

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S.
PRAHA

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM
PANKREATU
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

EVA MILLEROVÁ

2008

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM PANKREATU

Bakalářská práce

EVA MILLEROVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra - ošetřovatelství

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena v knihovně Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. v Praze a zpřístupněna ke studijním účelům.

ABSTRAKT

MILLEROVÁ, Eva: Karcinom pankreatu. (Bakalářská práce)

Eva Millerová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetřovatelství.

Školitel: Prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc., Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Praha 2008.

Hlavním tématem mé bakalářské práce je ošetřovatelský proces u pacienta s karcinomem pankreatu. Teoretická část obsahuje vývoj onemocnění, jeho charakteristiku a formy, dále také diagnostiku a léčbu. Péče o pacienta s karcinomem pankreatu je velmi rozsáhlá, měla by zahrnovat všechny složky, tedy biopsychosociální potřeby.

Nejdůležitější částí této práce je praktická část, která podrobně popisuje péči o nemocného, problémy při onemocnění a léčbu. Neméně důležitý je i edukační proces.

Cílem péče o pacienta s karcinomem pankreatu je udržování a podpora dosavadní životní úrovně nemocného a vzhledem k prognóze tohoto onemocnění zajistit co nejméně bolestivé umírání.

Klíčová slova: Karcinom, ošetřovatelský proces, potřeby pacienta.

ABSTRACT

Nurse process of a patient with carcinoma of pancreas (Bachelor thesis)

Main topic of my bachelor thesis is nurse process of a patient with carcinoma of pancreas. The theoretical part comprises of development of the disease, its characteristics and forms, as well as diagnostics and treatment. The care of a patient with carcinoma of pancreas is very broad and should include all parts, i.e. bio-psychosocial needs.

The most important part of the thesis is the practical part where the care of the patient, problems during the disease and treatment are described in detail. Education process is no less important.

The care of a patient with carcinoma of pancreas aims at sustaining and supporting present level of the patient's living and with respect to the prognosis of this disease to ensure the least painful dying.

Key words: Carcinoma, nurse process, needs of a patient.

PŘEDMLUVA

Téma své bakalářské práce jsem dlouho zvažovala. Chtěla jsem, aby nejen zaujalo ostatní, ale aby bylo zajímavé také pro mě. Domnívám se, že jsem nakonec vybrala správně, protože obor onkologie je stále aktuální a patří mezi nejčastější choroby současnosti.

Práce je určena studentům na Vysoké škole zdravotnické o.p.s. a ostatním studentům vysokých či vyšších zdravotnických škol, ale také sestřím v praxi, které se zajímají o onkologii.

Materiál ke zpracování jsem čerpala z knižních, časopiseckých i internetových zdrojů.

Cílem této práce je popis onemocnění karcinomu pankreatu a následný ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky s tímto onemocněním.

Ráda bych tímto způsobem poděkovala svému vedoucímu práce Prof. MUDr. Milanu Lukášovi, CSc., za užitečné rady a pomoc při psaní práce.

1 Úvod	9
2 Klinická charakteristika onemocnění	10
2.1 Anatomie slinivky břišní	10
2.2 Charakteristika karcinomu pankreatu	11
2.3 Etiologie	12
2.3.1 Incidence a mortalita.....	12
2.3.2 Věková závislost a vliv rasy na onemocnění	12
2.3.3 Kouření a alkohol	12
2.4 Fyziologie	13
2.5 Klinický obraz	13
2.6 Diagnostika	14
2.6.1 Klasifikace TNM	15
2.7 Léčba	16
2.7.1 Chirurgická léčba.....	16
2.7.2 Radioterapie (aktinoterapie)	17
2.7.3 Chemoterapie.....	17
2.7.3.1 Způsoby podání chemoterapeutik	18
2.7.3.2. Nežádoucí účinky chemoterapie	18
2.7.4 Podpůrná léčba, léčba bolesti.....	19
2.7.4.1 Hodnocení bolesti	19
2.7.4.2 Farmakoterapie bolesti	20
2.7.4.3 Nežádoucí účinky opiátů.....	20
2.8 Výživa při nádorovém onemocnění	21
2.8.1 Příčiny hubnutí	21
2.8.2 Strava onkologicky nemocných	22
2.8.3 Nežádoucí účinky nádorového onemocnění a komplikace při příjmu výživy	22
2.8.4 Obecná doporučení	22
2.8.5 Dieta s omezením tuků	23
2.9 Psychický stav pacienta	24
2.10 Prognóza	25
3 Ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem pankreatu	26
3.1 Ošetřování nemocných, příjem na oddělení	26
3.2 Sledování nemocného, správná poloha	26
3.3 Pohybový režim	26
3.4 Možné ošetrovatelské diagnózy	26
4 Posouzení stavu nemocného	28
4.1 Identifikační údaje	28
4.2 Výtah z lékařské dokumentace	28
4.2.1 Stav při přijetí	28
4.2.2 Lékařská anamnéza.....	29
4.2.3 Objektivní onemocnění.....	29
4.2.4 Závěr při příjmu	29
4.3 Terapie	30
4.3.1 Konzervativní léčba	30
4.3.1.1 Farmakoterapie	30
4.3.1.2 Dietoterapie.....	30
4.3.1.3 Psychoterapie	31
4.3.2 Fyzikální vyšetření sestrou	31

4.4 Posouzení stavu nemocného.....	33
4.4.1 Dýchání.....	33
4.4.2 Výživa, metabolismus.....	33
4.4.3 Vylučování.....	33
4.4.4 Pohyb	33
4.4.5 Spánek, odpočinek (bolest).....	34
4.4.6 Oblékání.....	34
4.4.7 Regulace tělesné teploty	34
4.4.8 Hygiena.....	34
4.4.9 Ochrana před nebezpečím.....	34
4.4.10 Komunikace a kontakt	35
4.4.11 Víra, životní hodnoty	35
4.4.12 Práce	35
4.4.13 Aktivity a zájmy	35
5 Ošetrovatelská péče	36
5.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz 23.7. 2007	36
5.2 Plán ošetrovatelské péče.....	37
6 Edukace pacienta	42
6.1 Edukační záznam.....	42
6.2 Edukační plán	42
6.2.1 Cíl edukace	42
6.2.2 Význam.....	42
6.2.3 Obsah edukace	43
6.2.4 Kontrolní otázky pro pacienta.....	44
6.2.5 Kontrolní otázky pro sestru.....	45
7. Závěr	46
Seznam použité literatury.....	47
Přílohy	49

1 ÚVOD

Jak jsem se již zmínila v předmluvě, jsou onkologická onemocnění častým problémem dnešní doby. Také proto jsem si vybrala téma karcinom pankreatu.

Moje práce se skládá ze dvou částí, z teoretické a praktické. Teoretická část je zaměřena na klinickou charakteristiku onemocnění, do které jsou zahrnuty fyziologie, etiologie, diagnostika, léčba a prognóza karcinomu pankreatu. Diagnostika je z mého pohledu hodně podstatná. Jak jsem se dočetla v některých publikacích, tak je to právě včasná diagnóza, která může zachránit lidský život nebo jej prodloužit alespoň o pár let. V léčbě je obsažena chemoterapie, radioterapie a chirurgická léčba. Při léčbě onkologických nemocí je významná systémová péče, která zahrnuje všechny složky, které pacient potřebuje.

Výživu onkologicky nemocných a léčbu bolesti jsem zařadila jako samostatné kapitoly. O obou částech se domnívám, že jsou v průběhu léčby velmi důležité. Na závěr teoretické části je popsán přístup k nemocným a jejich psychický stav, který výrazně ovlivňuje další vývoj onemocnění. Krokem k úspěšnému vyléčení nemoci je vhodná psychoterapie.

V části praktické jsem vypracovala ošetřovatelský proces u konkrétní pacientky. Je zde obsažena její kompletní anamnéza a plán ošetřovatelské péče. Má pacientka je paní ve věku 70 let. I přes svůj zhoršený psychický stav se ke mně chovala vždy velmi mile.

Setkala jsem se s ní poprvé na letní individuální praxi v Nemocnici na Františku. Ve své péči jsem ji měla pouze týden, ale později jsem ji ještě několikrát navštívila. Stav pacientky jsem se snažila vystihnout co nejlépe. Za veškerou pomoc a informace jsem jí velmi vděčná.

Samostatný celek pak tvoří edukace na téma výživa, dieta s omezením tuků. Tato část obsahuje edukační záznam, cíl a význam edukace a také kontrolní otázky pro pacienta i sestru. Spolu s pacientkou byla edukována také její rodina, pro případ nutnosti pomoci.

Cílem mé práce je srozumitelně přiblížit vývoj nemoci a seznámit čtenáře s problematikou onemocnění. V druhé části jsem se snažila co nejlépe vystihnout stav mnou vybrané pacientky. Práce je určena pro studenty zdravotnických škol.

