

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO PŘI HOJENÍ ROZSÁHLÉHO
DEFEKTU PO HEMORAGICKO-NEKROTIZUJÍCÍ
PANKREATITIDĚ**

Bakalářská práce

MARTINA VÁŇOVÁ

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

Vedoucí práce: Bc. Eva Nováková
Pracoviště vedoucí práce: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha
Konzultant: MUDr. David Hoskovec
Pracoviště odborného konzultanta: Chirurgická klinika IPVZ a 1. LF UK, FN Bulovka

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31
Datum obhajoby:

Praha 2008

Abstrakt

Váňová, Martina: Ošetrovatelský proces u nemocného při hojení rozsáhlého defektu po hemoragicko–nekrotizující pankreatitidě. Bakalářská práce, Martina Váňová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář ve všeobecném ošetrovatelství. Školitel: Bc. Eva Nováková, Vysoká škola zdravotnická, Praha, 2008.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u nemocné při hojení rozsáhlého defektu po hemoragicko–nekrotizující pankreatitidě v ambulantní péči. Obsahem teoretické části je anatomie, fyziologie a patofyziologie akutního zánětu slinivky břišní. Klinické příznaky, léčba a zajišťování potřeb klientky jsou více soustředěny na těžší formu akutního zánětu. Praktická část je zaměřena na sesterskou ošetrovatelskou péči. Na začátku práce se seznámíte s příznaky, které nemocnou vedly k vyhledání lékařské pomoci, s průběhem hospitalizace a komplikacemi, doprovázejícími celou léčbu. Důležitou součástí sesterské práce je edukační proces zaměřený na dietní režim po základní diagnóze nemocné a jeho vliv pro sekundární hojení rány. Druhým tématem edukace je zvolený postup metody vlhkého hojení rány. Plán ošetrovatelské péče je tvořen pomocí koncepčního modelu Marjory Gordon „Model fungujícího zdraví“, patřícím v současné době k nejlépe vystihujícím potřeby nemocných v oblastech bio-psycho-sociálních. Je to model, ve kterém lze nejlépe identifikovat zdravotní stav nemocného člověka. Je sestavován v průběhu edukačního procesu v den propuštění klientky, před začátkem ambulantní péče. Některé oblasti jsou zhodnoceny při prvním ambulantním ošetření. Zpracování tématu je jednou z možností k předání svých zkušeností sestrám, které se o tuto problematiku zajímají či se s ní v praxi neseťkají. Je určena i veřejnosti zajímající se o tyto informace. Může sloužit jako návod při řešení obdobného případu.

Klíčová slova: Akutní pankreatitida, komplikace při hospitalizaci, edukace, ošetrovatelský proces v ambulantní péči, primární sestra.

Abstract

Váňová, Martina: Nursing process in patient in course of healing of extensive defect after haemorrhagic-necrotizing pancreatitis.

Baccalaureate thesis; Martina Váňová – Medical School, Prague

Degree of scholarly qualification: Baccalaureate of general nursing.

Supervisor: Bc. Eva Nováková, Medical School, Prague, 2008.

The principle topic of the baccalaureate thesis is a nursing process in patient when healing an extensive defect after haemorrhagic-necrotizing pancreatitis in outpatient care. Content of the theoretical section includes anatomy, physiology and pathophysiology of the acute inflammation of pancreas. Clinical symptoms, treatment and insurance of client's needs are directed more on the major form of acute inflammation. Practical section is aimed on nursing care performed by registered nurse. At the beginning of thesis you will become acquainted with symptoms, which led patient to seek out medical help, with hospitalization course and complications which accompanied the whole treatment. The important part of nurse's work is the education process aimed at dietary regimen according to patient's principle diagnosis and its effect on secondary healing of wound. The second topic of education is the selected process of moist wound healing. Schedule of nursing care is created using Marjory Gordon's conception model "Model of functioning health" which currently explains best the needs of patients in bio-psycho-social sections. It is a model in which the diseased human's health state can be identified best. It is created during the educational process, on the day when patient is discharged prior beginning of outpatient care. Some sections are assessed during the first outpatient visit. Processing of this topic is one of possibilities to pass experiences to nurses who are interested in this issue or do not come into contact with this issue in their practice. This thesis is also intended for general public interested in this information. It can be used as a guide when solving a similar case.

