

MANAŽMENT OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI U PACIENTA S GASTROINTESTINÁLNYM NEVARIKÓZNYM KRVÁCANÍM

Klinická kazuistika

Mgr. Edita Hlinková, PhD.¹, doc. Mgr. Ivana Bóriková, PhD.¹, Mgr. Lukáš Blahút, MBA^{1,2}

1 Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

2 Univerzitná nemocnica v Martine, Klinika všeobecnej, viscerálnej a transplantačnej chirurgie, Jednotka intenzívnej starostlivosti

Táto kazuistika je študijný materiál chránený autorskými právami, určený výhradne pre študentov Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského na študijné účely. Neoprávnené nakladanie s obrazovo-zvukovým, obrazovým, zvukovým alebo iným záznamom tejto kazuistiky alebo jej časti, vrátane neoprávnených úprav, a ich ďalšie nedovolené šírenie, či poskytovanie neoprávneným osobám akýmkoľvek spôsobom sa bude považovať za porušenie vnútorného predpisu č. 23/2021 Etický kódex Univerzity Komenského v Bratislave a bude mať za následok vyvodenie právnej zodpovednosti. Podľa povahy a intenzity protiprávneho konania študenta a ďalších okolností, môžu byť prípady porušenia Etického kódexu UK spojené s vyvodzovaním právnych dôsledkov voči študentovi v akademickej, trestnoprávnej, občianskoprávnej alebo disciplinárnej rovine.

Martin, 2025

MANAŽMENT OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI U PACIENTA S GASTROINTESTINÁLNYM NEVARIKÓZNYM KRVÁCANÍM

Klinická kazuistika

Ciele:

- ✓ poukázať na medzipredmetové vzťahy (predmety teoretické, predklinické a klinické)
- ✓ uľahčiť študentovi pomocou ukážky konkrétneho klinického prípadu pochopiť vzájomné medzipredmetové prepojenie
- ✓ upozorniť na nevyhnutnosť klinického myslenia v ošetrovateľskej praxi
- ✓ poukázať na tímovú prácu v klinickom prostredí

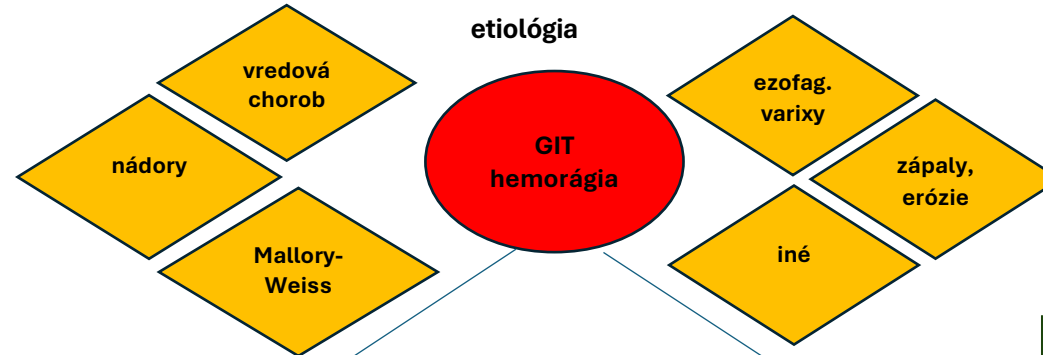
teoretické predmety	predklinické predmety	klinické predmety
• Ošetrovateľstvo • Potreby pacienta a ošetrovateľský proces • Ošetrovateľské techniky	• Patofyziológia • Farmakológia • Biochémia	• Vnútorné choroby/gerontológia a ošetrovateľstvo • Chirurgia a ošetrovateľstvo • Ošetrovateľská prax

ZOZNAM SKRATIEK

ADH	antidiuretický hormón	mmHg	milimetre ortuťového stĺpca
ALT	alanínaminotransferáza	MNA	(mini nutritive assessment) malé nutričné posúdenie
aPTT	(activated partial thromboplastin time) aktivovaný parciálny tromboplastínový čas	MODS	(multiple organ dysfunction syndrome) syndróm multiorgánového zlyhávania
APTT _r	hodnota APTT pre porovnanie s parametrom štandardnej plazmy	Na	sodík
AST	aspartátaminotransferáza	NGS	nazogastrická sonda
Ca	kalcium	NPO	nič per os
CPČ	certifikovaná pracovná činnosť	NSAD	(nonsteroidal anti-inflammatory drug) nesteroidné antioflogistiká
CRP	C-reaktívny proteín	O ₂	kyslík
CVK	centrálny venózný katéter	OK	okultné krvácanie
CVT	centrálny venózný tlak	OTI	orotracheálna intubácia
ČMP	čerstvá mrazená plazma	P	pulz
D	dych	PaCO ₂	parciálny tlak oxidu uhličitého
DCH	definujúce charakteristiky	PAD	perorálne antidiabetiká
DM2T	diabetes mellitus 2. typu	PAO	(peripheral arterial obliterans) periférne artériové obliterujúce ochorenie
EM	erytrocytová masa	PaO ₂	parciálny tlak kyslíka
EPE	endoskopická polypektómia	PLT	platelet count
FBG	fibrinogén	PMK	permanentný močový katéter
GCS	Glasgow Coma Scale	PTČ	protrombínový čas
GFS	gastrofibroskopia	PVK	periférna venózna kanyla
GIT	gastrointestinálny trakt	PVT	príjem a výdaj tekutín
HCT	hematokrit	SF	súvisiace faktory
HF	hemokoagulačné faktory	SpO ₂	saturácia kyslíka
HGB	hemoglobín	TČ	trombínový čas
HP	helicobacter pylori	TJ	trnasfúzna jednotka
INR	(international normalized ratio) medzinárodný normalizovaný pomer	TK	krvný tlak
IPP	inhibítor protónovej pumpy	TT	telesná teplota
K	draslík	VF	vitálne funkcie
kys. ASA	kyselina acetylsalicylová	WBC	white blood count