2 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

2.1 Anatomie slinivky břišní

Slinivka (pankreas) je žláza, umístěná v břišní dutině mezi žaludkem a páteří, obklopují ji játra, střeva a další orgány. Je uložena při zadní stěně břišní v úrovni prvního až třetího bederního obratle a je zde kryta pobřišnicí. Slinivka je dlouhá asi 15 cm a má tvar ploché hrušky. Anatomicky pankreas dělíme na tři části: hlavu, tělo a ocas. Okrouhlá hlava (*caput pancreatis*) je umístěna v ohybu dvanáctníku vpravo od páteře. Tělo (*corpus pancreatis*) je tvarem protáhlé a směrem vlevo od hlavy kříží páteř a aortu. Zaoblený ocas (*cauda pancreatis*) dosahuje až ke slezině. (*viz.příloha č.1*)

Je to žláza s vnitřní i vnější sekrecí. Produkuje enzymy umožňující trávit potravu a hormony regulující hladinu cukru v krvi. Její onemocnění – diabetes, záněty a nádory patří v populaci k velmi častým. Mezi žlázami s vnější sekrecí (exokrinní složka), které produkují trávicí enzymy jsou umístěny Langerhansovy ostrůvky tvořící vnitřně sekreční (endokrinní) složku pankreatu. Jsou to krví bohatě zásobené shluky buněk o průměru cca 0,5 mm o počtu asi 1 milionu v celé slinivce. Skládají se z B - buněk produkujících inzulin a A - buněk, jejichž produktem je glukagon. To jsou hormony, které mají protichůdný vliv na hladinu cukru v krvi. Součástí jsou i další buňky produkující jiné hormony, B a A buňky však výrazně převažují. Endokrinní i exokrinní složka pankreatu má svá typická onemocnění. Zatímco u exokrinní složky jde zejména o záněty, nádory či cystickou fibrózu, u Langerhansových ostrůvků - endokrinní složky, je velmi častým onemocněním cukrovka (diabetes mellitus).

2.2 Charakteristika karcinomu pankreatu

Karcinom pankreatu je velmi závažný problém, jelikož se jedná o rychle postupující malignitu s téměř 100% úmrtností, většina pacientů umírá do jednoho roku od stanovení diagnózy. V 95% se jedná o duktální adenokarcinom pankreatu. Pankreatický karcinom postihuje častěji muže než ženy /1.5 : 1.0/ a v 80 % lze jeho výskyt zaznamenat u populace stáří 60-80 let. Věkové skupiny pod 40 let jsou postiženy spíše vzácně. Ve dvou třetinách případů je lokalizován do hlavy pankreatu, ve čtvrtině do těla a zbytek v kaudě.

Je obecně uznáváno, že mezi rizikovými faktory je věk nad 60 let, kouření, mužské pohlaví, chronická pankreatitida. Není zcela prokázán vztah mezi vznikem nádorů pankreatu a diabetem mellitem, pitím alkoholu a kávy. Diagnostika karcinomu pankreatu však zůstává stále zásadním problémem. V současnosti neexistuje tzv. časná diagnóza onemocnění. Důvodem je jednak skutečnost, že nemocní s malignitami pankreatu přichází sice při prvních příznacích k vyšetření, avšak první příznaky jsou v naprosté většině příznaky, které provázejí již pokročilou fázi nemoci. Při diagnostikování adenokarcinomu se již většinou objevují metastázy v uzlinách nebo v jiných orgánech. Je pro něj typické metastatické šíření podle nervů, což způsobuje značné bolesti. Brzy se objevují metastázy krevní cestou v játrech, později vzdálenější metastázy v plicích a kostech. Občas se objevují metastázy také v peritoneu nebo v nadledvinách. V současné době je snaha kombinovat léčbu chirurgickou, radioterapií a chemoterapií.¹ (Miroslav Zapletal, 2005, str.99)

Prevence karcinomu pankreatu spočívá v omezení kouření v kombinaci s alkoholem.

¹ Miroslav Zapletal, Karcinom pankreatu, Galén 2005

2.3 Etiologie²

2.3.1 Incidence a mortalita

Incidence nádorů pankreatu neustále narůstá. Maxima dosahuje na severoamerickém kontinentě, v Evropě a Japonsku. Oproti tomu v zemích Afriky, Střední a Jižní Ameriky a Oceánie ubývá. V České republice jsou poslední publikovaná data u mužů 10,9 / 100 000 a 6,8 / 100 000 u žen. Každý rok je u nás diagnostikováno více než 1570 nových případů. U mužů je incidence vyšší než u žen, avšak hodnota u nich stagnuje, zatímco u žen postupně stoupá. Důvodem je fakt, že je stále více žen – kuřáček, kvůli kterým se rozdíly mezi oběma pohlavími téměř vyrovnávají.

Mortalita karcinomu pankreatu se v ČR od roku 2000 řadí na čtvrté místo, těsně za nádory tlustého střeva a konečníku, plic a prsu. Na pátém místě je karcinom žaludku.

2.3.2 Věková závislost a vliv rasy na onemocnění

Věk patří mezi nejsilnější rizikové faktory pro vznik zhoubného novotvaru pankreatu. Výjimečné je onemocnění v prvních třech dekadách života, poté narůstá a maxima dosahuje v sedmé a osmé životní dekádě. Průměrný věk při stanovení diagnózy činí 65 let, 80 % diagnostikovaných dosáhlo věku 60 a více let.

Nejvyšší incidence byla zjištěna u Afroameričanů v USA a u obyvatel severní Evropy. K vyššímu výskytu přispívá kuřáctví, dlouhodobější anamnéza Diabetu Mellitu, dědičné faktory, těžký abúzus alkoholu a také osoby se zvýšeným BMI. U Afroameričanů byl také dokázán větší výskyt mutace onkogenu K-ras.

2.3.3 Kouření a alkohol

Kouření patří mezi nejsilnější a neshodněji ovlivnitelné rizikové faktory karcinomu pankreatu. Aktivní kuřáctví zvyšuje riziko vzniku malignity slinivky břišní dvoj- až trojnásobně. Karcinogenní efekt na tkáň pankreatu u bývalých kuřáků

² Miroslav Zapletal, Karcinom pankreatu, Galén 2005

pomíjí až po patnáctileté abstinenci. Pasivní kuřáctví nebylo potvrzeno jako samostatný rizikový faktor.

Totéž jako alkohol nebyl prokázán jako přímý rizikový faktor ke vzniku malignity. Souvislost mezi požíváním alkoholu a vznikem karcinomu pankreatu je pouze zprostředkovaná. Alkohol je induktorem chronické pankreatitidy, která patří mezi rizikové faktory.

2.4 Fyziologie³

Slinivka břišní má dvojitou funkci: vnitřně sekretorickou a zevně sekretorickou, tedy produkci trávicích šťáv. Pankreatická šťáva má alkalickou reakci (pH až 8,5), což je způsobeno přítomností hydrogenuhličitanu sodného. Změna pH chymu je nezbytná pro optimální funkci trávicích enzymů pankreatu a tenkého střeva. Jako aktivátor označujeme enzym, který rozštěpením prekurzoru dá vzniknout účinnému enzymu. Sekret pankreatu má značně široké spektrum účinků. Součástí této šťávy je i inhibitor trypsinu, který účinky tohoto enzymu potlačuje. Selhání inhibičního mechanismu (zánět pankreatu, retence pankreatické šťávy) může vést k natrávení tkáně slinivky.

Regulace sekrece pankreatické šťávy je nervová a humorální. Nervové řízení je v tomto případě méně významné. Reflexně se sekrece může zvýšit podrážděním chuťových receptorů, případně v rámci podmíněného reflexu na podnět čichový, či vizuální. Humorální faktory jsou dány přítomností chymu v duodenu. (Jaromír Mysliveček, Stanislav Trojan, Fyziologie do kapsy, str. 169 – 170).

2.5 Klinický obraz

Karcinom pankreatu bývá často asymptomatický, avšak příznaky této choroby mohou záviset na lokalizaci nádoru a rozsahu postižení. Systémové obtíže zahrnují únavu, nechutenství a úbytek na váze. Může způsobovat tyto symptomy:

- nauzea,
- bolest v epigastriu s propagací do zad,
- ikterem,
- acholickou stolicí a tmavou močí při obstrukci žlučových cest,
- únava, slabost,
- nechutenství,

³ Jaromír Mysliveček, Stanislav Trojan, Fyziologie do kapsy, Triton 2004

- úbytek na váze.

2.6 Diagnostika⁴

Ze všeho nejdříve se zjišťuje pacientova rodinná anamnéza, která má význam především k odhalení genetické dispozice k zhoubnému bujení. Anamnestické údaje mohou být tak podnětem pro preventivní vyšetření dalších členů rodiny.

Další důležitou složkou je osobní anamnéza, která obsahuje všechny prodělané choroby, operace, úrazy, ale také údaje o působení prokázaným škodlivinám. Neměly by být opomenuty také tzv. varovné znamení, mezi které patří nevysvětlitelný úbytek hmotnosti, anorexie, bolesti, teploty, trávicí potíže.

Poté se provádí celkové fyzikální vyšetření, které se od standardního vyšetření v podstatě neliší a laboratorní testy.

Mezi další důležité metody patří :

- CT vyšetření břicha (pomocí počítačového tomografu),
- USG břicha,
- ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie),
- biopsie, která lze provést současně při vyšetření USG, CT, endoskopií nebo laparoskopii,
- RTG srdce a plic
- Laparoskopie
- PET (pozitronová emisní tomografie)

Pokud se zjistí přítomnost karcinomu slinivky, je potřeba provést vyšetření, abychom zjistili rozsah onemocnění a eventuální přítomnost dalších ložisek nádoru v těle (tzv. staging). Laboratorní vyšetření jsou přínosem v odhadu funkce jednotlivých orgánů. Z krve stanovujeme také nádorové markery. Jedná se o látky, které jsou vylučovány do oběhu nádorovou tkání, při tom pro jednotlivé druhy nádorů jsou typické určité typy markerů. Pro karcinom slinivky je typický nádorový marker Ca 19-9. Důležitá je také klasifikace TNM.

