větší psychické zátěži než obvykle.

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE HORNÍHO TRÁVICÍHO TRAKTU

1.1 Žaludek

Žaludek (gaster, ventriculus) je plochá vakovitá část trávicí trubice, ležící v horní třetině dutiny břišní pod levou klenbou brániční. Žaludek rozdělujeme na tři hlavní části. Místo, kde přechází jícnem do oddílu žaludku, se označujeme jako česlo (kardie). Těsně pod bránicí se žaludek vyklenuje směrem doleva a nahoru a vytváří tak klenbu žaludeční – fundus ventriculi. Pod klenbou se nachází vlastní tělo žaludku – corpus ventriculi, a nejspodněji se nachází pars pylorica, která přechází v duodenum. Na každé z těchto hlavních částí jsou popsány ještě další útvary. Na fundu ventriculi – pars cardiaca, ostium cardiacum a incisura cardiaca. Na corpus ventriculi – canalis ventriculi, incisura angularis a na pars pylorica – antrum pyloricum, canalis pyloricus, pylorus a ostium pyloricum. Uzávěr pyloru zabezpečuje silný kruhový svěrač (musculus sphincter pylori).

Živý žaludek s napětím svalů a jeho peristaltikou se dělí na dva funkční úseky: 1. pars digestoria - sestupný úsek žaludku, zahrnuje fundus a corpus, 2. pars egestoria – vzestupný úsek, žaludeční antrum, které sahá k pyloru.

Tvarově je žaludek zahnutý vak a lze na něm rozlišit dvě zakřivení: levé je konvexní, vyklenuté doleva a dolů – tzv. curvatura major (velké zakřivení) a pravé zakřivení konkávní, obrácené konkavitou doprava a nahoru – tzv. curvatura minor (malé zakřivení). Přejít mezi jícnem a žaludkem tvoří česlo (cardia), mezi žaludkem a první částí tenkého střeva (dvanáctníkem) jej tvoří vrátník (pylorus). Mezi malým zakřivením a játry je napnuta vazivová blána, která se nazývá malá předstěra (omentum minus) a z velkého zakřivení směrem dolů visí vazivová blána, která se rozprostírá před střevními kličkami a nazývá se velká předstěra (omentum majus). Obě omenta jsou tvořena pobřišnicí - peritoneem. Tyto závěsy spojují žaludek s okolím.

Tvar žaludku je proměnlivý dle množství náplně nebo polohy těla, a lze rozlišit dva typické tvary – žaludek hákovitý (ve tvaru písmene J) a žaludek býčího rohu.

Velikost žaludku je variabilní. U prázdného žaludku činí délka kolem 25 cm, šířka při fundu 4-5cm, při pyloru 1,5 cm. Váha žaludku je asi 130 g. Rozměry se zvětšují úměrně náplni. Objem žaludku individuálně kolísá, průměrně činí asi 1 litr. (ČIHÁK, Anatomie 2,

1988, str. 72)

Cévní zásobení žaludku je zajištěno z větví celiakální tepny, levé žaludeční, slezinné a společné jaterní tepny, probíhajících podél žaludečních ohbí. Žilní zásobení představuje vena portae. Mízní cévy odvádějí lymfu do uzlin kolem truncus coeliacus.

Stěna žaludku se skládá ze čtyř vrstev obecně typických pro celou trávicí trubici. Sliznice žaludku začíná v oblasti kardiie ostrou klikatou hranicí - tzv. Z linií či gastroesofageální junkcí, a je sytě červená oproti bledší růžové sliznici jícnu. Končí v pyloru a na povrchu je ochranný hlen. Sliznice tvoří řasy – plicae gastricae, které jsou převážně podélné a umožňují průtok tekuté potravy v prázdném žaludku. Povrch sliznice je členitý, obsahuje areae gastricae (vklesliny) v nichž jsou foveolae gastricae (žaludeční jamky), do jejichž dna ústí žaludeční žlázy (glandulae gastricae). Ty se liší ve své tvorbě a funkci podle umístění v žaludku.

- I. Žlázy v oblasti kardiie – jednoduché, málo větvené, s buňkami produkujícími řidší hlen, ve kterém je obsažen enzym lysozym.
- II. Žlázy fundu a těla žaludku – žlázy na nichž rozlišujeme bazi, vlastní žlázu a krček, který ústí do žaludeční jamky. Nachází se zde šest druhů buněk:
 1. hlenové buňky isthmu – produkují hlen neutrální reakce
 2. hlenové buňky krčku – produkují hlen kyselé reakce bohatý na glykosaminoglykany
 3. nediferencované buňky
 4. buňky hlavní – zdroj žaludečních enzymů, z nichž nejdůležitější je proteolytický enzym pepsin, který je produkován v inaktivní formě (pepsinogen), jež se po opuštění buňky v kyselém prostředí přemění na aktivní formu
 5. buňky krycí (parietální) – produkují kyselinu solnou (HCl) a zvláštní glykoproteid - tzv. vnitřní činitel neboli intrinsic faktor
 6. endokrinní buňky – produkují hormony bílkovinného charakteru.
- III. Žlázy pylorické – produkují hlen a enzym lysozym.

„Podslizniční vazivo je v žaludku řídké a umožňuje posouvání sliznice při změnách náplně a při pohybech žaludku. Obsahuje síť cév krevních a mízních a nervové pleteně.“ (ČIHÁK, Anatomie 2,1988, str. 74)

Svalová vrstva žaludku je tvořena hladkou svalovinou. Kromě vrstvy vnitřní (cirkulární) a vnější (longitudinální) obsahuje ještě vrstvu nejvnitřnější - tzv. fibrae obliquae, která ovlivňuje tvar žaludku a jeho motoriku. Má schopnost vytvářet peristaltické vlny (příčné stahy svalstva postupující po žaludku), které pomáhají promíchat potravu se žaludeční šťávou. Peristaltická vlna proběhne 2-4 krát za minutu a vždy jde směrem shora dolů. Pouze při zvracení (emesis) je směr vlny opačný.

Inervace žaludku je zajišťována parasympatickou inervací bloudivého nervu (nervus vagus) - zvyšuje sekreci a peristaltiku, opačný účinek má sympatická inervace splachnickými nervy.

Povrch žaludku je povlečen hladkou, lesklou pobřišnicí, která přechází z malého a velkého zakřivení.

Hlavní funkcí žaludku je skladování (rezervoár) potravy a dále pak její zpracování - jak mechanické tak chemické (žaludeční šťávou).

Mechanicky je potrava zpracována pomocí žaludeční peristaltiky, dále rozmělněna a promíchána se žaludeční šťávou - vzniká tak tekutá žaludeční trávenina (chymus), která je peristaltikou posunována dále do dvanáctníku.

Chemické zpracování potravy se děje pomocí žaludeční šťávy. Během 24 hodin se jí v žaludku vytvoří asi 2 – 3 litry – jde o čirou, bezbarvou a silně kyselou tekutinu.

„Kyselost žaludeční šťávy (pH až 1,5) je způsobena kyselinou chlorovodíkovou (HCl), která je tvořena krycími buňkami žaludečních žlázek. Význam této komponenty žaludeční šťávy je mnohočetný:

- 1 ničí bakterie (antibakteriální ochrana gastrointestinálního traktu)
- 2 aktivuje neaktivní pepsinogen na účinný pepsin
- 3 zajišťuje pH, při němž je pepsin nejúčinnější
- 4 pomáhá redukcí železa v potravě (Fe^{+}) na jeho Fe^{2+} formu, která je snadno vstřebatelná ve střevě

- 5 porušuje uspořádání bílkovin (denaturuje) a usnadňuje tak následné působení proteolytických enzymů
- 6 pomáhá resorpci vápníku tím, že nerozpustné vápenaté soli mění na rozpustný CaCl_2
- 7 nízké pH chrání některé vitamíny před inaktivací (např. vitamíny B1, B2 a C) oxidací

Kromě kyselé žaludeční šťávy produkuje žaludeční sliznice také hlen (mucin), který ji chrání před chemickým poškozením. Vyznačuje se vysokou odolností proti kyselému prostředí žaludku i k působení pepsinu. Hlen produkuje zásaditou reakci a vyskytuje se na sliznici ve vrstvě větší jak 0,5 mm. Sekrece je řízena vagem, serotinem a prostaglandinů - tyto látky zvyšují pouze uvolňování hlenu, ne jeho vlastní sekreci.

Řízení žaludeční sekrece je v klidu zajištěno bloudivým nervem (nervus vagus), jakmile je však přijata potrava do žaludku, dojde k aktivování tří sekrečních fází:

- 1 Reflexní fáze – cefalická: Je spuštěna bloudivým nervem a žaludeční šťáva se začíná produkovat na podkladě psychického (představa a očekávání jídla) nebo na sensorický podnět (vůně, pohled, chuť). Může ale také dojít i ke snížení produkce a to naplněním žaludku či vlivem strachu.
- 2 Žaludeční fáze – gastrická: Chemickými podněty a mechanoreceptory se způsobí reflexní vylučování žaludeční šťávy. Ke zvýšenému vylučování nejvíce přispívají chemické podněty z potravy a později z chymu: ty ovlivňují sekreci lokálního hormonu gastrinu (vznikajícího v žaludku v tzv. G-buňkách a v δ -buňkách pankreatu a duodena), který přímo působí na sekreci žaludeční šťávy bohaté na kyselinu chlorovodíkovou a pepsinogen. (Rokyta a kol., Fyziologie pro bakalářská studia, 2000, s. 136)
- 3 Střevní fáze – intestinální: Postupem chymu do duodena se stimuluje sekrece hormonů, které ovlivní motilitu a sekreci žaludku, pankreatu a žlučníku dle jeho složení. Příliš kyselý chymus vyvolá sekreci sekretinu, jehož produkcí se sníží tvorba žaludeční šťávy a zpomalí se vyprazdňování žaludku. Zároveň se zvýší sekrece pankreatické šťávy bohaté na vodu a bikarbonát, aby se obsah duodena neutralizoval.

Vyprazdňování žaludku se děje po částech a dojde k němu v momentě, kdy je trávenina

dostatečně mechanicky i chemicky zpracovaná. Je zajišťováno nervově (enterogastrický reflex) a hormonálně. Při nadměrném podráždění žaludeční stěny (zvýšeným tlakem či chemicky) se vyvolá obranný reflex – zvracení (vomitus). Centrum reflexu je uloženo v prodloužené míše. Dle místa, odkud zvracení pochází, rozeznáváme zvracení periferní a centrální. Může se spustit drážděním jakékoliv části trávicí trubice (nejčastěji však žaludku a duodena) nebo také různými pachy, pohledy či představami. Zvracení většinou začíná pocitem nevolnosti (nauzeou), zblednutím a pocením (je příznakem stimulace parasymptiku). Tlak v dutině hrudní se sníží, zatímco v dutině břišní se zvýší. Obsah duodena nebo žaludku je díky opačné peristaltice (antiperistaltice) posunut do vyšších částí trávicího ústrojí, projde jícnem a při zvednutém měkkém patru je vypuzen ústy ven.

1.2 Dvanáctník

Je první a nejkratší částí tenkého střeva - délky asi 20-28 cm a průměru 3,5-4,5 cm. Jelikož je fixován k okolním orgánům a k zadní stěně břišní, není pohyblivý a má stálý tvar podkovy, která je konkavitou obrácena doleva.

Dvanáctník se rozděluje podle průběhu do čtyř částí:

- 1 pars superior - délka 4-5 cm, začíná u vrátníku a dotýká se zdola jater případně i žlučníku
- 2 pars descensens – délka 6-10 cm, sestupuje po pravé straně kolem ledviny, nachází se zde papilla duodeni major (Vaterská papila) – místo, kde společně ústí hlavní vývod slinivky břišní (Wirsungův vývod) a společný žlučovod (ductus choledochus).

Mezi pars superior a pars descensens se nachází flexura duodeni superior L1.

- 3 pars horizontalis – délka 7-8 cm, přechází zprava doleva před tělem obratle L3
- 4 pars ascendens – délka 3-5cm, jde po levém boku obratle, směrem nahoru, podle levého boku obratle L2 šikmo vzhůru

Dvanáctník končí v místě zvaném flexura duodenojejunalis.

Duodenum tvoří tzv. duodenální okno, do kterého je situována hlava slinivky břišní. Zepředu je kryto okrajem jater, příčným tračníkem a kličkami jejunu.

Stěna duodena je tvořena sliznicí, podslizničním vazivem, svalovinou a serózou. Sliznice

je růžová, krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem s velkou resorpční schopností, jsou zde vmezeřeny pohárkové buňky produkující povrchový ochranný hlen. Skládá se do cirkulárních řas (plicae circulares) 6-8 mm vysokých a celá je poseta drobnými výběžky – střevními klky (villi intestinales).

Klky jsou výčlipky epitelu a sliznice a jejich povrch je tvořen cylindrickým epitelem. Spolu s řasami sliznice dramaticky zvětšují plochu sliznice tenkého střeva. V duodenu mají lístkovitý tvar a z celého tenkého střeva jsou zde nejhustší.

Glandulae duodenales (nebo také Brunnerovy žlázy) jsou rozvětvené žlázy podslizničního vaziva, které se vyskytují pouze v duodenu. Produkují alkalický hlen, který chrání sliznici proti kyselé žaludeční šťávě a upravuje pH střevního obsahu.

Podslizniční vazivo je řídké, bohatě zásobené krevními, lymfatickými a nervovými pleteněmi. Svalovinu tvoří hladké svalstvo, vnitřní vrstva – cirkulární a vnější – longitudinální. Pohyby této svaloviny jsou trojí:

- 1 segmentační pohyby – zaškrcení ve dvou blízkých místech současně, oddělující část obsahu
- 2 kývavé pohyby - střídavá zkrácení a prodloužení, jimiž se obsah střeva promíchává, probíhají v rámci úseku odděleného dvojím segmentačním zaškrcením
- 3 peristaltický pohyb – stah, který jako vlna postupuje po střevu a posunuje jeho obsah (ČIHÁK, Anatomie 2, 1988, s. 87)

Tunica serosa – průsvitný zevní povlak střeva tvořený mesotelem.

2 VŘEDOVÁ CHOROBA GASTRODUODENA

2.1 Definice

„Termín vředová choroba žaludku a duodena znamená, že se jedná o celkové onemocnění organismu a nikoliv pouze o postižení samotné sliznice žaludku či duodena. Na základě nejnovějších výzkumů je na místě označovat jako vředovou chorobu žaludku a duodena především ty vředy, u kterých byla prokázána přítomnost bakterie *Helicobacter pylori*.“ (LUKÁŠ a kolektiv, Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry, 2005, str. 77)

Slizniční léze mohou vznikat pouze tam, kam dosahuje působení volné kyseliny chlorovodíkové - tedy v jícnu, žaludku, dvanáctníku a tenkém střevě. Kyselina chlorovodíková je nezbytnou podmínkou vzniku vředových lézí, ne však jejich jedinou příčinou. Ty vznikají tehdy, vznikne-li nepoměr mezi ochrannými faktory sliznice a faktory agresivními. Takto vzniklé defekty sliznice označujeme jako peptické léze a jejich nejčastější výskyt je právě v dvanáctníkovém bulbu a v žaludku. Podle hloubky se dělí na:

- 1 erozi – postižení pouze povrchové vrstvy sliznice, které neproniká pod muscularis mucosae
- 2 vřed – léze přestupující až případně přes muscularis mucosae

Peptický vřed se může dále rozdělit na:

- 1 primární – vlastní vředová choroba gastroduodena, na jejímž vzniku se hlavní měrou podílí přítomnost *Helicobacter pylori*
- 2 sekundární – jsou známy jejich hlavní příčin, mezi něž patří nadměrné užívání léků (nesteroidní antirevmatika, kortikosteroidy), některá endokrinní a metabolická onemocnění (např. hyperparathyreóza, gastrinom či Cushingův syndrom) či působení stresu. *Helicobacter pylori* zde může být přítomen, ale nemá patrně hlavní příčinnou souvislost se vznikem vředu.

Z jiného hlediska se vředy dělí na:

- 1 vředy žaludku – zde se topograficky rozlišují vředy subkardiální (pod kardií, ve fornixu), mediogastrické a angulární (vředy těla žaludku a angulární řasy) a antrální (vředy vývodné části žaludku)
- 2 vředy dvanáctníku – tady se rozlišují vředy bulbární (v bulbu duodena) a

postbulbární (vředy dalších částí dvanáctníku)

Zvláštní jednotkou je bulbitida (zánět sliznice bulbu dvanáctníku), která má podobné příčiny vzniku jako dvanáctníkový vřed, projevuje se stejnými příznaky a reaguje na stejnou léčbu. Jedná se tedy o stav, kdy ještě nedošlo k takovému poškození sliznice, aby vznikla vředová léze.