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s krvácaním z horného GIT-u

etiológia



Štádium šoku II

strata krvi 15-30 %, znížený objem krvi, kompenzačné zúženie periférnych artérií, zvýšený anaeróbny metabolizmus, uvoľnenie renínu, ADH, aldosterónu, hromadenie krvi v GIT

hemateméza, hematochézia, meléna, $P > 100/\text{min.}$; systolický TK $< 100 \text{ mmHg}$; tachypnoe; chladná, bledá, spotená pokožka, rýchly a nitkovitý periférny pulz, zmena úrovne vedomia, zvýšená peristaltika a hnačka, znížená hladina HCT a HGB, zvýšená urea

00205
Riziko šoku

00374 Riziko nadmerného krvácania

Štádium šoku III

strata krvi 30-40 %, znížený prietok krvi do životne dôležitých orgánov, hypoxické stavy v nevitálnych orgánoch, znížený prietok krvi do obličiek, poškodenie buniek a smrť

pomalý kapilárny návrat, letargia, chýbajúca črevná peristaltika, výdaj moču 5-15 ml/hod., PaO_2 , PaCO_2 , znížené pH, zvýšené sérové Na, K

00491 Riziko narušenia vodno-elektrolytovej rovnováhy

00240 Riziko zníženého kardiálneho výdaja

Štádium šoku IV

strata krvi viac ako 40 %, syndróm dysfunkcie viacerých orgánových systémov (MODS), srdce, mozog, obličky, gastrointestinálny trakt nefunkčné

bezvedomie, arytmie, hypotenzia, tachykardia, P nitkovitý > 140 , D - znížená frekvencia, anúria

00201 Riziko zníženej perfúzie mozgového tkaniva

manažment náhrady tekutín, kontrolovať krvácanie - NGS, poskytovať bezpečnú starostlivosť pacientovi po endoskopickej hemostáze (injekčná, termálna, klipping) alebo po operácii na odstránenie zdroja krvácania

i. v. tekutiny kryštaloidy, transfúzia krvi, hemostyptiká

monitoring pacienta: monitorovať VF, srdcového rytmu, PVT

vasopresin

monitoring pacienta: monitorovať perforáciu žalúdka, intenzívna resuscitačná starostlivosť

antacidá, H_2 receptory protónovej pumpy

Legenda

etiológia

patofyziológia

posúdenie - sestra

OSE
diagnóza

intervencie

liečba

ulcerácia
duodena

Forrestova klasifikácia krvácania:

- Ia – striekajúce, pulzujúce krvácanie
- Ib – slzenie, presakovanie krvi
- Ila – viditeľná cieva na spodine
- IIc – čierna, hematínová spodina
- III – čistá, biela, fibrínová spodina



Kazuistika

68-ročný polymorbidný, obézny pacient prijatý na Internú kliniku UNM pre ulcus cruris I.dx. a 4 mesiace trvajúci suchý kašeľ a týždňové bolesti PDK. Začatá empirická parenterálna ATB liečba (klindamycín), analgetická a ostatná symptomatologická liečba, parenterálna rehydratácia, lokálna liečba podľa dermatológa. **Na 4. deň hospitalizácie ráno pacient hypotenzný (TK 75/45 mmHg), prítomná hematochézia, v kontrolných laboratórnych výsledkoch anémia ťažkého stupňa (HGB 53 g/l), leukocytóza.** Ihneď preložený na JIS infekčnej kliniky a cestovnej medicíny UNM (ako septický stav pri flegmóne PDK pri PAO a ulcus cruris), podané 2 TJ EM, konzultovaný chirurg a gastroenterológ, ktorí indikujú **urgentnú kolonoskopiu a gastrofibroskopiu s nálezom ulcerácie na prechode bulbu duodena/D2 - predná stena (Forrest Ib), 2 ulcerácie D2 duodena - Forrest III.** Realizovaná kombinovaná endoskopická hemostáza.

Pacienta po dohovore prijímame na 4/3 septickú JIS Kliniky všeobecnej, viscerálnej a transplantáčnej chirurgie UNM na stabilizáciu a intenzívny monitoring.