⁴ZDENĚK A., Vorlíček J., Koptíková J: *Obecná onkologie a podpůrná léčba*, Grada 2003.

2.6.1 Klasifikace TNM

T - rozsah primárního nádoru,

N - nepřítomnost či přítomnost a rozsah metastáz v regionálních mízních uzlinách,

M - nepřítomnost či přítomnost vzdálených metastáz.

TNM klasifikace⁵

T – primární nádor,

TX - primární nádor nelze hodnotit,

T0 - bez známek primárního nádoru,

Tis - karcinom in situ,

T1 - nádor omezen na pankreas, 2 cm nebo méně v největším rozměru,

T2 - nádor omezen na pankreas, větší než 2 cm v největším rozměru,

T3 - nádor se šíří přímo do některé z následujících struktur: duodenum, žlučové cesty nebo peripankreatické tkáně,

T4 - nádor se šíří přímo do některé z následujících struktur: žaludek, slezina, tlusté střevo a okolní velké cévy.

N – regionální mízní uzliny,

NX - regionální mízní uzliny nelze hodnotit,

N0 - v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy,

N1 - metastázy v regionálních mízních uzlinách,

N1a - metastáza v jedné regionální mízní uzlině,

N1b - metastázy ve vícečetných regionálních uzlinách.

M - Vzdálené metastázy,

MX - vzdálené metastázy nelze hodnotit,

M0 - nejsou vzdálené metastázy,

M1 - vzdálené metastázy.

⁵ ZDENĚK A., Vorlíček J., Koptíková J: *Obecná onkologie a podpůrná léčba*, Grada 2003.

2.7 Léčba⁶

- I. Kurativní – nádorové onemocnění lze vyléčit někdy i za cenu přijatelného poškození orgánů i tkání klienta (dočasné a trvalé poškození), např. amputace končetiny, ablace prsu.
- II. Paliativní – tímto způsobem léčby není úplně odstraněn nádor, pouze se zpomaluje nebo zastavuje jeho růst.
- III. Symptomatická – léčí se klinické příznaky onemocnění, ale neodstraňuje se příčina (př. tlumení bolesti).
- IV. Podpůrná – pomáhá umožnit zlepšení kvality života.
- V. Terminální – umožňuje důstojné a kvalitní dožití člověka, či jeho přežití.
- VI. Chirurgická léčba – využívá se většinou u solitárních nádorů, léčba je kurativní a paliativní, ošetrovatelská péče se odvíjí od druhu zákroku na postiženém orgánu.
- VII. Konzervativní léčba – ionizující záření,
 - chemoterapie – cytostatika,
 - hormonální terapie,
 - imunoterapie.

-> většina jednotlivých metod se kombinuje.

2.7.1 Chirurgická léčba

Druh operace závisí na lokalizaci nádoru na slinivce. Existuje několik typů operačních výkonů:

- Whippleova operace – nádor je nalezen v hlavě slinivky, patří mezi nejčastější případy. Je odstraněna hlava slinivky s částí žaludku, žlučovými vývody a tenkého střeva,
- Distální pancreatectomie – je odstraněno tělo a ocas slinivky,
- Totální pancreatectomie - odstraněna celá slinivka, část tenkého střeva, žaludku, žlučové kanálky, žlučník, slezina a přilehlé lymfatické uzliny,
- u neoperabilních nádorů se provádí cholecystojejunostomie nebo choledochojejunostomie.

⁶ ZDENĚK A., Vorlíček J., Koptíková J: *Obecná onkologie a podpůrná léčba*, Grada 2003

Průměrné přežívání po paliativních výkonech je 7 měsíců. Po Whippleově operaci je přežívání v průměru 18 měsíců. Výjimečně příznivou prognózu mají včas provedené resekční výkony pro karcinom Vaterské papily.

2.7.2 Radioterapie (aktinoterapie)

Radioterapie je ozáření nádoru paprsky s vysokou energií, které poškozují nádorové buňky a zabraňují jejich růstu, podobně jako cytostatika. Většinou je součástí komplexní léčby spolu s chirurgickým výkonem a chemoterapií. Jedná se o lokální léčbu, která ovlivňuje vlastní nádorové ložisko a nikoliv celý organismus. Provádí se během hospitalizace, ale také ambulantně.

Nežádoucí účinky radioterapie

- Únava,
- Ztráta chuti k jídlu,
- Poradiační ožehnutí kůže,
- Nevolnost,
- Ztráta ochlupení, vlasů (alopecie).

2.7.3 Chemoterapie

Je to léčba chemickými látkami, cytostatiky. Tlumí buněčný růst a ničí nádorové buňky. První cytostatika byla zaváděna do onkologické léčby již v druhé polovině čtyřicátých let 20. století, avšak plně se začala využívat až v průběhu šedesátých let. Je schopna likvidovat i malé počty nádorových buněk, které nelze chirurgicky odstranit. U některých nádorů chemoterapie výrazně zlepšuje jejich prognózu. Jedná se o léčbu systémovou, která ničí nádorové buňky v celém těle. Nejčastěji se aplikuje po chirurgickém výkonu, jako prevence před vznikem metastáz. Tato léčba se nazývá doplňková neboli adjuvantní. Dále se chemoterapie používá ke zmírnění bolesti a příznaků onemocnění. Ve většině případů se podává v cyklech, ambulantně, ale občas je nutná krátká hospitalizace.

2.7.3.1 Způsoby podání chemoterapeutik

I. Perorální podání – jsou velmi oblíbené pro svou jednoduchost a pohodlnost. Perorální podání je omezeno na cytostatika, která nedráždí sliznici trávicího ústrojí. Resorpce cytostatika se může uskutečňovat v celém průběhu trávicí trubice, je ovlivňována rychlostí průběhu látky, současným obsahem žaludku a střev nebo také jinou současnou medikací. Nelze s určitostí odhadnout kolik procent podaného cytostatika se skutečně vstřebalo.

II. Rektální aplikace – tato metoda se v onkologické léčbě téměř neužívá, protože vstřebání cytostatik je z tlustého střeva velmi omezené.

III. Parenterální aplikace je výhodná pro rychlé dosažení vysoké koncentrace cytostatika v cirkulaci a tím pro rychlý průnik cytostatika do tkání. Je zde také možnost přesného dávkování. Nejčastějším způsobem je intravenózní aplikace, která je pro některá cytostatika jediným možným způsobem (vinkristin). Nevýhodou u intravenózní aplikace bývá lokální dráždění cévního endotelu a někdy také tromboflebitis s následnou obliterací žíly. Dále se také podává jako nitrožilní bolus, u kterého je ovšem zvýšené riziko úniku cytostatika mimo žílu. Častěji se místo této aplikace používá krátkodobá nebo dlouhodobá nitrožilní infúze.

IV. Intramuskulární aplikace – možné pouze u látek, které lokálně nedráždí. Resorpce je z místa vpichu velmi rychlá, pokud nedojde k vazbě na tkáň v místě vpichu.

V. Subkutánní aplikace je velmi ojedinělá.

2.7.3.2. Nežádoucí účinky chemoterapie

- a) **bezprostřední** – nevolnost, zvracení, lokální nekrózy, záněty žil, alergické reakce,
- b) **časné** – trombocytopenie, stomatitida, retence tekutin, průjem, pankreatitida,
- c) **vzdálené** – anémie, zácpa, hepatorenální toxicita, kardiotoxicita,

d) pozdní – sterilita, osteoporóza, encefalopatie.

Protinádorovou chemoterapií nebo radioterapií mohou být léčeni pouze nemocní s histologicky potvrzeným karcinomem slinivky břišní. Operační výkon však může být proveden se záměrem diagnostickým i terapeutickým.

2.7.4 Podpůrná léčba, léčba bolesti

Bolest je častý problém u pacientů s karcinomem pankreatu. Nádor může způsobovat bolest, tím že tlačí na nervy a okolní orgány. Ovlivňuje kvalitu života zásadním způsobem. Při léčbě bolesti se postupně kladou určité cíle, mezi které patří zajištění bezbolestného spánku, úleva od bolesti v klidu a úleva od bolesti při pohybu. K dosažení úspěšnosti léčby je třeba :

- systematické zhodnocení bolesti podle charakteru, časového průběhu, účinnosti dosavadní analgetické léčby,
- zařazení léčby bolesti do komplexního plánu léčby,
- pravidelné sledování analgetického účinku a nežádoucích účinků,
- včasné odeslání nemocného na specializované pracoviště léčby bolesti.

2.7.4.1 Hodnocení bolesti

Pro hodnocení intenzity bolesti se nejčastěji používá vizuální analogová škála (VAS). Pacient na číselné škále označí intenzitu bolesti. Intenzita bolesti se během dne může měnit v návaznosti dle vykonaných denních aktivit. Pacientům je doporučováno, aby si vedli tzv. deník bolesti, do kterého si zaznamenávají aktuální stav.