Key words: Acute pancreatitis; complications during hospitalization; education; nursing process in outpatient care; primary nurse.

Předmluva

Hemoragicko-nekrotizující forma akutní pankreatitidy je onemocnění s nízkým výskytem, ale vysokou mortalitou. Za svoji čtrnáctiletou praxi jsem se s ním setkala pouze pětkrát. Ošetrovatelská péče vyžaduje vysokou odbornost, profesionalitu a zkušenosti sester. Práce je zaměřena na ošetrovatelský proces hojení rozsáhlého defektu u pacienta již zmíněného onemocnění.

Zpracování tématu je jednou z možností k předání svých zkušeností sestřám, které se o tuto problematiku zajímají či se s ní v praxi nesetkají. Je určena i veřejnosti, která se o tyto informace může dozvědět. Může sloužit jako návod při řešení obdobného případu. Zpracované téma lze publikovat v odborných časopisech či při prezentaci na kongresech pro odbornou společnost, lze i publikovat na internetových stránkách pro získávání informací laické veřejnosti.

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jsem jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům v rámci Vysoké školy zdravotnické, o.p.s.

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Bc. Evě Novákové za podnětné rady v ošetrovatelské části a ucelení teoretické části, panu MUDr. Davidovi Hoskovcovi za pomoc při psaní teoretické části, pacientce I.S., která i po tolika letech byla ochotna vzpomínat na dobu dlouhotrvající léčby. Nakonec děkuji své rodině za podporu nejen při psaní této práce, ale i během celého studia.

Obsah

Abstrakt.....	2
Abstract.....	3
Předmluva.....	4
Obsah.....	5
Úvod.....	6
I Teoretická část.....	8
1 Slinivka břišní – pankreas.....	8
1.2 Fyziologie slinivky břišní.....	11
1.3 Definice a charakteristika akutního zánětu slinivky břišní.....	11
1.4 Klinický obraz.....	15
1.5 Diagnostika.....	16
1.6 Edematózní akutní pankreatitida.....	17
1.7 Nekrotizující akutní pankreatitida.....	19
1.8 Prognóza.....	24
2 Hojení ran.....	25
2.1 Rána obecně.....	25
2.2 Fáze hojení ran.....	25
2.3 Faktory ovlivňující hojení ran.....	27
2.4 Rozdělení produktů pro hojení ran.....	28
II Praktická část.....	30
3 Posouzení stavu pacienta.....	30
3.1 Identifikační údaje.....	30
3.2 Z lékařské dokumentace.....	30
4 Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním hemoragicko-nekrotizující pankreatitida.....	33
4.1 Průběh hospitalizace.....	33
4.2 Posouzení stavu potřeb klientky dle Marjory Gordon, NANDA II.....	36
5 Ošetrovatelská péče.....	40
5.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz (výčet, seřazeno dle priority).....	40
5.2 Plán ošetrovatelské péče.....	40
6 Edukace klientky.....	55
7 Závěr.....	60
8 Seznam bibliografických odkazů.....	61
9 Seznam příloh.....	64
10 Seznam zkratk.....	76