Multidisciplinárny prístup:

internista, infektológ,
gastroenterológ, chirurg;
sestry JIS, sestra s CPC endoskopické
vyšetrovacie metódy, sestra na
internom oddelení

Indikácia prevozu pacienta na chirurgickú JIS:

nestabilita, komorbidity, iné rizikové stavy

Ciel: realizovať klinické vyšetrenie ABCDE a stabilizovať hemodynamické
a kardiorespiračné funkcie

POČIATOČNÉ VYŠETRENIE PACIENTA (2 SESTRY, 1 PRAKTICKÁ SESTRA /SANITÁR + LEKÁR JIS)

Príznaky krvácania hornej časti GITu

- ✓ **hemateméza**
- ✓ **meléna** (indikuje zdroj v hornej časti GIT nad Treitzovým ligamentom)
- ✓ **hematochézia** (prítomnosť tmavo až svetločervenej čerstvej krvi alebo krvných zrazením v stolici, vyskytuje sa pri krvácaní z dolnej časti GITu, v spojení s hemodynamickou nestabilitou znamená masívne krvácanie z hornej časti GITu)
- ✓ **čerstvá krv v NGS**
- ✓ **hemodynamická nestabilita** – hypotenzia, tachykardia, tachypnoe, potenie, bledosť, chladné končatiny



Hematochézia

HGB 53 g/l

Hypotenzia 75/45 mmHg

Podľa
štandardného
protokolu
príjmu

OKAMŽITÉ POSÚDENIE - ALGORITMUS POSÚDENIA - A B C D E

A	Dýchacie cesty: priechodné	00039 Riziko aspirácie	00032 Neefektívny vzorec dýchania	✓ mať v pohotovosti pomôcky na intubáciu pri masívnom krvácaní a zmene vedomia zväčšiť OTI
B	Dýchanie: dyspnoe (zvýraznené pri reči), SpO ₂ 97 %	00374 Riziko nadmerného krvácania		✓ podávať O₂ kyslíkovými okuliarmi (5 l/min.)
C	Cirkulácia: TK 119/70 mmHg, P 110/min. (dostal 2 TJ EM + 1400 ml tekutín), 1x PVK (20G)	00205 Riziko šoku		✓ zaviesť druhú PVK (16-18 G), pripraviť sa na zavedenie CVK ✓ odobrať krv: KO, HF (PTČ, aPTT, FBG) urea, kreatinín, glykémia, ionogram, Ca⁺⁺, fosfát, horčík, CRP, AST, ALT, bilirubín, albumín, Astrup ✓ zaistiť 6 TJ ✓ korigovať metabolickú a elektrolytovú nerovnováhu a iné perfúzne indexy ✓ podať Plazmalyte 500 ml ✓ asistovať pri podaní 2x TJ EM, po stečení podať Ca gluconicum 1 amp., kontrola KO ✓ asistovať pri podaní 1x ČMP ✓ merať hodinovú diurézu
D	Neurologický stav: pri vedomí, meningeálne príznaky negat., izokória – GCS 15	00491 Riziko narušenia vodno-elektrolytovej rovnováhy		
E	Celkové vyšetrenie: TT 36,2°C, bez cyanózy, flegmóna v oblasti stehna, defekty pri ulcus cruris bilaterálne, PMK 600 ml	00274 Riziko neefektívnej termoregulácie		

LEKÁR - DOPLŇUJE INFORMÁCIE O PACIENTOVI, ZHODNOTÍ LABORATÓRNE NÁLEZY

- predchádzajúce GIT ochorenie, operácia, nedávne GFS?
- rádioterapia?
- chirurgická/endovaskulárna liečba aorty, aneuryzma aorty?
- predchádzajúce vracanie pred krvácaním (Mallory-Weisssov syndróm)?
- silná bolesť brucha (perforácia GIT)?
- komorbidita? (chronická choroba pečene, obličiek a ischemická choroba srdca; koronárny stent a iné)

Lekár po podaní informácií sestrou:

- odhaduje stratu krvi
- cieľom je vyhnúť sa nadmernému preťaženiu tekutinami a nadmernej transfúzii
- sledovanie KO
- ordinované 2x EM, 1x ČMP

Divertikulóza sigmy hrubého čreva
St. p. opakovanej EPE adenómov sigmy (2019)
DM2T na PAD
Arteriálna hypertenzia, PAO II. št., posttrombotický sy.
Morbídna obezita

KS B+

HGB 60 g/l; HCT 0,19; WBC $19 \times 10^9/l$; PLT $197 \times 10^9/l$

Na 139 mmol/l, K 4,4 mmol/l, Chloridy 111 mmol/l; S-glukóza 6,1 mmol/l

Kanylácia v. subclavia

I.dx. – kontrolné RTG – malpozícia, plánovaná repozícia na oddelení intervenčnej rádiológie, kanyla povytiahnutá **pre riziko trombotizácie** do v. jugularis interna, funkčná k podávaniu a k odberom, nepresná k meraniu CVT