Má-li být léčba účinná je vhodné provést podrobnou charakteristiku bolesti:

- doba trvání bolesti,
- výkon nebo činnost, která doprovází její vznik,
- lokalizace a její šíření,
- charakter (vystřelující, bodavá, křečovitá aj.),

- faktory, které bolest ovlivňují,
- intenzita bolesti a její změny v určitém časovém období.

Bolest je možno účinně léčit analgetiky, radioterapií, nervovou blokádou (injekce s obsahem alkoholu do určité oblasti kolem nervů) a chirurgickým výkonem, kdy chirurg přeruší určité nervy a tím dochází k blokování přenosu bolesti.

2.7.4.2 Farmakoterapie bolesti

Analgetický žebříček dle Světové zdravotnické organizace

- I. stupeň – mírná bolest, podávají se neopioidní analgetika
(Paracetamol, nesteroidní antiflogistika, Metamizol),
- II. stupeň – středně silná bolest, podávají se slabé opiáty a neopioidní analgetika
(Kodein, Dihydrokodein Tramadol),
- III. stupeň – silná bolest, podávají se silné opiáty a neopioidní analgetika
(Morfin, Fentanyl).

2.7.4.3 Nežádoucí účinky opiátů

Při dlouhodobé léčbě opiáty se vyskytuje nejčastěji zácpa, nevolnost až zvracení a celkový útlum. Pacienta je třeba na výskyt nežádoucích účinků připravit a stanovit vhodný plán léčby.

2.8 Výživa při nádorovém onemocnění

K nejčastějším projevům nádorového onemocnění spojeným s nedostatečnou výživou patří nádorová kachexie, která se vyskytuje asi u 70% nemocných. Nádorová onemocnění jsou častěji než ostatní choroby provázena podvýživou. Špatný stav výživy má u pacienta závažné důsledky, které se projevují celkovým oslabením organismu s tělesnou i duševní slabostí a psychickou depresí. Celková podvýživa provázená hubnutím se označuje jako proteino-energetická kachexie, to znamená, že nemocný strádá nedostatkem energie a bílkovin. Znamky kachexie jsou u téměř poloviny nemocných již při zjištění diagnózy. Základním pravidlem pro udržení optimální rovnováhy přijímaných živin je pestrá strava, ve které jsou zastoupeny všechny základní živiny => bílkoviny, tuky, sacharidy, vitaminy, minerální látky, stopové prvky a vláknina.

Potravinová pyramida – je rozdělena do čtyř základních skupin podle výživové hodnoty, ve které jsou stanoveny i velikosti porcí. (viz.příloha č. 2).

2.8.1 Příčiny hubnutí

Přesná příčina nádorové kachexie není známá, u velké části nemocných je ztráta hmotnosti způsobena sníženým příjmem živin při nechutenství, hubnutí se však může objevovat i u nemocných se zachovaným příjmem potravy.

Na rozvoji kachexie se významně podílejí také nežádoucí účinky protinádorové léčby. Většina postupů onkologické léčby může na přechodnou dobu zhoršit chuť k jídlu a snížit příjem stravy, který je často narušen nejen po dobu trvání léčby, ale i více dnů po jejím ukončení.

Nádorová kachexie se může dělit na primární a sekundární. U primární kachexie jde zejména o změny metabolismu, kdy poruchy výživy nelze vysvětlit samotným snížením příjmu potravy. U sekundární kachexie jde naopak především o nízký příjem potravy, kdy nemocný nemůže jíst pro přímé nebo nepřímé postižení zažívacího traktu nádorem nebo jeho léčbou. Avšak kachexie má u většiny nemocných více příčin současně, je teda multifaktoriální.

Účinná nutriční podpora může u některých nemocných zmírnit stupeň kachexie anebo jejímu rozvoji i předejít.

2.8.2 Strava onkologicky nemocných

Nádorové onemocnění a léčba nemusí vždy způsobit potíže, které by nepříznivě ovlivnily příjem stravy. Přestože není potřebné žádné zvláštní dietní doporučení, je nutné zvážit, jestli je strava dostatečně pestrá, pravidelná a zdravá.

Karcinom pankreatu může být doprovázen diabetem mellitem. Výživa při tomto onemocnění má podpůrný charakter. Chybějící enzymy se většinou podávají formou léků spolu s jídlem. U správného výběru potravin je snaha především v předcházení obtížím, zlepšení využití jednotlivých živin v těle a tím zabránit hubnutí a zlepšit celkovou fyzickou kondici. Vznik diabetu vyžaduje trvalé změny ve stravování, které se týkají nejen výběru potravin, ale také dodržování časového rozvrhu jednotlivých jídel.

2.8.3 Nežádoucí účinky nádorového onemocnění a komplikace při příjmu výživy

- nechutenství,
- nevolnost a zvracení,
- průjmy,
- zácpa,
- suchost v ústech spojená s poruchou polykání,
- hubnutí,
- potlačená imunita.

2.8.4 Obecná doporučení

- dopřát si dostatek pestré a rozmanité stravy,
- jíst spíše v malých dávkách, 5 – 6 x denně,
- dbát, aby jídelníček obsahoval všechny základní živiny (bílkoviny, tuky, sacharidy), vitaminy, minerály, stopové prvky,
- jíst hodně ovoce a zeleniny, hlavně syrové,
- omezovat potraviny, které obsahují velké množství živočišných tuků a cholesterol, dát přednost rostlinným olejům,
- denně alespoň 2 l tekutin,
- kontrola váhy.

Klinická výživa

- kompletní a vyvážená tekutá strava, upravená k okamžitému použití jako nápoj.

Poruchy výživy znamenají pro pacienta horší prognózu, špatnou kvalitu života, větší riziko komplikací a menší pravděpodobnost, že bude léčba úspěšná. Pro všechny nemocné s rizikem podvýživy je důležitá systematická péče, která zahrnuje dietní rady a dlouhodobé sledování nutričního stavu. Je také možno dosáhnout zlepšení příjmu stravy úspěšnou podpůrnou léčbou všech ovlivnitelných příznaků. Patří sem léčba bolesti, nevolnosti a zvracení, prevence a léčba zácpy, léčba průjmu a psychologická podpora. Při dobrém zvládnutí těchto potíží se přirozený příjem stravy může výrazně zlepšit a tím i zmírnit nutriční poruchu.

2.8.5 Dieta s omezením tuků

Dieta s omezením tuku je plnohodnotná, lehce stravitelná, dlouhodobě užitelná, má snížený obsah tuku. Nejsou zde zařazeny potraviny, které mají vyšší obsah cholesterolu, proto má dieta mírně protisklerotický charakter.

Dieta bývá indikována při akutním stádiu slinivky břišní nebo také při onemocnění jater.

2.9 Psychický stav pacienta

V onkologii hraje psychika pacienta velkou roli, v některých případech se od ní dokonce odvíjí další vývoj nemoci. V takzvaném předchorobí se mohou objevit v životě člověka těžké stresové situace, které oslabí jeho organismus a umožní vznik nemoci. I nádorové onemocnění patří částečně k psychosomatickým chorobám. Změny psychiky nastávají během téměř každého onemocnění a u onkologicky nemocných pacientů vždy. Tyto změny by neměly být brány na lehkou váhu a velmi důležitá je následující psychoterapie. Většina pacientů žije v obavách kolik jim zbývá času nebo také kolik času stráví na nemocničním lůžku a kdy odejdou domů. Čas pacienta je většinou prázdne čekání.

Každý člověk má také v životě postaven svůj žebříček hodnot. Při vzniku těžké choroby se tento hodnotový systém hroutí a člověk obrazně i doslova ztrácí půdu pod nohama. Tehdy je velmi důležité, aby ho někdo podepřel, podržel ve chvílích úzkosti, strachu, beznaděje a zoufalství. Vstřícnost a vcítění se do pacientova problému a následná pomoc je očekávána jak od zdravotníků, tak od jeho nejbližších. Pokud se tak stane, začne pacient nacházet i svou vnitřní sílu a motivaci k uzdravování.

Na onkologické klinice by měla být možnost zaměstnat pacienta a podporovat ho v pracovních činnostech a dalších různých aktivitách. Na některá oddělení docházejí pravidelně dobrovolníci, kteří se snaží zbavovat pacienty alespoň částečně jejich strachu a úzkosti z nemoci. Pro pacienty je samozřejmě nejdůležitější rozhovor se svým ošetřujícím lékařem, v této době to bývá jediný člověk, komu důvěřují. Lékař by měl být schopný naslouchat pacientovi, mluvit zřetelně a pomalu, být ochoten opakovat své vysvětlení několikrát po sobě. Pacientovi je útěchou a snaží se ho uklidnit. Neměl by používat latinské termíny a zkratky. Takový rozhovor probíhá v soukromí, v klidu, pacienti špatně snášejí rozhovory před ostatními „spolupacienty“ např. na pokoji nebo na chodbě.

Spousta pacientů si své obavy nechává pro sebe a trápí se, proto je hlavním úkolem ošetřujícího personálu, co nejlépe vystihnout aktuální stav nemocného a přistoupit k vhodné léčbě.