Úvod

Téma své bakalářské práce „Ošetrovatelský proces u nemocného při hojení rozsáhlého defektu po hemoragicko-nekrotizující pankreatitidě“ jsem si vybrala z důvodu zájmu o hojení ran vlhkou metodou a vlivu základního onemocnění na tento proces ošetřování. V současné době se akutní zánět slinivky břišní mezi populací vyskytuje ve vyšší míře než před deseti lety. Má na to vliv nezdravá výživa, převážně zvýšená konzumace živočišných tuků, která u středoevropanů roste a zvýšená konzumace alkoholických nápojů. Pro většinu populace je hrozbou onemocnění jako je např. rakovina či infarkt myokardu, avšak závažnost akutního zánětlivého onemocnění slinivky břišní si mnozí ani neuvědomují. Je to onemocnění s nižším výskytem v populaci než diagnózy již zmíněné, o to však závažnější, převážně těžká forma akutního zánětu má vysokou mortalitu. Vypracováním této práce bych ráda upozornila na závažnost průběhu onemocnění, jeho dlouhodobou a náročnou lékařskou a sesterskou péči při hospitalizaci i ambulantním ošetřování, která mnohdy překračuje měsíce. Bakalářská práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče u tehdy 52leté nemocné I.S., hospitalizované od prosince 2001 do března 2002, ambulantně léčené do září 2003 v jedné pražské nemocnici.

Obsahem teoretické části práce je anatomie a fyziologie slinivky břišní, patofyziologie zánětu obecně a akutního zánětu slinivky břišní, etiologie vzniku onemocnění. Klinický obraz a diagnostika je úvodem do problematiky vývoje a průběhu onemocnění, který je popisovaný v části edematózní a nekrotizující akutní pankreatitidy. Důraz je kladen na část nekrotizující pankreatitidy, jejíž léčba a průběh je závažnější než edematózní forma onemocnění.

V ošetrovatelské části jsou nejprve uvedeny základní informace o nemocné při příjmu, anamnéza, výtah z lékařské dokumentace, fyzikální vyšetření sestrou. Pro stanovení ošetrovatelského plánu pro ambulantní péči jsem zvolila model funkčního zdraví Marjory Gordon. Na základě anamnézy jsou stanoveny aktuální i potenciaální diagnózy. Součástí ošetrovatelské péče je edukace o dietním režimu a zvolené techniky převazů defektu, edukována byla nemocná i její manžel při propuštění.

V závěru práce naleznete fotograficky zdokumentovaný vývoj hojení defektu, Barthelův test základních všedních činností, test instrumentálních všedních činností, vizuální analogovou škálu bolesti, riziko pádu, BMI, Mini mental test.

I Teoretická část

1 Slinivka břišní – pankreas

Obecná anatomie slinivky břišní

Slinivka břišní je retroperitoneální orgán, který je uložen v dutině břišní v úrovni lumbální páteře ve výši obratlů L1 - L3, pobřišnicí (peritoneum) je kryta jen z přední strany. Je to žláza s vnitřní a vnější sekrecí o hmotnosti 60 - 100 gramů, délky mezi 12 - 18 cm. Slinivka břišní se dělí na tři části, hlavu (caput), tělo (corpus) a ocas (cauda). Je uložena za žaludkem (gaster, ventriculus). Fixována je vazivovou tkání zadní stěny tělní a retroperitonea. Zpředu je hlava fixována transversálně probíhajícím úponem příčného tračníku a uložena v konkavitě duodena, tělo fixuje flexura duodenojejunalis, ocas je uložen volně. (22)

Do Vaterské papily (papilla Vateri) ve dvanáctníku (duodenum) ústí spolu se žlučovodem (ductus choledochus) hlavní vývod slinivky břišní (ductus pancreaticus major - Wirsungi), který ze žlázy odvádí pankreatickou šťávu. Do duodena z hlavy pankreatu ústí ještě přídatný vývod (ductus pancreaticus accessorius - Santorini), který je kratší a ústí výše než hlavní vývod. (11)

Tělo slinivky břišní probíhá doleva přibližně ve výši L2, těsně nad ohybem dvanáctníku a lačnicku (flexura duodenojejunalis) a dotýká se i příčného tračníku (colon transversum) a kliček lačnicku (jejunum). Přední plocha těla pankreatu naléhá na žaludek.

