

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S ONEMOCNĚNÍM JÍCNU A GASTRODUODENA

Ježová Miroslava, FN Brno, Chirurgická klinika

Základní anatomická a patofyziologická terminologie

Jícen - trubice spojující hltan a žaludek, prochází zadním mediastinem. Vystlán je mnohvrstevným dlaždicovým epitelem. Na přechodu hltanu a jícnu je horní svěrač, v místě prostupu jícnu bránicí je dolní svěrač, kardie. Ta je za normálních okolností uzavřena a nedovoluje pronikání obsahu žaludku zpět do jícnu.

Žaludek - vakovitý orgán navazující na jícen, ústící dále do dvanáctníku. Rozeznáváme na něm kardi (přechod mezi jícnem a žaludkem), fundus, korpus, antrum (východovou část) a pylorus (svěrač oddělující žaludek od duodena) a svým průběhem vytváří malou a velkou křivinu. Je bohatě cévně i nervově zásoben. Vagová inervace má přímý vliv na sekreci HCL, na motilitu žaludku a relaxaci pyloru. Je to rezervoár potravy, ve kterém se dokončuje mechanické zpracování potravy. Je vystlán kubickým epitelem. Stěna žaludku obsahuje čtyři druhy buněk, které produkují kyselinu chlorovodíkovou, ochranný hlen, pepsinogen a další trávicí enzymy, intrinsic faktor (vnitřní faktor je bílkovina usnadňující vstřebávání vit. B12 v tenkém střevě) či gastrin.

Základní onemocnění jícnu a gastroduodena

GERD - gastroezofageální refluxní choroba jícnu je jedním z nejčastějších onemocnění TT a její výskyt nadále narůstá. Častější vrácení obsahu ze žaludku do jícnu poškozuje sliznici jícnu (žaludeční kyseliny) a je zde velké riziko stenózy jícnu, krvácení či maligního zvratu.

Komplikací GERD je Barretův jícen (změna dlaždicového epitelu na epitel cylindrický - prekanceróza adenokarcinomu distálního jícnu).

Příčina: inkompetence kardie (selhání dolního jícnového svěrače z důvodu obezity, gravidity, působením tuků, nikotinu či alkoholu).

Základní příznaky: typické - pyróza (pálení žáhy), regurgitace (vrácení obsahu žaludku až do úst), atypické - kašel, astmatické potíže, tlak na hrudi, nauzea (obvyčně v pokročilejších stádiích nemoci).

Diagnostika: ezofagoskopie, jícnová manometrie (vyšetření tlaku v oblasti dolního jícnového svěrače), 24- hodinová pH-metrie (monitorace pH v distálním jícnu).

Možnosti léčby: úprava životního stylu (nekouřit, nepožívat alkohol, nejíst pozdě večer, nejít spát hned po jídle, vyvarovat se stresu a hodně se hýbat, redukovat váhu u výrazné obezity); medikamenty (antacida, inhibitory protonové pumpy), chirurgická antirefluxní léčba při velké hiátové kýle (kýla v otvoru bránice, kterým prochází jícn z hrudní do břišní dutiny) – laparoskopická fundoplikace - cílem je zmenšení otvoru v bránici kolem jícnu, reopozice žaludku zpět do dutiny břišní a jeho fixace v anatomickém postavení vytvořením manžety z vlastní žaludeční tkáně.

Karcinom distálního jícnu a kardie žaludku

Nádorové bujení tkání ezofagu.

Příčina: kuchařské řemeslo, alkohol, kouření, žvýkání tabáku, Barretův jícn.

Základní příznaky: postupně se zhoršující polykací obtíže (od tuhých jídel k tekutým), foetor ex ore, zvracení stagnujícího obsahu, hubnutí, postupná anemizace.

Možnosti léčby:

Operační výkony - ke zvolení vhodného operačního postupu je nutné tumor přesně lokalizovat, a to předoperační GFS, endosonografií nebo CT.

Klasifikace tumorů ezofagogastrické junkce (přechod jícnu do žaludku, kde se stýkají dva rozdílné epitely vystylající trávicí trubici) dle Siewerta podle anatomické lokalizace:

Adenokarcinom distálního jícnu - operačním řešením je transtorakální ezofagektomie s resekcí proximální částí žaludku i lymfadenektomií v horní části dutiny břišní a zadním mediastinu. Jedná se o dvoudutinový výkon (laparotomie s pravostrannou torakotomií.

Adenokarcinom vycházející z oblasti ezofagogastrické junkce - operačním řešením je totální gastrektomie s resekcí distálního jícnu a lymfadenektomií v horní části dutiny břišní a zadním mediastinu - laparotomie s případnou levostrannou torakotomií. Vzhledem k radikalitě operačního výkonu je nutné vyloučení pozitivitu tumoru v resekční linii perioperačním histologickým vyšetřením.

Subkardiální adenokarcinom, operačním řešením je totální gastrektomie s resekcí abdominální částí jícnu a lymfadenektomií.

Chemoterapie a radioterapie - tumory jsou málo citlivé na tuto léčbu, využívané jsou v neoadjuvanci ke zmenšení tumoru a ke zlepšení operability.