2.10 Prognóza

Karcinom pankreatu je onemocnění, které má mezi nádorovými onemocněními trávicího traktu nejhorší prognózu. Přes všechny pokroky v diagnostice i léčbě zůstává karcinom pankreatu jedním z nejzávažnějších nádorových onemocnění s vysokou mortalitou.

Průměrné přežívání po paliativních výkonech je 7 měsíců. Po Whippleově operaci je přežívání v průměru 18 měsíců. Výjimečně příznivou prognózu mají včas provedené resekční výkony pro karcinom Vaterské papily. Jestliže se nádor odhalí v pokročilém stadiu a nelze radikálně operovat, vyhlídky klesají.

Současně probíhají výzkumné práce, zaměřené na krátkodobé cíle – jak zdokonalit diagnostiku zhoubných nádorů, aby byly zachyceny v samém začátku, to znamená ve stadiu, kdy je většina zhoubných nádorů léčitelná a dále, jak zdokonalit léčebné postupy, aby při přijatelné míře nežádoucích účinků bylo dosaženo ještě lepších a trvalejších výsledků.

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S KARCINOMEM PANKREATU

3.1 Ošetřování nemocných, příjem na oddělení

Pacienti s karcinodem pankreatu jsou přijímáni na interní kliniku nebo na specializované pracoviště. Ošetřování nemocného zahrnuje celkovou péči. Cílem je zlepšení stavu pacienta a zkvalitnění jeho života. Sestra by měla být schopna zajistit nemocnému základní biopsychosociální potřeby (odstranění bolesti, zajištění bezpečí a jistoty, zajistit úzký kontakt s rodinnými příslušníky, obstarání hygieny, výživy a vyprazdňování). Nezbytnou součástí je vhodná komunikace.

3.2 Sledování nemocného, správná poloha

Sestra sleduje fyziologické funkce nemocného, výsledky krevních testů a ostatních vyšetření. O všem informuje lékaře a pečlivě dodržuje jeho medikaci. Vzhledem k bolestem zaujímá nemocný polohu úlevovou. Sestra je schopna edukovat pacienta a doporučit správnou polohu na lůžku.

3.3 Pohybový režim

Pacientka má pohybový režim volný po oddělení. Vzhledem k věku jí pohyb občas dělá problémy. K lepšímu pohybu používá kompenzační pomůcky (hůl). Rodina pacientku pravidelně navštěvuje a chodí spolu na krátké vycházky.

3.4 Možné ošetřovatelské diagnózy

- Aktivita, riziko intolerance,
- Bolest akutní,
- Bolest chronická,
- Infekce, riziko vzniku,
- Kožní integrita porušená,
- Pohyblivost porušená,
- Péče o sebe sama, nedostatečná,
- Spánek porušený,
- Strach,
- Tělesné tekutiny, riziko deficitu,

- Únava,
- Úzkost ze smrti,
- Výživa porušená, nedostatečná.

4 POSOUZENÍ STAVU NEMOCNÉHO

4.1 Identifikační údaje

- Jméno a příjmení – K.D.
- Bydliště – Praha 6
- Datum přijetí – 23.7.2007
- Povolání – dělnice
- Oddělení – Nemocnice na Františku s Poliklinikou, Interní klinika, Odd. D
- Stav – vdova
- Věk – 70 let
- Den hospitalizace – 7.den

4.2 Výtah z lékařské dokumentace

Pacientka K.D., 70 let, přijata pro dyspeptické potíže a ikterus, provedeno SONO břicha s nálezem tumoru hlavy pankreatu s dilatací Wirsungu v těle pankreatu, s dilatací hepatocholedochu i IH žlučvodů (jen mírně rozšířené), hydropsem žlučníku s litiázou - patrně v rámci Curvoisier. příznaku a susp. zvětšenými uzlinami pod slezinou. V laboratoři výrazná elevace jaterních transamináz, bilirubinu a amyláz (sérových i močových). Podávány infuze se suplementací minerálů a se spasmolytiky. Pacientka vyšetřena na ambulanci s diagnózou obstipace, dyspeptický syndrom, propuštěna do domácí péče, doporučeno dovyšetření při trvajících obtížích. Pacientka dnes přichází z chirurgické ambulance, kde byla vyšetřena pro přetrvávající obtíže, občas zvrací, bolesti břicha trvají, obstipace, zežloutla, provedeno sono břicha s průkazem karcinomu hlavy pankreatu. Pacientka je objednána na pátek 10.8.07 k provedení ERCP.

4.2.1 Stav při přijetí

TK: 135/90mmHg P: 117/min nepravid. D: 16/min TT: 36.7°C

Celkový stav: při vědomí, orientovaná, spolupracuje, eupnoe, bez cyanózy, ikterus, afebrilní, hydratace snížena

Končetiny: kloubní kresba přiměřená, hybnost bez výrazné alterace, DK bez otoků, bez známek TEN, pulsace na AF hmatné, dále do periferie nespolehlivě, akra teplá, známky chronické žilní insuficience.

4.2.2 Lékařská anamnéza

R.A.

Otec + v 70 letech ICHS,

Matka + v 65 letech Ca plic,

Sourozenci: 0

Děti: syn, 50 let, zdravý.

O.A.

V dětství prodělala běžná onemocnění. Arteriální hypertenze III. stupně. ICHS, DM 2. typu na dietě, stav po CMP., cystóza pravé ledviny, cholecystolithiáza, katarakta.

Abusus: Nekuřačka, alkohol neguje.

AA: Alergie na Jod.

PSA: Žije sama s kocourem, syn dochází.

4.2.3 Objektivní onemocnění

Pacientka vyšetřena na ambulanci 11.7.2007 s diagnózou obstipace, dyspeptický syndrom, byla propuštěna do domácí péče. Doporučeno další vyšetření při trvajících obtížích. Pacientka přichází z chirurgické ambulance, kde byla vyšetřena pro přetrvávající obtíže, občas zvrací, bolesti břicha trvají, obstipace, zežloutla, provedeno USG břicha s průkazem tumoru hlavy pankreatu.

4.2.4 Závěr při příjmu

Pacientka přijata na Interní kliniku, oddělení D, vyšetřena na USG, CT, MR, PET, a biopsii. Potvrzena diagnóza tumor hlavy pankreatu.

4.3 Terapie

4.3.1 Konzervativní léčba

4.3.1.1 Farmakoterapie

Léky per os:

- PIRAMIL 5 mg 1-0-0
(antihypertenzivum),
- HYDROCHLORTHIAZID 1-0-0
(diuretikum),
- ISOPTIN SR 240 mg 1-0-0
(antihypertenzivum),
- WARFARIN 5 mg 0-1-0
(antikoagulancia),
- SORTIS 10 mg 0-0-1
(hypolipidemikum),
- VEROSPIRON 25 mg 1-0-0
(diuretikum),
- ALLOPURINOL 100 mg 0-0-1
(antirevmatika, antiflogistika, antiuratika),
- HELICID 20 mg 1-0-0.
(antacida).

4.3.1.2 Dietoterapie

Pacientka se dodržuje dietu s omezením tuků, kterou kombinuje s diabetickou dietou, pro DM II. typu (dieta č. 4/9). Kvůli dietě s omezením tuků dochází k menšímu přísunu vitamínů rozpustných v tucích, iontů, vápníku, zinku, hořčíku a bílkovin a u pacientky hrozí riziko malnutrice. Z tohoto důvodu se přísun těchto látek musí zajistit jiným způsobem. Pacientka se stravuje pravidelně 6krát denně dle doporučení lékaře. Do denního jídelníčku jsou zahrnuty také svačiny, které pacientka konzumuje 2 – 3h po hlavním jídle.

4.3.1.3 Psychoterapie

Pacientka vyznává katolickou víru, vyžádala si duchovní služby během hospitalizace. Také byla domluvena návštěva psychologa. Oba tyto pohovory mají pro pacientku velký význam a pomáhají jí zmírnit strach z onemocnění a z budoucnosti. Rodina má zájem a snaží se pacientku udržovat v pozitivní náladě.

4.3.2 Fyzikální vyšetření sestrou

Pacientka při vědomí, poloha aktivní, chůze zhoršená, třes 0, výška 165 cm, váha 55kg, pulz 95 / minutu, tělesná teplota 36,7 °C, eupnoický 18' / minutu, řeč plynulá.

- **Hlava** – normocefalická, na poklep nebolestivá, výstupy trigeminu nebolestivé, facialis inervuje správně. Vlasy prořídle,
- **Oči** – obočí normální, víčka bez patologického nálezu, oční bulby ve středním postavení, všemi směry volně pohyblivé, spojivky překrvené, sklery ikterické, zornice isokorické,
- **Uši, nos** – bez výtoků, čich dobrý, slyší hůře, přiměřeně k věku,
- **Rty** – růžové, bez cyanóz, souměrné, bez patologického nálezu,
- **Dutina ústní** - Sliznice dutiny ústní růžové, hydratace snížena, jazyk ve střední čáře, lehce bělavě povleklý, zubní protéza,
- **Tonzily** – hladké, nezvětšené,
- **Krk** – krční páteř dobře pohyblivá, náplň krčních žil nezvýšená, karotidy tepou symetricky, krční uzliny a štítná žláza nezvětšené.
- **Hrudník** – souměrný, astenický, prsy bez hmatné rezistence,

- ***Plíce*** – poklep plný, jasný, dýchání čisté sklípkové,
- ***Srdce*** – úder hrotu neviditelný, nehmatný, akce nepravidelná, šelest 0,
- ***Břicho*** - souměrné, v úrovni, pokleповě diferencovaně bubínkový, pohmatově palpační citlivost pod mečíkem, bez patologické rezistence, peristaltika přiměřená, tapottement bilat. negativní,
- ***Játra, slezina*** – nezvětšena, palpačně nebolestivá,
- ***Genitál*** – normálně vyvinutý, uretra bez výtoku,
- ***Uzliny*** – nehmatné,
- ***Páteř*** – pohyblivá, nebolestivá,
- ***Klouby*** - kloubní kresba přiměřená, hybnost bez výrazné alterace,
- ***Čtí*** – přiměřené,
- ***Kůže*** – prokrvená, ikterus, kožní turgor snížený,
- ***Otoky*** – 0, bez známek TEN, známky chronické žilní insuficience.