Ocas dosahuje ke slezině (lien). (22)

Stavba slinivky břišní

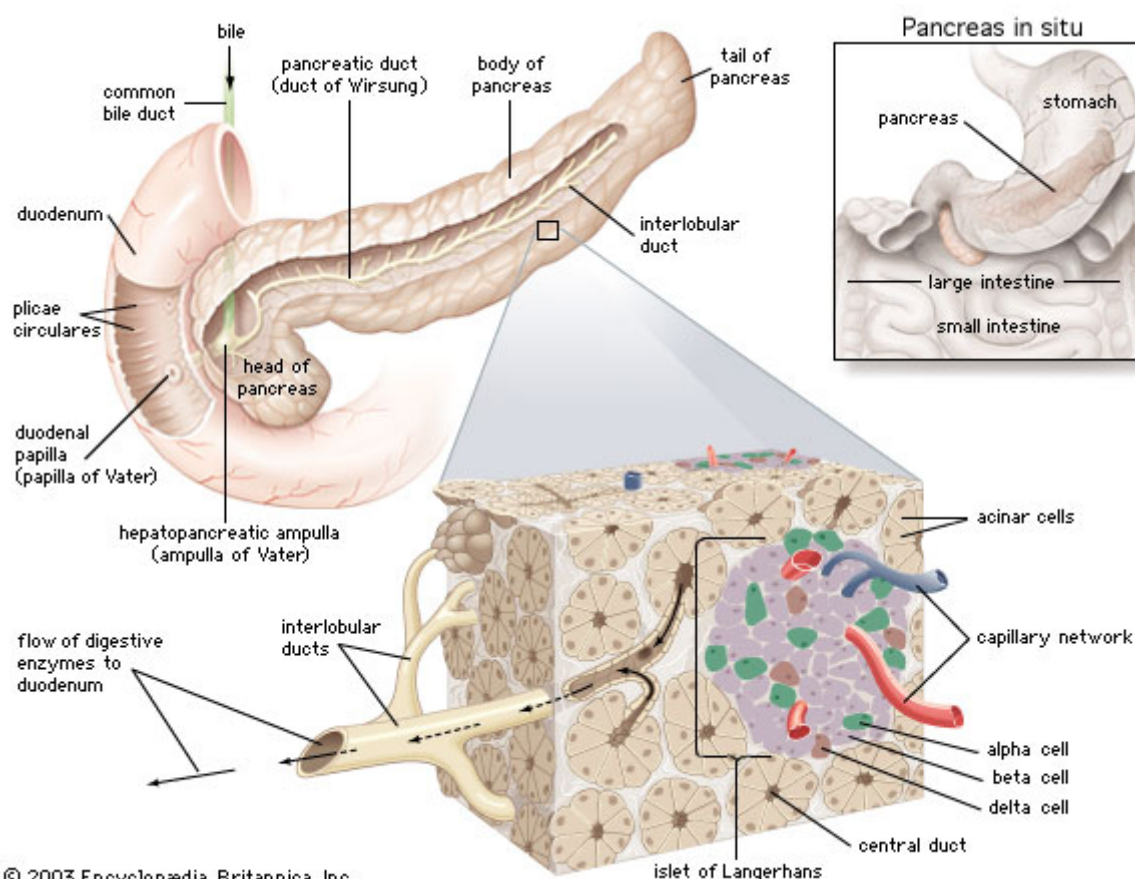
Povrch slinivky břišní je obalen pouzdrem z kolagenního vaziva, ze kterého vybíhají vazivová septa, dělicí tkáň na větší a menší laloky. Ty jsou tvořeny žlázovými aciny. Většina objemu tkáně slinivky břišní je tvořena žlázovými aciny exokrinní tkáně, vývodovým systémem tvořícím přibližně 4 % tkáně, endokrinní částí pankreasu tvořenou Langerhansovy ostrůvky, které zaujímají necelé 2 % tkáně a uloženými v intralobulární i interlobulární vazivové tkáni exokrinní části v počtu asi jednoho milionu.

Základní funkční jednotkou exokrinní části slinivky je acinus (lalůček), který se skládá přibližně z padesáti acinózních buněk, majících pyramidovitý tvar. Vývodový aparát, který začíná vsunutými vývody a zasahuje do nitra kanálek, je vystlán jednovrstevným

plochým epitelem. Stěna hlavního vývodu pankreatu je tvořena dvěma vrstvami, vnitřní stěna je pokryta dvouvrstevným cylindrickým epitelem, kde jsou ojediněle buňky pohárkové a endokrinní. Vnější část stěny je tvořena kolagenním vazivem, kde se ojediněle nachází mucinózní žlázky.