✓ monitorovať stav vedomia

✓ udržiavať normotermiu

✓ zvážiť zavedenie NGS

- ✓ podať hemostyptiká: Kanavit 1 amp. i.v. á 24 hod.; Dicynone 1 amp. i.v. á 8 hod.; Exacyl 1 amp. i.v. á 8 hod.
- ✓ podať Pantoprazol 80 mg bolusom, následne počas 72 hod. perfuzorom 8 mg/hod.
- ✓ bez NGS, nič per os, zajtra tekutiny per os, druhý deň po GFS D-0
- ✓ nepodať večer Fraxiparin 0,8 ml s.c.
- ✓ monitorovať CVT 3x denne po zavedení CVK

✓ podať HMR inzulín v infúzii podľa hodnôt glykémie

✓ cez CVK (v. subclavia I.dx.) nemonitorovať CVT, funkčná iba k odberom a k podávaniu i.v. liečby

00291 Riziko trombózy

00374 Riziko nadmerného krvácania
(NANDA-I 2024-2026)



~~00205 Riziko šoku~~

2.-3. štádium
šoku podľa
Bornman
(1985)

Definícia: pacient rizikový na významnú stratu krvi

RF: nepozornosť na včasné varovné signály
komplikácií, neúčinná liečba

Prírodný stav: GIT ochorenia, krvácanie

frekvencia srdca > 100/min.
TK normálny
diuréza 30-40 ml/hod.
SpO₂ 92 %
HGB 72 g/l
meléna
náhrada objemu kryštaloïdy a krv
CNS/mentálny stav - anxiózný

00374 Riziko nadmerného krvácania
(NANDA-I 2024-2026)

Vizualizácia farmakoterapie a ošetrovateľských techník

Monitoring
pacienta



Zavedenie
PVK – 2x

IV Catheter and Flow Rate Chart	
Orange: 14G	240 mL/min
Gray: 16G	180 mL/min
Green: 18G	90 mL/min
Pink: 20G	60 mL/min
Blue: 22G	36 mL/min
Yellow: 24G	20 mL/min
Violet: 26G	13 mL/min

© 2020 RxKeySlides
For Educational Purposes Only Copyright © 2020 RxKeySlides

BD Angiocath™ Peripheral IV Catheter



Plazmalyte



Monitoring
PVT



Asistencia -
CVK



Transfúzia
EM



Transfúzia
ČMP



Spôsob prípravy intravenózneho inžekcie

Pantoprazol Sandoz 40 mg prášk na inžekčný roztok (antacidum)

Inžekčný roztok na aplikáciu sa pripraví zmiešaním s 10 ml chloridu sodného 9 mg/ml (0,9 %) roztoku na inžekciu. Pripravený roztok sa môže aplikovať priamo, alebo po zmiešaní so 100 ml chloridu sodného 9 mg/ml (0,9 %) roztoku na inžekciu alebo glukózy 55 mg/ml (5 %) roztoku na inžekciu. Na riedenie sa majú použiť sklenené alebo plastové obaly. Po príprave sa musí roztok použiť do 12 hodín. Pripravený liek sa má aplikovať intravenózne počas 2-15 minút.



KANAVIT 10 mg/2ml (vitamín K)

Inžekčná emulzia je určená na pomalé intravenózne alebo intramuskulárne podanie. Pred podaním sa musí vizuálne skontrolovať na prítomnosť cudzorodých častíc, zmenu zafarbenia a neporušenosť obalu. Na i. v. podanie sa inžekčný roztok riedi päťnásobne (vodou na inžekciu alebo 5 % roztokom glukózy), aplikuje sa pomaly, rýchlosťou asi 1 ml za 20 sekúnd.



DICYNONE 250 sol inj 250 mg/2ml (antiheemoragiká, hemostatiká)

Inžekčný roztok sa podáva parenterálne - intravenózne (do žily) alebo intramuskulárne (do svaly), prípadne je tiež možná lokálna aplikácia napusteným tampónom. Urgentné stavy, podľa závažnosti stavu: 1-2 ampulky (250 - 500 mg) i.v. alebo i.m. Opakujeme v intervaloch 4-6 hodín, kým trvá riziko krvácania. Objem riediaceho roztoku podľa štandardného postupu na pracovisku (8 až 18 ml fyziologického roztoku).



EXACYL I.V. sol inj 5 ml (500 mg)

(antihemoragiká, hemostatiká)

Injekcia prípravku Exacyl i.v. sa musí aplikovať aplikovať veľmi pomaly. Injekčný roztok sa pripravuje zriedením s fyziologickým roztokom do objemu 20 ml. Prípravok Exacyl sa nemôže podávať do svalu.