2.2. Etiologie a patogeneze

Na vzniku vředové choroby gastroduodenální se podílí velké množství faktorů, které se mohou vzájemně kombinovat či podmiňovat, a některé zatím není možno ani zcela vysvětlit. Mařatka ve své publikaci (MAŘATKA a kol., Gastroenterologie, 1999, str. 144) rozdělil tyto faktory do několika skupin. Jsou to: endogenní agresivní faktory, exogenní agresivní faktory a ochranné faktory, dále nervové vlivy a emoce, genetické predispozice a alergické mechanismy.

2.2.1 Endogenní agresivní faktory

Jak již bylo uvedeno na začátku – „bez kyseliny není vřed“, hlavním faktorem je tedy:

Kyselá žaludeční sekrece - vysoká žaludeční kyselost souvisí jak s počtem parietálních buněk, tak s jejich citlivostí na gastrin. Nemocní s dvanáctníkovým vředem jsou zvláště citliví na endogenní gastrin. (Mařatka, Gastroenterologie, 1999, str. 145). Pokud je kyselá žaludeční šťáva produkována trvale a ve velkém množství, riziko vzniku peptického vředu se velmi zvyšuje. Kyselina chlorovodíková (HCl) je tvořena kontinuálně - i v noci, kdy chybí neutralizační efekt potravy. Tato hypersekrece má negativní vliv na již vzniklé vředové onemocnění a byla prokázána u 50–90 % nemocných s dvanáctníkovým vředem. Svou roli zde hrají také rozdíly etnické, sezónní a jiné.

Sekrece pepsinu – pepsin se účastní jako proteolytický enzym a jeho vyšší hladina v séru více přispívá ke vzniku vředové léze.

Žlučové kyseliny a lyzolecitin – již vzniklý žaludeční vřed vede často k duodenogastrickému refluxu. Lyzolecitin a žlučové kyseliny jsou přítomny v duodenální šťávě a jejich působením dochází k poškození ochranné hlenové vrstvy.

2.2.2 Exogenní agresivní faktory

K těmto faktorům lze zařadit vliv prostředí, některých léků a nevhodné návyky.

Nesteroidní antirevmatika (např. diclofenac, indomethacin, ibuprofen) tlumí tvorbu prostaglandinů a tím narušují jejich ochranný účinek. Mohou vyvolat eroze až vředy, často vícečetné s krvácením či znovu aktivovat vředovou chorobu, mohou též vést k dyspepsii, hlavně u starých lidí. Typické pro tyto vředy je jejich velmi rychlé zhojení po vynechání léků. Tyto léky jsou rizikové z hlediska vzniku vředů i při jiném než perorálním podání (čípky, injekce) – jejich působení je totiž systémové, proto způsob podání nehraje roli. Negativní vliv na žaludeční sliznici se zvyšuje v kombinaci s požitím alkoholu či při současném podávání kortikosteroidů.

Analgetika - zvláště kyselina acetylsalicylová, působí na lipidoproteinovou vrstvu sliznice žaludku a poškozují ji. Vznikají nekrvácející či krvácející eroze, povrchové vředy, ale i hluboké komplikované ulcerace při dlouhodobém užívání kyseliny acetylsalicylové (např. Aspirin).

Z dalších léků se vředy a eroze mohou vyskytnout u kortikosteroidů, 5-fluorouracilu nebo preparátů zlata.

Kouření - peptický vřed se u kuřáků vyskytuje dvakrát častěji než u nekuřáků. Riziko se zvyšuje s délkou kouření a počtem vykouřených cigaret. Mechanismus vzniku vředů není přesně znám, ale ví se, že kouření tlumí syntézu prostaglandinů a nikotin mikroskopicky poškozuje sliznici žaludku. Domníváme se, že kouřením dochází ke zvyšování acidity a snižování cytoprotekce.

Helicobacter pylori má zásadní význam při vzniku vředové choroby gastroduodena. Vyskytuje se téměř v 90-100 % případů této nemoci. Výskyt této bakterie se zvyšuje v populaci s nízkou ekonomickou a sociální úrovní života lidí a s nedostatečným hygienickým zabezpečením - jeho prevalence je vysoká (skoro 90 %) v rozvojových zemích, naproti tomu relativně nízká (okolo 30 %) v civilizovaných zemích západní Evropy a v USA. Tato bakterie produkuje řadu enzymů – ureázu, katalázu, oxidázu a alkalickou fosfatázu, které jí umožňují přežít v žaludku v prostředí výrazně kyselého pH (kolem 1,5), a může být různě patogenní (typ I. a II.). Přenáší se nejčastěji orofekální cestou a je prokázáno, že se vyskytuje v celých rodinách. Kolonizuje sliznici žaludku včetně antra a vyvolává gastritidu, poruchy tvorby žaludečních hormonů, kyselý žaludeční sekrece a rozvoj žaludeční metaplazie

ve dvanáctníku.

Potravinové faktory jako:

Alkohol - je obecně brán jako slabý faktor podílející se na vzniku vředu.

Pokud se ovšem spojí s jinými faktory např. nesteroidními antirevmatiky, stane se z něj faktor silný.

Káva - sama o sobě vředové léze nevyvolává, u citlivých jedinců však může vyvolat nevolnost či zhoršit příznaky vředu.

Hrubá vláknina - ač nebyl potvrzen její protektivní vliv při vyšším příjmu stravou, poukazuje se na její příznivý účinek. Bohatý obsah vlákniny v pšeničných otrubách výrazně ovlivňuje nejen kyselost žaludku, ale i koncentraci pepsinu a prodlužuje vyšší intragastrické pH po jídle.

Pepř a koření - mohou být svým účinkem nápomocné, ale i škodlivé. Záleží, o jaký druh pepře či koření se jedná. Bylo prokázáno, že červený pepř můžeme zařadit mezi cytoprotektiva – obsahuje kapsicin - látku, která stimuluje aferentní neurony a zvyšuje prokrvení žaludeční sliznice, zatímco chilli koření má nepříznivý účinek.

Vliv jiných onemocnění, mezi něž řadíme:

Chronická plicní onemocnění (chronická obstrukční plicní nemoc)

Kardiovaskulární onemocnění (chronická ischemická choroba srdeční)

Chronické hepatopatie (jaterní cirhóza)

Chronické ledvinné selhání - CHRI

Endokrinní a metabolická onemocnění (hyperparatyreóza)

Krevní onemocnění (bazofilní leukémie)

Jiná onemocnění (chronická pankreatitida)

2.2.3 Ochranné faktory

Hydrogenkarbonáty - tvoří se v žaludku, dvanáctníku nebo slinivce břišní a neutralizují kyselé žaludeční šťávy. U nemocných s dvanáctníkovým vředem se produkují v menším množství.

Hlen - u nemocných s žaludečním vředem nejsou hlenové buňky žaludku schopny tvořit dostatek hlenu. Dochází k abnormální stavbě hlenu a jeho narušené funkci.

Prostaglandiny – jsou cytoprotektivní, chrání žaludeční sliznici působením na její trofiku, tlumí žaludeční sekreci a zvyšují prokrvení sliznice. Analoga prostaglandinů se využívají k prevenci i léčbě peptických vředů. Vše, co zapříčiňuje sníženou produkci prostaglandinů v žaludeční sliznici (jako je kouření či některé léky), přispívá ke vzniku peptického vředu.

Růstové faktory - jejich funkcí je podpora růstu a proliferace žaludeční sliznice (epidermální růstový faktor a další). Mohou se významně spolupodílet na ochraně sliznice.

2.2.4 Genetická predispozice

Tato choroba se poměrně často vyskytuje v rodinách. V současnosti se rodinný výskyt vztahuje nejen ke genetickým faktorům, ale také k rodovému zatížení *Helicobacterem pylori*. Některé studie prokázaly větší sklon k této chorobě u jednovaječných dvojčat a u lidí s krevní skupinou 0. Dále se peptický vřed vyskytuje u některých geneticky podmíněných syndromů, např. Zollingerova-Ellisonova syndromu, u systémové mastocytózy, atd. (MAŘATKA, Gastroenterologie, 1999, str. 154)

2.2.5 Nervové vlivy a emoce

Vliv psychosociálních činitelů na vznik vředové choroby je nesporný. Je dlouhodobě studován a není pochyb o jeho negativním vlivu na vznik, průběh i hojení vředové choroby gastroduodena. Je však některými autory neúměrně zdůrazňován, naopak jiní mu zase nepřikládají žádnou nebo jen minimální důležitost. Zdrojem nejednoty názorů je neschopnost vědecky kvantifikovat stres. Zvláštní skupinu tvoří „stresové vředy“ vznikající v těžké stresové situaci. Stres má mnoho podob a většina působí na žaludeční sliznici. Nejčastěji tyto vředy vznikají u lidí s těžkým traumatem (polytrauma) či po rozsáhlém chirurgickém výkonu.

2.2.6 Alergické mechanismy

Zde se významně podílí zvýšený počet plazmatických buněk obsahující IgE, který byl prokázán jak u peptických vředů tak při bulbitidě.

2.3 Symptomatologie

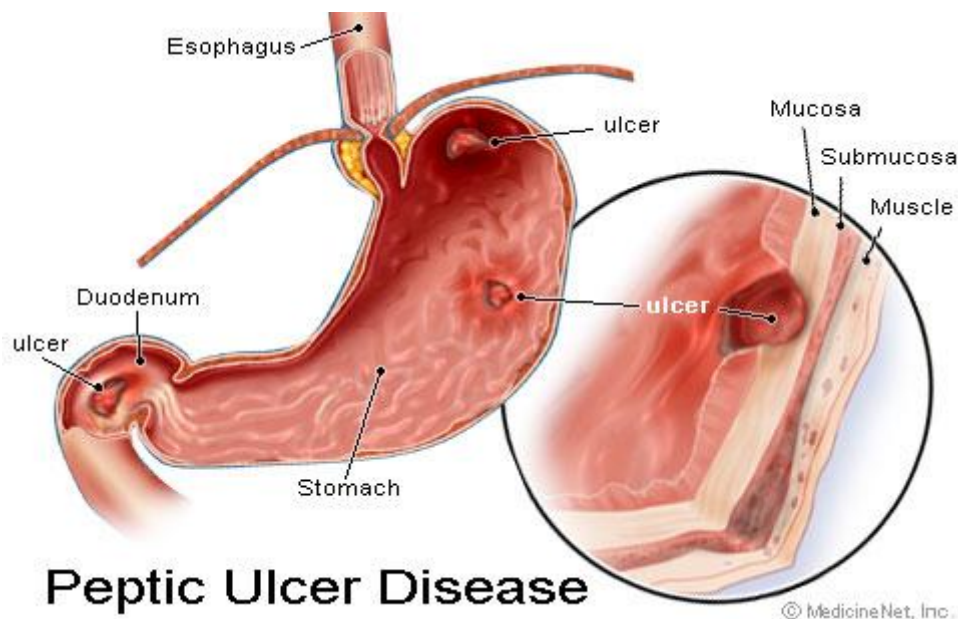
2.3.1 Dvanáctníkový vřed

Dominantním příznakem je v 60-80 % bolest v nadbřišku, která se vyskytuje zpravidla asi 1-4 hodiny po jídle nebo nalačno, často budí nemocného ze spánku. Noční bolest je pro dvanáctníkový vřed charakteristická a ustupuje po najedení či antacidech. Bolest může být křečovitá, svíravá, pálivá, připomínající bolest při velkém hladovění nebo má jen formu prostého tlaku. Chuť k jídlu bývá zachována, nemocní jedí každé 3-4 hodiny, aby netrpěli bolestí, často proto přibývají na váze. U některých nemocných se však může vyskytnout také nechutenství, zvracení, a naopak sklon k hubnutí. Příznaky se vyskytují epizodicky, trvají obvykle 1-2 týdny, přičemž prudká bolest přetrvává pouze několik dnů. K opětovnému objevení příznaků dochází zpravidla 1-4 krát ročně a období mezi těmito relapsy může být zcela bezpříznakové. To ovšem nevylučuje stálou přítomnost vředové léze.

2.3.2 Žaludeční vřed

Vyskytuje se celá řada příznaků, od zcela nenápadných až po typické pro vředovou chorobu. Převažují většinou obtíže subjektivní, objektivní symptomy, pokud nedojde ke komplikacím, bývají chudé.

Žaludeční vřed se projevuje bolestí, která přichází zpravidla brzy po jídle, bývá tupá, lokalizovaná v horním nebo středním nadbřišku a je jen málo reagující na najedení nebo antacida. Často se vyskytuje dyspepsie (nevolnost, zvracení, snížená chuť k jídlu, časná sytost atd.) a pálení žáhy. Pokud je vřed umístěn subkardiálně, může být bolest retrosternální. Při lokalizaci vředu v pylorickém kanále se mohou vyskytovat příznaky pylorostenózy či pylorospasmu (městnání obsahu žaludku, zvracení velkého množství špatně natrávené potravy). Asymptomaticky probíhá tato choroba zvláště v pokročilejším věku a u vředů vzniklých po nesteroidních antirevmaticích.



Obr. 1 Obraz peptického vředu

Zdroj: http://www.medicinenet.com/peptic_ulcer/article.htm

2.4 Diagnostika

2.4.1 Anamnéza

Některé anamnestické údaje jsou významné pro odlišení chorob žaludku a duodena od onemocnění jiných částí trávicí soustavy. Důležité je pátrat po předešlých prokázaných vředových lézích a dyspeptických potížích (nevolnost, zvracení, pálení žáhy). Dále po změnách chuti k jídlu, tělesné hmotnosti, poruchách vyprazdňování. Svůj význam má také informace o životním stylu pacienta (pravidelnosti stravování, skladba stravy, kouření, alkohol atd.) Velmi podstatná je léková anamnéza se zaměřením na rizikové preparáty!

Dalším velmi důležitým příznakem je bolest. Pátrá se po jejím charakteru, intenzitě, lokalizaci, vyzařování, rytmu a opakování se bolesti. Také hodnotíme, zda na ni má vliv příjem potravy a pití, zvracení, psychický stres, fyzická námaha. Údaj, který nám též může pomoci, je výskyt vředového onemocnění v rodině.

2.4.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření bývá zpravidla bez patologie, u nekomplikované vředové choroby totiž neexistují žádné typické znaky. Můžeme zaznamenat občasnou citlivost v epigastriu.

Stěžuje-li si nemocný s podezřením na vředovou chorobu nebo již s prokázaným vředem na opakované a hojné zvracení, může jít o známky pylorostenózy.

2.4.3 Průkaz infekce *Helicobacter pylori*

Průkaz přítomnosti *Helicobacter pylori* je v současnosti základním a nezbytným vyšetřením k posouzení povahy vředové léze a správné léčbě pacienta.

Metody průkazu *Helicobacter pylori* se dělí na invazivní a neinvazivní.

1. Invazivní metody (při endoskopickém vyšetření se odebere klešťová biopsie ze sliznice v okolí vředu nebo lépe z vývodné části žaludku prepyloricky, kde bývá populace Hp nejhustší)

- 1 *histologické vyšetření* – odebraný vzorek tkáně se barví solemi stříbra a bakterie jsou dobře znázorněny
- 2 *rychlý ureázový test* – *Helicobacter* produkuje enzym ureázu, která štěpí močovinu v činidle a při jejím štěpení vzniká barevná reakce (KOHOUT, Vředová choroba, 2005, str. 27)
- 3 *kultivace* – *Helicobacter* lze ve speciálním prostředí mikrobiologické laboratoře kultivovat a prokázat jeho citlivost k antibiotické léčbě

2. Neinvazivní metody (bez provedení biopsie - stanovením titru protilátek, průkazem ve stolici nebo v dechu)

- 1 *dechové testy* – testy se značenou ureou. „Urea podaná v tekutině nebo kapsli je v žaludku hydrolyzována ureázou z *H. pylori*. Uvolněný označený CO₂ se dostane plicemi do vydechaného vzduchu, který je analyzován různým způsobem podle označené urey.“ (MAŘATKA, Gastroenterologie, 1999, str. 151)
- 2 *protilátky proti *Helicobacter pylori** – projevem infekce *Helicobacterem* je chronický zánět sliznice s lokální imunitní reakcí organismu. Dochází k tvorbě specifických protilátek, nejčastěji v oblasti IgG, případně IgA a IgM. Protilátky jsou vhodné k užití v epidemiologických studiích, pro kontrolu například úspěšnosti eradikace nejsou vhodné.