Langerhansovy ostrůvky jsou tvořeny třemi typy buněk - alfa, beta, delta. Mikroskopická stavba ostrůvků je trámcovitá, mezi nimi probíhají drobné cévy. Na okraji ostrůvků je jemný obal, který je tvořen kolagenními a retikulárními vlákny. Buňky a cévy ostrůvků jsou inervovány vlákny autonomního nervového systému. (22)

Obrázek číslo 1. Anatomie a stavba slinivky břišní



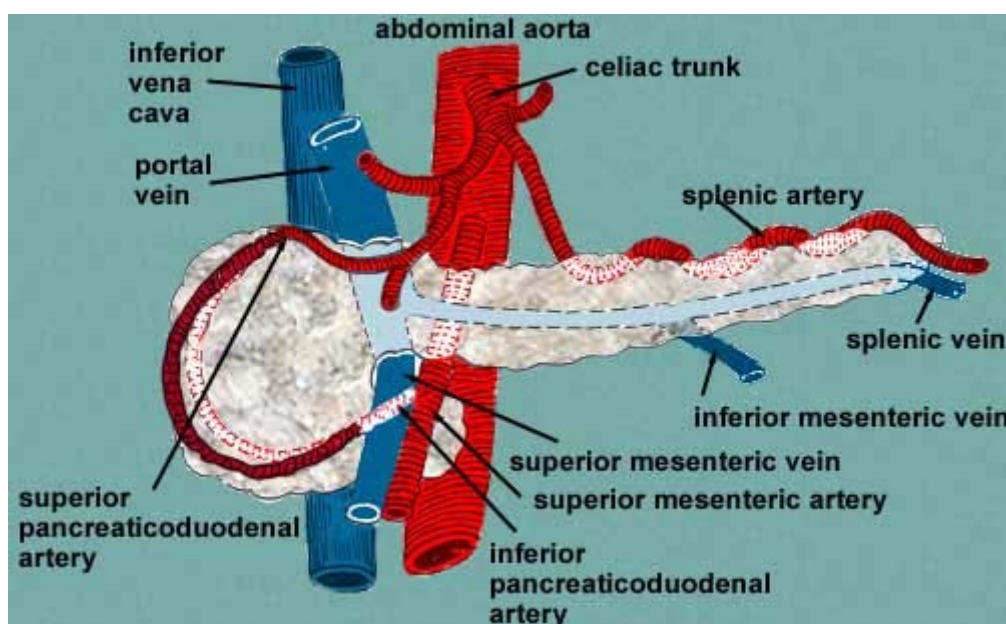
© 2003 Encyclopædia Britannica, Inc.

<http://www.britannica.com/eb/art-68636/Structures-of-the-pancreas-Acinar-cells-produce-digestive-enzymes-which?articleTypeId=1>

Cévní zásobení

Tepenné zásobení slinivky břišní je zajišťováno větví truncus coeliacus, která vychází z aorta abdominalis v úrovni přechodu hrudní a bederní páteře. Arteria lienalis je větví truncus coeliacus, která zásobuje tělo a ocas pankreatu. Hlava je zásobena krví ze dvou tepen, z arteria pancreaticoduodenalis superior, která je větví arteria gastroduodenalis, a z arteria pancreaticoduodenalis inferior, která odstupuje z arteria mesenterica superior. Žilní systém probíhá podél příslušných tepen. Žilní krev z těla a ocasu je odváděna vena lienalis, která se spojuje s vena mesenterica superior a ústí do vena portae. Z hlavy je krev odváděna vena pancreaticoduodenalis superior a vena pancreaticoduodenalis inferior, které taktéž ústí do vena mesenterica superior a dále do vena portae a následně do vena cava inferior. (15, 22, 25)

