

# Zdravstvena njega bolesnika s ulkusnom bolesti

---

**Mustać, Mirjana**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2023**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:665826>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-15**



**Sveučilište u Zadru**  
Universitas Studiorum  
Jadertina | 1396 | 2002 |

*Repository / Repozitorij:*

[University of Zadar Institutional Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije  
Sveučilišni prijediplomski studij Sestrinstvo



**Mirjana Mustać**

**Zdravstvena njega bolesnika s ulkusnom bolesti**

**Završni rad**

Zadar, 19. listopada 2023.

Sveučilište u Zadru  
Odjel za zdravstvene studije  
Sveučilišni prijediplomski studij Sestrinstvo

Zdravstvena njega bolesnika s ulkusnom bolesti

Završni rad

Student/ica:

Mirjana Mustać

Mentor/ica:

Doc. dr. sc. Ivo Klarin, dr. med.

Zadar, 19. listopada 2023.



## Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Mirjana Mustać**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Zdravstvena njega bolesnika s ulkusnom bolesti** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 19. listopada 2023.

## SAŽETAK

### **Zdravstvena njega bolesnika s ulkusnom bolesti**

Ulkusna bolest ograničeno je oštećenje sluznice probavnog sustava. Ulkus se može pojaviti na dijelovima probavnog trakta gdje postoji aktivnost želučane kiseline, a to su ponajviše jednjak, želudac i dvanaesnik. Ulkusna bolest jedna je od najčešćih bolesti gastrointestinalnog sustava. Prevalencija peptičkog ulkusa u općoj populaciji iznosi približno 5 do 10 %. Do pojave ulkusa dolazi zbog poremećaja ravnoteže između zaštitnih i agresivnih mehanizama koji djeluju na sluznicu probavnog sustava. Dolazi do linearnog ili okruglog defekta sluznice probavnog sustava koji prodire kroz muskularis mukoze. Najčešći su uzroci nastanka ulkusne bolesti infekcija bakterijom *Helicobacter pylori*, kronični stres i konzumiranje ulcerogenih lijekova (nesteroidni antireumatici i acetilsalicilna kiselina). Dijagnoza peptičkog ulkusa postavlja se endoskopskim pregledom. Važno je utvrditi postoji li infekcija *H. pylori* nizom invazivnih i neinvazivnih metoda dijagnostike. Ulkusna bolest prezentira se dispepsijom koja može biti praćena mučninom, povraćanjem, žgaravicom te osjećajem punoće nakon obroka. Međutim, mnogi bolesnici nemaju razvijene simptome peptičkog ulkusa, pa se tako kod njih ulkusna bolest dijagnosticira kod pojave komplikacija. U liječenju ulkusne bolesti osim farmakoterapije (protusekretorni protuulkusni lijekovi) veliku važnost ima i pravilan izbor hrane i pića. Bolesnicima se savjetuje izbjegavanje hrane koja im izaziva dispepsiju. Medicinska sestra u suradnji s ostalim članovima multidisciplinarnog tima usmjerava bolesnika u pravilan način prehrane, sudjeluje u dijagnostičkim postupcima te primjenjuje propisanu terapiju. Medicinska sestra prati i procjenjuje zdravstveno stanje bolesnika te utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njege koje rješava koristeći izrađen plan zdravstvene njege.

Ključne riječi: peptički ulkus, *H. pylori*, prehrana, zdravstvena njega

## SUMMARY

### **Health care of patients with ulcer disease**

Ulcer disease is limited damage to the mucous membrane of the digestive system. Ulcers can appear on parts of the digestive tract where there is activity of gastric acid, which are mainly the esophagus, stomach and duodenum. Ulcer disease is one of the most common diseases of the gastrointestinal system. The prevalence of peptic ulcer in the general population is approximately 5 to 10%. Ulcers occur due to a disturbance in the balance between protective and aggressive mechanisms acting on the mucous membrane of the digestive system. There is a linear or round defect in the mucous membrane of the digestive system that penetrates through the muscularis mucosa. The most common causes of ulcer disease are *Helicobacter pylori* infection, chronic stress and consumption of ulcerogenic drugs (non-steroidal anti-rheumatic drugs and acetylsalicylic acid). The diagnosis of peptic ulcer is established by endoscopic examination. It is important to determine whether there is an *H. pylori* infection using a series of invasive and non-invasive diagnostic methods. Ulcer disease presents with dyspepsia, which can be accompanied by nausea, vomiting, heartburn and a feeling of fullness after a meal. However, many patients do not have developed symptoms of peptic ulcer, so ulcer disease is diagnosed in them when complications appear. In the treatment of ulcer disease, in addition to pharmacotherapy (anti-secretory anti-ulcer drugs), the right choice of food and drink is also very important. Patients are advised to avoid foods that cause dyspepsia. The nurse, in cooperation with other members of the multidisciplinary team, directs the patient to a proper diet, participates in diagnostic procedures and applies the prescribed therapy. The nurse monitors and assesses the patient's state of health and determines problems in the field of health care, which she solves using the prepared health care plan.

Key words: peptic ulcer, *H. pylori*, nutrition, health care

## SADRŽAJ

Uvod.....	1
1. Epidemiologija.....	2
2. Etiologija.....	3
2.1. Helicobacter pylori.....	4
2.2. Nesteroidni antireumatici.....	5
3. Klinička slika.....	5
3.2. Klasični ulkusni simptomi.....	6
3.3. Asimptomatski ulkusi.....	7
4. Potencijalni rizični čimbenici za nastanak ulkusa.....	8
5. Dijagnostika ulkusne bolesti.....	9
5.2. Endoskopija.....	9
5.3. Radiološke pretrage.....	11
5.4. Dijagnostika infekcije Helicobacter pylori.....	11
6. Liječenje ulkusne bolesti.....	12
7. Komplikacije ulkusne bolesti.....	13
8. Proces zdravstvene njege.....	15
8.1. Sestrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelih od peptičke ulkusne bolesti.....	16
8.2. Intervencije medicinske sestre kod bolesnika s ulkusnom bolesti.....	18
8.3. Procjena i intervencije medicinske sestre kod bolesnika s komplikacijama ulkusne bolesti.....	19
9. Prehrana.....	20
9.1. Hrana koja može ublažiti ulkus.....	22
9.2. Hrana koja može pogoršati ulkus.....	22
Zaključak.....	24
Literatura.....	25

## Uvod

Peptička ulkusna bolest jedna je od najčešćih bolesti probavnog sustava. Peptički ulkus obično nalazimo u želucu i proksimalnom duodenumu, no može zahvatiti i donji dio jednjaka, distalni duodenum ili jejunum. Procjenjuje se da će 5 do 10 % populacije jednom u životu imati aktivnu bolest, a prevalencija raste s dobi, posebice nakon 45. godine života. Peptički ulkus nastaje uslijed neravnoteže između obrambenih (sluz, bikarbonati) i agresivnih (pepsin, kiselina) mehanizama sluznice probavnog trakta. Agresivni čimbenici mogu izravno ili neizravno oštetiti sluznicu probavnog sustava te otežati cijeljenje ulkusa. Na nastanak ulkusne bolesti utječe i *Helicobacter pylori*. Oko 50% svjetske populacije inficirano je ovom bakterijom, a 10% inficiranih razvit će peptički ulkus. Peptička ulkusna bolesti liječi se trojnom terapijom. Za uspješno liječenje, uz medikamentoznu terapiju, valja naglasiti i promjenu štetnih životnih navika kao što su prestanak pušenja i konzumacije alkohola te poštivanje dijetalnih mjera. (1)

Uspjeh liječenja bolesnika s ulkusnom bolesti ovisi o brojnim čimbenicima. Među njima je i primjerena zdravstvena skrb. Medicinska sestra član je multidisciplinarnog tima. Ima važnu ulogu u utvrđivanju potreba za zdravstvenom njegom, planiranju i provođenju zdravstvene njege te njezinom vrednovanju primjenjujući pritom holistički pristup.



*Slika 1 Endoskopski prikaz želučanog ulkusa. Dostupno na:  
<https://emedicine.medscape.com/article/181753-workup?form=fpf#c7>*



## 1. Epidemiologija

Epidemiološki podaci o incidenciji i prevalenciji peptičkog ulkusa temelje se na podacima o simptomatologiji same bolesti, pretragama (endoskopskim i radiološkim), broju hospitalizacija, komplikacija, operativnih zahvata te evidentiranih smrtnih ishoda izazvanih ulkusnom bolesti. Problem pri procjeni epidemioloških podataka predstavljaju i asimptomatski ulkusi kao i intermitentna priroda bolesti. (2)

Uz dispepsiju i GERB, ulkusna bolest među najčešćim je bolestima probavnog sustava. (3) Učestalost pojave peptičkog ulkusa raste kod osoba starije životne dobi, naročito kod starijih od 45 godina. (4) Češće se manifestira kod bolesnika s koničnim bolestima poput KOPB-a, ciroze jetre te bolesnika na imunosupresijskoj terapiji kao i kod bolesnika na hemodijalizi. (3)

Brojna istraživanja i epidemiološki podaci ukazuju da je dijagnoza peptičkog ulkusa bila rijetka pojava prije početka 20. stoljeća. Krajem 60-ih godina prošlog stoljeća bilježi se stalni rast broja oboljelih, a od 70-ih godina vidljiv je pad učestalosti duodenalnog te u manjoj mjeri i želučanog ulkusa u razvijenim zemljama. Broj hospitalizacija kao i smrtnost od ulkusne bolesti smanjena je. Broj hospitalizacija uslijed krvarenja raste za želučani ulkus, dok se za duodenalni smanjuje. Broj perforacija ostao je približno jednak. (2)