4.4 Posouzení stavu nemocného

4.4.1 Dýchání

Dříve : Dýchání fyziologické.

Nynější stav : Pacientka nemá problémy z dýcháním, dýchání je fyziologické. Pacientka je nekuřačka.

Ošetrovatelský problém: Není.

4.4.2 Výživa, metabolismus

Dříve: Doma dodržovala diabetickou dietu.

Nynější stav: Pacientka udává úbytek na váze o 10kg během posledních 2 měsíců. Dyspeptický syndrom, obtíže přetrvávají. Pacientka dodržuje stravu pravidelně 5krát denně. Má dietu číslo 9 (Diabetes mellitus II. typu na dietě) kombinovanou s dietou s omezením tuků. BMI 20,2. Stravu přijímá per os, forma stravy je normální. Je schopna se sama najíst.

Ošetrovatelský problém: Výživa porušená, nedostatečná.

4.4.3 Vylučování

Dříve: Stolice pravidelná 1krát denně bez obtíží. Inkotinance moči.

Nynější stav: S vyprazdňováním problémy nemá. Stolice pravidelná. Příměsi nejsou přítomny v moči ani ve stolici. Na WC dojde s pomocí.

Ošetrovatelský problém: Není.

4.4.4 Pohyb

Dříve: Chodila často na krátké procházky.

Nynější stav: Ke snadnějšímu pohybu používá hůlku. Koordinace je dobrá. Volný pohybový režim po oddělení. Necvičí.

Ošetrovatelský problém: Pohyblivost porušená.

Použitá škála: Zjištění rizika pádu.

4.4.5 Spánek, odpočinek (bolest)

Dříve: I při přetrvávající bolesti se jí doma spí lépe než v nemocnici.

Nynější stav: Má problémy se spánkem, často se v noci budí kvůli bolesti. Užívá léky na spaní (HYPNOGEN). Přes den spíše odpočívá, spí jen minimálně. Ráda čte.

Ošetrovatelský problém: Spánek porušený, únava, bolest.

Použitá škála: Vizuální analogová škála (VAS).

4.4.6 Oblékání

Dříve: Bydlí sama, oblékání zvládá bez potíží.

Nynější stav: Obléká se sama, potřebuje čas.

Ošetrovatelské problémy: Není.

4.4.7 Regulace tělesné teploty

Dříve: Pacientka afebrilní, má raději teplejší prostředí.

Nynější stav: Pacientka afebrilní.

Ošetrovatelský problém: Není.

4.4.8 Hygiena

Dříve: Bydlí sama, hygienu zvládá bez potíží.

Nynější stav: Pacientka potřebuje jen mírný dohled, každý den dochází sama do sprchy. Nemá větší potíže.

Ošetrovatelský problém: Není.

4.4.9 Ochrana před nebezpečím

Dříve: Bydlí sama, hrozí riziko pádu.

Nynější stav: Pacientce nehrozí bezprostřední nebezpečí.

Ošetrovatelský problém: Není.

4.4.10 Komunikace a kontakt

Dříve: V domácím prostředí se cítí lépe, na nemoc tolik nemyslí.

Nynější stav: V poslední době spíše pesimistka, úzkostná, nerada o ní mluví s nikým jiným než s lékařem. V nemocnici trpí občas nervozitou.

Ošetrovatelský problém: Úzkost.

4.4.11 Víra, životní hodnoty

Dříve: Věřící, dříve pro ní byla na prvním místě pouze rodina a kocour.

Nynější stav: Pacientka je věřící, hlásí se ke katolické víře. Na žebříčku hodnot udává na první místo zdraví a zároveň rodinu, poté následuje kocour, peníze, záliby.

Ošetrovatelský problém: Není.

4.4.12 Práce

Dříve: Pracovala jako dělnice ve fabrice.

Nynější stav: Pacientka je v důchodu.

Ošetrovatelský problém: Není.

4.4.13 Aktivity a zájmy

Dříve: Ráda chodí na krátké procházky, luští křížovky a sleduje televizi. Velkou oblibu má ve svém kocourovi, o kterého se nyní stará syn.

Nynější stav: Pacientka během hospitalizace ráda čte a sleduje televizi. Přiznává strach a nervozitu.

Ošetrovatelský problém: Strach z budoucnosti.

Další použité měřicí techniky viz. příloha č.3 - 6.

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

5.1 Seznam ošetřovatelských diagnóz 23.7. 2007

- Výživa porušená, nedostatečná, z důvodu základního onemocnění projevující se úbytkem na váze, sníženým BMI.
- Bolest akutní, z důvodu základního onemocnění projevující se nespavostí, únavou a pospáváním během dne.
- Strach z budoucnosti, z důvodu základního onemocnění projevující se nervozitou a verbalizací.
- Pohyblivost porušená, z důvodu snížení svalové síly a ztuhlosti kloubů, projevující se omezenou schopností pohybovat se a bolestivým pohybem.
- Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení periferní žilního katétru.

5.2 Plán ošetrovateľskej péče

č. 1. Výživa nedostatečná z dôvodu základného ochorenia prejavujúca sa úbytkom na váhe, zníženým BMI (20,2). (viz. príloha č. 7)

Cíl dlhodobý: Pacientka zvýši svoju váhu o 5 kg do 3 mesíců.

Cíl krátkodobý: Pacientka neubývá na váhe do 1 mesíce.

Výsledná kritéria : Pacientka zná príčinu hubnutí do 24h.

Pacientka chápe úpravu stravy do 24h.

Pacientka sa každý týden váží.

Pacientka dodrží zmeny ve stravě do 2 dnů.

Intervence

- Sjednej schůzku s nutričním terapeutem, primární sestra, do 1 týdne,
- informuj rodinu, primární sestra, do 3 dnů,
- informuj pacientku o změně stravy, primární sestra, do 2 dnů,
- podej pacientce dostatek informací, primární sestra, do 24h,
- monitoruj váhu a BMI pacientky, primární sestra, každý týden.

Realizace

- Poučila jsem pacientku o dietním režimu.
- Sjednala jsem schůzku s nutričním terapeutem.
- Informovala jsem pacientku o změně stravy.
- Podala jsem pacientce dostatek informací.
- Monitorovala jsem váhu a BMI pacientky.

Hodnocení

27. 7.2007 Pacientka za týden zvedla svoji váhu o 0,5kg. Efekt částečný.

č.2. Bolest akutní z důvodu základního onemocnění projevující se nespavostí, únavou a pospáváním během dne.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má fyziologický spánek do 1 měsíce.

Cíl krátkodobý: Pacientka má zmírněnou bolest do 24h.

Výsledná kritéria : Pacientka má zmírněnou bolest od 1 stupeň do 24 hodin.

Pacientka zná příčinu své bolesti do 24h.

Pacientka zná příčinu poruchy spánku do 1 týdne.

Pacientka se cítí odpočatá do 14 dnů.

Intervence

- Monitoruj a zaznamenávej intenzitu bolesti podle stupnice VAS, primární sestra, každý den.
- pacientka zná příčinu bolesti, poruchy spánku do 24h,
- informuj lékaře o změně intenzity bolesti, primární sestra,
- podávej léky dle ordinace lékaře, primární sestra, každý den,
- zajisti klid přes noc klid na pokoji, oddělení, ošetřující sestra, každý den,
- doporuč vhodné polohy zmírňující bolest, primární sestra, do 24h.

Realizace

- Analgetika a hypnotika jsme podala dle ordinace lékaře,
- Kontrolovala jsem intenzitu bolesti na VAS stupnici a zavedla do dokumentace.
- Při změně intenzity bolesti jsem informovala lékaře.
- Informovala jsem pacientku o příčině bolesti, doporučila jsme vhodné polohy.
- Zajistila jsem klid na pokoji a celém oddělení.

Hodnocení

27.7.2007 Pacientka má zmírněnou bolest, cítí se lépe, přes den spí minimálně a cítí se méně unavená. Efekt částečný.

č. 3. Strach z budoucnosti z důvodu základního onemocnění projevující se nervozitou a verbalizací.

Cíl dlouhodobý: Pacientka necítí strach do 2 měsíců.

Cíl krátkodobý : Pacientka má zmírněný pocit strachu do 2 týdnů.

Výsledná kritéria : Pacientka zná příčinu strachu do 1h.

Pacientka má dostatek informací do 2 dnů.

Pacientka je schopna hovořit o svých pocitech do 1 týdne.