U neoperabilních výkonů je důležité zachování pasáže (stent, endoprotéza) a zlepšení nutričního stavu zavedením PEGu.

VCHGD – vřed žaludku nebo duodena jako defekt sliznice, který může prostupovat do hlubších vrstev stěny nebo pronikat do okolních orgánů. Označuje se i jako peptický vřed, protože vzniká působením žaludeční kyseliny na sliznici.

Příčinou je nerovnováha mezi agresivně působícími látkami (HCL pepsin, alkohol, léky – systémový efekt nesteroidních antiflogistik) a ochrannými faktory sliznice (slizniční hlen, mechanizmy postupného vyprazdňování žaludku). Ke vzniku žaludečního vředu dochází nejčastěji z důvodu poškození slizniční bariéry a duodenální vřed vzniká obvykle při nadprodukcí kyselin v žaludku s následnou hyperaciditou duodenálního obsahu.

Základní příznaky: zpočátku netypické příznaky jako dyspepsie, nechutenství nebo naopak zvýšená chuť k jídlu, dojde-li k úlevě (u žaludečního vředu nastupuje bolest zpravidla do ½ - 1 hodiny po jídle, nemocní mají strach se najíst a patrný je váhový úbytek; u duodenálního vředu se bolest objevuje nalačno a mizí po požití stravy nebo za 2 hodiny a déle po jídle, hmotnost se spíše zvyšuje), tlak v epigastriu nebo v okolí pupku, postupně se přidávají typické příznaky choroby jako proměnlivý průběh choroby (střídá se období klidu a exacerbace obtíží), sezónní zhoršení na jaře a na podzim, častá je pyróa a kyselá regurgitace.

Primární místo v *diagnostice* má GFS, která umožní vizuální kontrolu sliznice žaludku, odběr materiálu k vyloučení malignity či odběr na *Helicobacter pylori*.

Možnosti léčby:

konzervativní – lékem volby jsou inhibitory protonové pumpy ke snížení produkce kyselin v žaludku (omeprazol), úprava životního stylu,

chirurgická léčba – vagotomie neboli přerušení kmenů nervus vagus a jejích větví selektivně pro žaludek (k vyloučení vlivu CNS na produkci kyselin v žaludku), v současnosti je tento zákrok indikován výjimečně, možnou nevýhodou je denervace GITu s následnými průjmy.

Nejčastějším výkonem pro VCHGD (v případě selhání ostatních léčebných možností) je resekce žaludku s cílem odstranit hlavní sekreční zónu žaludku. Jsou dvě možnosti resekce – Billroth I (napojení pahýlu žaludku na duodenum) nebo Billroth II (slepý uzávěr duodena a napojení pahýlu žaludku na tenké střevo).

Komplikací VCHGD jsou krvácení (hemateméza, meléna), perforace do peritoneální dutiny, penetrace stěnou žaludku do jater, pankreatu, stenóza pyloru (dilatace žaludku) či maligní zvrát.

Karcinom žaludku

Zhoubné bujení žaludeční sliznice.

nejčastější zhoubný nádor u pacientů mezi 65. a 75. rokem života.

Základní příznaky: onemocnění dlouho asymptomatické, typické příznaky se objevují až u lokálně pokročilého nádoru – únava, anémie, hubnutí, tlaky v epigastriu, nechutenství, pocit plnosti po jídle, nauzea a zvracení. Ascites u ca žaludku svědčí o přítomnosti meta v dutině břišní.

Možnosti chirurgické léčby: resekční výkony s kurativním cílem dle rozsahu onemocnění –

Billroth I (napojení pahýlu žaludku na duodenum)

Billroth II (slepý uzávěr duodena a napojení pahýlu žaludku na tenké střevo)

Subtotální gastrektomie s ponecháním žaludeční tkáně kolem kardiie (resekce 2/3 žaludku s odstraněním velkého omenta a regionální lymfadenektomií při karcinomu v oblasti pyloru)

Totální gastrektomie (odstranění celého žaludku s následnou anastomózou mezi jícnem a jejunem u tumorů v oblasti těla žaludku).

Pětileté přežití po radikální resekci je menší 20 %.

Radioterapie a chemoterapie mají u karcinomu žaludku pouze neoadjuvantní význam. Bez možnosti chirurgické léčby je její účinnost minimální.

U pokročilých stádií paliativní operace zachovávající pasáž žaludkem a k zajištění nutrice PEG.

Specifika předoperační přípravy

U dvoudutinových resekčních výkonů je pro bezpečnou anestezii a nekomplikovaný pooperační průběh požadováno plicní vyšetření.

Před operaci jícnu se holí nasucho a co možná nejpozději před výkonem pravé podpaží, u mužů i pravá polovina zad (přístup do dutiny hrudní) a dále trup od krku až po symfýzu (přístup do dutiny břišní).

U operace žaludku se holí ochlupení od prsních bradavek po symfýzu.

Nezbytná je předoperační nutriční příprava u malnutričních pacientů a edukace pooperační realimentace.