Istraživanja pokazuju da se stopa prevalencije peptičkog ulkusa od 1990. godine smanjila za 31% u cijelom svijetu. Podaci pokazuju da je stopa prevalencije 90-ih godina prošlog stoljeća iznosila 143,4 na 100.000 stanovnika. Godine 2019. iznosila je 99,4 na 100.000 stanovnika. Stopa smrtnosti smanjila se za 59% dok je najviša stopa smrtnosti zabilježena u zemljama s niskim i niskosrednjim indeksom održivog razvoja (SDI). (5)

Prema podacima iz Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa za 2021. godinu, kojeg objavljuje Hrvatski zavod za javno zdravstvo, broj zabilježenih ulkusa želuca i duodenuma u djelatnosti obiteljske medicine iznosio je 28 675 slučajeva. Većina ulkusa, čak 15 924, zabilježena je kod osoba starijih od 65 godina. (6)

Promjene u broju hospitalizacija, komplikacija i smrtnosti rezultat su značajnih poboljšanja u liječenju i terapiji ulkusne bolesti kao i utjecaja okolinskih čimbenika poput pušenja, konzumiranja alkohola, uporabe nesteroidnih antireumatskih lijekova i salicilata te infekcija *Helicobacter pylori*. Došlo je do značajnih poboljšanja u terapiji ulkusa, eradikaciji i padu incidencije infekcije

*Helicobacter pylori* te smanjenju štetnih navika poput pušenja. Valja istaknuti da važnu ulogu u nastanku peptičkog ulkusa imaju genski i psihološki čimbenici.(1)

Infekcije gram-negativnom bakterijom *Helicobacter pylori* često povezujemo s bolestima gastrointestinalnog sustava poput kroničnog gastritisa te želučanog i duodenalnog ulkusa. Oko 50% svjetske populacije inficirano je tom bakterijom. Čak 10% inficiranih razvit će peptički ulkus, a oko 1% karcinom želuca. (1) Infekcija *H. pylori* češće je prisutna u zemljama u razvoju, a prevalencija infekcije raste s dobi. (4) Prevalencija infekcije HP u Hrvatskoj iznosi između 60,4% i 68%. Najviša prevalencija je u sjevernijim krajevima Hrvatske (78% u Krapinsko-zagorskoj županiji, Međimurje 68% te Varaždin 76%). (1)

## 2. Etiologija

Pojačano lučenje kiseline i pepsina te smanjenje zaštite sluznice želuca dva su važna mehanizma koja vežemo uz nastanak peptičkog ulkusa. Ulkusi mogu nastati na svim dijelovima gastrointestinalnog sustava gdje postoji aktivnost želučane kiseline. Najčešće se javljaju na želucu, dvanaesniku, jednjaku. Ulkusi se mogu pojaviti i na proksimalnom jejunumu te u ileumu. Prema brzini nastanka ulkusi se dijele na akutne i kronične. Akutni ulkusi obično su plitki, višestruki te su praćeni minimalnom upalnom komponentom. Kronični peptički ulkusi najčešće su solitarni. (2)

Proces nastanka peptičkog ulkusa smatra se rezultatom neravnoteže između agresivnih i obrambenih čimbenika koji štite integritet sluznice te pridonose njezinom brzom oporavku. (1) Rezultat te neravnoteže defekti (erozije i ulkusi) su sluznice probavnog sustava. Erozije prodiru do *muscularis mucosae*, dok se ulkusi šire u submukozu i mišićni sloj. (2)

Agresivni čimbenici koji utječu na nastanak peptičkog ulkusa su infekcija bakterijom *Helicobacter pylori*, sekrecija kiseline i pepsin. Obrambeni čimbenici poput sluzi i bikarbonata štite integritet sluznice tako što inhibiraju difuziju pepsina i smanjuju mehaničke ozljede. (2)

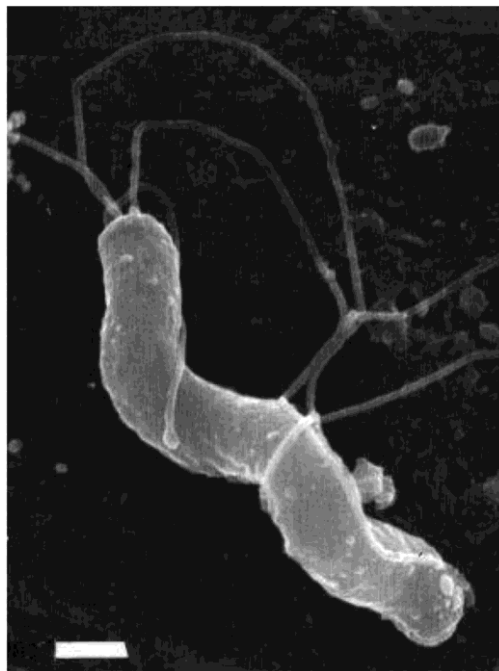
Mukozna barijera građena je od tri zaštitne komponente koje uključuju: sloj epitelnih stanica, sloj sluzi te sloj bikarbonatnih iona koje luče površinske epitelne stanice koje neutraliziraju kiselinu. (7)

Ulkusi najčešće nastaju kad se ravnoteža između agresivnih i obrambenih čimbenika naruši egzogenim čimbenicima kao što su infekcija bakterijom *Helicobacter pylori* te čestim uzimanjem ulcerogenih lijekova poput NSAR. (8)

### 2.1. *Helicobacter pylori*

*Helicobacter pylori*, gram-negativna bakterija spiralnog oblika, otkrivena je 1982. godine. Infekcija se obično događa već tijekom djetinjstva. Prevalencija infekcije *H. pylori* raste s dobi te je obrnuto proporcionalna socioekonomskom statusu. Čimbenici rizika za razvoj infekcije su i veći broj braće i sestara, kao i zaraženi roditelji. (9)

Ovaj mikroaerofilni bacil čest je ljudski patogen. Preživljava u nepovoljnom okolišu, a najčešće ga nalazimo u lumenu želuca u blizini površinskih epitelnih stanica. Značajnu ulogu u koloniziranju želučane sluznice ima enzim ureaza. Uz pomoć ureaze *H. pylori* razgrađuje ureu na amonijak te tako dovodi do neutralizacije medija želuca, a upravo neutralni pH pogoduje rastu bakterije *H. pylori*. Nusprodukti koji se stvaraju u procesu neutralizacije kiselog medija želuca iznimno su toksični za epitelne stanice želuca. (10)



Slika 2. *Helicobacter pylori*. Dostupno na: [https://www.researchgate.net/figure/Morphology-of-H-pylori-Field-emission-scanning-electron-microscopic-FESEM-image-of-a\\_fig1\\_351107186](https://www.researchgate.net/figure/Morphology-of-H-pylori-Field-emission-scanning-electron-microscopic-FESEM-image-of-a_fig1_351107186)

Infekcija bakterijom *H. pylori* započinje njezinim ulaskom u probavni sustav domaćina. (8)  
Postoje tri puta njezinog prijenosa. Najmanje uobičajen je iatrogeni, najčešće putem endoskopa, međutim dokazano je da dezinfekcija endoskopa smanjila učestalost prijenosa bakterije. Put širenja može biti i fekalno-oralni, kao i oralno-oralni. (11)

Osobe inficirane *H. pylori* imaju 4 do 10 puta veći rizik za razvoj ulkusne bolesti. Važnost ove bakterije u etiopatogenezi peptičkog ulkusa najbolje se očituje iz učestalosti nalaza infekcije ove bakterije kod bolesnika s peptičkim ulkusom, koja u svijetu iznosi i više od 90%. U Hrvatskoj 80 do 85 % bolesnika s ulkusom na želucu inficirano je *H. pylori*. (8)

## 2.2. Nesteroidni antireumatici

Važan čimbenik u patogenezi peptičkog ulkusa su lijekovi poput nesteroidnih antireumatika (NSAR) i acetilsalicilne kiseline. U najčešće korištene lijekove pripadaju NSAR, a uzrokuju oštećenja želučane sluznice i komplikacije u gastrointestinalnom traktu. (10)

Nakon što NSAR dospiju u želudac mogu se apsorbirati preko sluznice i oštetiti epitelne stanice želuca. Međutim, takvo oštećenje epitelnih stanica nema primarnu ulogu u nastanku peptičkog ulkusa. (1) NSAR uzrokuju nastanak peptičkog ulkusa inhibirajući enzim ciklooksigenazu. Taj enzim sudjeluje u sintezi prostaglandina koji stimulira lučenje bikarbonata i sluzi. Prostaglandini su važni u zaštiti sluznice želuca od djelovanja želučane kiseline. Neki nesteroidni antireumatici imaju manji učinak na prostaglandine, ali povećani rizik od nastanka krvarenja i peptičkog ulkusa i dalje je visok. (10)

## 3. Klinička slika

Simptomatologija peptičke ulkusne bolesti može biti uvelike raznolika. Simptomi variraju od nespecifične dispepsije, klasičnih ulkusnih simptoma pa sve do potpunog nedostatka simptoma. (8)

Simptomi i znakovi peptičkog ulkusa razlikuju se ovisno o mjestu ulkusa i dobi bolesnika. (12)