2.4.4 Endoskopické vyšetření

Základní metodou a zlatým standardem diagnostiky vředové choroby gastroduodena v současnosti je ezofagogastroduodenoskopie. Toto vyšetření umožňuje:

- přímý pohled do dutých orgánů trávicí trubice
- odběr vzorku sliznice na histologické vyšetření - u žaludečních vředů pomáhá rozlišit benigní léze od maligních
- odběr vzorků k invazivnímu průkazu *Helicobacter pylori*
- v některých případech slouží i jako léčebná intervence – například zástava krvácení

Endoskop = optický přístroj, který je tvořen ohebnou trubicí, ve které jsou umístěna světlovodná vlákna pro vedení studeného světla a vedení obrazu ze žaludku. Dále je zde pracovní kanál, kterým je možno zavést různé nástroje a akcesoria k odběru vzorku tkáně, provedení polypektomie či k zástavě krvácení. Pomocí táhel lze přístrojem otáčet a získat tak přehled o celém prohlíženém prostoru. Dnes se většinou používají videoendoskopy, které pracují na elektronickém principu, používají obvykle xenonový zdroj světla a výsledný obraz je promítán na LCD obrazovku.

V průběhu vyšetření lze s vysokou přesností prohlédnout jícn, kardii, celý žaludek včetně inverzního pohledu do fornixu, pyloru, bulbus duodena a proximální část duodena včetně Vaterovy papily.



Obr. 2 Ezofagogastroduodenoskop (gastroskop)

Zdroj: Olympus, Product by Speciality, 2008

2.4.5 Rentgenové vyšetření

Dlouhou dobu bylo RTG vyšetření žaludku jedinou diagnostickou metodou k vyloučení či potvrzení vředové léze. Spočívá v aplikaci kontrastní látky (nejčastěji baryové kaše) do žaludku a následném RTG snímku žaludku. Velkou nevýhodou této metody proti gastrokopii je nízká diagnostická výtěžnost, nemožnost diagnostikovat zánětlivé změny sliznice a v poslední řadě nemožnost provedení biopsie. Nyní se provádí ojediněle, nejčastěji u pacientů, u nichž není z různých důvodů možné provést endoskopické vyšetření, či u nespolupracujících pacientů.

2.5 Terapie

Moderní léčba peptického vředu je ovlivněna chápáním podstaty jeho vzniku. Jinak budeme léčit vřed vzniklý z exogenních příčin, jinak vřed vázaný na infekci *Helicobacter pylori*. Některé zásady léčby však zůstávají stejné.

2.5.1 Prevence, dietní opatření a životospráva

Je známo, že dietní návyky a životospráva mají vliv na hojení vředu. Vzhledem k vývoji nových poznatků v léčbě vředové choroby se význam některých režimových opatření změnil. V minulosti byl kladen velký důraz na dietu, která není dnes již tak striktní. Důvodem je schopnost současných moderních léků výrazně snížit nebo dokonce zastavit kyselou žaludeční sekreci. Proto doporučení jídel potlačujících žaludeční sekreci ztratila na významu.

Přesto mají i dnes některá dietní opatření stále svá opodstatnění. Týkají se hlavně úpravy stravovacího režimu – malé porce v častějších časových intervalech, dostatek času na jídlo. Pacientům se doporučují jídla lehce stravitelná, netučná, málo kořeněná. Je dobré vynechat nápoje sycené CO₂, kávu a nápoje obsahující kofein a jemu příbuzné látky, silný čaj, alkohol včetně vína, které též zvyšuje kyselost žaludku. V době akutních potíží by se měl pacient vyhnout přepalovaným tukům a pikantním kořeněným jídlům (pozor na hranolky, řízky, karbanátky aj.).

Poznatky o přenosu a zdrojích infekce *Helicobacter pylori* by měly vést k dodržování základních hygienických návyků.

Dalším opatřením by měl být zákaz kouření cigaret, neboť bylo prokázáno, že kouření zpomaluje hojení vředů.

Zákaz nebo alespoň výrazné omezení léků, které mají ulcerogenní charakter (nesteroidní antirevmatika, kyselina acetylsalicylová, kortikoidy atd.). Pokud je to možné, volíme proti bolesti léky s obsahem jiné účinné látky (např. paracetamol). Je-li podávání těchto léků nutné, musí být podávány současně s léky, které mají ochranný vliv na sliznici žaludku a duodena.

Důležitou roli zaujímá i dostatečný tělesný i psychický klid. To znamená pravidelné stravování, dostatek spánku, celkové uvolnění a vyhýbání se stresovým situacím - ať už pracovním či soukromým.

2.5.2 Medikamentózní léčba

LÉKY SNIŽUJÍCÍ TVORBU HCL

Inhibitory protonové pumpy

Inhibitory protonové pumpy (PPI) jsou v současnosti lékem první volby u vředové choroby gastroduodena způsobené infekcí *Helicobacter pylori*, ale i u sekundárních vředů. Jsou také nedílnou součástí všech eradikačních schémat k léčbě *Helicobacter pylori*.

Inhibitory protonové pumpy zablokují dočasně (až na 96 hodin) tvorbu klíčového enzymu pro činnost protonové pumpy parietálních buněk sliznice žaludku a tím i sekreci kyseliny chlorovodíkové do trávicí trubice. Podle biologického poločasu daného léku se dávají 1-2 dávky denně, u akutního krvácení z vředové léze se podávají zpočátku i.v. a kontinuálně. Užívají se prakticky ve všech indikacích léčby peptického vředu, ať už se nachází v kterémkoliv místě trávicí trubice.

Základním a nejznámějším lékem používaným již delší dobu je *omeprazol* (preparáty Losec, Helicid, Omeprazol, Apo Ome, Onprelen, Omeprazol AL, Gasec, Loseprazol, Lomac), z novějších léků se na našem trhu vyskytuje například *pantoprazol* (Controloc, Nolpaza), *lansoprazol* (Lanzul) a *esomeprazol* (Nexium).

Podáváme-li je perorálně, vyrábí se v inaktivní formě a aktivují se až v kyselém prostředí žaludku. Proto se podávají nejlépe ráno před snídaní.

Léčba *Omeprazolem* je velmi dobře tolerována, nejsou běžné žádné závažné nežádoucí účinky a obvykle dochází k rychlému ústupu obtíží.

Antagonisté H2-receptorů

Jsou léky, které podobně jako PPI blokují sekreci kyseliny chlorovodíkové, avšak na jiném farmakokinetickém principu. Patří sem *cimetidin*, *ranitidin*, *famotidin* a *nizatidin*.

Indikací k terapii těmito léky je vředová choroba gastroduodena a refluxní nemoc jícnu. Podávají se nejčastěji 2 krát denně, ve fázi udržovací 1 krát denně a to obvykle večer. Umožní zhojení až 90 % vředových lézí do 6-8 týdnů, ale jejich účinnost je limitována tím, že blokují pouze jeden ze tří receptorů parietální buňky. Jejich hlavním nedostatkem je neschopnost zabránit recidivám a také minimální vliv na infekci *Helicobacter pylori*. Jsou velmi dobře tolerovány a nemají téměř žádné závažné nežádoucí účinky (k nejznámějším

však u nyní již nepoužívaného Cimetidinu patřila ztráta libida a gynekomastie).

Po objevení inhibitorů protonové pumpy význam těchto léků v léčbě vředové choroby výrazně poklesl, vzhledem k současné dobré dostupnosti a příznivé ceně PPI ztratily H2 blokátory prakticky význam a lze je považovat za téměř obsolentní.

Selektivní parasymptolytika

Podporují hojení peptických vředů, základním preparátem je *Pirenzepin*, v současnosti se již nepoužívají pro své nežádoucí účinky (jako jsou sucho v ústech či poruchy akomodace).

ANTACIDA

Základním účinkem těchto látek je neutralizace kyselého žaludečního obsahu. Některá z nich mají i analgetický, případně cytoprotektivní účinek.

Dělí se na adsorpční a resorbovatelná. Adsorpční antacida tvoří komplex, který vyvazuje kyselinu chlorovodíkovou, naopak resorbovatelná antacida přímo neutralizují kyselou žaludeční šťávu.

Jsou to látky velmi účinné na okamžité obtíže, ale je nutno je užívat v krátkých časových intervalech, proto se podávají jen na začátku protivředové léčby, než nastoupí systémově účinkující léky s antisekrečním účinkem. Jejich hlavní indikací je dnes léčba symptomů u refluxní nemoci jícnu.

CYTOPROTEKTIVA

Léky, které podporují obranné schopnosti žaludeční sliznice. Patří sem léky s rozdílným mechanismem účinku a z různých lékových skupin:

Sukralfát

Potencuje a stimuluje tvorbu prostaglandinů, zvýšenou sekreci hlenu i jeho kvalitu a zlepšuje prokrvení sliznice.

„Chemicky jde o bazickou sůl aluminiumhydroxidů a sulfatovanou sacharózu. Její účinek je vysvětlován tím, že při nízkém pH polymeruje za vzniku viskózního gelu, který se selektivně váže na epitelové defekty v oblasti sliznice gastroduodena, a vytváří tak ochrannou bariéru proti působení

agresivních látek. Stimuluje však i tvorbu prostaglandinů, kvalitu i kvantitu hlenu, zlepšuje prokrvení sliznice.“ (MAŘATKA, Gastroenterologie, 1999, str. 158)

Užívá se zejména u žaludečních vředů, ale též u dvanáctníkových a jako prevence vředů stresových. Podává se 2 x denně vždy 30–60 minut před jídlem a před spaním. U nás jsou k dispozici preparáty Venter, Alsucral nebo Ulcogant. Pokud nemocný současně užívá léky jako Warfarin, Dioxin nebo tetracyklinová ATB, měl by být podáván s odstupem 2 hodin.

Syntetická analoga prostaglandinů

Nahrazují nedostatek prostaglandinů ve sliznici žaludku. Předepisují se nejen k léčbě, ale i k prevenci vředových lézí zejména při současném užívání nesteroidních antirevmatik. U nás je k dostání pouze misoprostol.

Podávají se ráno a večer po jídle. Z nežádoucích účinků je relativně častý průjem, který vede k přerušení léčby. Kontraindikací jsou nespecifické střevní záněty.

Bizmutové soli

Mechanismus účinku bizmutové soli je velmi podobný sukralfátu, ale navíc se uplatňuje v eradikaci *Helicobacter pylori* (v kombinaci s dalšími léky). Používal se koloidní bizmutsubcitrát (De-nol) a bizmutsalicylát, ani jeden z těchto léků není v České republice nyní k dispozici.

2.5.3 Léčba infekce *Helicobacter pylori*

Vzhledem k výsadnímu postavení infekce *Helicobacter pylori* v etiopatogenezi vředové choroby žaludku a dvanáctníku je důležité tuto infekci vyléčit. Zhojit vřed pomocí moderních léků je možno již delší dobu, ale vyléčit infekci *Helicobacter pylori* se podařilo až v posledních letech. Tato léčba je indikována pouze v těch případech vředové choroby žaludku a dvanáctníku, kde je bezpečně prokázána přítomnost *Helicobacter pylori* v žaludeční sliznici. Léčbou helicobacterové infekce můžeme dosáhnout nejen zhojení vředu, ale i předejít jeho recidivám případně komplikacím.

V léčbě *Helicobacter pylori* (Hp) rozlišujeme dva základní pojmy:

- 1 *eliminace* (Hp) – vymizení bakterie bezprostředně po skončení léčby, která pro posouzení léčby nemá žádný význam
- 2 *eradikace* (Hp) – trvalé odstranění bakterie, tj. přetrvává nejméně měsíc po skončení léčby, reinfekce v budoucnu však vyloučená není

Prozatím neexistuje žádná úspěšná monoterapie, vždy a zásadně se jedná o léčbu kombinovanou.

Kombinovaná léčba s bizmutovými solemi

U nás nejsou bizmutové soli k dispozici, proto se tato léčba u nás nepoužívá.

Kombinovaná léčba s blokátory protonové pumpy

Jde se o kombinaci blokátoru protonové pumpy (PPI) - například omeprazolu - s dalšími léky. Platí zásada, že léčba má být vzhledem ke compliance pacienta krátká - maximálně 7 dnů, a úspěšná alespoň v 90 %. Tuto zásadu splňuje kombinace omeprazolu s klaritromycinem a metronidazolem nebo amoxicilinem. Podobně úspěšné se prokázaly také kombinace s jinými inhibitory protonové pumpy např. pantoprazolem či lansoprazolem.

Cílem eradikační léčby není zhojit vřed jako takový, jak by se mohlo zdát, ale úspěšně eradikovat *Helicobacter pylori*, což vede k postupnému ústupu zánětlivých změn žaludeční sliznice a k signifikantnímu snížení recidiv vředů.

Trvalé odstranění infekce *Helicobacter pylori* má tak zásadní význam v prevenci vředové choroby.

2.5.4 Chirurgická léčba

Vředovou chorobu gastroduodena dnes lze téměř ve 100 % léčit konzervativně. Chirurgická terapie je dnes vymezena prakticky pouze pro léčbu konzervativní cestou neřešitelných komplikací - perforace či penetrace vředu, endoskopicky nezvládnutelné krvácení nebo vředová pylorostenóza. Indikace chirurgické léčby byly dříve mnohem častější (při časných recidivách nebo v případech, kdy obtíže přetrvávaly i přes adekvátní konzervativní léčbu).

Chirurgický zásah u žaludečních vředů spočíval v resekci žaludku různého rozsahu, u vředů duodenálních obvykle ve vagotomii. V dnešní době je chirurgická léčba díky vynikající účinnosti blokátorů protonové pumpy, možnosti eradikace Hp a především díky rozvoji a

dostupnosti endoskopických diagnostických a léčebných metod včetně zástavy krvácení indikována pouze u výše uvedených komplikací vředů, které není možné řešit konzervativně či endoskopicky.

2.5.5 Strategie léčby

Na vzniku vředové choroby gastroduodena se podílí velké množství etiologických faktorů, proto také nemůže existovat zcela jednotná strategie léčby tohoto onemocnění. Léčba se vždy zaměřuje na vyvolávající příčinu a opírá se o neustále nové poznatky.

U peptických vředů s prokázaným *Helicobacterem pylori* je vždy indikována kromě antisekreční i eradikační léčba s následnou endoskopickou kontrolou po 4 týdnech od skončené eradikační terapie. V případě neúspěšné eradikace je léčba opakována s jinou léčebnou kombinací nejlépe s využitím informací o citlivosti Hp na antibiotika.

Vředy se zřejmou jinou vyvolávající příčinou (např. stresové, endokrinní či polékové vředy z nesteroidních antirevmatik) se léčí odstraněním vyvolávající příčiny. Kromě toho samozřejmě také podáváním léků tlumících tvorbu kyseliny chlorovodíkové - opět PPI.

V případě, kdy vyvolávající příčinu nelze odstranit, je po zhojení vředů podávána dlouhodobá udržovací léčba PPI, která předchází recidivám vředů.

2.6 Komplikace

2.6.1 Krvácení

Jde o velmi vážnou komplikaci vředové choroby a peptický vřed je nejčastějším zdrojem krvácení do gastrointestinálního traktu. Postupným pronikáním vředu do hloubky stěny dojde k poškození kontinuity cév v submukóze stěny žaludku či duodena s následným různě silným krvácením. Vážně krvácející vředy se často nacházejí na zadní stěně bulbu duodena. Krvácení u peptického vředu může být i příčinnou smrti nemocných. Uvádí se, že větší incidence krvácejícího vředu se vyskytuje u pacientů s krevní skupinou 0.

Krvácení z vředu se obvykle projevuje melénou (řidká stolice černé barvy typicky zapáchající díky přítomnosti natrávené krve) a slabostí v důsledku krevní ztráty – posthemorhagická anémie s anemickým syndromem. Krvácení se kromě melény může také projevit hematemézou (zvracení čerstvé či natrávené krve nebo krevních koagul). Masivní

krvácení se může projevit tzv. rychlou melénou, která je někdy obtížně odlišitelná od enterorrhagie (čerstvá nebo jen minimálně natrávená krev ve stolici), dále bývá hypotenze a příznaky šokového stavu (hemorhagický šok). Meléna či hematemeza se řadí mezi první příznaky krvácení. V anamnéze lze často vypátrat užívání rizikových léků - například nesteroidních antirevmatik či salicylátů, dále vředové potíže, nezdědka však bývá krvácení prvním příznakem doposud asymptomatického vředu!

Zásadní diagnostickou i léčebnou metodou je urgentně provedená endoskopie (gastroskopie) nejlépe do 2 hodin od přijetí pacienta do nemocnice. U hemodynamicky nestabilních pacientů je zpravidla lépe pacienta nejprve oběhově a tlakově stabilizovat na JIP a gastroskopii provést až poté.

Výsledek gastroskopie rozhodne, zda bude provedena léčba endoskopická nebo je krvácení natolik závažné, že jej nelze endoskopicky ošetřit a bude nutno přistoupit k léčbě chirurgické. Obě budou podrobně probrány v kapitole číslo 3, včetně léčby na JIP.

2.6.2 Penetrace

Penetrací označujeme proces postupného pronikání vředu do hloubky skrze celou stěnu žaludku či duodena do sousedního orgánu - žlučníku, pankreatu, tračníku či spodiny jaterního laloku. Jelikož penetrace je proces relativně pomalý, dochází obvykle k rozvoji zánětlivé reakce a následným srůstům s okolními orgány.