Někdy se již předoperačně zavádí NGS (dle rozhodnutí lékaře, sestra asistuje). Je nutné mít na paměti, že malnutrice je jedním z významných rizikových faktorů dehiscence (rozpadu) ezofagogastroanastomózy po náhradě jícnu.

K vyprázdnění střeva se podává ortográdní příprava (přípravek Fortrans začíná být postupně nahrazován, co se objemu i chutě týče, šetrnějšími přípravky, jako je Moviprep nebo Picoprep).

Zejména z hlediska fyzioterapie je důležitý nácvik pooperačního pohybového režimu.

U resekce jícnu v sobě rehabilitace spojuje prvky LTV po hrudních operacích i po břišních výkonech, nacvičují se drenážní a expektorační techniky, dechová gymnastika. Pacient se seznamuje s cvičením zvyšujícím pohyblivost hrudníku a ramenního kloubu.

Fyzioterapie před operací žaludku bývá zaměřená na expektorační techniky a nácvik správného způsobu posazování (přes bok).

Specifika pooperační péče

Pooperační péče je vždy přizpůsobená provedenému resekcčnímu výkonu. Vzhledem k tomu, že zmiňované resekce jsou výkony náročné, značně zatěžující organismus, ponechávají se pacienti ještě několik hodin po operaci na umělé plicní ventilaci.

Speciální pooperační péče u resekce jícnu klade velký důraz na edukaci pacienta o nutnosti dietních opatření a jejich dodržování. Poučení pacienta o nutnosti velmi náročného pooperačního režimu je nutné již předoperačně, spolupráce pacienta pooperačně je nezbytná.

V prvních pooperačních dnech, až do odvolání lékařem, platí přísný zákaz příjmu tekutin a stravy. Zpravidla 7. – 10. pooperační den se provádí radiologická kontrola průchodnosti pasáže. Po operacích jícnu a žaludku je kladen důraz na zachování nasogastrické sondy až do doby obnovení peristaltiky a zhodnocení stavu pacienta operátérem. Znovuzavádění nasogastrické sondy je vysoce rizikové (riziko poškození napojených anastomóz s nutností následné reoperace). Fixace musí být důkladná.

Navíc je důležité sledovat a v žádném případě nepodceňovat klinické projevy jako je teplota, tachykardie či leukocytóza. Můžou být indiciemi k včasné diagnostice dehiscence anastomóz. Prokázat jí lze podáním metylenové modři perorálně s jejím následným únikem do drénů. Radiologickým vyšetřením se pak ozřejmí místo a rozsah rozpadu anastomózy. Chirurgická

intervence zde spočívá v kombinaci sutury dehiscence s drenáží, je-li diagnostikována včas, nebo v kombinaci stentu s drenáží, je-li pacient již v rozvinutém septickém stavu.

Vzhledem k dvoudutinovému výkonu mají pacienti zavedenou jak břišní, tak hrudní drenáž.

Výživa pacienta souvisí s charakterem operačního výkonu. U operací jícnu a žaludku se zpravidla kombinuje parenterální a enterální výživa. Zachování průchodnosti jejunostomie či nasojejunální sondy k aplikaci přípravků enterální výživy je v pooperační péči nutností. Jejich proplachy jsou ordinovány lékařem v pravidelných časových intervalech. Nejčastěji se enterální výživa po operaci podává speciálními sety přes enterální pumpu, kontinuálně. Kromě průchodnosti je důležité sledovat ještě fixaci (kromě fixačního stehu je nutná i náplast). Perorální příjem je u pacienta obnoven dle pokynů operatéra.

Po obnovení defekace je možná stopa krve ve stolici, a to z důvodu provedeného výkonu na trávicím traktu.

Specifické poruchy a komplikace po operacích gastroduodena

Funkční poruchy vznikají v důsledku operačního zmenšení objemu žaludku a chybění vagového reflexu. **Časný dumpingový syndrom** (syndrom odvodné kličky) je způsoben rychlým postupem chymu (tráveniny) do jejunu. Chymus uvolněný ze žaludku v krátkém čase roztahuje stěnu střeva a vlivem hormonů a neurotransmiterů vyvolává cca 20–60 minut po jídle, tlak v epigastriu, křeče, nauzeu, zvracení, palpitace nebo poruchu ortostatické regulace.

Pozdní postprandiální syndrom je syndrom projevující se hypoglykémii cca 1–3 hodiny po jídle. Rychlé vstřebání sacharidů z chymu vede ke vzniku hyperglykémie, která cca 90–180 minut po jídle vyvolá inzulinem podmíněnou hypoglykémii se ztrátou vědomí či zmateností.

V obou případech je první volbou léčby úprava dietního režimu. **Perniciózní anemie** vzniká po operaci žaludku z důvodu sníženého počtu parietálních buněk, které produkují vnitřní faktor (intrinsic faktor, IF) zajišťující vstřebávání vitamínu B₁₂. **Refluxní gastritída** je po operacích žaludku vyvolána enterogastrickým refluxem, kdy žluč, pankreatické a střevní enzymy poškozují žaludeční sliznici. **Syndrom přívodné kličky** vzniká z důvodu městnání v přívodní kličce, která je dlouhá nebo částečně stlačená.