### 3.1. Dispepsija

Dispepsija je tegoba koja proizlazi iz gornjeg dijela gastrointestinalnog sustava, a vezana je uz uzimanje hrane. (1) To je skup simptoma povezan sa širokim spektrom bolesti. Oko 25% stanovništva prijavljuje dispeptičke simptome. Njih 70% nema organski uzrok te se najčešće radi

o dispepsiji s funkcionalnim poremećajem, ali ona može biti i simptom ozbiljnih stanja i bolesti poput peptičkog ulkusa ili karcinoma želuca. (13) Dispepsija uključuje nelagodnu epigastriju, mučninu, nadutost, podrigivanje, osjećaj punoće nakon obroka te povraćanje u odsutnosti pilorostenoze. (2)

Razlikujemo tri oblika dispepsije. Grupiranje simptoma na ova tri oblika temeljeno je kliničkim simptomima:

1. Dispepsija poput ulkusa: javlja se epigastrična bol nakon obroka uz osjećaj žarenja. Tegobe se smanjuju nakon uzimanja antacida ili protusekretornih lijekova.
2. Dispepsija s funkcionalnim poremećajem: nakon obroka dolazi do nadutosti, javlja se osjećaj težine u epigastriju, udružen s mučninom, inapetencijom te povraćanjem.
3. Dispepsija poput refluksa: danas se ovaj tip dispepsije najčešće klasificira kao gastroezofagealna refluksna bolest (GERB). Najčešći simptomi su žgaravica i regurgitacija. (8)

### 3.2. Klasični ulkusni simptomi

Karakterističan simptom peptičke ulkusne bolesti je bol u epigastriju. (4) Bol se katkad osjeća i u lijevom i desnom gornjem kvadrantu te hipohondriju, a može se proširiti i na leđa. (2) Bolesnici bol opisuju kao osjećaj žarenja i/ili pečenja te se javlja dva do pet sati nakon uzimanja hrane ili tijekom noći. (4)

Ulkusi na želucu praćeni su jakom boli koja se pojavljuje neposredno nakon obroka, a prestaje uzimanjem hrane. (1) Kod ulkusa na duodenumu bol se javlja pri lučenju kiseline, najčešće 3 do 5 sati nakon uzimanja hrane. Bol kod ulkusa na duodenumu pojavljuje se periodično. Simptomatsko razoblje može trajati nekoliko tjedana nakon kojeg slijedi asimptomatsko razdoblje od nekoliko tjedana do mjeseci. (2)

Clinical comparison of Gastric ulcer and Duodenal ulcer	
Gastric Ulcer	Duodenal Ulcer
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Occur in the stomach</li> <li>• Epigastric pain 1-2 hours after eating</li> <li>• Can cause hematemesis or melena</li> <li>• Heart burn, chest discomfort and early satiety are commonly seen</li> <li>• Can cause gastric carcinoma (mostly in the elderly)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Occur in the duodenum</li> <li>• Epigastric pain 2-5 hours after eating</li> <li>• Can cause melena or hematochezia</li> <li>• Heart burn, chest discomfort are less common but may be seen</li> <li>• Pain may awaken patient during the night</li> </ul>

Slika 3. Usporedba kliničke manifestacije ulkusa na želucu i duodenumu. Dostupno na:

<https://www.slideshare.net/poojasharda/peptic-ulcer-disease-244712392>

Dvije trećine oboljelih od peptičkog ulkusa navode nelagodu u epigastriju dok 20 do 60% oboljelih navode i žgaravicu kao simptom. U oko 20% oboljelih mogu se javiti inapetencija, koja dovodi do mršavljenja, pojačan apetit ili nepodnošenje masne hrane. (1)

### 3.3. Asimptomatski ulkusi

Endoskopske studije utvrdile su da 1 do 2% pregledanih zdravih ispitanika ima peptičke ulkuse bez simptoma. Čak 20% bolesnika s ulkusom i komplikacijama ulkusne bolesti nema prisutne simptome prije pojave komplikacija. Najčešće su to starije osobe koje uzimaju nesteroidne protuupalne lijekove. (2) Kod takvih slučajeva bolest se manifestira nespecifičnim simptomima kao što su nemir, konvulzije te osjećaj nadutosti. (4) Otprilike trećina slučajeva perforiranog peptičkog ulkusa te jedna petina gastrointestinalnog krvarenja javlja se kod bolesnika bez prethodnih simptoma ulkusne bolesti. (14)

Studije temeljene na endoskopskim pretragama ukazuju da nema korelacije između patoloških promjena sluznice i pojave simptoma ulkusa. U 40% bolesnika cijeljenjem ulkusa ne prestaju simptomi, dok se kod pojedinih bolesnika mogu javiti asimptomatski ulkusi. Iz toga možemo zaključiti da na pojavnost simptoma ulkusne bolesti ne utječu ni ulkusi ni lučenje kiseline nego visceralna senzitivizacija na kiselinu. Ona se može pojaviti kod normalne ili povećane sekrecije te u prisutnosti i odsutnosti ulkusa. (2)

#### 4. Potencijalni rizični čimbenici za nastanak ulkusa

Potencijalni rizični čimbenici poput pušenja, alkohola, začinjene hrane i stresa samostalno vjerojatno neće uzorkovati nastanak ulkusa, ali mogu utjecati na nastanak komplikacija ulkusne bolesti te njezino liječenje.

Pušenje je jedan od rizičnih čimbenika koji se povezuje s nastankom, perzistencijom ulkusa i pojavom komplikacija ulkusne bolesti. Pušenje smanjuje izlučivanje bikarbonata i sluzi te povećava rizik od nastanka ulkusa. Čimbenik rizika za razvoj želučanog i duodenalnog ulkusa kod pušača proporcionalan je intenzitetu pušenja. (2) Istraživanja su pokazala da je prevalencija peptičke ulkusne bolesti kod aktivnih pušača, kao i kod onih koji su nekoć bili pušači, gotovo dvostruko veća nego kod nepušača. Pušenje više od 15 cigareta dnevno povećava rizik perforacije ulkusa do tri puta. (15) Pušenje također usporava cijeljenje ulkusa, povećava rizik za nastanak komplikacija ulkusne bolesti te povećava smrtnost uslijed kardioloških i pulmoloških posljedica pušenja. (2) Negativni učinci pušenja posljedica su njegova utjecaja na ravnotežu između agresivnih i zaštitnih čimbenika za razvoj ulkusa. (15)

Osim pušenja, alkohol u visokim koncentracijama oštećuje barijeru sluznice želuca te dovodi do akutnih lezija želučane sluznice sa sluzničnim krvarenjem. Međutim, nema dokaza da akutne lezije uzrokovane alkoholom dovode do kroničnog ulkusa. Koncentracija alkohola od 1 do 4% stimulira sekreciju kiseline, dok alkoholna pića s višom koncentracijom mogu čak inhibirati sekreciju kiseline. Iz toga zaključujemo da i ostali sastojci alkoholnih pića stimuliraju sekreciju kiselina, ne samo etanol. (2) Studije su pokazale da osobe koje obilno piju (više od 42 pića tjedno) imaju četiri puta veći rizik za nastanak krvarećeg ulkusa. (15)

Začinjena hrana izaziva dispepsiju, no nema dokaza da utječe na nastanak ili relaps peptičkog ulkusa. (2) Studija provedena na 47 000 ispitanika nije utvrdila povezanost između unosa masne hrane i pojave duodenalnog ulkusa, no visoka koncentracija voća i povrća u prehrani te dijetalnih vlakana i vitamina A povezana je sa smanjenim rizikom od nastanka ulkusa. (15) Stimulans sekrecije kiseline je i kava koja često izaziva povećani gastroezofagealni refluks te dispepsiju, ali nema dokaza da njena konzumacija utječe na nastanak ulkusa. (2)

Stres potiče izlučivanje želučane kiseline te utječe na obrambeni mehanizam želučane sluznice. Kronične bolesti, politraume ili septički šok mogu rezultirati stvaranjem akutnih ulkusa i erozija

želučane sluznice zbog smanjene proizvodnje sluzi i izlučivanja bikarbonata. Stres uzrokuje smanjeni protok krvi koji kompromitira dostatnu opskrbu sluznice energijom koja je bitna za njezinu funkciju. (15)

## 5. Dijagnostika ulkusne bolesti

Uspostavljanje peptičke ulkusne bolesti zahtjeva prikupljanje anamneze, fizikalni pregled te invazivne, odnosno neinvazivne dijagnostičke pretrage. Postavljanje dijagnoze peptičke ulkusne bolesti započinje uzimanjem anamneze. Potrebno je pažljivo prikupiti anamnezu i zabilježiti prisutnost komplikacija bolesti. Bolesnici najčešće prijavljuju bol u epigastriju. Ako postoje komplikacije ulkusne bolesti, kao što su krvarenje, perforacija ili maligne alteracije, očituju se anemijom, melenom, hematemezom ili gubitkom tjelesne težine. Osim uzimanja anamneze sastavni dio uspostavljanja dijagnoze je i fizikalni pregled koji kod bolesnika s ulkusnom bolesti otkriva osjetljivost epigastrija i znakove anemije. (16)