Obrázek číslo 2. Tepenné a žilní zásobení slinivky břišní



<http://mywebpages.comcast.net/wnor/pancreas.htm>

Lymfatický systém

Odvod lymfy je zajišťován mízními cévami, které vedou podél tepenného a žilního systému slinivky. Podél slinivky břišní jsou uloženy seskupení drobnějších uzlin - nodi lymphatici pancreaticoduodenales, pancreatici superiores a inferiores a nodi lymphatici pancreaticolienales. (22)

Nervový systém

Slinivka břišní je bohatě inervována sympatickými i parasympatickými vlákny. Parasympatická vlákna odstupují od nervus vagus, sympatická (vegetativní) vlákna odstupují od nervi splanchnici. (15, 22)

1. 2 Fyziologie slinivky břišní

Slinivka břišní je žláza, která má exokrinní a endokrinní funkci.

Exokrinní oddíl produkuje pankreatickou šťávu, obsahující enzymy, které se podílejí na trávení potravy. Pankreatická šťáva je bezbarvá, čirá, zásaditá tekutina – pH až 8,5 a denně je jí vyprodukováno přibližně 1500 ml, její tvorba je regulována částečně reflexním mechanismem a z části gastrointestinálními hormony. Je tvořena převážně vodou, ionty HCO_3 a enzymy: proteázami štěpícími bílkoviny, pankreatickou α -amylázou štěpící škroby, pankreatickou lipázou, která rozkládá tuky. Výsledkem štěpení jsou jednoduché glyceridy a mastné kyseliny. Dalšími enzymy tvořícími se ve slinivce a podílejícími se na trávení jsou nukleázy (štěpí nukleové kyseliny), elastázy (tráví elastin - vláknitá bílkovina), fosfolipázy (enzym štěpící fosfolipidy s uvolněním mastných kyselin) a kolagenázy (enzym štěpící kolagen). (17)

Endokrinní část tvoří Langerhansovy ostrůvky, které mají tři typy buněk (alfa, beta, delta). Alfa buňky produkují glukagon, jehož hlavní funkcí je zvyšování hladiny cukru v krvi. Beta buňky vytvářejí inzulín. Inzulín je hormon bílkovinné povahy - polypeptid, složený ze dvou řetězců aminokyselin, řetězce jsou spojeny disulfidovými můstky. Hlavní činností inzulínu je snižování hladiny cukru v krvi, má vliv na metabolismus bílkovin a tuků. V delta buňkách vzniká somatostatin a gastrin. Somatostatin vznikající v pankreatu má stejné složení jako somatostatin vznikající v hypotalamu, tlumí tvorbu a uvolňování růstového hormonu, gastrin zvyšuje vylučování žaludeční šťávy. (17)

1. 3 Definice a charakteristika akutního zánětu slinivky břišní

Akutní zánět slinivky břišní je rychle probíhající zánět, který postihuje také orgány i tkáně v jeho bezprostředním okolí, v nejtěžších případech vede až k multiorgánovému

selhávání, mnohdy končícím exitem nemocného. Nejčastější příčinou vzniku je dietní chyba, alkohol, cholelitiáza. Po úspěšném absolvování náročné léčby dochází k úpravě funkcí slinivky, výjimečně onemocnění přechází do chronického stadia. Je potřeba dodržovat správné stravovací a životní návyky, abychom zabránili recidivě onemocnění. Definice pankreatitidy prošla několika etapami. První definice byla vytvořena v roce 1963 - tzv. první marseillská klasifikace. V roce 1984 proběhlo druhé marseillské sympozium. Zatím posledním konajícím se sympoziem bylo setkání v Atlantě v roce 1992. Lékaři zabývající se zánětlivým onemocněním slinivky břišní se shodli na obtížnosti stanovení této diagnózy. Charakterizovaly se základní pojmy lehká a těžká akutní pankreatitida a některé komplikace způsobené tímto závažným onemocněním. (15)

V posledních letech dochází k nárůstu onemocnění vlivem zvýšené konzumace alkoholických nápojů a nesprávných stravovacích návyků, zvláště zvýšeného příjmu živočišných tuků.