Tento proces lze rozdělit do tří stupňů:

- První stupeň – vřed pronikne stěnou orgánu, ale nezasáhne serózu
- Druhý stupeň – tloušťka stěny je výrazně zvýšena a ve tkáni fibrózně změněné nacházíme vředový kráter, zasahuje do různé hloubky
- Třetí stupeň - proniká do okolních orgánů, mohou se objevit i píštěle

K hlavním příznakům patří změna typu bolesti a její propagace - silné bolesti v nadbříšku, často vystřelující do zad, změna reakce na jídlo a žádný nebo minimální účinek konzervativní léčby.

Léčba je zpravidla chirurgická, často obtížná, spočívá v částečné resekci orgánu, do něhož vřed proniká. Většinou operačních výkonů končí gastrojunoanastomózou.

2.6.3 Perforace

Perforací je označováno proděravění žaludeční či duodenální stěny - tedy průnik vředové léze žaludeční či duodenální stěnou do volné peritoneální dutiny. Perforace probíhá rychle (bez vzniku zánětlivých srůstů), pod dramatickým obrazem náhlé příhody břišní.

Klinicky se projevuje jako náhlá, prudká, šokující bolest v nadbřišku, přicházející obvykle několik hodin po jídle. Pacient v typickém případě leží na zádech, s pokrčenými koleny, mělce dýchá, břišní stěna je křečovitě stažená.

U žaludečního vředu nacházíme často místo perforace v malém zakřivení, zatímco u vředu duodenálního je nejčastěji lokalizována na přední stěně bulbu duodena.

Při vzniku tzv. volné perforace – se obsah gastroduodena vylíje do peritoneální dutiny, kde způsobí chemickou peritonitidu.

Perforaci lze nejlépe prokázat nativním RTG snímkem břicha vstoje - nález volného vzduchu v peritoneální dutině (pneumoperitoneum) v podobě srpků pod bránicemi. V případě nejasností je vhodné zopakovat RTG snímek po provedení gastrokopie, kde se insuflací pneumoperitoneum zvýrazní a velmi často se i perforovaná vředová léze přímo odhalí. Jsou-li i nadále rozpaky, suverénní metodou diagnostiky je CT vyšetření. Laboratorně se objevuje leukocytóza, případně zvýšená hladina amylázy.

Léčba je chirurgická, spočívá obvykle v sutuře vředu s následným výplachem dutiny břišní, v některých případech se provede operace resekcí.

2.6.4 Pylorostenóza

Jde o postižení pyloru s jeho zúžením, které vzniká opakovanými cykly zánětů a následného fibrózního hojení vředů v pyloroduodenální oblasti. Jde o výsledek edému, svalového spazmu a zjizvení v okolí vředů s různým podílem těchto složek. Edém a svalový spasmus jsou konzervativní léčbou ovlivnitelné, naproti tomu fibrotické zúžení je nutno řešit chirurgicky.

Projevuje se dlouhodobými vředovými potížemi, později se mění charakter bolesti, nepřichází úleva po antacidech či antisekrečních lécích, objevuje se anorexie, nauzea a nakonec i typické zvracení – opakované, hojné, obloukem, bez příměsí žluče, s obsahem nedokonale natrávené potravy. Z dalších příznaků - dehydratace, malnutrice, rozvrat vnitřního prostředí – metabolická alkalóza, renální insuficience, hypokalémie,

hypochlorémie.

Diagnostika je založena na klinickém vyšetření pacienta (šplíchet - klapotáž), laboratorních známkách, RTG nálezů a opět především na gastroskopii. Před gastroskopií je často třeba zavést nasogastrickou sondu na spád, aby se žaludek zbavil tekutiny. Při těsné pylorostenóze někdy nelze přístrojem proniknout z žaludku do duodena, vždy se odebírají biopsie na histologii ze stenotického pyloru k vyloučení malignity.

Léčit se začíná konzervativně – zavedení nasogastrické sondy, odsátí žaludečního obsahu s výplachem žaludku do čista, úprava vnitřního prostředí s parenterální hydratací a výživou, parenterálně se podávají blokátory protonové pumpy, parenterální výživa. Pokud je hlavní příčinou stenózy pyloru edém u vředu, může mít tato léčba úspěch a s hojením vředu se obnoví i pasáž pylorem. Naopak u fibrózních stenóz je indikována léčba chirurgická, která je založena na resekci žaludku různého rozsahu.

3 KRVÁCENÍ Z ŽALUDEČNÍHO A DUODENÁLNÍHO VŘEDU

Tato komplikace vředové choroby představuje velmi vážný stav, kdy je pacient bezprostředně ohrožen na životě. Z tohoto důvodu je na místě jednat velmi rychle - diagnosticky i terapeuticky, je nutná spolupráce endoskopisty a chirurga. Nejčastějším zdrojem krvácení do gastrointestinálního traktu je peptický vřed.

Uvádí se, že větší incidence krvácejícího vředu se vyskytuje u pacientů s krevní skupinou 0, na věku a předchozím průběhu vředové choroby nezáleží. Některé vředy krvácejí od začátku a opakovaně, jindy jen ojediněle nebo je krvácení vyvoláno podrážděním nesteroidními antirevmatiky. Krvácení může předcházet různě dlouhá vředová anamnéza, nezřídka je však krvácení prvním příznakem doposud asymptomatického vředu.

„Zdrojem bývají buď drobné překrvené cévy v okrajích vředu, nebo křehké cévy v granulační tkáni na jeho spodině, nebo větší tepénka nebo žíla, jejíž stěna byla nahlodána.“(MAŘATKA, Gastroenterologie, 1999, s. 440). V některých případech krvácí sliznice v okolí nebo i jiná část žaludku (hemoragická gastropatie, stavy po resekci žaludku) než vřed samotný. Krvácení může být potencováno antiagregační či antikoagulační léčbou. Zvláště u pacientů s vysokým INR při předávkované terapii Warfarinem bývá krvácení často závažné, špatně ošetřitelné a někdy může krev prosakovat difusně z na první pohled intaktní sliznice.

Krvácení do horního GIT lze rozdělit do dvou skupin:

- „Zjevné – hemateméza, meléna a enterorrhagie
- Okultní – skryté, které je zjistitelné pouze laboratorně“ (MAŘATKA, Gastroenterologie, 1999, s. 435)

Tab. 1 Krvácení do trávicího ústrojí, terminologie a klasifikace

A. Zjevné krvácení
1. HEMATEMEZA
a) krev tekutá
b) krev sražená
c) krev změněná kyselinou solnou („kávová sedlina“)
MELENA (krev strávená)
2. ENTERORRHAGIE (nestrávená)
a) krev čerstvá
c) krev sražená - koagula
d) krev sražená a smíšená se stolicí
B. Utajené (okultní) krvácení

Zdroj: (MAŘATKA, Gastroenterologie, 1999, s. 435)

3.1 Symptomy krvácení

Mezi první příznaky krvácení z vředu se řadí hemateméza a meléna. Do té doby trvající vředové obtíže často s počátkem krvácení mizí, někdy je krvácení prvním symptomem vředové léze.

Hemateméza – zvracení čerstvé nebo natrávené krve či krevních koagul, která vlivem žaludeční kyseliny byla změněna na vzhled „kávové sedliny.“ Zdroj se nachází orálně od duodenojunálního ohbí. Někdy může činit problém odlišit hematemezu vzhledu "kávové sedliny" a zvracení atonického obsahu. Hemateméza je častější u žaludečních vředů případně u zdroje krvácení lokalizovaného v jícnu.

Meléna - řídká tmavá až černá stolice typického vzhledu a zápachu díky strávené krvi. Stolice se vyznačuje černou barvou, je kašovitá, mazlavá, silně zapáchá a připomíná kolomaz. Zdroj melény je obvykle v horním GIT respektive orálně od céka, zcela výjimečně z pravé části tračniku. Aby došlo k meléně, krvácení musí být větší více než 50–100 ml. Při

větším krvácení může meléna trvat i po zástavě krvácení ještě několik dní. Při masivním krvácení se objevuje tzv. rychlá meléna, která vzhledem připomíná spíše enterorrhagii - díky rychlé pasáži zažívacím traktem při velkém krvácení není krev dokonale strávená.

Enterorrhagie – čerstvá nebo sražená krev vzhledu krevních koagul, která na stolici ulpívá nebo je s ní smíšená. Krev též může volně vytékat z anu či je nalezena pouze na toaletním papíře. Nejčastěji je zdrojem krvácení oblast dolního oddílu trávicího traktu - tračník a rektum. Někdy může být problém rozlišit enterorrhagii od tzv. rychlé melény - diagnostické bývá zpravidla provedení gastroscopie, která potvrdí či vyloučí zdroj krvácení v horním GIT. Klinický význam enterorrhagie je různý - může jít o nevýznamné krevní ztráty u banálních onemocnění (hemeroidy), ale i o masivní život ohrožující krvácení s nutností rychlé chirurgické intervence.

Pacientovy obtíže závisí na velikosti krevní ztráty i na charakteru základního onemocnění. Stav může být u nevýznamných krevních ztrát prakticky či zcela asymptomatický, větší krevní ztráty provázejí známky akutního anemického syndromu – slabost, bledost, dušnost, vertigo, tachykardie, posturální hypotenze. V nejtěžších případech nacházíme příznaky hemoragického šoku – hypotenze, známky centralizace krevního oběhu a tachykardii. Pacient je bledý, opoceny s chladnými akry, může být přítomný motorický neklid, případně porucha vědomí, oligurie až anurie.

3.2 Klasifikace dle Forresta

Nejčastěji používaná klasifikace k posouzení závažnosti a prognózy krvácení z vředové léze.

Dělí se do tří skupin (viz obrázky v příloze č. 2):

První skupina hodnotí aktuálně krvácející léze:

- F1 A – krev vystřikuje
- F2 B – krev prosakuje

Druhá skupina se zabývá stigmaty proběhlého krvácení:

- F2 A – céva je viditelná na spodině vředu
- F2 B – koagulum přiléhá ke spodině vředu

- F2 C – spodina vředu je pokryta hematinem

Třetí skupinu tvoří:

- F3 – vředy s čistou spodinou bez známek krvácení

Tab. 2 Endoskopická klasifikace krvácení u peptického vředu (Forrest a spol. 1974, Silvestrein a spol. 1981) (MAŘATKA, Gastroenterologie, 1999, s. 441)

Stadium	
Ia	vřed se stříkavým krvácením
Ib	vřed s prosakujícím krvácením
IIa	nekrvácející vřed s viditelnou cévou
IIb	vřed krytý koagulem
IIc	vřed krytý hematinem
III	vřed bez známek krvácení

3.3 Endoskopická terapie

Podle mnohých klinických studií i ve vlastní klinické praxi je dnes metodou volby ve většině případů závažného krvácení do zažívacího traktu endoskopická léčba. Bylo prokázáno, že po endoskopické terapii krvácení se snížila úmrtnost, doba hospitalizace i nutnost následného chirurgického řešení.

Pro stanovení optimálního léčebného postupu u vředů je důležitý nález z gastroscopie. Viz obr. 2 krvácejícího vředu. K endoskopickému řešení přistupujeme u lézí Forrest 1A až Forrest 2B, léze Forrest 2C jsou sporné a Forrest 3 endoskopický zásah nevyžadují. Obecně lze říci, že nejvíce ohrožuje pacienta riziko opětovného krvácení v případě přítomnosti rizikových faktorů. Nejzávažnější prognózu stran recidivy krvácení mají léze Forrest 1A a Forrest 2A, kde je přítomna céva na spodině vředu - zde může být recidiva krvácení i po několika dnech po první úspěšné endoskopické intervenci.

V současné době se používá několik technik endoskopického stavění krvácení:

- 1 „metody injekční – princip metody je u všech aplikovaných preparátů stejný. Pomocí jehlového injektoru zavedeného pracovním kanálem endoskopu se aplikují kolem či do místa krvácení látky s vasokonstrikčním účinkem (adrenalin), sklerotizanty (polidokanol), tkáňová lepidla či různé kombinace.
- 2 metody mechanické – za pomoci speciálního instrumentária se na krvácející cévu nakládají ocelové svorky – endoklipy či hemoklipy.“(MAŘATKA, Gastroenterologie, 1999, s. 445) Další mechanickou metodou je endoskopická ligace varixů. Nevýhodou je možná dislokace klipu.
- 3 metody termokoagulační – fungují na principu koagulace tkáně zdrojem tepelné energie. Některé využívají dotyku s tkání (elektrokoagulační sonda), jiné jsou bezdotykové (argonový beamer).

Pro zvýšení efektivity endoskopické léčby je zpravidla vhodné užít k ošetření zdroje krvácení kombinaci dvou metod zástavy krvácení – například u krvácejícího vředu s cévou provést opich adrenalinem + nasadit endoklip na cévu.



Obr. 2 Endoskopický nález sraženiny duodenálního vředu projevený melénou a hematemézou u 75 let starého muže.

Zdroj: http://www.endoatlas.com/du_ul_02.html



Obr. 3 Helicobacter pylori pod mikroskopem

Zdroj: http://simple.wikipedia.org/wiki/Peptic_ulcer



Obr. 4 Krvácející vřed žaludku

Zdroj: <http://www.merck.com/mmhe/multimedia/09112bp.html?Ref=t&ItemId=09112bp&RefId=sec09/ch132/ch132b>

3.4 Léčba na JIP

Všichni pacienti s akutním krvácením do zažívací trubice by měli být hospitalizováni na jednotce intenzivní péče. Jedná se zpravidla o JIP chirurgické či interní s metabolickým nebo gastroenterologickým zaměřením. Zde je jim poskytnuta komplexní intenzivní péče, kterou je možno popsat v několika hlavních bodech:

- 1 zhodnocení hemodynamické stability, vitálních funkcí (zvláště krevní tlak, puls, vědomí) a jejich monitorace
- 2 odběr krve na laboratorní vyšetření - krevní obraz, koagulační parametry, základní biochemie, krevní skupina
- 3 zajištění žilního přístupu - periferní nebo centrální u nestabilních či hypotenzních pacientů
- 4 zavedení nasogastrické sondy k odsávání krve a koagul ze žaludku, eventuelně výplachu žaludku
- 5 podání léků – omeprazol parenterálně, vasokonstriční látky, hemostyptika
- 6 zabezpečení cirkulace, doplnění objemu tekutin – infuze, hemosubstituce, plasma
- 7 sledování množství a barvy zvratků a stolice

Pacient je na JIP obvykle hospitalizován až po provedení urgentní endoskopie, kde je lokalizován a ošetřen zdroj krvácení. U hemodynamicky nestabilních pacientů je však lepším postupem pacienta nejprve oběhově stabilizovat, zajistit a provést základní opatření konservativní léčby, a teprve poté provést gastrokopické vyšetření. Léčba pacientů s akutním krvácením do horního GIT musí být vždy komplexní a je zde nezbytná spolupráce endoskopistů, internistů a chirurgů.

3.5 Chirurgická terapie

Díky rozvoji účinných endoskopických metod zástavy krvácení (endoklipy, opich adrenalinem, elektrokoagulace, argonová plasma atd.) se dnes krvácení do horní části GIT příliš neoperují. Avšak v případech, kdy není pro masivní krvácení (množství krve v horním GIT) terén přehledný a zdroj krvácení se při gastroskopii nepodaří lokalizovat, je operační řešení nutné.

Operace je indikována i v případě, že se krvácení nepodaří endoskopicky zastavit, nebo při opakovaných recidivách krvácení i přes endoskopickou a maximální konservativní léčbu. Spolupráce endoskopistů a chirurgů je nutná, jsou krvácení endoskopicky neřešitelná a špatné vyhodnocení situace s oddalováním operačního řešení může být chybou s fatálními následky pro pacienta.

U krvácení z vředových lézí se chirurgický zákrok doporučuje u stavů s recidivujícím krvácením z lézí Forrest 1A a Forrest 2B. Vředové léze zadní stěny bulby duodena a v oblasti malé křivatury žaludku mají z hlediska opětovného a závažného krvácení největší riziko.

Operace spočívá nejčastěji v chirurgickém ošetření krvácející cévy (opich, ligatura) nebo méně často v resekčním výkonu.

5 PRAKTICKÁ ČÁST

5.1 Domněnky a cíle průzkumu

Pro svou práci jsem si vytyčila celkem šest hlavních cílů, přičemž jeden cíl patřil k teoretické části a zbylých pět k praktické části a výzkumnému šetření.

Hlavní cíle mé práce jsou:

Teoretická část:

- Shrnout základní poznatky o gastroduodenální chorobě.