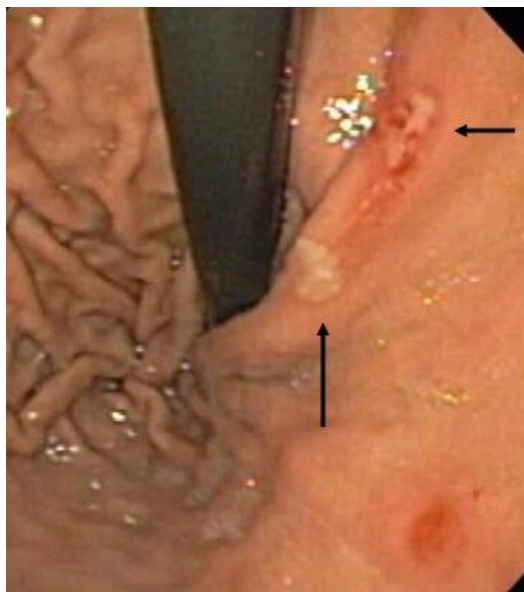
### 5.1. Laboratorijski nalazi

Kompletna krvna slika, rutinski biokemijski testovi te osnovni koagulacijski testovi potrebni su u evaluaciji bolesnika s ulkusnom bolesti. Rutinski laboratorijski testovi pomažu pri identifikaciji bolesnika s “alarmantnim simptomima” i identifikaciji bolesnika kojima je potrebna daljnja endoskopska ili druga dodatna obrada. (1)

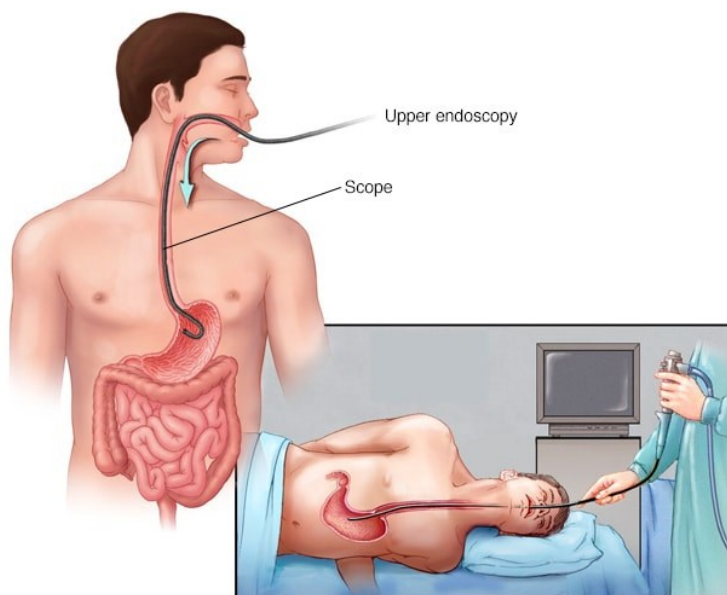
### 5.2. Endoskopija

Endoskopska pretraga, ezofagogastroduodenoskopija, specifična je i osjetljiva dijagnostička metoda kojom se otkrivaju ulkusi i lezije sluznice probavnog sustava. Predstavlja zlatni standard dijagnoze peptičke ulkusne bolesti. Endoskopske pretrage omogućavaju uvid u stanje sluznice želuca i duodenuma te precizno definiranje naravi upalnih promjena. Ukoliko su prisutne komplikacije poput krvarenja, endoskopskim je putem moguća aktivna hemostaza. Endoskopija također omogućuje uzimanje biopsijskih uzoraka za određivanje prirode različitih procesa, dijagnostiku *H. pylori* te razlikovanje benignih od malignih lezija. Sama endoskopska pretraga nije zamjena za potvrdu kliničke sumnje na malignitet, već je neophodna biopsija sluznice. Prilikom uzimanja uzoraka za biopsiju potrebno je uzeti višestruke biopsije s dna i ruba ulkusa, a po potrebi i njegove okoline. (2)





Slika 4. Endoskopski prikaz dva želučana ulkusa. Dostupno na: <https://naspghan.org/professional-resources/endoscopy-photo-gallery/stomach/>



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Slika 5. Ezofagogastroduodenoskopija. Dostupno na: [https://www.mayoclinic.org/-/media/kcms/gbs/patient-consumer/images/2016/05/02/14/44/mcdc7\\_endoscopy-8col.jpg](https://www.mayoclinic.org/-/media/kcms/gbs/patient-consumer/images/2016/05/02/14/44/mcdc7_endoscopy-8col.jpg)

### 5.3. Radiološke pretrage

Napretkom endoskopije, radiološke pretrage gornjeg dijela probavnog trakta potisnute su u drugi plan. Međutim, u slučajevima kada je onemogućen endoskopski pregled, poput postupalne stenoze bulbusa, radiološke su pretrage iznimno korisne, kao i prilikom kliničke sumnje na perforaciju, penetraciju te pri procjeni proširenosti malignog procesa. (8)

### 5.4. Dijagnostika infekcije *Helicobacter pylori*

S obzirom na važnost utjecaja bakterije *H. pylori* na pojavnost ulkusne bolesti, današnja dijagnostika peptičkog ulkusa često je ograničena samo na dijagnosticiranje njezine prisutnosti bez endoskopske potvrde o postojanju peptičkog ulkusa. (4)

Američko udruženje gastroenterologa (ACG) preporučuje dijagnosticiranje infekcije *H. pylori* kod bolesnika s aktivnom peptičkom ulkusnom bolesti, simptomima dispepsije te želučanim MALT limfomom. Također, da bi se smanjio rizik od recidiva peptičkog ulkusa, ACG preporučuje testiranje i kod asimptomatskih bolesnika u anamnezi. (17)

Danas se upotrebljava niz invazivnih i neinvazivnih metoda za dijagnosticiranje infekcije *H. pylori*. Invazivne metode otkrivaju njezinu prisutnost ili aktivnost u bioptičkim uzorcima sluznice želuca. Invazivne metode su endoskopija-biopsija, brzi test ureaze, izolacija i kultura. Zlatni standard za izravno dijagnosticiranje infekcije *H. pylori* je histologija. (18)

Brzi test ureaze invazivna je metoda dijagnosticiranja infekcije *H. pylori* koja proizvodi enzim ureazu. Ureaza razgrađuje ureu, a kao produkt nastaje amonijak koji uslijed promjene pH mijenja boju reagensa. (18)

Neinvazivne metode otkrivaju prisutnost *H. pylori* dokazivanjem njezine specifične aktivnosti i enzima ureaze, prisutnosti protutijela u serumu/slini osobe zaražene *H. pylori* te dokazivanjem antigena u stolici bolesnika. Neinvazivne metode su serologija, ureja izdisajni testovi te testiranje fecesa na antigen *H. pylori*. (8)

Serološke metode određuju titar IgG protutijela u serumu. Budući da u nekih osoba protutijela mogu biti dugo prisutna, ova metoda ne razlikuje prošlu od trenutačne infekcije te se zbog toga koristi u epidemiološkim ispitivanjima, a ne kao dokaz aktualne infekcije. (18)

Urejni izdisajni testovi zlatni su standard među neinvazivnim metodama dijagnosticiranja infekcije H. pylori. Specifičan je i visoko osjetljiv test koji se koristi za potvrđivanje iskorijenjenosti H. pylori nakon provedenog liječenja. Kako bi se izbjegao lažno pozitivan nalaz test se radi 4 do 8 tjedana nakon završetka liječenja. (18)

Testiranje fecesa na antigen pomoću enzimske imunološke analize otkriva H. pylori antigen. Test se koristi za provjeru uništenja bakterije (ponavlja se četiri tjedna nakon završetka liječenja) te početnu dijagnozu infekcije. Ukoliko je prisutan mali broj bakterija ili je bolesnik primao antibiotsku terapiju test može biti lažno negativan. (18)

## 6. Liječenje ulkusne bolesti

Osnovni su ciljevi u liječenju ulkusne bolesti nestanak simptoma bolesti, cijeljenje peptičkog ulkusa, prevencija komplikacija i recidiva peptičkog ulkusa. Osnovna terapija kod bolesnika koji nisu inficirani H. pylori je protusekretorna terapija. Kod inficiranih bolesnika liječenje peptičkog ulkusa započinje uništenjem H. pylori. U procesu liječenja važno je i izbjegavanje ulcerogenih čimbenika poput pušenja, konzumacije alkohola te veće količine NSAR. (2)

Svim bolesnicima s dijagnosticiranom infekcijom H. pylori primjenjuje se eradikacijska terapija. Infekcija ovom bakterijom liječi se trojnom terapijom. To je kombinacija IPP-a i dvaju antibiotika, najčešće klaritromicinom i amoksicilinom ili metronidazolom. Preporučeno vrijeme trajanja liječenja trojnom terapijom je sedam dana. S obzirom na povećanu otpornost na antibiotike, stopa uništenja bakterije pokazuje postupni pad. Razlog tomu je povećana kiselost želuca, porast otpornosti H. pylori na klaritromicin te visoki broj bakterijskih sojeva i bakterija. (18) Stupanje postignutog uništenja bakterije trojnom terapijom iznosi 90%. (2)