(Zdroj:

Humánne lieky z ATC skupiny B02 - Antihemoragiká (hemostatiká) [online]. [cit.2025-06-23]. Dostupné z:

<https://www.adc.sk/databazy/humanne-lieky/atc-skupiny/B02/antihemoragika-hemostatika.html?ord=a1>)

Pantoprazol Sandoz 40 mg prášok na injekčný roztok [online]. [cit.2025-06-23]. Dostupné z:

<https://www.adc.sk/databazy/produkty/detail/pantoprazol-sandoz-40-mg-prasok-na-injekcny-roztok-137192.html>)

ZNOVUPOSÚDENIE 1. DEŇ HOSPITALIZÁCIE NA JIS (VEČER 18:00 HOD.)

normotenzia, tachykardia
subgebrlie
tachypnoe, SpO₂ 92 %
CVT nemerané
hodinová diuréza v norme (60-120 ml/hod.)
laboratórne HGB 72 g/l, HCT 0,22
glykémia 5,8 mmol/l

meléna 3x
bez hematemézy
bez hematochézy



✓ asistovať pri podaní TJ krvi – EM, po podaní kontrola KO o 24:00 hod.

S

Dobrý deň pán doktor, pri telefóne je sestra Blahút. Pacient, ktorý bol dnes preložený z JIS KľaCM pre krvácajúci ulcus duodena, mal opäť 3x melénu.

B

Po privezení z GFS (bola realizovaná kombinovaná endoskopická hemostáza), boli mu podané 2 TJ EM a 1 ČMP, stiekli bez reakcie. Posledný KO po podaní transfúzií o 17:00 hod.: HGB 72 g/l a HCT 0,22. Hemostyptiká boli podané: Kanavit i.v., Dicynon i.v., Exacyl i.v. Perfuzorom podávaný Pantoprazol 8 mg/hod.

A

Je bez hematemézy a bez hematochézie. VF má v norme, normotenzný, bez podpory vasopresorov, bez tachykardie, eupnoe, inhaluje O₂ (2 l/min.), saturácia 97 %.

R

Má zaistené iba 4 TJ. Máme dať doniesť ešte erymasu a dozaistiť viac TJ? Prišli by ste vypísať žiadanku?

Ošetrovateľský plán 18:00-06:00 hod.

00374 Riziko nadmerného krvácania (NANDA-I 2024-2026)

00491 Riziko narušenia vodno-elektrolytovej

00291 Riziko trombózy

00217 Riziko alergickej reakcie

00007 Hypertermia

00148 Strach

VK: VF sú vo fyziologickom rozmedzí bez podpory vazopresorov, pacient je pri plnom vedomí, bez závratov, slabosti a únavy, toleruje pohybový režim, perfúzia tkanív je adekvátna, je bez prejavov komplikácii – rekrvácania, pacient objektívne preukazuje fyziologické hodnoty elektrolytov (sérový draslík, sodík, vápnik, horčík a fosfor) a fyziologickú funkciu obličiek.

Nepodávať nič per os, kontrolovať KO o 6:00 hod., nepodať Fraxiparin, monitorovať VF, PVT, SpO₂, GP 3x denne, podať Furosemid 20 mg i.v. podľa PVT, podať HMR do infúzie podľa glykémie, podávať oxygenoterapiu a udržiavať saturáciu minimálne 92 %

Podať hemostyptiká a IPP podľa ordinácie lekára

Pri výstupe TT nad 38°C podať Perfalgan 1 g i.v.

Doplňujúce posúdenie:

chronickú ranu na predkolení

riziko vzniku dekubitov

riziko pádu

sebestačnosť pri denných aktivitách

00046 Narušená integrita kože

00179 Riziko nestabilnej glykémie

00110 Deficit sebaopatery vo vyprázdňovaní

00108 Deficit sebaopatery v hygiene

00303 Riziko pádu dospelých

00004 Riziko infekcie (CVK, PMK, PVK)

00304 Riziko dekubitu u dospelého

podať 4.deň Klimicin 1,2 g i.v. á 6 hod.(liečba ulcus cruris) + lokálne na DK Aquitox 2x denne a sekundárne absorpčné krytie

monitorovať glykémiu

asistovať pri denných aktivitách

vertikalizovať pacienta pri lôžku

2. DEŇ HOSPITALIZÁCIE NA JIS

Interné konzílium: ICHS, perzistujúca fibrilácia predsiení, kardiomegália, st. po akútnom zlyhaní obličiek, diabetická nefropatia, arteriálna hypertenzia

Internista **ordinuje:**

Bisomerk 5 mg ½-o-o; pri glykémii nad 10 mmol/l HMR 6-8 j. s.c.; pri stabilnom TK začať liečbu Prestrarium od zajtra 5 mg tbl. ½-o-o; na plnej strave Tulip 20 mg tbl. o-o-1, Milurit tbl. o-1-o; Fraxiparín 0,4 ml s.c. vzhľadom k FiP, postupne navyšovať, doplniť Tamsulosin, Lagosa, sipping Diben/alebo Fortimel diacare 1-2x denne, pokračovať IPP-pantoprazol

Laboratórne odbery (06:00-12:00-18:00 hod.)