Praktická část:

- Zajímalo mě, zda bude krvácení z vředů GD častější u žen, u mužů nebo bude jeho četnost na pohlaví nezávislá.
- Zjistit, zda pacienti trpěli v posledním měsíci před prokázáním krvácení do horního GIT některými vybranými symptomy – meléna, hematemeza, bolest, zvracení, pocity na omdlení, slabost či závrať.
- Zjistit, zda byla pacientům po prokázání krvácení do horního GIT podávána krevní transfúze.
- Zjistit, zda se krvácení vyskytlo u pacientů poprvé či opakovaně.
- Zjistit, zda byli pacienti před prokázáním krvácení do horního GIT v posledním měsíci vystaveni větší psychické zátěži než obvykle.

Domněnky:

Podle nastudovaných materiálů jsem si stanovila celkem šest domněnek:

D1 – Ověřit, zda bude krvácení z vředů GD častější u žen, u mužů nebo bude jeho četnost na pohlaví nezávislá.

D2 – Předpokládá se, že u pacientů před prokázáním akutního krvácení z vředu byl přítomný některý typický symptom – meléna, hemateméza.

D3 - Domněnka, že pacienti trpěli v posledním měsíci před prokázáním akutního krvácení do horního GIT některými vybranými symptomy – bolest břicha, zvracení, pocity na omdlení, slabost či závrať.

D4 – Můžeme předpokládat, že byla ve většině případů po prokázaném akutním krvácení z vředové léze pacientům podávána krevní transfúze.

D5 – Domníváme se, že se akutní krvácení z vředu u některých pacientů vyskytlo opakovaně.

D6 – Většina respondentů potvrdí, že byli před prokázáním krvácení z vředu v posledním měsíci vystaveni větší psychické zátěži než obvykle.

5.2 Metodika průzkumu

Pro zjištění symptomů akutního krvácení z žaludečního a dvanáctíkového vředu byla u pacientů použita průzkumná metoda sběru dat - dotazníková forma.

Použitý dotazník byl vypracován pod odborným vedením MUDr. Pavla Sillingera, obsahuje 14 otázek (12 uzavřených + 2 otevřené) a je určen pacientům s prokázaným akutním krvácením z žaludečního či dvanáctíkového vředu. Také zde byla použita škálovaná otázka ke zjištění míry bolesti (byla použita škála 1 - 5).

V úvodu dotazníku byl vysvětlen jeho účel a způsob vyplnění. Respondenti odpovídali na položky několika způsoby. U některých otázek vybírali pouze jednu odpověď, u některých více a u dalších volili odpověď prostřednictvím vlastních slov. Dotazník je uvedený v příloze č. 1. První část dotazníku se týkala zodpovězení otázek identifikačních - pohlaví a věku respondentů. Dále následovala část několika otázek zaměřená na vybrané symptomy provázející akutní krvácení z vředů - zde respondenti uváděli, zda měli v posledním měsíci bolesti břicha, případně určovali intenzitu této bolesti, její charakter, lokalizaci, zdali se bolest projevovala v závislosti na požití stravy a zda tím byla nějak ovlivněna jejich chuť k jídlu. V dalších otázkách byli dotazováni na výskyt hematemézy, anemického syndromu a na přítomnost melény v posledním týdnu před stanovením diagnózy akutního krvácení. Závěrečné otázky se týkaly podávání krevní transfúze za nynější hospitalizace a případné recidivy akutního krvácení. Mezi tyto otázky byla zařazena i jedna, která se netýkala symptomů provázející akutní krvácení z vředových lézí, ale byla zaměřena na stres jako rizikový faktor, který přispívá ke vzniku vředových lézí. Poslední otázka vypovídala o lokalizaci vředu (žaludeční či dvanáctíkový) a byla určena ošetřujícímu lékaři případně zdravotním sestřám.

Dotazník byl anonymní a jeho vyplnění dobrovolné. Celkem bylo osloveno 50 respondentů, z toho připadalo 25 tedy 50 % respondentů na diagnózu akutního krvácení z žaludečního vředu a 25 tedy 50 % respondentů na diagnózu akutního krvácení z vředu duodenálního. Ne všichni oslovení byli ochotni dotazník vyplnit a ne všem to jejich stav dovoľoval. Celková návratnost byla zhodnocena na 43 dotazníků - tedy 86 %, z čehož 21 tedy

49 % respondentů představovalo skupinu žaludečního vředu a 22 tedy 51 % oslovených skupinu vředu duodenálního.

Data získaná z dotazníků byla vyhodnocena a statisticky zpracována, hodnoty byly zaneseny do tabulek a znázorněny pomocí výšečových grafů. Každý jev v tabulce je vyjádřen pomocí dvou hodnot, a to jako:

- n_i – absolutní hodnota
- f_i – relativní hodnota (%)

5.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Průzkum byl prováděn u pacientů Pardubické krajské nemocnice a.s. a Nemocnice Jablonec nad Nisou. V Pardubické krajské nemocnici byl dotazník rozdáván pacientům JIP interního oddělení Interní kliniky a společné JIP Chirurgické kliniky. V jablonecké nemocnici pacientům chirurgického oddělení B2 a na oddělení chirurgické JIP. Vždy se jednalo o pacienty, kterým byla provedena ezofagogastroduodenoskopie a bylo prokázáno krvácení ze žaludečního nebo dvanáctníkového vředu.

Průzkumu se zúčastnilo celkem 43 respondentů, přičemž poměr mezi žaludečními vředy a dvanáctníkovými byl téměř vyrovnán. Skupinu žaludečních vředů prezentovalo 21 respondentů a skupinu duodenálních vředů tvořil celkový počet 22 dotázaných.

5.4 Výsledky a hodnocení průzkumu

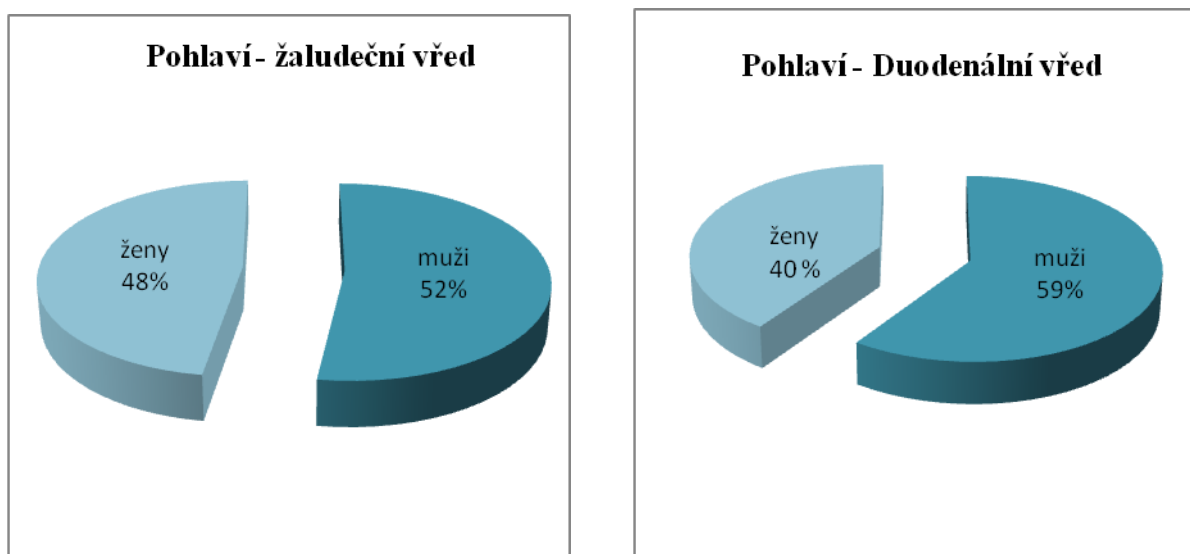
Vzhledem k malému počtu respondentů hodnocení v několika otázkách plně neodpovídalo údajům uváděných literaturou. Celý soubor respondentů byl rozdělen do dvou kategorií – na skupinu žaludečního vředu a skupinu vředu duodenálního, a jsou zkoumány symptomy provázející či předcházející krvácení z vředových lézí. Pouze jedna otázka je zaměřena na rizikový faktor - a to přítomnost stresu a jeho možný vliv na vznik vředové choroby gastroduodenální.

Tab. 3 Rozdělení respondentů podle pohlaví

Pohlaví	Žaludeční vřed		Duodenální vřed	
Muži	11	52 %	13	59 %
Ženy	10	48 %	9	40 %
Celkem	21	100 %	22	100 %

Zdroj: Dotazníky

Graf č. 1



Zdroj: Dotazníky

Komentář:

Zajímalo mě, zda je krvácení z vředů GD častější u žen, u mužů nebo bude jeho četnost na pohlaví nezávislá. Vyhodnocení vyšlo následovně:

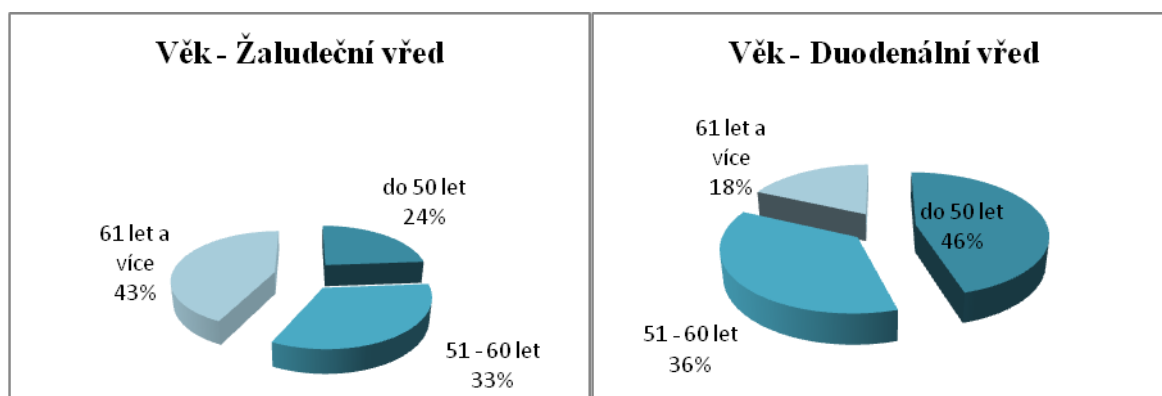
U žaludečního vředu nebyl téměř žádný rozdíl mezi počtem žen a mužů. Z celkového počtu 21 respondentů u žaludečních vředů bylo 11 (tj. 52 %) mužského pohlaví a 10 (tj. 48 %) pohlaví ženského. U vředů duodenálních převládalo výrazněji mužské pohlaví a to počtem 13 respondentů (tj. 59 %) proti 9 respondentům (tj. 40 %) pohlaví ženského. V mém výzkumu však šlo o malý soubor, takže výsledky mohou být tímto zkreslené.

Tab. 4 Rozdělení respondentů podle věku

Věk	Žaludeční vřed		Duodenální vřed	
do 50 let	5	24 %	10	45 %
51 - 60 let	7	33 %	8	36 %
61 let a více	9	43 %	4	18 %
Celkem	21	100 %	22	100 %

Zdroj: Dotazníky

Graf č. 2



Zdroj: Dotazníky

Komentář:

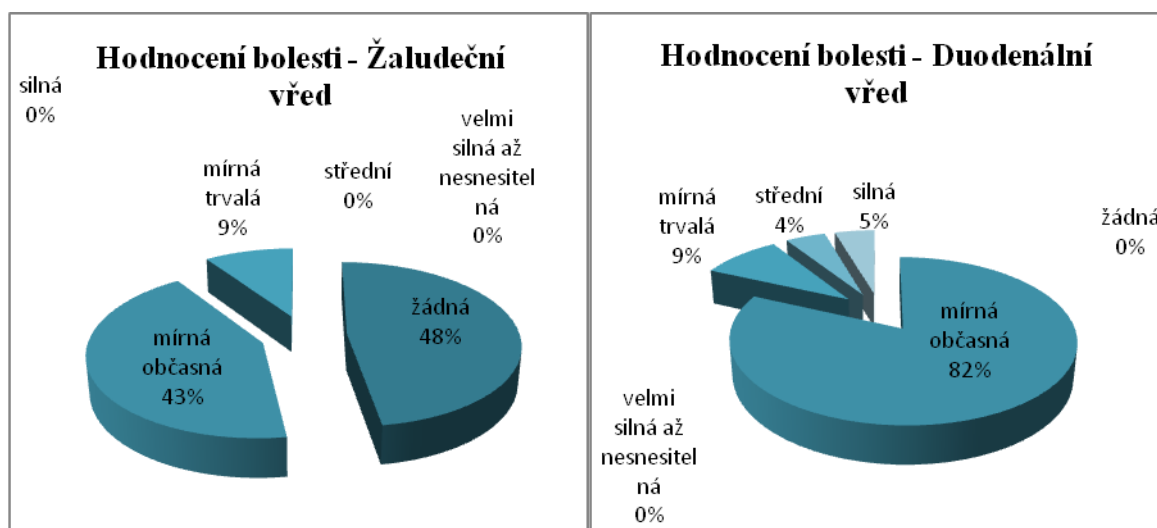
Při vyhodnocování získaných dat vyšlo jasně najevo, že vředy žaludeční mají vyšší výskyt u osob starších 61 let - v tomto případě 9 respondentů (tj. 43%) a jsou nejčastěji způsobené nadměrným užíváním nesteroidních antirevmatik. Naproti tomu vředy duodenální se vyskytují více u osob mladších – zde ve skupině do 50 let, kdy v mém šetření potvrdilo tuto skutečnost 10 respondentů (tj. 45%). V tomto případě se údaje plně shodují s literaturou a s jinými výzkumy z posledních let.

Tab. 5 Hodnocení přítomnosti bolesti v posledním měsíci

Hodnocení bolesti	Žaludeční vřed		Duodenální vřed	
Žádná	10	48 %	0	0 %
Mírná občasná	9	43 %	18	82 %
Mírná trvalá	2	9 %	2	9 %
Střední	0	0 %	1	5 %
Silná	0	0 %	1	5 %
Velmi silná až nesnesitelná	0	0 %	0	0 %
Celkem	21	100 %	22	100 %

Zdroj: Dotazníky

Graf č. 3



Zdroj: Dotazníky

Komentář:

Pro vyhodnocení přítomnosti bolesti břicha v posledním měsíci jsem použila škálu 1 – 5.

Z výše uvedených čísel vyplývá, že krvácení z žaludečního vředu se skoro v 50 % případů vyskytuje asymptomaticky, tudíž bez předcházejících bolestí břicha – údaj odpovídá

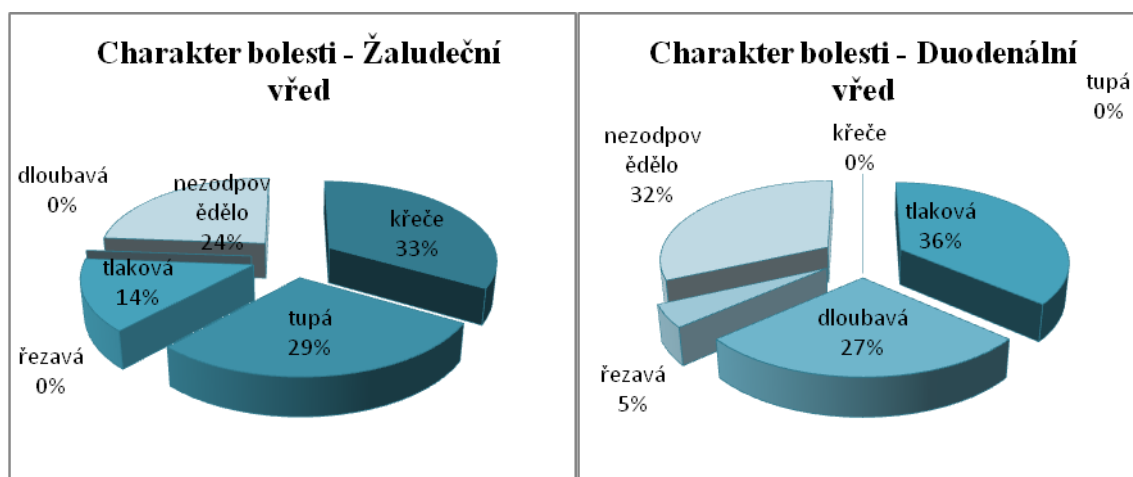
literatuře. S tím kontrastují data získaná u skupiny s duodenálními vředy, kde více než 80 % respondentů uvedlo alespoň mírnou občasnou bolest.