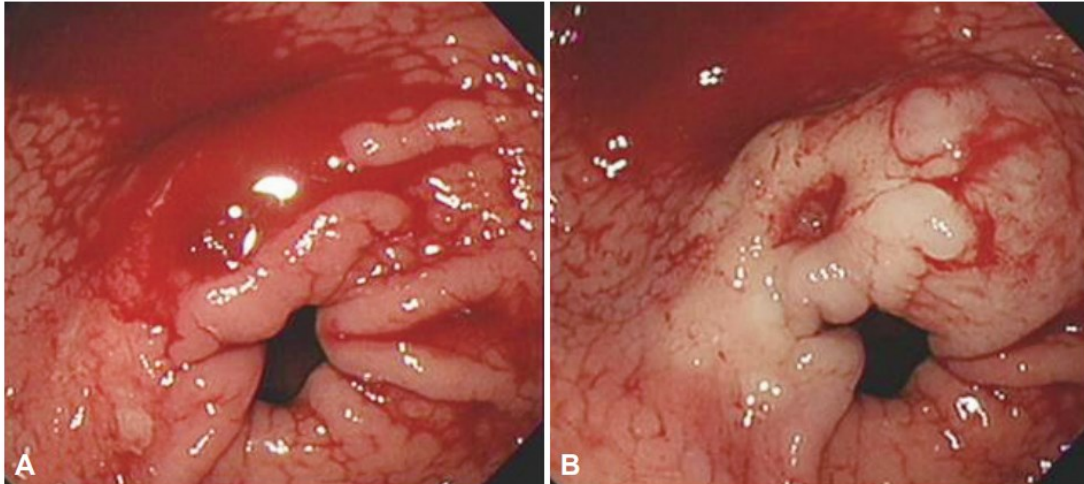
Osnovna terapija kod neinficiranih bolesnika protusekretorna je terapija. U skupinu protusekretornih lijekova spadaju antacid, antagonisti H<sub>2</sub> receptora (cimetidin, ranitidin...) te inhibitori protonske pumpe (IPP) (omeprazole, pantoprazol...). Dobar učinak u liječenju ulkusa postiže se antagonistima H<sub>2</sub> receptora, no IPP-i su djelotvorniji. Za 8 tjedana korištenja antagonista H<sub>2</sub> receptora zacijelit će 94% duodenalnih ulkusa, dok se sličan efekt postiže i pomoću IPP-a, ali za dvostruko kraće vrijeme. (1)

Budući da eradikacijska terapija ne postiže stopostotni uspjeh, rizično je prekinuti protusekrecijsku terapiju odmah nakon prestanka eradikacijske. Stoga se produljena protusekretorna terapija provodi kod svih ulkusa na želucu i kod kompliciranih duodenalnih ulkusa. IPP-i se uzimaju još 4 do 6 tjedna u slučajevima želučanog ulkusa te 3 do 4 tjedna kod duodenalnih ulkusa. (1)

Uvođenjem protusekretornih lijekova broj peptičkih ulkusa koji se liječe kirurškim zahvatom značajno se smanjio. Danas se kirurška terapija provodi samo kod bolesnika koji nisu reagirali na konvencionalnu terapiju te kod bolesnika s komplikacijama ulkusne bolesti. (1)

## 7. Komplikacije ulkusne bolesti

Najčešća komplikacija peptičke ulkusne bolesti krvarenje je koje se javlja u oko 20% bolesnika. (8) Najčešće se javlja u osoba starije životne dobi te kod bolesnika s drugim ozbiljnim bolestima poput bolesti srca. Do krvarenja dolazi kada ulkus zahvati krvnu žilu u sluznici želuca. Klinička manifestacija krvarenja ovisi o količini i brzini krvarenja. Akutno obilno krvarenje manifestira se hematemezom, melenom, a popratno može doći i do hipovolemičkog šoka. Gubitak krvi koji se razvija sporije manifestira se melenom koja također može biti praćena hemodinamskim promjenama. U slučajevima umjerenog, ali neprekidnog gubitka krvi javlja se kronična anemija. GI krvarenje hitno je stanje koje potencijalno opasno po život, a unatoč napretku terapije stopa smrtnosti iznosi 7 do 10%. Sve bolesnike s akutnim krvarenjem iz gornjeg GI trakta treba podvrgnuti endoskopskom pregledu kako bi se uspostavila dijagnoza krvarenja, procijenio rizik te liječila lezija. Endoskopija unutra 24 sata od akutnog krvarenja iz gornjeg GI trakta smatra se standardom skrbi, a bolesnici s ponavljajućim i nekontroliranim krvarenjima trebaju se podvrgnuti hitnoj endoskopiji kako bi se krvarenje kontroliralo te smanjio rizik od smrtnog ishoda. Osim hitne endoskopije, liječenje GI krvarenja uključuje i intravenoznu nadoknadu tekućine i primjenu IPP-a te transfuziju krvi. U više od 90% bolesnika endoskopskim putem zaustavlja se krvarenje, a potreba za kirurškim liječenjem krvarenja ograničena je u slučajevima kada se hemostaza ne može izvesti zbog vrste krvarenja ili položaja ulkusa. (19)



*Slika 6. Krvarenje iz peptičkog ulkusa. Dostupno na: <https://www.e-ce.org/upload/pdf/ce-48-106.pdf>*

Najozbiljnija komplikacija peptičke ulkusne bolesti je perforacija koja se očituje slikom akutnog abdomena. Kada ulkus prolazi kroz stijenku probavnog sustava dolazi do stvaranja otvora, perforacije, što može uzrokovati istjecanje želučanog ili crijevnog sadržaja u trbušnu šupljinu. Rezultat perforacije akutna je intenzivna bol u epigastriju koja se potom širi na cijeli abdomen. Bolesnik diše površno, često s nogama privučenim k trbuhu kako bi smanjio napetost i pokrete trbušnog zida i tako ublažio bol. Može doći i do razvoja akutnog peritonitisa. Da bi se uspostavila dijagnoza perforacije bolesnika se upućuje na RTG ili CT abdomena. Na RTG snimci abdomena, koji se slika u stojećem stavu, možemo vidjeti slobodan zrak ispod ošita, najčešće u obliku srpa. Liječenje perforiranog ulkusa uključuje intravenoznu nadoknadu tekućine, primjenu inhibitora protonske pumpe i antibiotika sa širokim spektrom djelovanja, postavljanje nazogastrične sonde te kirurški zahvat. Stopa smrtnosti je u rasponu od 6 do 14%. Bolesnici starije životne dobi s teškim popratnim bolestima imaju veći rizik za lošiji ishod perforacije. (19)

Osim perforacije, ulkus može probiti želučani zid i zahvatiti susjedni organ. Ulkus najčešće zahvaća jetru ili gušteraču. Penetracija ulkusa komplikacija je ulkusne bolesti koja se očituje jakom neprekidnom boli. Bol se najčešće projicira na leđa, što je slučaj kod penetracije duodenalnog ulkusa na gušteraču. Dijagnoza se postavlja na temelju CT-a ili MR, a terapija je kirurška. (19)

Stenoza/opstrukcija pilorusa rijetka je komplikaciju peptičkog ulkusa koja se pojavljuje u oko 5% slučajeva. Različiti čimbenici, poput spazma, smanjenja želučanog motiliteta, upale, edema i ožiljaka djeluju na nastanak opstrukcije pilorusa. Klinički se manifestira povraćanjem, ranom

sitosti nakon jela, epigastričnoj boli, mučninom i gubitkom teka. Ukoliko se ovo stanje ne liječi dolazi do gubitka tjelesne težine, dehidracije, alkaloze i pogoršanja općeg stanja. Dijagnoza se postavlja na temelju endoskopije, biopsije i slikovnim prikazima, odnosno CT-om. Liječenje uključuje želučanu dekompresiju tijekom 48 do 72 sata te supresiju kiseline antagonistima H<sub>2</sub> receptora. Operativno liječenje uključuje endoskopsku balon dilataciju pilorusa. (20)

## 8. Proces zdravstvene njege

Pojam „proces zdravstvene njege“ označava pristup u otkrivanju i rješavanju problema iz područja zdravstvene njege. Prvi put se spominje pedesetih godina u američkoj stručnoj literaturi, međutim Florence Nightingale se već 1859. godine se zalagala za pažljivo i stručno promatranje i procjenu stanja bolesnika koji su značajan element u procesu zdravstvene njege. (21)

Problem u procesu zdravstvene njege označava stanje koje odstupa od normalnog i zahtjeva intervenciju medicinske sestre. Intervencije medicinske sestre usmjerene su na rješavanje bolesnikovih problema. Prije rješavanja problema, medicinska sestra ih prepoznaje, imenuje, planira i provodi postupke usmjerene njihovom rješavanju te naposljetku provjerava uspješnost provedenih postupaka. (21)

Proces zdravstvene njege utemeljen je na znanju, logičan je i racionalan pristup procjenjivanju i odlučivanju. Odvija se u četiri faze, a u praksi se one često međusobno prožimlju:

1. utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom
2. planiranje zdravstvene njege
3. provođenje zdravstvene njege
4. vrednovanje zdravstvene njege. (21)

Prva faza procesa zdravstvene njege utvrđivanje je potreba za zdravstvenom njegom. Medicinska sestra utvrđuje bolesnikove probleme. U prvoj fazi procesa zdravstvene njege medicinska sestra savjesno, sustavno, namjerno i samoinicijativno prikuplja i analizira podatke te definira probleme iz područja zdravstvene njege/sestrinske dijagnoze. (21)

Druga faza procesa zdravstvene njege označava njezino planiranje. Obuhvaća utvrđivanje prioriteta, određivanje ciljeva i planiranje intervencije. Određivanje prioriteta i ciljeva zdravstvene

njege zajednička su aktivnost bolesnika i medicinske sestre. Druga faza procesa završava izradom plana zdravstvene njege. (21)