HGB 77-82-89 g/l; HCT 0,23-0,24-0,28; WBC 20,80-19,80-19,00 x10⁹; PLT 285-194-179

Koagulácia: FBG 2,25; INR 1,27; aPTT 26,3; aPTTr 0,90; TČ 16,2

Mineralogram: Na 143 mmol/l; K 4,2 mmol/l; chloridy 114 mmol/l; Ca 2,05 mmol/l

Glykémia 5,2 mmol/l

meléna 3x

00374 Riziko nadmerného krvácania

00491 Riziko narušenia vodnej a elektrolytovej rovnováhy

00291 Riziko trombózy

00007 Hypertermia

00148 Strach

00046 Narušená integrita kože

00179 Riziko nestabilnej glykémie

00110 Deficit sebaopatery vo vyprázdňovaní

00108 Deficit sebaopatery v hygiene

00303 Riziko pádu dospelých

00004 Riziko infekcie (CVK, PMK)

podať 5. deň Klimicin 1,2 g i.v. á 6 hod. + lokálne na DK
 Aquitox 2x denne a sekundárne absorpčné krytie

asistovať pri podaní 4 TJ EM

realizovať dychovú gymnastiku, mobilizovať pacienta

podávať tekutiny per os a monitorovať toleranciu

3. DEŇ HOSPITALIZÁCIE NA JIS

Z dôvodu včera pretrvávajúcej melény indikované kontrolné GFS so záverom: v celom prezretom rozsahu bez známk aktívneho krvácania. Okrem predchádzajúceho nálezu ulcerácie duodena nález malého varixu pažeráka bez známk krvácania. Kontrola GFS o dva mesiace s prísny zákazom NSAID.



Laboratórne odbery (06:00-18:00 hod.)

HGB 97-94 g/l; HCT 0,29-0,28; WBC 16-15,6; RBC 3,18-3,07; PLT 190-206

Koagulácia: FBG 3,16; INR 1,23, APTT 23,4; aPTTr 0,80; TČ 14,9

Mineralogram: Na 139 mmol/l; K 4,1 mmol/l; Cl 109 mmol/l

bez melény, bez hematemézy

PVT 5000 ml (2400 ml p.o., 2600 i.v.), diuréza 2630 ml (m.h. 1017)

00374 Riziko nadmerného krvácania

00491 Riziko narušenia vodnej
a elektrolytovej rovnováhy

00291 Riziko trombózy

00007 Hypertermia

00148 Strach

00046 Narušená integrita kože

00179 Riziko nestabilnej glykémie

00110 Deficit sebaopatery vo vyprázdňovaní

00108 Deficit sebaopatery v hygiene

00303 Riziko pádu dospelých

00004 Riziko infekcie (CVK, PMK)

podať 6. deň Klimicin 1,2 g i.v. á 6 hod. + lokálne na DK
 Aquitox 2x denne a sekundárne absorpčné krytie

hemostatiká ex

podať Fraxiparín 0,4 ml s.c. večer

monitorovať 2x denne KO

realizovať dychovú gymnastiku, mobilizovať pacienta –
pohyb po izbe

podať tekutú stravu + sipping

4. DEŇ HOSPITALIZÁCIE NA JIS - PREKLAD NA INTERNÉ ODDELENIE

VF sa stabilizujú po podaní transfúzii – 9 x TJ EM (+ 2x TJ EM na JIS K1aCM) + 1x TJ ČMP (korigovaná koagulopatia)

Pacient pri preklade stabilizovaný (TK 145/90 mmHg, P 78/min., SpO₂ 98 %, TT 37,2°C), bez melény a hematemézy, močí PMK (zavedený 4. deň), má CVK (4. deň) – nemerať CVT, riziko VTE – malpozícia, dnes plán repoziície na odd. intervenčnej radiológie, dnes nová PVK na pravej dorze ruky

D: tekutiny a polievka, sipping nutridrinky 2-3x denne

ATB 7. deň Klimicin 1,2 g á 6 hod. + F1/1 250 ml, Fraxiparín 0,4 ml s.c. večer, postupne návrat na 0,8 ml á 12 hod.; Kanavit 1 amp. i.v. 1 x denne; Pantoprazol 2 x 40 mg i.v.; Coryol 6,25-15,5 mg podľa TK 1-0-1; Prestarium 5 mg tbl. ½-0-0; Verospiron 25 mg 2x1 tbl.; Furon 40 mg 1-0-0 (dnes ešte podané i.v. bolusom); Siofor 1000 mg 0-0-1; Tamsulosin 0,4 mg 0-0-1; Milurit 300 mg 0-1-0; Lagosa 150 mg tbl 1-0-1; Tupil 20 mg 0-0-1; Flebaven 1-0-0

Ošetrovať ulcus cruris bilaterálne, lokálne Aquitox 2x denne a sekundárne krytie

Indikácia prekladu na Internú kliniku

polymorbidita, stav po krvácaní z duodenálneho ulkusu

Cieľ: stabilizovať zdravotný stav

INTERNÁ KLINIKA

Stav po GFS bez známkov aktívneho krvácania
Priebežne kontrolovať KO
Hemosubstitúcia s cieľovým HGB nad 100 g/l
Kontrola hemokoagulácie, P + M súbor
Pokračovať v zázname PVT a monitoringu VF 3x denne
Diéta 0: tekutiny, polievka, sipping nutridrinky, postupne realimentácia
V prípade rekurencie krvácania pokus o endoskopickú hemostázu
Dg záver: **vredová choroba dvanástnika – stav po hemoragickom šoku, iné komorbidity, polymorbidita – preklad na interné oddelenie za účelom stabilizácie stavu**