Tab. 6 Popis charakteru bolesti

Charakter bolesti	Žaludeční vřed		Duodenální vřed	
Křeče	7	33 %	0	0 %
Tupá	6	29 %	0	0 %
Tlaková	3	14 %	8	36 %
Dloubavá	0	0 %	6	27 %
Řezavá	0	0 %	1	5 %
Nezodpovědělo	5	24 %	7	32 %
Celkem	21	100 %	22	100 %

Zdroj: Dotazníky

Graf č. 4



Zdroj: Dotazníky

Komentář:

Tato otázka byla otevřená, pacienti popisovali vlastními slovy charakter bolesti břicha za poslední měsíc. V otázce vyšlo najevo, že charakter bolesti se u obou skupin určitým způsobem liší - záleží na lokalizaci léze a musíme samozřejmě přihlížet i na individualitu vnímání bolesti každého jedince. Vzhledem k malému počtu respondentů se výsledky nemusí shodovat s odbornou literaturou.

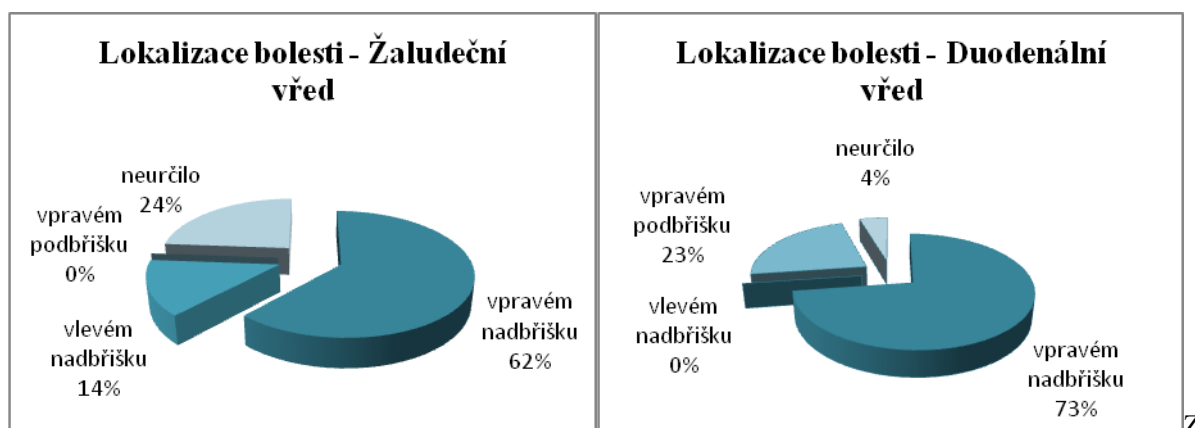
U žaludečního vředu v celkem 7 případech (33 %) trpěli pacienti křečemi, 6 respondentů (29 %) udalo bolesti tupé, 3 respondenti (14 %) bolesti tlakové a 5 (24 %) respondentů otázku nezodpovědělo. Vřed duodenální se nejčastěji projevoval bolestí tlakovou a to v počtu celkem 8 respondentů (36 %), 6 respondentů (27 %) uvedlo bolest hloubavou, 1 (5 %) bolest řezavou a 7 (32 %) na otázku vůbec neodpovědělo.

Tab. 7 Upřesnění lokalizace bolesti

Lokalizace bolesti	Žaludeční vřed		Duodenální vřed	
V pravém nadbříšku	13	62 %	16	73 %
V levém nadbříšku	3	14 %	0	0 %
V pravém podbříšku	0	0 %	5	23 %
Neurčilo	5	24 %	1	5 %
Celkem	21	100 %	22	100 %

Zdroj: Dotazníky

Graf č. 5



droj: Dotazníky

Komentář:

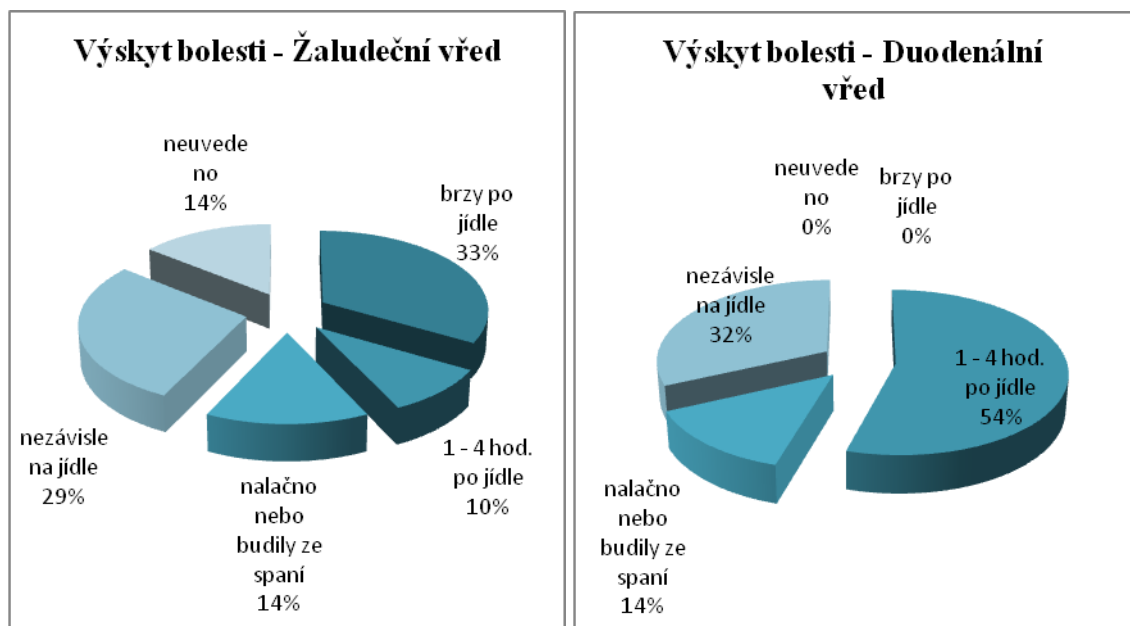
Z 21 respondentů ze skupiny žaludečního vředu celkem 13 (62 %) cítilo bolest v pravém nadbříšku a u 3 (14 %) respondentů byla bolest lokalizována do levé části nadbříšku, 5 (24 %) z nich nevedlo žádnou odpověď. U vředů duodenálních udávalo z 22 dotázaných celkem 16 (73 %) bolest v posledním měsíci v pravém nadbříšku, 5 (23 %) respondentů pocítovalo bolest v pravém podbříšku a 1 (5 %) neudal žádnou z uvedených možností. Ze získaných dat vyplynulo, že u obou skupin byla bolest převážně lokalizována v pravém nadbříšku, počet respondentů s touto odpovědí se u obou skupin lišil pouze o 3 případy.

Tab. 8 Závislost výskytu bolesti na jídle

Výskyt bolesti	Žaludeční vřed		Duodenální vřed	
Brzy po jídle	7	33 %	0	0 %
1 - 4 hod. po jídle	2	10 %	12	55 %
Nalačno nebo budily ze spaní	3	14 %	3	14 %
Nezávisle na jídle	6	29 %	7	32 %
Neuvedeno	3	14 %	0	0 %
Celkem	21	100 %	22	100 %

Zdroj: Dotazníky

Graf č. 6



Zdroj: Dotazníky

Komentář:

Ze získaných dat k tomuto tématu můžeme vidět, že bolest u žaludečního vředu typicky následuje brzy po požití potravy, kdy tuto charakteristiku uvedlo 7 (tedy 33 %) z celkového počtu 21 dotazovaných. U vředu duodenálního vzniká naopak obvykle nalačno či s odstupem několika hodin po jídle - zde potvrdilo tuto skutečnost 12 (tedy 55 %) z celkového počtu 22

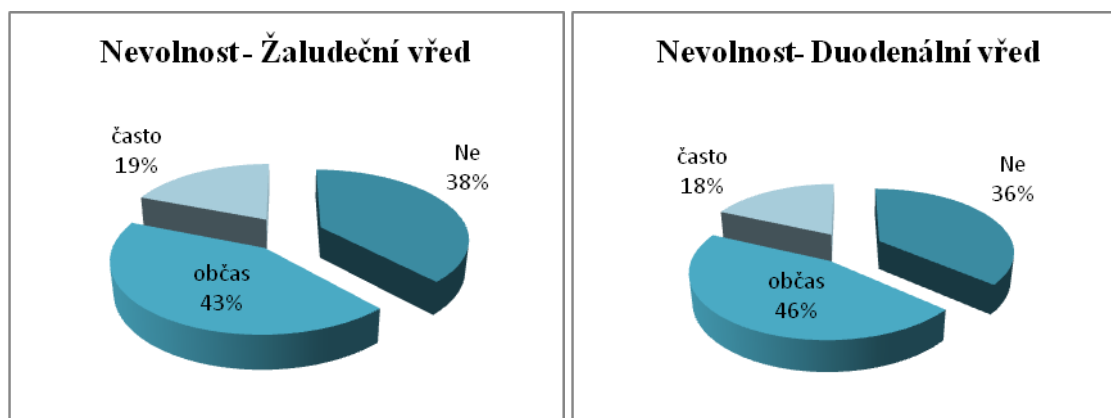
respondentů. Bolest může také přicházet nezávisle na jídle - tuto možnost zvolilo 6 (tj. 29 %) oslovených při prokázaném krvácení z vředu žaludečního a 7 respondentů (tj. 32 %) ze skupiny vředu duodenálního.

Tab. 9 Přítomnost nevolnosti v posledním měsíci

Nevolnost	Žaludeční vřed		Duodenální vřed	
Ne	8	38 %	8	36 %
Občas	9	43 %	10	45 %
Často	4	19 %	4	18 %
Celkem	21	100 %	22	100 %

Zdroj: Dotazníky

Graf č. 7



Zdroj: Dotazníky

Komentář:

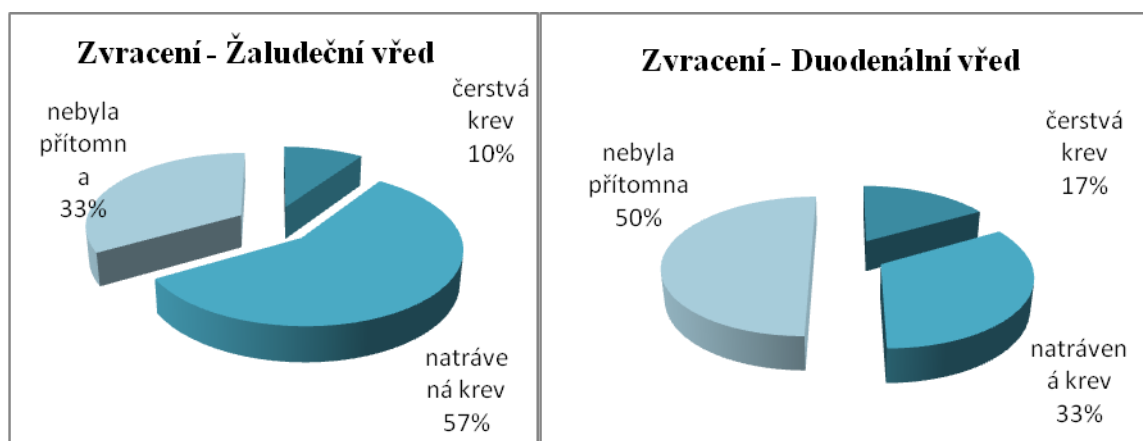
Z výše uvedených údajů vyplývá, že nevolnost často předchází akutní krvácení z vředu žaludečního i duodenálního, přičemž data z obou skupin jsou prakticky vyrovnaná. Ze všech 21 dotazovaných s vředem žaludečním uvedlo občasné problémy s nevolností 9 respondentů (tedy 43 %), 4 respondenti (tedy 19 %) měli obtíže často a 8 pacientů (tedy 38 %) obtíže charakteru nevolnosti neudávalo. U vředů duodenálních uvedlo z celkového množství 22 respondentů 10 (tedy 45 %) občasnou nevolnost, 4 oslovené (tedy 18 %) provázela nevolnost často a 8 respondentů (tedy 36 %) nevolnost neudávalo.

Tab. 10 Přítomnost hematemazy

Zvracení	Žaludeční vřed		Duodenální vřed	
Čerstvá krev	2	10 %	4	18 %
Natrávená krev	12	57 %	8	36 %
Nebyla přítomna	7	33 %	12	55 %
Celkem	21	100 %	22	100 %

Zdroj: Dotazníky

Graf č. 8



Zdroj: Dotazníky

Komentář:

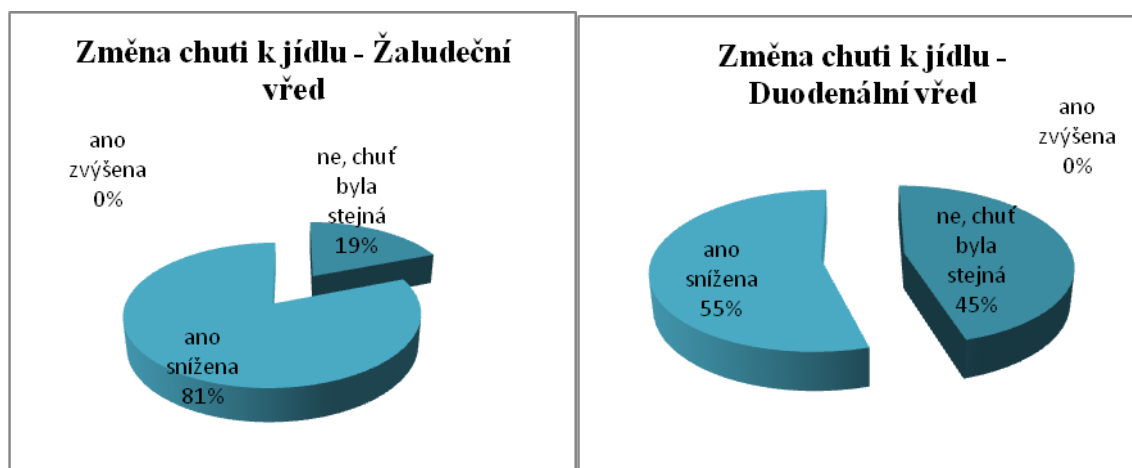
V této otázce jsem zaznamenala očekávaný vyšší výskyt hematemazy u pacientů s žaludečními vředy, kdy zde bylo zvracení natrávené krve respektive obsahu vzhledu kávové sedliny přítomno u 12 dotazovaných (tedy 57 %), u 2 (tedy 10 % případů) byla v obsahu přítomna krev čerstvá a v 7 případech (tedy 33 %) se krvácení hematemezou neprojevalo. U duodenálního vředu byl výskyt tohoto příznaku nižší – zvracení s přítomností natrávené krve v této skupině uvedlo 8 respondentů (tedy 36 %), 4 respondenti (tedy 18 %) byli hospitalizováni pro výskyt čerstvé krve ve zvrátcích a u celkem 12 (tedy 55 %) respondentů nebyla hematemaza přítomna vůbec. Vzhledem k malému počtu dotazovaných nemusejí data zcela odpovídat literárním údajům.

Tab. 11 Ovlivnění chuti k jídlu

Změna k chuti k jídlu	Žaludeční vřed		Duodenální vřed	
Ne, chuť byla stejná	4	19 %	10	45 %
Ano, snížena	17	81 %	12	55 %
Ano, zvýšena	0	0 %	0	0 %
Celkem	21	100 %	22	100 %

Zdroj: Dotazníky

Graf č. 9



Zdroj: Dotazníky

Komentář:

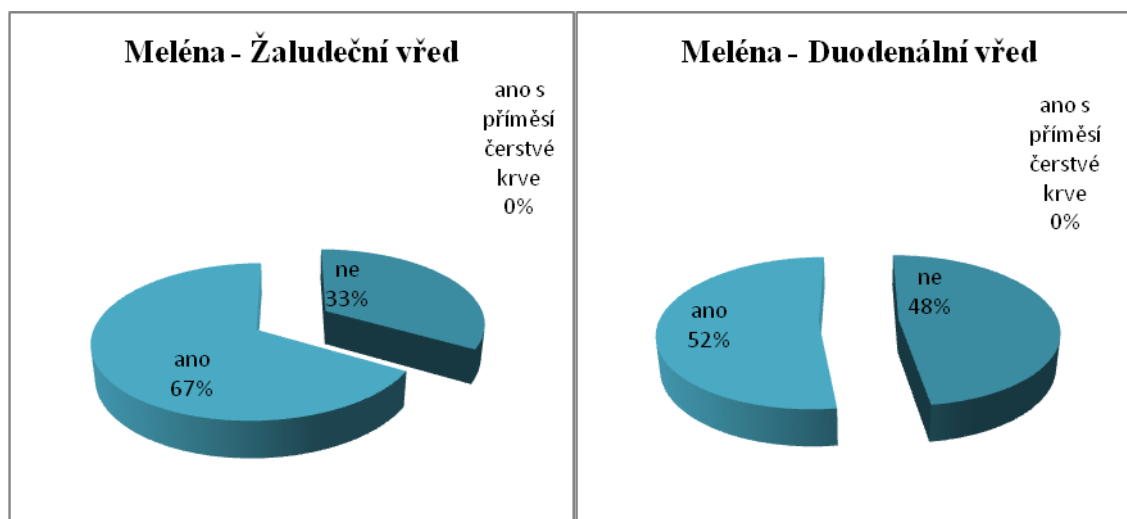
Z uvedených dat a grafů je zřetelné, že snížená chuť k jídlu ve skupině žaludečního vředu výrazně převládá a to v 81 % dotázaných - pravděpodobně z důvodu, že žaludeční vřed často činí pacientům po jídle obtíže, kdy se typicky krátce po požití stravy objevují bolesti břicha. U skupiny vředu duodenálního činil rozdíl mezi chutí sníženou a stejnou jako obvykle pouze 2 respondenty - chuť sníženou pociťovalo 55 % dotázaných a zachovala chuť bez výraznější změny byla uvedena u 45 % oslovených.