Iduća je faza procesa provođenje zdravstvene njege. Obuhvaća validaciju izrađenog plana, analizu uvjeta za provođenje plana zdravstvene njege te kritičku realizaciju planiranoga. (21)

Posljednja faza procesa zdravstvene njege je vrednovanje. Uključuje vrednovanje cilja i plana. U posljednjoj fazi procesa ponovo se procjenjuje stanje bolesnika te se procjenjuje je li cilj zdravstvene njege postignut. Ako planirani cilj nije postignut utvrđuje se razlog njegovog neispunjenja te se izrađuje novi plan zdravstvene njege. (21)

Zdravstvena njega samostalna je djelatnost medicinske sestre koja zahtjeva holistički pristup bolesniku. S obzirom na moguće komplikacije i popratne poteškoće, bolesnici s ulkusnom bolesti osjetljiva su skupina pacijenata, a sukladno tomu pristup i proces zdravstvene njege treba biti dobro isplaniran. (22)

### 8.1. Sestrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelih od peptičke ulkusne bolesti

Sestrinske dijagnoze opisuju probleme iz područja zdravstvene njege. Prema Gordonu (1986), sestrinska dijagnoza opis je aktualnih ili potencijalnih zdravstvenih problema koje su medicinske sestre, s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo, sposobne i ovlaštene tretirati. Godine 1950. L. McManus prvi put piše o dijagnozama u zdravstvenoj njezi, dok se za njihovu primjenu u sestrinskoj praksi 1953. godine zalaže V. Fry. Prvu klasifikaciju objavila je Abdellah 1960. godine, a uključivala je 21 problem. (21)

Sestrinske dijagnoze imaju veliku ulogu u definiranju sestrinske prakse, olakšavaju komunikaciju te potiču dokumentiranje provedene zdravstvene njege. Sestrinske dijagnoze predstavljaju bazu za izbor intervencija koje provodi medicinska sestra kako bi se ispunio konačni cilj koji je zadan planom zdravstvene njege. (21)

Na temelju podataka koje smo dobili procjenom bolesnika i analizi istih medicinska sestra definira dijagnoze iz područja zdravstvene njege. Sestrinske dijagnoze služe kao okvir u organiziranju sestrinske skrbi. Njihova se djelotvornost, kao i djelotvornost ostalih sastavnica plana zdravstvene njege, može očitovati i izvan bolničkog sustava. Analizom sestrinske i medicinske dokumentacije medicinska sestra izrađuje plan zdravstvene njege kako bi planiranim intervencijama zadovoljila

jedinstvene potrebe bolesnika, dajući pritom prioritet njihovim zdravstvenim problemima i prioritetima. (21)

Utvrđivanje sestrinskih dijagnoza te izrada plana zdravstvene njege započinju promatranjem bolesnika te sustavnim prikupljanjem podataka. Povijest bolesti i uzimanje anamneze ključni su za definiranje sestrinske dijagnoze. Kod bolesnika s peptičkim ulkusom medicinska sestra treba prikupiti podatke o karakteru boli te podatke o metodama koje bolesnik koristi za olakšanje tegoba. Bolesnici s peptičkim ulkusom najčešće bol ublažavaju uzimanjem antacida ili hrane. Uz bol, kao simptome svoje bolesti najčešće navode i mučninu i povraćanje. Neki bolesnici navode i gubitak težine te nedostatak volje za jelom. Medicinska sestra također prikuplja i podatke o prehranbenim navikama poput rasporeda obroka, brzini hranjenja i hrani koju bolesnik uzima. Uz podatke o prisutnoj boli i prehrani medicinska sestra prikuplja podatke i o prisutnom stresu i napetosti. (23)

Na temelju prikupljenih podataka medicinska sestra utvrđuje prisutne probleme iz područja zdravstvene njege. Kod bolesnika s ulkusnom bolesti i komplikacijama ulkusne bolesti problemi su: bol, poremećaj prehrane – unos manji od tjelesnih zahtjeva, povraćanje, mučnina, smanjeno podnošenje napora, tjeskoba, nedostatak specifičnog znanja, visok rizik za gubitak tekućine, visok rizik za pad, visok rizik za aspiraciju povraćenog sadržaja, visok rizik za promjenu stanja svijesti, visok rizik za infekcije, neučinkovito pridržavanje zdravstvenih preporuka te smanjeno podnošenje napora. (23)

Najčešće sestrinske dijagnoze koje se javljaju u bolesnika su sljedeće:

- bol u svezi s (u daljnjem nastavku teksta u/s) oštećenjem sluznice probavnog sustava i sekrecijom želučane kiseline
- anksioznost u/s nedostatkom znanja; anksioznost u/s novonastalim stanjem
- poremećaj prehrane – unos manji od tjelesnih zahtjeva u/s osnovnom bolešću
- povraćanje u/s osnovnom bolešću
- mučnina u/s osnovnom bolešću.



Najčešći ciljevi zdravstvene njege bolesnika s peptičkim ulkusom su sljedeći:

- Bolesnik neće osjećati bol. Bolesnik će na skali procjene boli iskazati nižu razinu od početne procjene.
- Bolesnik će se pozitivno suočiti s anksioznošću.
- Bolesnik neće nastaviti gubiti na tjelesnoj težini.
- Bolesnik neće povraćati.
- Bolesnik će verbalizirati manju razinu mučnine. Bolesnik neće osjećati mučninu.

## 8.2. Intervencije medicinske sestre kod bolesnika s ulkusnom bolesti

- Intervencije medicinske sestre u bolesnika s boli usmjerene su na otklanjanje ili smanjenje čimbenika koji utječu na pojavu i nastanak boli.

Medicinska sestra će: uspostaviti odnos povjerenja s bolesnikom, prepoznati znakove boli, procjenjivati mjesto, karakteristike, učestalost, intenzitet i kvalitetu boli, mjeriti vitalne funkcije, ukloniti čimbenike koji utječu na pojačavanje intenziteta boli, primijeniti propisane analgetike, educirati bolesnika o tehnikama opuštanja te motivirati na njihovo provođenje, poticati korištenje nefarmakoloških metoda za ublažavanje boli, ohrabriti bolesnika i pružiti psihološku podršku, poticati bolesnika na verbalizaciju i ponovnu procjenu boli. (24)

- Intervencije medicinske sestre u anksioznog bolesnika

Medicinska sestra će: uspostaviti odnos povjerenja s bolesnikom, stvoriti osjećaj sigurnosti, redovito informirati bolesnika o liječenju i planiranim postupcima (u skladu sa svojim kompetencijama), osigurati mirnu i tihu okolinu, omogućiti sudjelovanje bolesnika u donošenju odluka, koristiti razumljiv jezik prilikom informiranja i poučavanja bolesnika, potaknuti bolesnika da verbalizira svoje osjećaje, stvoriti sigurnu okolinu za bolesnika. (25)

- Intervencije medicinske sestre kod bolesnika s poremećajem prehrane

Medicinska sestra će: bilježiti tjelesnu težinu bolesnika, uspostaviti odnos povjerenja s bolesnikom, prikupiti podatke o povijesti bolesnikove težine, osigurati adekvatnu vrstu i količinu hrane, pratiti laboratorijske vrijednosti albumina, hemoglobina i hematokrita, educirati bolesnika

o važnosti pridržavanja ulkusne dijete, pratiti znakove hematemeze ili melene, educirati bolesnika o znakovima gastrointestinalnog krvarenja. (26)

- Intervencije medicinske sestre u bolesnika koji povraća

Medicinska sestra će: pripremiti pribor (bubrežasta zdjelica, rukavice, staničevina, zaštitno nepropusno platno, čašu s vodom), postaviti bolesnika u sjedeći položaj ili okrenuti glavu bolesnika u stranu kako ne bi došlo do aspiracije povraćenog sadržaja, pridržavati bubrežastu zdjelicu ispod brade bolesnika, pridržavati glavu bolesniku dok povraća, pregledati povraćeni sadržaj te ga sačuvati na uvid liječniku, ponuditi čašu vode kako bi isprao usta, očistiti usnu šupljinu i prati zube, ukloniti povraćeni sadržaj, prozračiti prostoriju, dokumentirati povraćanje, izgled i količinu povraćenog sadržaja, primijeniti ordinirani antiemetik. (27)

- Intervencije medicinske sestre u bolesnika s mučninom

Medicinska sestra će: obavijestiti liječnika, staviti mokru i hladnu kompresu bolesniku na čelo kako bi mu pomogla da se opusti i umiri, uputiti bolesnika da diše duboko i polako na nos kako bi odvuкао pozornost od mučnine, postaviti bolesnika u bočni položaj na desnom boku kako bi se ublažile iritacije i stimulacija kardije, primijeniti propisane antiemetike te po prestanku jakih simptoma, ponuditi bolesniku suhu hranu u malim količinama kako bi uklonili nelagodan okus u ustima. (27)

### 8.3. Procjena i intervencije medicinske sestre kod bolesnika s komplikacijama ulkusne bolesti

Pojedini bolesnici do pojave komplikacija ulkusne bolesti, poput perforacije, penetracije ili krvarenja, nisu imali simptome peptičkog ulkusa. Navedene komplikacije predstavljaju akutno stanje s mogućim smrtonosnim ishodom te se stoga trebaju pravovremeno prepoznati i liječiti. Njega bolesnika najčešće se provodi u intenzivnim i poluintenzivnim jedinicama skrbi, a medicinska sestra kao član tima treba znati prepoznati simptome i znakove komplikacija ulkusne bolesti. (28)