Intervence

- Podej pacientce dostatek informací, ošetřující sestra, do 24h,
- zapoj rodinu, primární sestra, do 2 dnů,
- domluv sezení s psychologem, knězem, primární sestra do 1 týdne,
- při změnách informuj lékaře, ošetřující sestra.

Realizace

- Zodpověděla jsem pacientce všechny otázky ohledně jejího onemocnění.
- Domluvila jsem pohovor s knězem a také s psychologem,
- Snažila jsem se zapojit rodinu.
- Při změnách jsem informovala lékaře.

Hodnocení

27.7.2007 Pacientka má zmírněný pocit strachu, hovoří o svých pocitech a snaží se vše zvládnout. Efekt částečný.

č.4 Pohyblivost porušená z důvodu snížení svalové síly a ztuhlostí kloubů, projevující se omezenou schopností pohybovat se a bolestivým pohybem.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má dostatek svalové síly v nejvyšší možné míře do 1 měsíce.

Cíl krátkodobý: Pacientka má bezbolestný pohyb do 14 dnů.

Výsledná kritéria : Pacientka zná příčinu omezeného pohybu do 24 h.

Pacientka cvičí každý den.

Pacientka žádá aktivně o medikaci do 2 dnů.

Intervence

- Podávej medikace dle ordinace lékaře, primární sestra,
- Podej pacientce dostatek informací, primární sestra, do 24h,
- Domluv pravidelné návštěvy fyzioterapeuta, primární sestra, do 2 dnů,
- Informuj rodinu o nutnosti cvičení, primární sestra, do 2 dnů.

Realizace

- Podala jsem pacientce dostatek informací.
- Informovala jsem pacientku o pravidelném cvičení.
- Domluvila jsem návštěvy fyzioterapeuta.
- Podávala jsem medikace dle ordinace lékaře.

Hodnocení

27.7.2007 Pacientka má zmírněnou bolest. Pohybuje se snáze. Efekt částečný.

č.5 Infekce, riziko vzniku, z důvodu zavedení periferního žilního katétru.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá známky infekce do 1 týdne.

Cíl krátkodobý: Pacient zná příznaky infekce do 24h.

Intervence

- Sleduj místo a okolí vpichu, ošetřující sestra, každý den,
- Sleduj známky infekce, ošetřující sestra, každý den,
- Při manipulaci s periferním žilním katétrem postupuj asepticky, ošetřující sestra,
- Prováděj převazy periferního žilního katétru, ošetřující sestra, do 3 dnů.

Realizace

- Sledovala jsem okolí vpichu.
- Sledovala jsem projevy infekce.
- Postupovala jsem asepticky.
- Provádím převazy, podle nutnosti, nejpozději do 3 dnů.

Hodnocení

27.7.2007 Efekt úplný. Pacientka nejeví známky infekce.

6 EDUKACE PACIENTA

Pacientka byla v průběhu své hospitalizace edukována primární sestrou na téma výživa, dieta s omezením tuků. K edukaci byla přizvána i rodina. Cílem edukace bylo podat pacientce dostatek informací, ujistit se, že pacientka vše chápe a rozumí nutnosti dietního omezení. K edukaci byla použita verbální metoda dohromady s letákem. Pacientka na edukaci reagovala dotazy. Edukace je zaměřena na jednorázové vzdělávání.

6.1 Edukační záznam

Datum edukace: 5.10. 2007

Doba edukace: od 14:00 do 15:00

Edukační potřeba v oblasti: Výživa, metabolismus.

Téma edukace: Výživa, dieta s omezením tuků.

Forma edukace: Verbální, ukázka.

Reakce na edukaci: Dotazy.

Výukové cíle: Kognitivní.

Organizační forma: Individuální.

Metoda: Rozhovor, přednáška.

Efekt: Úplný.

6.2 Edukační plán

6.2.1 Cíl edukace

Cílem této edukace je podat pacientce dostatek informací týkající se výživy a dietních omezení. Důležité je, aby pacientka pochopila nutnost úpravy stravy a také správné dodržování diety s omezením tuků.

6.2.2 Význam

Pacientka je schopna sama dodržovat dietu s omezením tuků i po propuštění domů.

6.2.3 Obsah edukace

Dieta s omezením tuků bývá indikována při onemocnění slinivky břišní nebo onemocnění jater. Je velmi důležité, aby byla správně dodržovaná, vzhledem k dyspeptickým potížím pacientky. Výhodou je možnost dlouhodobého užívání diety. Je povoleno maximálně 55 g tuku/den - volného i v potravinách (volný tuk maximálně 35 g a 20 g tuku obsaženého v potravinách). Větší množství tuků se zařazuje v dopoledních hodinách, méně pak večer.

Mezi vhodné potraviny se řadí:

- Maso (libové, hovězí zadní, vepřová kýta, telecí, jehněčí, libová slepice, kuře, krůta, králík),
- Ryby - netučné, sladkovodní i mořské (např. filé, treska, kapr, lín, pstruh),
- Uzeniny - libová šunka, párky drůbeží, salám dietní, salám drůbeží,
- Mléko (zakysané mléčné výrobky - biokys, podmáslí, kefirové mléko, jogurtové mléko)
- Další mléčné výrobky (Jogurt bílý nebo s povolenou ovocnou příchutí, Termix, tvaroh měkký i tvrdý, nízkotučný),
- Sýry (tavené do 30 % tuku v bez pikantních příchutí, tvrdé, strouhané, eidam, Moravský bochník, tvarohové sýry),
- Vejce (bílky neomezeně, žloutky 1 ks na den, vejce nepodáváme jako samostatný pokrm, pouze na přípravu pokrmů),
- Máslo - Čerstvé máslo, náhradní másla - pomazánkové máslo, Perla, Rama, Flora,
- Jednodruhové rostlinné oleje (slunečnicový, řepkový, olivový)
- Cukr, med přiměřeně, mouka, hladká, polohrubá i hrubá, ovesné vločky (po úpravě mix, krupice), kroupy, krupky lisujeme,
- Příkrmy - brambory, bramborová kaše, těstoviny, jemné nudle, rýže, knedlík dietní - nesmí být kypřen droždím, krupicové, moučné noky,

- Pečivo - bílé, starší, vodové, netučné rohlíky, veka, starší netučná vánočka nebo mazanec, piškoty,
- Piškotové, moučné, tvarohové, odpalované spařované, krupicové těsto,
- Ovoce – syrové (jablka, meruňky, broskve dobře vyzrálé),
 - tepelně upravené (jablka, meruňky, broskve, třešně, višně, švestky, ryngle),
- Jižní ovoce (banány, mandarinky, pomeranče, grapefruity)
- Zelenina - mladá, jemná, čerstvá, mražená, sušená i sterilovaná (dýně, patisony, špenát, fazolka, rajčata, hlávkový salát, červená řepa, rajský protlak, rajčatová šťáva, dýně jako dušené zelí)
- Koření (pažitka, petrželka, kopr, mladá celerová nať, libeček, bazalka, saturejka, majoránka, drcený kmín, vývar z bobkového listu, vývar z hub, citrónová a pomerančová šťáva, pomerančová kůra, vanilkový cukr).

6.2.4 Kontrolní otázky pro pacienta

- Co rozumíte pod pojmem dieta s omezením tuků?

Při dietě s omezením tuků je důležité správně dodržovat přesně daný příjem tuků.

- Dokázala byste vyjmenovat některé doporučené potraviny?

Např. Nízkotučný tvaroh, čerstvé máslo, jednodruhové oleje, straší bílé pečivo.

- Může se tato dieta dodržovat dlouhodobě?

Ano. Protože jsou zde zastoupeny všechny důležité živiny.

6.2.5 Kontrolní otázky pro sestru

- Jaké jsou nejčastější indikace diety s omezením tuků?

Dieta se indikuje nejčastěji u onemocnění trávicího traktu, zejména slinivky břišní, jater a žlučníku.

- Proč se u diety č.4 doporučuje z mléčných výrobků hlavně nízkotučný tvaroh?

Protože obsahuje látky, které působí blahodárně zejména na játra, ale také na slinivku břišní.

- Jak dlouho se může tato dieta dodržovat?

Tato dieta se může dodržovat i dlouhodobě, jelikož zastupuje všechny důležité živiny, které lidský organismus potřebuje.

7. ZÁVĚR

Karcinom pankreatu zůstává onemocněním s velmi vážnou prognózou a i průběh nemoci bývá hodně náročný. Onkologickou terapií lze do jisté míry zlepšit léčebné výsledky pacientů ve všech stádiích nemoci. Základním léčebným přístupem je však i na dále chirurgická léčba, jeli ovšem možná. U velké části jsou nádory pankreatu neoperabilní.

Výzkum tohoto onemocnění postupuje velmi pomalu a nové poznatky se objevují jen zřídka. Oproti tomu se incidence a mortalita onemocnění stále zvyšuje. I když se jedná o onemocnění ve všech ohledech velmi těžké, tak se domnívám, že pacient by svůj boj o život neměl vzdávat.

Každý si jen těžko dokáže představit, jakým způsobem by se dokázal sžít s touto diagnózou. Pro pacienty s karcinomem pankreatu je proto velice důležitá veškerá poskytovaná péče, včetně zájmu rodiny a jejich snaha pomoci pacientovi v těžkých chvílích života. Stejně jako u každého onemocnění, dochází i u pacientů s touto diagnózou ke změně psychiky. Proto je nezbytné být jim na blízku a podpořit je.