Tab. 12 Výskyt melény

Meléna	Žaludeční vřed		Duodenální vřed	
Ne	7	33 %	11	50 %
Ano	14	67 %	12	55 %
Ano, s příměsí čerstvé krve	0	0 %	0	0 %
Celkem	21	100 %	22	100 %

Zdroj: Dotazníky

Graf č. 10



Zdroj: Dotazníky

Komentář:

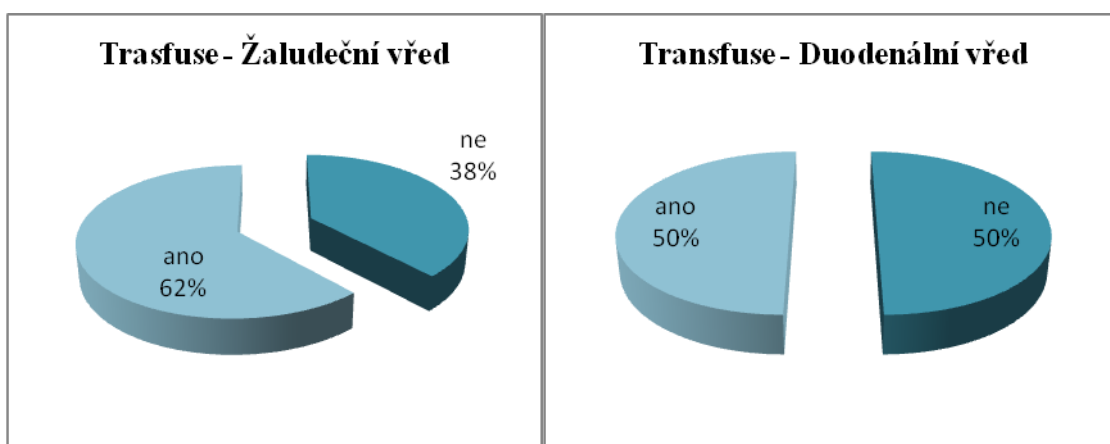
Jak je patrné z výše uvedených dat a grafů - meléna jako typický příznak akutního krvácení do horního GIT byla přítomna v nadpoloviční většině u vředu žaludečního i duodenálního. Ve skupině vředu žaludečního byla meléna přítomna u 67 % respondentů, ve skupině vředu duodenálního u 52 % dotázaných – zde bych očekávala spíše vyšší čísla, ale výsledky mohou být ovlivněny malým počtem respondentů. Tzv. rychlá meléna nebyla v dotazovaném souboru zaznamenána v ani jedné ze skupin.

Tab. 13 Krevní transfúze podaná během současné léčby

Transfúze	Žaludeční vřed		Duodenální vřed	
Ne	8	38 %	11	50 %
Ano	13	62 %	11	50 %
Celkem	21	100 %	22	100 %

Zdroj: Dotazníky

Graf č. 11



Zdroj: Dotazníky

Komentář:

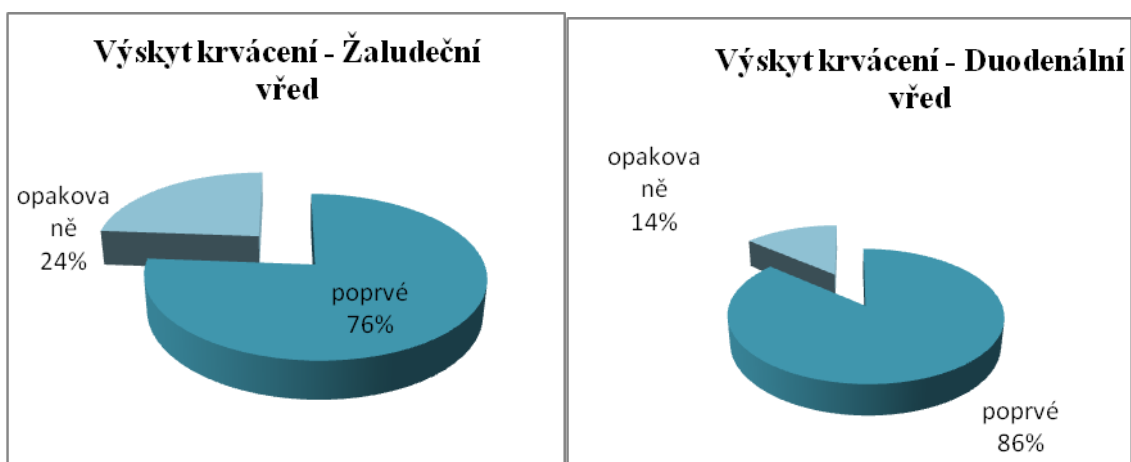
Ve skupině vředu žaludečního byla krevní transfúze podána celkem 13 pacientům (62 %), u 8 pacientů (38 %) nebyla nutná. U vředu duodenálního byl počet pacientů vyrovnaný – celkem u 11 dotázaných (50 %) byla hemosubstituce nutná, u stejného počtu – tedy 11 (50 %) transfúze podána nebyla.

Tab. 14 Recidivující akutní krvácení

Výskyt krvácení	Žaludeční vřed		Duodenální vřed	
Poprvé	16	76 %	19	86 %
Opakovaně	5	24 %	3	14 %
Celkem	21	100 %	22	100 %

Zdroj: Dotazníky

Graf č. 12



Zdroj: Dotazníky

Komentář:

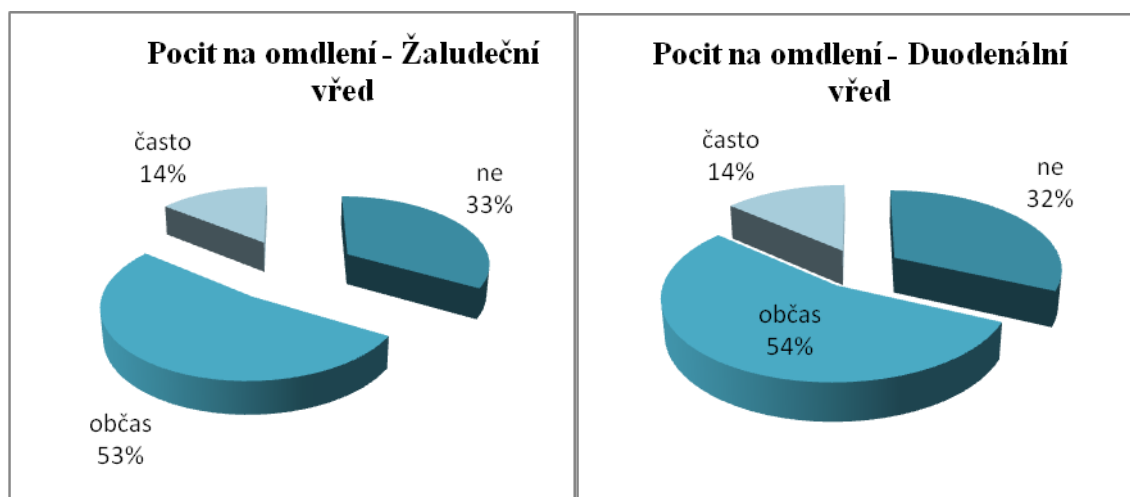
Sebraná data ukázala, že krvácení z žaludečního vředu se vyskytlo v 16 případech (tj. 76 %) poprvé a u 5 dotázaných (tj. 24 %) se objevilo již jako recidiva. Skupina duodenálního vředu měla opakovaný výskyt krvácení pouze ve 3 případech (tj. 14 %), u ostatních respondentů – tedy u 19 (tj. 86 %) se krvácení vyskytlo poprvé v životě.

Tab. 15 Pocit na omdlení, slabost či závrať v posledním měsíci

Pocit na omdlení	Žaludeční vřed		Duodenální vřed	
Ne	7	33 %	7	32 %
Občas	11	53 %	12	53 %
Často	3	14 %	3	14 %
Celkem	21	100 %	22	100 %

Zdroj: Dotazníky

Graf č. 13



Zdroj: Dotazníky

Komentář:

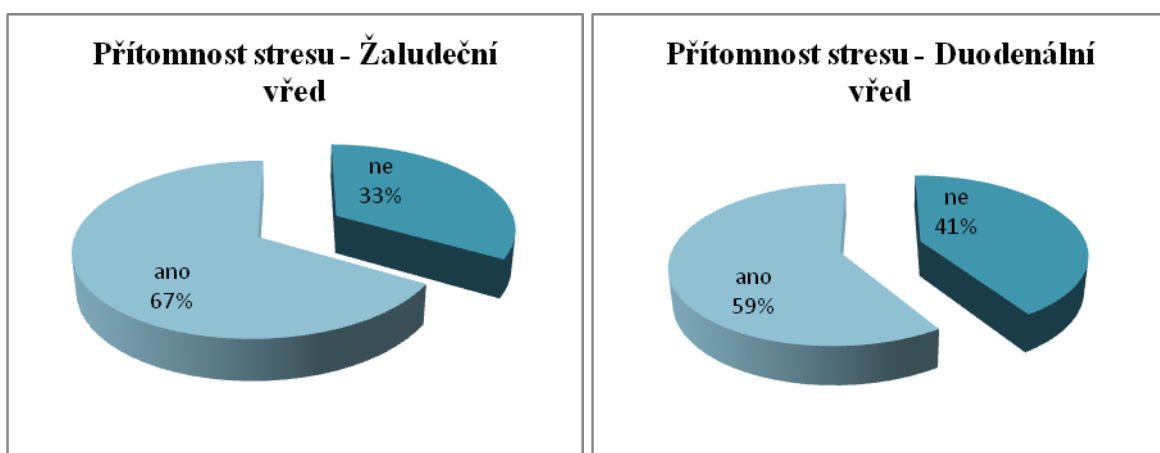
Pocity na omdlení, slabost či závrať – tedy příznaky anemického syndromu za poslední měsíc se u skupin vředu žaludečního a duodenálního prakticky nelišily. U žaludečního vředu mělo výše uvedené obtíže občas 11 pacientů (tedy 53 %), 3 (tedy 14 %) často a 7 dotázaných (tedy 33 %) tyto potíže nepociťovalo vůbec. U vředu duodenálního byly občasné obtíže tohoto charakteru zaznamenány ve 12 případech (tedy 53 %), časté potíže u 3 respondentů (tedy 14 %) a rovněž 7 dotázaných (tedy 32 %) se s žádnými potížemi tohoto typu nesetkalo.

Tab. 16 Vystavení respondentů zvýšené psychické zátěži

Přítomnost stresu	Žaludeční vřed		Duodenální vřed	
Ne	7	33 %	9	41 %
Ano	14	67 %	13	59 %
Celkem	21	100 %	22	100 %

Zdroj: Dotazníky

Graf č. 14



Zdroj: Dotazníky

Komentář:

V této otázce se potvrdil fakt, že nadměrný stres přispívá ke vzniku vředových lézí. Počet respondentů, u kterých byla zaznamenána přítomnost větší psychické zátěže v posledním měsíci, byl v obou případech nadpoloviční.

5.5 Diskuze

Hlavním cílem praktické části této diplomové práce bylo zodpovědět 6 domněnek, které byly stanoveny předem:

Domněnky:

Podle nastudovaných materiálů jsem si stanovila celkem pět domněnek:

D1 – Zajímalo by mě, zda bude krvácení z vředů GD častější u žen, u mužů nebo bude jeho četnost na pohlaví nezávislá.

Chtěla jsem ověřit, zda není jedno pohlaví postiženo krvácením z vředů více než druhé. Mezi dotázanými pacienty s akutním krvácením z žaludečního vředu jsme v našem souboru zaznamenali 10 žen a 11 mužů, u vředu duodenálního převažovalo mužské pohlaví o něco výrazněji – celkem 13 mužů proti pouze 9 ženám. V obou skupinách bylo ve větší míře zastoupeno mužské pohlaví - jednalo se však o malý soubor, takže výsledky mohou být zkreslené.

D2 – Předpokládá se, že u pacientů před prokázáním akutního krvácení z vředu byl přítomný některý typický symptom – meléna či hematemeza.

Ano, tato domněnka se potvrdila - v nadpoloviční většině byla přítomna meléna u obou skupin dotazovaných. Hematemeza byla dle očekávání častěji přítomna ve skupině žaludečního vředu – 67 % dotazovaných, o něco méně frekventní byla u duodenálních vředů – 50 % respondentů. U části dotazovaných se projevíly oba symptomy současně. Výsledek se shoduje s literaturou.

D3 – Domněnka, že pacienti trpěli v posledním měsíci před prokázáním akutního krvácení do horního GIT některými vybranými symptomy – bolest břicha, zvracení, pocit na omdlení, slabost či závrať.

Naprostá většina respondentů trpěla v posledním měsíci před prokázáním krvácení z vředové léze alespoň jedním z uvedených symptomů (bolest břicha, zvracení, pocit na omdlení, slabost či závrať) – tyto výsledky splnily naše očekávání.

D4 – Můžeme předpokládat, že byla ve většině případů po prokázání akutního krvácení z vředové léze pacientům podávána krevní transfúze.

Tento předpoklad byl opět potvrzen - při akutním krvácení z vředové léze je pacient ohrožen vznikem akutní posthemorhagické anémie, při masivním krvácení a výrazné krevní ztrátě může dojít až k rozvoji šokového stavu. U vředu žaludečního bylo u 13 pacientů (62 %) nutné podat krevní transfúze, u vředu duodenálního byl tento počet o něco menší – hemosubstituce byla nutná u 11 (50 %) dotazovaných. I přes nadpoloviční většinu jsme očekávali vyšší procento pacientů s nutností podání krevní transfúze. Relativně nízké procento hemosubstituovaných v našem souboru může souviset s rychle provedeným endoskopickým zákrokem po objevení se prvních příznaků akutního krvácení, čímž se zamezilo větším krevním ztrátám, vliv může mít samozřejmě i malá velikost souboru.

D5 – Domníváme se, že se akutní krvácení z vředu u některých pacientů vyskytlo opakovaně.

Z odpovědí našich respondentů bylo zjištěno, že tato domněnka se nám potvrdila jen částečně. Ve skupině žaludečního vředu se akutní krvácení u 5 dotázaných (tj. 24 %) vyskytlo již opakovaně, zatímco ve skupině vředu duodenálního byl opakovaný výskyt zaznamenán pouze u 3 (tj. 14 %) případů. V našem souboru tak jednoznačně zejména u vředů duodenálních převládala pacientova prvotní zkušenost s touto komplikací.

D6 – Většina respondentů potvrdí, že byli před prokázáním krvácení z vředu v posledním měsíci vystaveni větší psychické zátěži než obvykle.

Z dotazníkového šetření se potvrdil fakt, že nadměrný stres přispívá ke vzniku vředových lézí. Počet respondentů, u kterých byla zaznamenána přítomnost větší psychické zátěže v posledním měsíci, byl v obou skupinách dotazovaných nadpoloviční.

Výsledky z dotazníkového šetření naše domněnky a předpoklady ve 4 případech plně potvrdily, pouze 1 se plně neshodovala a 1 domněnka ověřovala výsledky šetření.

V první domněnce jsem chtěla ověřit, zda bude převažovat výskyt onemocnění u žen, u mužů nebo bude na pohlaví nezávislé. V mém šetření převažovali v obou skupinách muži, což by odpovídalo některým literárním údajům, šlo však o poměrně malý soubor, takže výsledky mohou být tímto zkreslené.

Následující dvě domněnky se zaměřovaly čistě na symptomy provázející akutní krvácení. Bylo prokázáno, že pacienti před potvrzením diagnózy většinou trpěli některými vybranými symptomy – melénou, hematemézou, bolestmi břicha, zvracením, pocitů na omdlení, slabostí či závratí.

Čtvrtá domněnka se nám opět potvrdila – krevní transfúze byla podána u více než 50 % respondentů po prokázání akutního krvácení z vředové léze. Jen částečně byla potvrzena domněnka pátá, která předpokládala, že v souboru budou čteně zastoupeni pacienti s již opakovaným krvácením. V našem šetření udalo recidivu krvácení celkem 5 (tj. 24 %) dotázaných ze skupiny žaludečního vředu a pouze 3 (tj. 14 %) respondenti ze skupiny vředu duodenálního. Z toho plyne, že ve více než 80 % měli pacienti s tímto onemocněním respektive s jeho komplikací prvotní zkušenost.