Bolesnici su najčešće preplašeni i smeteni, a obilno krvarenje može smanjiti perfuziju mozga i uzrokovati gubitak svijesti. Kod bolesnika ovisnih o alkoholu može se javiti i alkoholni delirij zbog apstinencijske krize. U tom slučaju potrebno je humano imobilizirati bolesnika kako bi se spriječile moguće ozljede. Bolesnicima s GI krvarenjem i ostalim komplikacijama peptičke ulkusne bolesti neprekidno se promatra izgled te se mjere i nadziru vitalni parametri, EKG, SpO<sub>2</sub>,

RR. Medicinska sestra promatra, mjeri i bilježi eventualni sadržaj povraćanja. Kod bolesnika može biti prisutna oligurija ili anurija, a zadatak medicinske sestre je praćenje satne diureze te postavljanje ili asistiranje postavljanju urinarnog katetera. (28)

Zbog stanja šoka kod bolesnika se javljaju tahikardija i hipotenzija. Bolesnici mogu biti i dispnoični zbog hipooksigenacije, a visoki febrilitet upućuje na razvoj infekcije. Bolesnike s hemoragičnim šokom potrebno je postaviti u Trendelenburgov položaj, a kod perforiranog ulkusa bolesnici zauzimaju Fowlerov položaj s flektiranim nogama u koljenima. (28)

Zbog moguće dilatacije i retencije želuca, medicinska sestra svakih pola sata, ili ovisno o procjeni, aspirira i mjeri želučani sadržaj. Također, nakon EGD-a bolesnici ne bi smjeli jesti ni piti dva do tri sata, odnosno do uspostave gutanja i kašljanja. Stoga medicinska sestra provodi aspiraciju. Zadatak medicinske sestre je i prevenirati lezije i nakupljanje mikroorganizama provođenjem higijene usne šupljine. (28)

Ukoliko je liječenje komplikacija peptičke ulkusne bolesti bilo kirurško, medicinska sestra kontrolira zavoje i izgled operativnog polja, potiče bolesnika na provođenje vježbi dubokog disanja i iskašljavanja, prevenira komplikacije dugotrajnog ležanja te potiče bolesnika na što ranije ustajanje. Zadaća medicinske sestre je i osiguravanje odgovarajuće i pravilne prehrane. Prvih 48 sati nakon kirurškog zahvata prehrana je isključivo parenteralna sve dok se ne uspostavi peristaltika. Trećeg dana uvodi se čaj, a šestog postoperativnog dana tekuća dijeta. (28)

Komplikacije ulkusne bolesti predstavljaju ozbiljno i hitno stanje, a pravovremenom reakcijom cijelog tima mogu se spriječiti dramatične komplikacije. Uspostavom odnosa povjerenja i empatijom medicinska sestra može smiriti bolesnika te pružiti psihološku podršku.

## 9. Prehrana

Osim odgovarajuće medikamentozne terapije za uspješno liječenje, nestanak tegoba i cijeljenje ulkusa važna je i prehrana. Uobičajeni obrok neutralizira želučani sadržaj nakon 30 do 60 minuta. Slijedi pojačano lučenje kiseline koje se očituje karakterističnom boli u epigastriju. Odgovarajući izbor hrane može ojačati obranu stanica želuca i kontrolirati lučenje kiseline te tako ublažiti simptome ulkusne bolesti. Osim prehrane važno je i izbjegavati vanjske agresivne čimbenike poput pušenja i alkohola. (29)

Cilj dijetoterapije je i normalizacija stanja uhranjenosti kao i sprječavanje hipersekrecije kiseline. Prehrana i kalorijska raspodjela prilagođavaju se potrebama svakog bolesnika koje se razlikuju ovisno o fazi bolesti. Tijekom akutne faze veća je potreba za proteinima, cinkom te vitaminima A i C. Osim u fazi liječenja, dijetoterapija ima važnu ulogu i u prevenciji peptičkog ulkusa, poboljšanju probave te zaštitu sluznice probavnog trakta. (29)

Kako bi se osigurala odgovarajuća dijeta, prilagođena individualnim potrebama svakog bolesnika, potrebno je ispitati nutritivne nedostatke. Nutritivna procjena provodi se na temelju antropometrijske, biokemijske i kliničke procjene. Antropometrijska procjena uključuje mjerenje tjelesne težine i visine, određivanje indeksa tjelesne mase te mjerenje debljine kožnih nabora i opsega mišića srednjeg dijela nadlaktice. Biokemijskim testovima mogu se otkriti specifični uzorci poremećaja metabolizma. Biokemijskim testovima najčešće se određuju vitamini, elementi u tragovima poput željeza, cinka i bakra, te serumski prealbumin koji je osjetljiv pokazatelj nedostataka proteina i pouzdani čimbenik za dijagnostiku pothranjenosti. Kod bolesnika s ulkusnom bolesti česta je pothranjenost posebice ako je prisutna stenoza. (29)

Prošlog stoljeća glavna namiernica koja se koristila za neutralizaciju želučane kiseline bila je mlijeko i mliječni proizvodi. Liječnik Sippy savjetovao je bolesnicima s ulkusnom bolesti konzumiranje male količine mlijeka svakih sat vremena kako bi neutralizirali želučanu kiselinu i ublažili bol. Sippyjeva se dijeta danas ne preporučuje zbog puferskog učinka i djelovanja mlijeka na lučenje kiseline. Unatoč štetnom djelovanju mlijeka, hrana s mlijekom poput riže na mlijeku ili zobenih pahuljica djeluje povoljno na sluznicu stvarajući sluz. (29)

Prehrana bolesnika s peptičkim ulkusom treba osigurati dovoljnu količinu makro i mikronutrijenata. Preporučuje se ukupni dnevni energetske unos od 2 000 do 2 200 kilokalorija. 50 do 60% kalorija trebalo bi poticati iz ugljikohidrata. Udio proteina u prehrani trebao bi biti oko 10-12%, odnosno 0,8 grama po kilogramu tjelesne težine. 30% ukupnog energetske unosa trebao bi poticati iz nezasićenih masnih kiselina. (3)

Hrana koju uzimaju bolesnici s peptičkim ulkusom ne bi trebala biti vruća, preslatka ili prekisela. Bolesnicima se savjetuje da hranu dobro sažvaču i jedu polako. Između, tijekom ili neposredno nakon obroka nije preporučljivo uzimanje većih količina tekućine. Savjetuje se i uzimanje tri obroka na dan koje treba rasporediti u pravilnim razmacima. (3)

Bolesnicima s ulkusom koji su inficirani H. pylori preporučuje se i primjena probiotika jer osiguravaju mikrobnu ravnotežu. Primjenom probiotika ne možemo uništiti bakteriju, ali može se smanjiti upala sluznice želuca. Osim toga, oni djeluju i na olakšavanje podnošljivosti te preveniraju dijareju uzrokovanu antibiotskom terapijom. (3) Uz probiotike, bolesnicima se savjetuje i uzimanje antioksidansa kojeg nalazimo u jabukama, bobičastom voću, jagodama... (29)

### 9.1. Hrana koja može ublažiti ulkus

Maslinovo ulje potiče proizvodnju prostaglandina koji djeluje protuupalno. Bogato je nezasićenim masnim kiselinama po kojim se maslinovo ulje razlikuje od ostalih masnoća. Ima i antioksidativno djelovanje jer sadrži vitamine E i K. Oleuropein, kojeg nalazimo u plodu masline, jak je antioksidans te ima antimikrobno i jako baktericidno djelovanje. Za razliku od masti koji potiču iz životinjskog podrijetla, probava maslinovog ulja brža je i laganija. Maslinovo ulje smanjuje djelovanje kiseline tako što obloži sluznicu želuca te smanjuje nadražaj sluznice i potiče cijeljenje ulkusa. (29)

Riba je bogata omega-3 masnim kiselinama i lako je probavljiva namjernica koja smanjuje upalu te sprječava nastanak novih ulkusa. Preporučuje se bijela riba kuhana ili pečena u foliji. (29)

Za poticanje regeneracije želučane sluznice, ublažavanje boli i smanjenje žgaravice koristi se i med. Preporuka je uzimati jednu žličicu otopljenu u čaši mlake vode ili čaju. S obzirom da med može povećati antacid želuca, njegovo se konzumiranje preporučuje poslije jela. (29)

Mineralna voda alkalizira kiseli sadržaj želuca, povoljno djeluje na probavne funkcije i protiv osjećaja žgaravice. Može se piti više puta tijekom dana ili samo kad se pojavi žgaravica. Preporučuje se mineralna voda s manje ugljikova dioksida jer on u većoj količini nadražuje želučanu sluznicu. (29)

Hrana koja povoljno djeluje na sluznicu želuca i smanjenje simptoma peptičke ulkusne bolesti je i grejp, brusnica, crveni kupus i sok od rotkvica, banana, mahunarke, zeleni čaj, orah, rajčica, ječam. (29)

### 9.2. Hrana koja može pogoršati ulkus

Bolesnicima s peptičkom ulkusnom bolesti ne preporučuju se namirnice poput slatkiša, začinjene hrane, kave, alkohola, zaslađenih sokova, luka, i gaziranih pića jer potiču proizvodnju kiseline. (29)