Etiologie

Příčiny vzniku akutního zánětu slinivky břišní jsou různorodé. K nejčastějším faktorům, které přispívají k atace onemocnění, patří cholelitiáza, což je nejčastější příčina vzniku akutní biliární pankreatitidy. Mezi faktory, které ovlivňují průběh, patří velikost a počet konkrementů, anatomické poměry v ductus cysticus, zejména jeho šířka a průběh, nejvíce jsou ohroženi nemocní s malými konkrementy, případně s mikrolitiázou a cholesterolózou ve žlučníku, u poloviny nemocných s cholecystolitiázou dochází k recidivě onemocnění, po odstranění příčiny obvykle dochází k úplné regeneraci slinivky.

Alkohol je jednou z příčin vyvolávající akutní pankreatitidu, v současnosti jsou prováděny experimentální i klinické studie zkoumající vliv působení alkoholu na slinivku břišní.

Do idiopatické formy jsou zařazeni všichni nemocní, u kterých se přes veškerá dostupná vyšetření nepodařilo zjistit příčinu vzniku akutní pankreatitidy. Někteří autoři řadí do této skupiny všechny pankreatitidy kromě biliární a alkoholické. (9)

Mezi ostatní příčiny, podílející se na vzniku akutní pankreatitidy, patří mechanické faktory - traumata, ERCP, iatrogenní poškození při operaci, onemocnění slinivky nebo okolních orgánů - nádory pankreatu, nádory Vaterovy papily, divertikl duodena,

anomálie pankreatu (pancreas divisum - pankreas má dva vývody do duodena), peptický vřed s penetrací do pankreatu, vaskulární faktory - oběhové selhání (kardiochirurgické výkony), hypotermie, Periarteriitis nodosa, poruchy krevního zásobení - ateroskleróza ve splachnické oblasti, poruchy prokrvení při šoku, toxicko-metabolické faktory - hypertriglyceridemie, urémie, hyperkalcemie, léky (sulfonamidy, estrogeny, thiazidy, tetracykliny, furosemid, azathioprin, metyldopa, 6-merkaptopurin), hormonální faktory - hyperparathyreóza, gravidita, laktace, infekční faktory - bakterie (Escherichia coli, Legionella, Yersinia, tyfus, cholera), mykoplazmové infekce, viry (parotitida, herpes, coxsackie viry, adenoviry, hepatitida A, HIV, varicela), paraziti (ascaris), hereditární faktory.(9, 11, 15)

Patofyziologie zánětu obecně

Zánět lze definovat jako komplexní reakci organismu na zátěž, která narušuje homeostázu. Na obraně organismu se podílí imunitní mechanismy a neuroendokrinní regulace. Imunita je zaměřena na podněty infekčního původu, impulsy vycházející z vlastních buněk nebo tkání - nádorové bujení, poškození buněk a tkání abnormálním průběhem imunitní reakce, fyzikální poškození tkání, podněty související s apoptickou a nekrotickou smrtí buněk.

V průběhu obranné reakce dochází k omezení výstavby nových tkání, jsou využívány všechny energetické rezervy a živiny i za cenu katabolismu. Na tento stav reaguje neuroendokrinní systém, dochází ke změnám tohoto systému, které se projevují změnou chování - únava, malátnost, nechutenství. Na zánětové reakci se podílejí buněčné a humorální elementy imunitního systému, buňky endotelové, fibroblasty, keratinocyty, buňky hladké svaloviny, mezibuněčná hmota, ve které probíhá efektorová fáze zánětu. Cílem je poškození odstranit nebo lokálně ohraničit a vyloučit příčinu. Zánětová reakce se dělí na tři části:

Iničiační fáze nastává bezprostředně po podnětu, trvá hodiny až dny, dochází k aktivaci koagulačního a fibrinolytického systému krve, podílejí se na ní faktory krevní koagulace, složky trombocytů, převládají mechanismy přirozené imunity, v této fázi dochází k zesílení imunitní odpovědi, na které se podílejí buňky monocytomakrofágového původu, buňky epitelové a keratinocyty, na zajištění potřebných buněk v místě zánětu se podílí skupina chemokinů.