V poslední uvedené domněnce se zjišťovala přítomnost zvýšené stresové zátěže v posledním měsíci před prokázáním krvácející vředové léze. Z literatury lze vyčíst typicky zvýšený výskyt vředových lézí u lidí pracujících ve stresovém prostředí nebo s častým výskytem stresových situací. I v našem šetření se tento předpoklad potvrdil - více než 50 % respondentů ze skupiny žaludečních i duodenálních vředů uvedlo předchozí zvýšenou psychickou zátěž.

5.6 ZÁVĚR

Všechny cíle, které jsem si na začátku výzkumného procesu stanovila, byly splněny. V teoretické části jsem shrnula základní poznatky o vředové chorobě žaludku a dvanáctníku a v praktické části jsem se prostřednictvím čtrnácti otázek v dotazníku snažila splnit dalších pět cílů uvedených v kapitole 5.1 Cíle a domněnky.

Akutní krvácení do horního zažívacího traktu - zvláště jedná-li se o masivní krvácení - je závažný a život bezprostředně ohrožující stav, který vyžaduje rychlou diagnostiku a rozhodnou léčbu často v rámci multioborové spolupráce endoskopisty a chirurga. Nejčastější příčinou krvácení do horního GIT je peptický vřed žaludku či duodena, který je v populaci hojně rozšířen u obou pohlaví nevyjímaje žádnou věkovou skupinu. Akutní krvácení do horního GIT se obvykle projevuje hematemézou a/nebo melénou a zpravidla vede v důsledku krevních ztrát k rozvoji akutní posthemorhagické anémie s anemickým syndromem, která může mít v případě masivního krvácení s výraznou krevní ztrátou až podobu šokového stavu. Při vzniku vředových lézí žaludku i dvanáctníku má zásadní roli bakterie *Helicobacter pylori*, jejíž úspěšná eradikace významným způsobem snižuje četnost recidiv vředů a tím pádem i jejich komplikací včetně akutního krvácení. Dalším významným faktorem při vzniku zejména žaludečních vředů u starších pacientů je nadměrné užívání některých léků zvláště ze skupiny nesteroidních antirevmatik. Tyto vředy jsou často zcela asymptomatické a akutní krvácení bývá nezdědkou jejich prvním symptomem, jinak je však přítomnost různých symptomů jako jsou bolesti břicha, nevolnost či nechutenství u vředové choroby poměrně běžná. Mezi další rizikové faktory patří chybná životospráva včetně stravovacích návyků, psychický stres, nadměrná konzumace kávy či alkoholu nebo kouření cigaret. Tyto faktory patří mezi ovlivnitelné, proto je důležitá edukace a osvěta v rámci prevence tohoto závažného onemocnění. Nezastupitelnou úlohu v léčbě vředové choroby žaludku a dvanáctníku jakož i vředů sekundárních mají dnes blokátory protonové pumpy. Při akutním krvácení z vředové léze má dnes v diagnostice i terapii dominantní postavení léčba endoskopická doplněná vhodnou léčbou konzervativní, chirurgická léčba je vymezena pouze pro endoskopicky neřešitelné případy krvácení či jiné závažné komplikace vředů žaludku či duodena.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ADAMS, B., HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy ad A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. BUREŠ, J. *Gastroenterologie 2006*. 1. vyd. Praha: Triton s. r. o., 2006. 294 s. ISBN 80-7254-598-1.
3. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1988. 388 s.
4. DYLEVSKÝ, I. *Anatomie a fyziologie člověka*. 1. vyd. Olomouc: Epava, 1998. 429 s.
5. KEIL, R. a kol. *Gastroskopie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 173 s. ISBN 80-7345-106-9.
6. KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 949 s. ISBN 80-7262-007-X.
7. KOHOUT, P. *Vředová choroba*. Praha: Maxdorf, 2005. 77 s. ISBN 80-7345-077-1.
8. KRŠKA, Z., ZAVORAL, M. *Krvácení do gastrointestinálního traktu*. 1. vyd. Praha: Triton s. r. o., 2007. 390 s. ISBN 978-80-7254-994-8.
9. LUKÁŠ, K. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
10. LUKÁŠ, K., ŠVESTKA, T. *Refluxní choroba jícnu a vředová choroba gastroduodena*. 1. vyd. Praha: Triton s. r. o., 2002. 207 s. ISBN 80-7254-309-1.

11. MARTÍNEK, J., ŠPIČÁK, J. *Onemocnění žaludku a dvanáctníku, Helicibacter pylori*. 1. vyd. Praha: Triton s. r. o., 2000. 127 s. ISBN 80-7254-106-4.
12. MOUREK, J. *Fyziologie – učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.
13. MAŘATKA, Z. a spolupracovníci. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 1999. 490 s. ISBN 80-7184-561-2.
14. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Prada: Grada Publishing a. s., 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
15. RICHARD ROKYTA a kol. *Fyziologie pro bakalářská studia*. 1. vyd. Prada: ISV nakladatelství, 2000. 359 s. ISBN 80-85866-45-5.
16. ADÁMKOVÁ KORBUTHOVÁ, D. *Sestra. Stent k zastavení krvácení z jícnových varixů* [online] 2007. Dostupné na www: <<http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=324809>> [cit. 13.3.2009].
17. KALYANAKRISHNAN R. *Medicína po promoci 1/2008. Peptická vředová choroba* [online] 2008. Dostupné na www: <<http://www.tribune.cz/archiv/mpp/187/5120>> [cit. 17.03.2009].
18. FREE HEALTH ENCYCLOPEDIA. *Ulcers definition*. [online] 1996. Dostupné na www: <<http://www.faqs.org/health/Sick-V4/Ulcers.html>> [cit. 17.3.2009].
19. ENDOATLAS. *Image from the duodenal*. [online] 2007. Dostupné na www: <http://www.endoatlas.com/du_ul_02.html> [cit. 23.3.2009].
20. GASTRONET. *Endoskopyarchives*. [online] 2009. Dostupné na www:

<<http://www.gastrolab.net/pawelcom.htm>.> [cit. 08.04.2009].

21. OLYMPUS. *Product by Speciality*. [online] 2008. Dostupné na www:

<http://www.olympus-europa.com/endoscopy/427_GIF-XTQ160.htm> [cit. 30.03.2009].

22. MEDICINENET. *Peptic Ulcer Disease*. [online] 2009. Dostupné na www:

<http://www.medicinenet.com/peptic_ulcer/article.htm> [cit. 17.3.2009].

23. REJCHRT. S. *Endoskopická diagnostika a terapie u krvácení do gastroenterologického traktu*. [online] 2006. Dostupné na www: <<http://www.hpb.cz/index.php?pId=06-1-2-08l>> [cit. 19.03.2009].

24. ZDRAVCENTRUM. *Seriál Gastroenterologie – 4. díl. Peptický vřed žaludku a dvanáctníku* [online] 2008. Dostupné na www:

<https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/51_15232.html> [cit. 19.03.2009].

SEZNAM OBRÁZKŮ A PŘÍLOH

	Str.
Obr. 1 Obraz peptického vředu	23
Obr. 2 Ezofagogastroduodenoskop (gastroskop)	26
Obr. 3 Helicobacter pylori pod mikroskopem	41
Obr. 4 Krvácející vřed žaludku	41
Obr. 5 - (Forrest IA)	74
Obr. 6 - (Forrest IB)	74
Obr. 7 - (Forrest IIA)	75
Obr. 8 - (Forrest IIB)	75
Obr. 9 - (Forrest IIc)	76
Obr. 10 - (Forrest III)	76
Obr. 11 - Viditelná céva (šipka) na spodině žaludečního vředu (Forrest IIA)	77
Obr. 12 Aktivní krvácení z duodenálního vředu u 69 - letého muže	78
Obr. 13 Viditelná céva zodpovědná za krvácení z duodenálního vředu u 69 let staré ženy	78
Obr. 14 U 48 – leté ženy endoskopie odhalila krvácející vřed duodena	78
Příloha č. 1 Dotazník	71
Příloha č. 2 Obrázky endoskopické klasifikace krvácení podle Forrestovy klasifikace	74
Příloha č. 3 Obrázky krvácejících duodenálních vředů	78

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník

Pro pacienty s akutním krvácením z žaludečního a dvanáctníkového vředu

Dobrý den,

dostává se Vám do rukou dotazník, který se zaměřuje na symptomy (příznaky) u pacientů s akutním krvácením z žaludečního a dvanáctníkového vředu. Tento dotazník je součástí mé diplomové práce. Prosím Vás tímto o jeho vyplnění. Dotazník je anonymní, nikde nebude zveřejněno Vaše jméno. Informace od pacientů jsou pro mou práci velmi důležité. Předem Vám děkuji za spolupráci.

Lucie Benšová, Bc.
studentka Mgr. navazujícího programu Ošetřovatelství
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice

Informace pro vyplňování dotazníku: Vámi vybranou odpověď vždy označte křížkem, v případě, že Vám není nabídnuta žádná možnost, doplňte odpověď na připravené řádky.

1. Pohlaví:

- muž
- žena

2. Váš věk je: (doplňte číslici)

3. Měl (-a) jste v posledním měsíci bolesti břicha?

- 0 - žádná
- 1 – mírná občasná
- 2 – mírná trvalá
- 3 – střední
- 4 – silná
- 5 – velmi silná až nesnesitelná

4. Popište charakter bolesti:

.....

5. Upřesněte, prosím, kde se bolest vyskytovala:

- bolest jste cítil (-a) v nadbříšku – v pravé polovině břicha
- bolest jste cítil (-a) v nadbříšku – v levé polovině břicha
- bolesti jste cítil (-a) v podbříšku – v pravé polovině břicha
- bolesti jste cítil (-a) v podbříšku – v levé polovině břicha

6. Kdy se bolesti vyskytovaly nejčastěji?

- bolest se dostavila brzy po jídle
- bolest se dostavila 1 – 4 hod. po najedení
- nalačno (=déle než 2 hod. po jídle) nebo Vás často budily ze spaní
- nezávisle na jídle

7. Bylo Vám v posledním měsíci nevolno či jste zvracel (-a)?

- ne
- občas
- často

pokud jste zvracel (-a), byla v žaludečním obsahu přítomna:

- čerstvá krev
- natrávená krev (žaludeční obsah byl tmavý, podobný kávové sedlině)

8. Zpozoroval jste v posledním měsíci nějaké změny v chuti k jídlu?

- ne, chuť k jídlu byla stejná jako obvykle
- ano, chuť k jídlu byla snížena
- ano, chuť k jídlu byla zvýšená

9. Byla Vaše stolice v posledním týdnu černá s velmi výrazným zápachem (meléna)?

- ne
- ano

nebo s příměsí čerstvé krve?

10. Byla Vám nyní během léčby podávána transfuze?

ne

ano

11. Akutní krvácení se u Vás vyskytlo:

poprvé

opakovaně

12. Měl (-a) jste v průběhu posledního měsíce pocit na omdlení, slabosti či závratě?

ne

občas

časté

13. Měl jste v posledním měsíci nějakou stresovou zátěž?

ne

poslední měsíc byl více stresující než obvykle

14. Nevyplňujte - vyplní ošetřující lékař (nebo sestra):

Lokalizace vředu:

žaludek

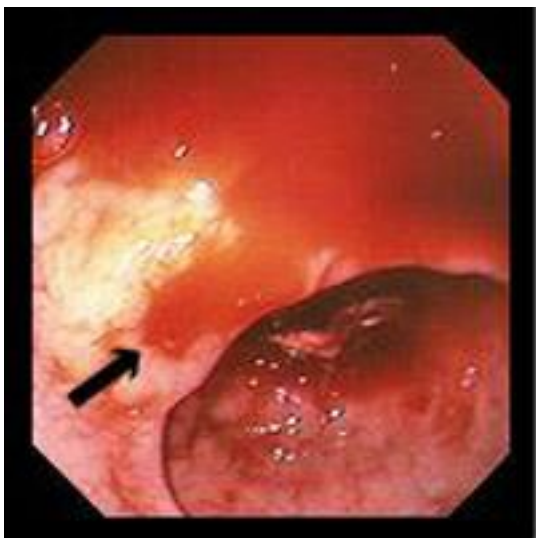
duodenum

Příloha č. 2 Obrázky endoskopické klasifikace krvácení podle Forrestovy klasifikace



Obr. 5 - (Forrest IA)

Zdroj: www.gastrolab.net



Obr. 6 - (Forrest IB)

Zdroj: www.gastrolab.net



Obr. 7 - (Forrest IIA)

Zdroj: Endoskopický archiv - MUDr. Pavel Sillinger



Obr. 8 - (Forrest IIB)

Zdroj: Endoskopický archiv - MUDr. Pavel Sillinger



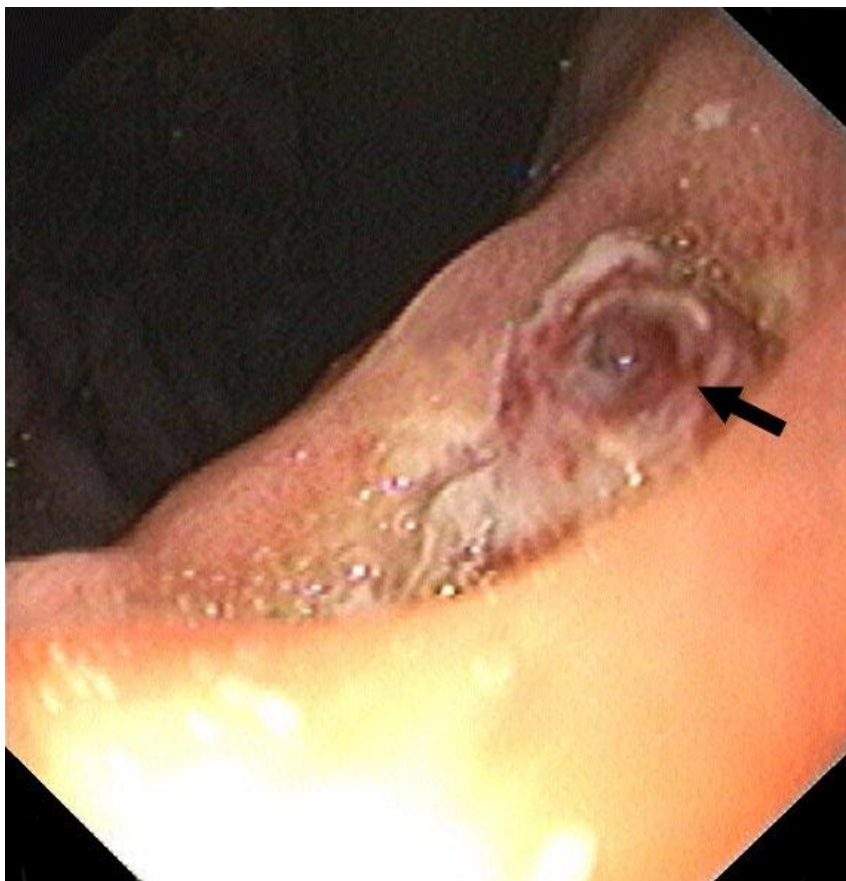
Obr. 9 - (Forrest IIc)

Zdroj: www.gastrolab.net



Obr. 10 - (Forrest III)

Zdroj: www.gastrolab.net



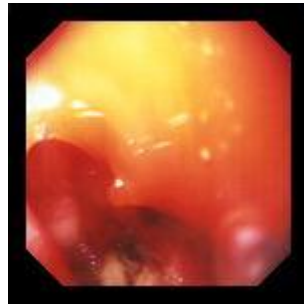
Obr. 11 - Viditelná céva (šipka) na spodně žaludečního vředu (Forrest IIA)

Zdroj: <http://www.hpb.cz/index.php?pId=06-1-2-08>

Příloha č. 3 Obrázky krvácejících duodenálních vředů



Obr. 12



Obr. 13



Obr. 14

Obr. 12 Aktivní krvácení z duodenálního vředu u 69 - letého muže

Obr. 13 Viditelná céva zodpovědná za krvácení z duodenálního vředu u 69 let staré ženy

Obr. 14 U 48 – leté ženy endoskopie odhalila krvácející vřed duodena

Zdroj: http://www.endoatlas.com/du_ul_02.html

SEZNAM ZKRATEK

atd. – a tak dále

Ga-du – gastroduodenum

GD - gastroduodena

GIT - gastrointestinální trakt

L1 – první lumbální obratel

L2 – druhý lumbální obratel

L3 – třetí lumbální obratel

NSAID – nesteroidní antirevmatika

např. – například

tj. – to je

tzv. – tak zvané

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2009

Lucie BENŠOVÁ