Pantoprazol 40 mg i.v. 2x denne (ešte 4 dni) potom per os 2x denne dlhodobo (PPI potláčajú tvorbu žalúdočnej kyseliny)
Kanavit 1 amp i.v. (prevencia a terapia porúch zrážavosti krvi)
7. deň Klimicin dávka 1,2 i.v. á 6 hod. + F 1/1 250 ml (ATB)
Furon 40 mg 1-0-0 (diuretikum)
Duphalac 2x 15 ml (zmäkčuje stolicu, uľahčuje vyprázdňovanie lebo zvyšuje objem vody v črevnom obsahu)
Fraxiparin 0,4 ml s.c. večer, postupne návrat na 0,8 ml á 12 hod. (antitrombotikum)
ANP 100 mg 1-0-0 **pauza** (antitrombotikum)
NSAID prísny zákaz (analgetický, antipyretický, antiflogistický účinok)

- **Vstupné posúdenie: aj vo vzťahu k self-manažmentu symptómov GIT krvácania v domácom prostredí:**

bolesť / kŕče brucha
neúmyselný úbytok hmotnosti ► skríning MNA
nauzea
hemateméza
enterorágia, meléna
tolerancia perorálneho príjmu potravy
bolesť po jedle
únava pri sideropenickej anémii ► dyspnoe, bledá koža a sliznice, pokles saturácie, tachykardia, hypotenzia, závraty

Príznaky šoku: výrazne nízky TK, ortostatická hypotenzia, hypotenzia v polohe na chrbte, pokojová tachykardia, palpitácie, oligúria až anúria, znížená úroveň vedomia, synkopa

VF: pozor na tachykardiu, tachypnoe, hypotenziu ► komplikácie krvácania do GITu (šok, hypovolémia)

- **Posúdiť riziko pádu: aj vo vzťahu k edukácii pacienta / rodiny / opatrovateľa:**

Užívanie rizikových liekov:

NSAID

Antikoagulanciá

Antitrombotiká (kys. ASA)

Abúzus: alkohol, fajčenie

Spôsob stravovania / stravovacie návyky v domácnosti / práci: nutričný skríning + potreba edukácie u konkrétneho deficitu vedomostí

00291 Riziko trombózy

00303 Riziko pádu dospelých

- **odobrať biologický materiál – vyšetrenia (podľa oridnácie):**

Biochemické: poukáže na stav výživy + mineralogram, elektrolyty

Hematologické: kompletný KO odhaľuje nízky HGB a HCT, čo naznačuje stratu krvi

Hemokoagulačné: koagulačný profil odráža abnormálnu zrážanlivosť krvi, pri krvácaní do GITu sa očakáva zvýšený INR, predĺžený PTČ a aPTT

Pečeňový súbor: funkcia pečeňových enzýmov môže byť abnormálna, lebo poškodená pečeň nedokáže produkovať dostatok koagulačných faktorov, čo zvyšuje riziko krvácania

Stolica na OK a antigén HP

- **prípraviť pacienta na kontrolnú GFS :** príprava pacienta + starostlivosť po výkone podľa štandardu

00002 Nevyvážená výživa: menej ako požiadavky organizmu

Ciele starostlivosti:

Krátkodobý cieľ:

- stabilizovať VF
- stabilizovať hemodynamiké parametre ako prevenciu hypovolemického šoku

Strednodobý cieľ:

- normalizovať hladiny HGB a HCT a korigovať anémiu
- realizovať prevenciu recidivujúceho krvácania

Výsledné kritériá:

- VF sú stabilné bez známk hypovolemického šoku
- pacient je normovolemický: systolický TK je vyšší alebo rovný 90 mm Hg, ortostáza neprítomná, P 60-100/min., výdaj moču je vyšší ako 30 ml/hod., turgor kože je v norme
- hematologické a hemokoagulačné parametre sú v rozmedzí normy

Prioritné ošetrovateľské intervencie – smerovanie plánu starostlivosti:

- monitorovať VF, ortostatické zmeny
- monitorovať symptómy krvácania
- **udržiavať hydratáciu:** pre adekvátny i.v. prístup aspoň 2 PVK s veľkým priemerom
- **monitorovať toleranciu diéty per os**
- **asistovať pri hemoterapii**
- **podávať farmakoterapiu podľa ordinácie**
- **edukovať:**
 - redukovať / eliminovať užívanie NSAID
 - pravidelne užívať PPI
 - prestať fajčiť
 - redukovať príjem alkoholu
 - diétny a pitný režim
 - self-monitoring príznakov krvácania
 - liečiť zápalové a infekčné stavy (HP)
 - dispenzárne prehliadky