Kava, s kofeinom i beskofeinska, stimulira pojačano lučenje kiseline te stoga nije preporučljiva za osobe s peptičkom ulkusnom bolesti. Kofein iz kave smanjuje sekreciju zaštitnih faktora te smanjuje priljev krvi u želudac što pogoduje nastanku peptičkog ulkusa. Kava povisuje aciditet želučanog sadržaja koji usporava zacjeljivanje peptičkog ulkusa. (29)

Masna, pržena i pohana hrana poput masnih juha, prženog pohanog ili dimljenog mesa, paštete te masne, sušene, marinirane ili dimljene ribe, ne preporučuje se bolesnicima s peptičkom ulkusnom bolesti jer je teško probavljiva i može pogoršati simptome ulkusne bolesti. (29)

Neoguljeno, konzervirano te nedozrelo i kiselo voće također se ne preporučuje. (29)

Intenzivne začine poput papra, češnjaka, hrena, luka, papra i alkoholnog octa trebalo bi izbjegavati kao i pržena i dizana tijesta te čokoladu. (29)

<b>DORUČAK</b>	<b>RUČAK</b>	<b>VEČERA</b>
Čaj od kamilice svježi sir banana kruh	Juha od povrća kuhana junetina pire krumpir umak bešamel kruh	Varivo od povrća jogurt tekući kruh
Čaj od metvice med, maslac kruh	Juha od brokule pirjani pureći file pirjana riža salata od cikle	Tijesto sa sirom probiotik
Čaj od kamilice prežgana juha s jajem dvopek	Juha od piletine pirjana piletina miješano povrće pirjano kruh	Juneći haše špageti cikla kruh

Slika 7. Primjer trodnevnog jelovnika. Dostupno na: <https://www.pozeska-bolnica.hr/dokumenti/Upute%20-%20ulkusna%20dijeta.pdf>

## Zaključak

Peptička ulkusna bolest jedna je on najčešćih bolesti probavnog sustava čija prevalencija u općoj populaciji iznosi 5 do 10%. Ulkusi se najčešće pojavljuju na želucu i dvanaesniku. Najčešće nastaje zbog utjecajem infekcije H. pylori. Komplikacije ulkusne bolesti mogu završiti s ozbiljnim posljedicama te je stoga važna pravovremena dijagnostika i liječenje. Osim medikamentozne terapije (antacidi, IPP, antagonisti H<sub>2</sub> receptora i eradikacijska terapija) važno je i pridržavanje dijetalnih mjera, izbjegavanje stresa, prestanak pušenja i konzumiranja alkohola.

Medicinska sestra član je multidisciplinarnog tima koji ima važnu ulogu u liječenju bolesnika. Osim provođenja zdravstvene njege, medicinska sestra sudjeluje i u prevenciji bolesti i recidiva educirajući bolesnike o pravilnoj prehrani koja ne izaziva dispepsiju, izbjegavanju stresa te važnosti pridržavanja savjeta liječnika i uzimanja propisane terapije. Svojim komunikacijskim vještinama, holističkim pristupom, uspostavljanjem odnosa povjerenja s bolesnikom i individualiziranim pristupom utječe na sam proces liječenja bolesnika. Tijekom provođenja zdravstvene njege medicinska sestra pruža psihološku podršku bolesniku koja je važna u trenucima dijagnosticiranja te kod prisutnih komplikacija koje mogu imati loše posljedice.

## Literatura

- (1) Katičić, M. (2006). Peptička ulkusna bolest. *Medicus*, 15(1\_Gastroenterologija), 39–52. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/18843>
- (2) Vucelić B. i suradnici, *Gastroenterologija i hepatologija*, Zagreb : Medicinska naklada, 2002.
- (3) Pavić, E., Martinis, I., Oreč, I., & Banić, M. (2008). Dijetoterapija dispepsije, ulkusne bolesti i gastroezofagealne refluksne bolesti. *Medicus*, 17(1\_Nutricionizam), 123–132. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/38043>
- (4) Radošević Quadranti, N., Diminić-Lisica, I., Bašić Marković, N., & Popović, B. (2015). Bolesnik s ulkusnom bolesti. *Acta medica Croatica : Časopis Akademije medicinskih znanosti Hrvatske*, 69(4), 287–290. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/154155>
- (5) Abbasi-Kangevari, M. i sur., (2022). Quality of care of peptic ulcer disease worldwide: A systematic analysis for the global burden of disease study 1990-2019. *PloS one*, 17(8). Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35913985/>
- (6) Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2021. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javnozdravstvo, 2022. Dostupno na: [https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2023/05/HZSLj\\_-\\_2021\\_v.\\_05.2023..pdf](https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2023/05/HZSLj_-_2021_v._05.2023..pdf)
- (7) Werther, J. (2000). The gastric mucosal barrier. *Mt. Sinai J. Med.*, 67(1), 41–53. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10677782/>
- (8) Vrhovac B. i suradnici, *Interna medicina*, Naklada Ljevak, Zagreb 1991., str. 781-790.
- (9) Vrebalov Cindro, M. (2021). Dijagnostika i liječenje infekcije s *Helicobacter pylori*. *Medicina familiaris Croatica : Journal of the Croatian Association of Family medicine*, 29(1–2), 22–30. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/index.php/269909>
- (10) Šošić, A. (2015). Epidemiološke i kliničke karakteristike bolesnika s krvarećim peptičkim vrijedom u populaciji Splitsko-dalmatinske županije (Diplomski rad). Split: Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet. Preuzeto s: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:171:20520>
- (11) Dunn, B. E., Cohen, H., & Blaser, M. J. (1997). *Helicobacter pylori*. *Clinical Microbiology Reviews*, 10(4), 720–741. Dostupno na: <https://doi.org/10.1128/CMR.10.4.720>



- (12) Perušić, M. (2020). Proces zdravstvene njege kod bolesnika s ulkusnom bolesti (Završni rad). Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci. Preuzeto s: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:17853>
- (13) Dore, M. P., & Graham, D. Y. (2008). Gastritis, dyspepsia and peptic ulcer disease. *Minerva Medica*, 99(3), 323–333. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18497728/>
- (14) Dew, M. J. (1987). Asymptomatic peptic ulcer disease. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 295(6595), 401–401. Dostupno na: <https://doi.org/10.1136/bmj.295.6595.401>
- (15) Vakil, Nimish B. Peptic ulcer disease: Epidemiology, etiology, and pathogenesis. <https://www.uptodate.com/contents/peptic-ulcer-disease-epidemiology-etiology-and-pathogenesis>
- (16) Malik, T. F., Gnanapandithan, K., & Singh, K. (2023). Peptic ulcer disease. U StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534792/>
- (17) Fashner, J., & Gitu, A. C. (2015). Diagnosis and treatment of peptic ulcer disease and h. Pylori infection. *American Family Physician*, 91(4), 236–242. Dostupno na: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2015/0215/p236.html>
- (18) Vrebalov Cindro, M. (2021). Dijagnostika i liječenje infekcije s *Helicobacter pylori*. *Medicina familiaris Croatica*, 29 (1-2), 22-30. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/269909>
- (19) Milosavljevic, T., Kostić-Milosavljević, M., Jovanović, I., & Krstić, M. (2011). Complications of peptic ulcer disease. *Digestive Diseases*, 29(5), 491–493. Dostupno na: <https://doi.org/10.1159/000331517>
- (20) Neri, V., & Ahmed, M. (2021). Introductory chapter: Complications of gastroduodenal ulcers. U *Esophagitis and Gastritis—Recent Updates*. IntechOpen. Dostupno na: <https://doi.org/10.5772/intechopen.101478>
- (21) Fučkar G, Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet, Zagreb, 1995.
- (22) Radulović, V., Kulić, V., & Vuksanović, M. (2019). Zdravstvena njega oboljelih od peptičkog ulkusa po procesu zdravstvene njege. *Sestrinska reč*, 22(79), 33-35. Dostupno na: <https://doi.org/10.5937/sestRec1979033R>

- (23) R.N, M. B. (2016). Peptic ulcer disease nursing care and management: Study guide. Nurseslabs. Dostupno na: <https://nurseslabs.com/peptic-ulcer-disease>
- (24) Sestrinske dijagnoze 2, *Hrvatska komora medicinskih sestara*, Zagreb, 2013. Dostupno na: <http://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2019/05/Sestrinske-dijagnoze-2.pdf>
- (25) Sestrinske dijagnoze, *Hrvatska komora medicinskih sestara*, Zagreb, 2011. Dostupno na: [https://www.hkms.hr/data/1316431501\\_827\\_mala\\_sestrinske\\_dijagnoze\\_kopletno.pdf](https://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf)
- (26) R.N, P. M., BSN. (2017). 4 peptic ulcer disease nursing care plans. Nurseslabs. Dostupno na: <https://nurseslabs.com/peptic-ulcer-disease-nursing-care-plans/>
- (27) Povraćanje – intervencije medicinske sestre/tehničara u bolesnika koji povraća. (bez dat.). Dostupno na: <https://api.izzi.digital/preview/page/121411>
- (28) Posavec, J. (2016). Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi i liječenju bolesnika s akutnim abdomenom (Završni rad). Koprivnica: Sveučilište Sjever. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:658937>
- (29) Vomero, N. D., & Colpo, E. (2014). Nutritional care in peptic ulcer. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva : ABCD = Brazilian Archives of Digestive Surgery*, 27(4), 298–302. Dostupno na: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202014000400017>