Psaní práce bylo občas náročné, ale přesto jsem splnila cíl své práce. Domnívám se, že se mi podařilo sepsat dohromady podstatnou část onemocnění a poukázat na jeho závažnost.

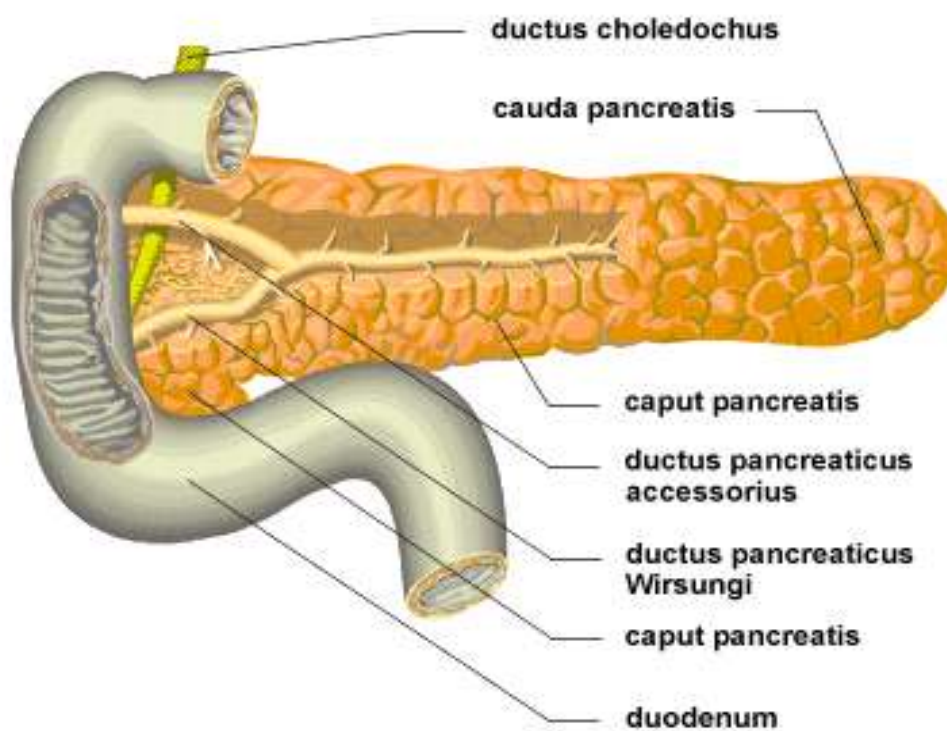
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DONGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-7169-294-8
- DYLEVSKÝ, I., TROJAN, S.: *Somatologie*. Praha. Avicenum, 1984.
- KLENER, P. et al.: *Vnitřní lékařství, Gastroenterologie, hematologie, IV. svazek*, Praha: Galén (ISBN 80-7262-39-4) a Karolinum (ISBN 80-246-0389-6), Univerzita Karlova 2002
- MAREČKOVÁ, J.: *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, Grada 2006
- MYSLIVEČEK, J., TROJAN, S.: *Fyziologie do kapsy*, Triton 2004, ISBN 80-7254-497-7
- NEJEDLÁ, M.: *Fyzikální vyšetření pro sestry*, Grada 2006, ISBN 80-247-1150-8
- RICHARDS A., EDWARDS, S.: *Repetitorium pro zdravotní sestry*, Grada, 2004
- VOKURKA, M., HUGO, J.: *Praktický slovník medicíny*, Maxdorf 2007, ISBN 978-80-7345-123-3,
- VORLÍČEK, J., časopis *Onkologická péče, Malnutrice při nádorovém onemocnění*, 2007, Česká asociace sester, sekce onkologická , ISSN 1214-5602
- VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H.: *Klinická onkologie pro sestry*, Grada 2006, ISBN 80-247-1716-6
- ZDENĚK A., Vorlíček J., Koptíková J: *Obecná onkologie a podpůrná léčba*, Grada 2003, ISBN 80-247-0677-6
- ZAVORAL, M. et al.: *Karcinom pankreatu*, Galén 2005, ISBN 80-7262-348-6
- TRACHTOVÁ, E. a kolektiv: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, 2005

- MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl systémový přístup*. Karolinum 2003. ISBN 80–246–0429–9
- VYMĚTAL, J. : *Lékařská psychologie*. Praha. Portál, 2003. ISBN 80–7178–740-X

PŘÍLOHY

Příloha 1



Příloha 2



Příloha 3

Riziko vzniku dekubitů: (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně																	
Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita	
úplná	4	do 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	úplná	4	není	4	chodí	4
malá	3	do 30	3	alergie	3		3	horší	3	apatie	3	částečně omezená	3	občas	3	s doprovodem	3
částečná	2	do 60	2	vlhká	2		2	špatný	2	zmatený	2	velmi omezená	2	převážně močová	2	sestačka	2
žádná	1	60+	1	suchá	1	karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	žádná	1	stolice i moč	1	leží	1
Dne:	25.....(součet bodů)															

Příloha 4

Zkrácený mentální bodovací test (dle Gaida)		
Za každou správnou odpověď 1 bod, nesprávná 0.		
Méně než 7 bodů, jedná se o zmatenost		Body
1.	Věk	1
2.	Kolik je asi hodin	1
3.	Adresu	1
4.	Současný rok	1
5.	Kde je hospitalizován	1
6.	Poznání alespoň dvou osob (např. lékař a sestra)	1
7.	Datum narození	1
8.	Jméno současného prezidenta	1
9.	Odečíst zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat měsíce pozpátku	1
Celkové skóre: :		9 bodů

Příloha 5

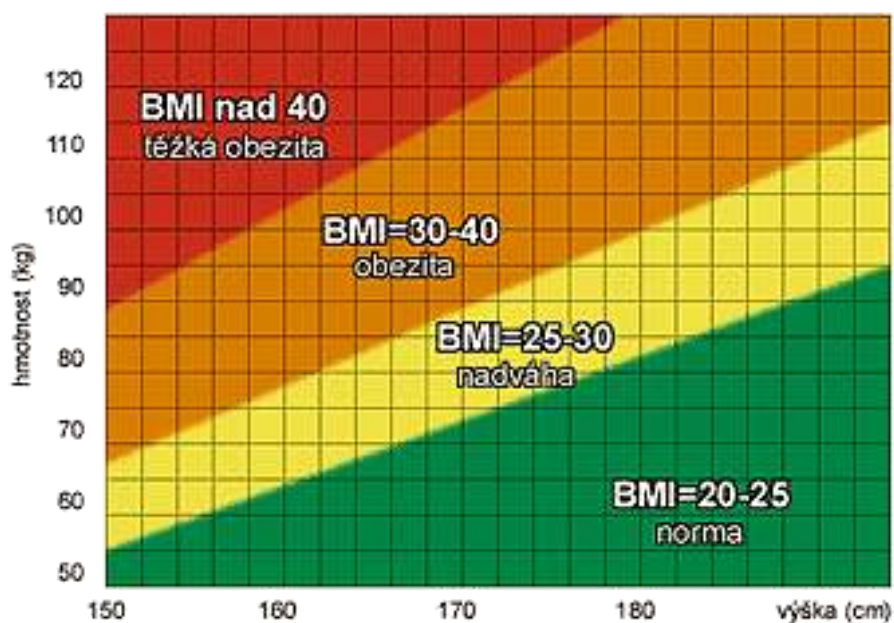
Glasgow Coma scale

Otevírání očí	
Spontánně	4
Na oslovení	3
Na bolest	2
Neotevře	1
Nejlepší slovní odpověď	
Orientován	5
Zmatený	4
Nepřiléhavá slova	3
Nesrozumitelné zvuky	2
Žádná odpověď	1
Nejlepší motorická odpověď	
Vykoná pohyb na příkaz	6
Cílená flexe na bolest	5
Necílená flexe na bolest	4
Patologická flexe (při dekortikaci mozku)	3
Extenze na bolest (při decerebraci mozku)	2
Žádná odpověď	1
Celkové skóre: 15 bodů	

Příloha 6

Zjištění rizika pádu Skóre vyšší než 3, riziko pádu					
Pohyb	neomezený	0	Pád v anamnéze		1
	používá pomůcky	1	Medikace	neužívá rizikové léky	0
	potřebuje pomoc k pohybu	1		užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik antihypertenzivpsychotropní léky, benzodiazepiny	1
	neschopnost přesunu	1			
Vypraz-dňování	nevyžaduje pomoc	0			
	v anamnéze nykturie/inkontinence	1			
	vyžaduje pomoc	1			
Věk	18 - 75	0			
	75 a více	1			
Mentální status	orientován	0	Smyslové poruchy	žádné	0
	občasná/ noční inkontinence	1		vizuální, sluchový, smyslový deficit	1
	historie desorientace/demence	1			
Celkové skóre:		4 bodů			

Příloha 7 Výpočet BMI



- 0 – 16,9 = velká podváha
- 17 – 19,9 = podváha
- 20 – 24,9 = normální rozmezí
- 25 – 29,9 = nadváha
- 30 – 39,9 = obezita
- 40 – 99,9 = těžká obezita