00002 Nevyvážená výživa: menej ako požiadavky organizmu

DCH: bolesť / kŕče v bruchu
hyperaktívne črevné zvuky,
nauzea, vracanie, úbytok
hmotnosti, letargia, bledé
sliznice
limitovaný príjem jedla

SF:
priebeh ochorenia
strata chuti do jedla
stav po NPO

Výsledné kritériá:

- pacient má hladiny albumínu, železa a elektrolytov v požadovanom cieľovom rozmedzí
- pacient rozpoznáva faktory, ktoré prispievajú k podváhe alebo nadváhe
- pacient identifikuje odporúčané nutričné potreby, požiadavky
- pacient toleruje podávanú diétu
- pacient preukazuje vedomosti o odporúčanom diétnom režime v domácom prostredí
- pacient si udržiava hmotnosť v požadovanom rozmedzí

- monitorovať biochemické parametre (poukazujú na stav výživy)
- monitorovať perorálnu toleranciu D 0 + sipping (minimalizovať stav NPO: pacienti s GIT krvácaním sú často udržiavaní v NPO 48-72 hodín, aby sa zlepšilo pH GITu, znížilo riziko opätovného krvácania; pacienti s nízkym rizikom opätovného krvácania môžu dostať skorú enterálnu výživu)
- monitorovať príjem tekutín, dokumentovať PVT (prípadne podávať náhradu tekutín a elektrolytov pri zmene stavu: podporná terapia zahŕňa náhradu tekutín a elektrolytov na zvrátenie hypovolémie a úpravu nedostatku elektrolytov spôsobených krvácaním)
- monitorovať hygienu dutiny ústnej (môže zvýšiť chuť do jedla)
- zabezpečiť malé porcie jedla (GIT krvácanie je často sprevádzané nauzeou a vracaním, čo môže ďalej zhoršiť nevyvážený príjem živín; podávanie malých častých porcií znižuje skorý pocit sýtosti, znižuje výskyt vracania a umožňuje hojenie GITu)
- pravidelne vážiť pacienta (v prípade akútnej starostlivosti denne; v prípade dlhodobej starostlivosti týždenne alebo mesačne podľa potreby; umožní získať objektívne údaje na sledovanie pokroku pacienta)
- dbať na bezpečnosť pacienta (nevyvážená výživa môže znížiť svalovú silu a zvýšiť riziko pádu)
- opakovať nutričný skrining, ak je nevyvážená výživa pacienta spôsobená akútnou príčinou (nutričné potreby sa môžu často meniť a re-posúdenie umožní vytvoriť individuálny plán v závislosti od toho, v ktorej fáze zotavenia sa pacient nachádza)
- odporúčať konzultáciu s nutričným terapeutom (pomôže s plánovaním vhodných a vyvážených jedál a zároveň korigovať nutričné deficity)

Plánovaná edukácia - témy

00126 Nedostatočné vedomosti
o diétnom a pitnom režime

00126 Nedostatočné vedomosti
o nežiaducich účinkoch
voľnopredajných NSAID

00126 Nedostatočné vedomosti
o príznakoch krvácania GITu

PREPUSTENIE DO DOMÁCEJ STAROSTLIVOSTI PO 7. DŇOCH HOSPITALIZÁCIE NA INTERNEJ KLINIKE

Informácie v sesterskej prepúšťacej správe:

VF sú v norme, pacient je mobilný, sebestačný, poučený o význame diétného a pitného režimu, zdôraznené mu boli odporúčania týkajúce sa životného štýlu, stravovania a voľnopredajnej farmakoterapie

Pacientovi bol poskytnutý edukačný materiál o šetriacej diéte pri vredovej chorobe žalúdka a dvanástnika

Pacientovi bol poskytnutý kontakt na nutričného terapeuta

Pacientovi bol pripomenutý termín plánovanej kontroly v gastroenterologickej ambulancii

KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA POČAS HOSPITALIZÁCIE JE REALIZOVANÁ AJ PROSTREDNÍCTVOM OŠETROVATEĽSKÝCH ŠTANDARDOV (INTERNÉ/LOKÁLNE ŠTANDARDY UNM)

1. Štandard akútneho príjmu pacienta na chirurgickú JIS pre akútne krvácanie z hornej časti GITu nevarikózneho pôvodu
2. Štandard monitorovania pacienta na JIS
3. Štandard prípravy hemostyptík k i.v. podaniu s nevarikóznym krvácaním z hornej časti GITu
4. Štandard ošetrovania pacienta s krvácaním z hornej časti GITu nevarikózneho pôvodu po hemodynamickej stabilizácii
5. Štandard prípravy pacienta s krvácaním z hornej časti GITu nevarikózneho pôvodu na GFS

6. Štandard edukácie pacienta o diétnom a pitnom režime pacienta s vredovou chorobou duodena
7. Štandard edukácie pacienta o nežiadúcich účinkoch voľnopredajných NSAID
8. Štandard edukácie pacienta o príznakoch krvácania GITu