Vrcholná fáze je důležitá pro dokončení obrany organismu, vytváří podmínky pro rozvoj imunologické paměti, je charakterizována aktivitou specifické imunity, která se rozvíjí v sekundárních lymfatických orgánech, na této fázi se podílejí buňky z přirozené imunity, především dendritické buňky a dále T a B lymfocyty.

Reparační fázi jsou charakteristické procesy, které zajišťují obnovu tkáňové integrity, na procesu hojení se podílí složky imunitního systému, fibroblasty, endotelové buňky, celý proces je řízen cytokiny, adhezivními interakcemi, důležitá je obnova mezibuněčné hmoty a cévního zásobení. (10)

Patofyziologie akutního zánětu slinivky břišní

Na zahájení vzniku akutní pankreatitidy se nejčastěji podílejí žlučové kameny a alkohol (dohromady až 80%). Tyto základní faktory a ostatní k nim patřící způsobují vznik patologických dějů, vedoucích ke vzniku akutní pankreatitidy.

V počáteční fázi jde o poškození acinární buňky, kdy předčasná činnost trávicích enzymů, jejich zadržování v buňce a porucha vylučování větších částic zde mají velkou úlohu. Dalším brzkým dějem je tvorba a uvolnění zánětlivých látek z acinární buňky. Tím dochází k tvorbě dalších chemokinů a k progresi současného stavu. V této situaci vzniká otok a nekrózy slinivky, čímž dochází ke zhoršování lokálního nálezu na orgánu. Brzké děje, které začínají pár minut po počátečním impulzu, vedou v děje pozdní, které se aktivují i několik hodin po začátku působení patologického faktoru. Postižen bývá celý orgán nebo jeho část, někdy se zánět šíří i do okolí slinivky. Dochází k zániku buňky, někdy i k ischemii žlázy. Vznik zánětlivých látek má vliv na ostatní systémové orgány, stoupá teplota, hypovolémie, šokové změny plicní, ledvinové atd. (9).

Mezi možné patogenetické mechanismy vedoucí ke vzniku pankreatitidy patří zvýšený tlak v pankreatickém vývodu (dochází k poruše odporu a rychlosti toku šťávy) – uzávěrem společného vývodu se žlučovodem např. žlučovým kamenem se žluč vrací do pankreatu, čímž dochází k poškození sliznice vývodu a k zrychlenému natrávení tuků, aktivace trypsinu není známa. Při duodeno-pankreatickém refluxu dochází ke zpětnému návratu z duodena do pankreasu již aktivovaných enzymů. Při zvýšené permeabilitě epitelu pankreatických vývodů, způsobené např. alkoholem, dochází k propustnosti větších molekul. Aciny vylučované enzymy prostupují do periduktulárního intersticia a způsobují poškození tkáně. Je pravděpodobné, že bílkoviny vysrážené vlivem působícího alkoholu způsobují zvýšený tlak v proximální části systému vývodů. (18)

1. 4 Klinický obraz

Většina klinických příznaků provázející akutní zánět slinivky břišní je společná i pro jiné náhlé příhody břišní. Proto ke správné diagnostice lékaři mnohdy dospějí až po několika hodinách od začátku příznaků onemocnění či po absolvování všech dostupných vyšetření. Příznaky lze rozdělit na subjektivní a objektivní.

Mezi subjektivní příznaky patří bolest - obvykle náhlý začátek se vzrůstající intenzitou trvalého charakteru, lokalizace je v epigastriu a okolí pupku, zhoršuje se v poloze na zádech, vzniká v důsledku poruchy perfúze splachniku s rozvojem ischemie a edémem pankreatu s následnými projevy neuralgie. (19, 27) Pro zdravotní sestru je důležité pozorování neverbálních projevů bolesti jako jsou paralingvistické, mimické, posturologické projevy, pohyby končetin a projevy autonomního systému. Vnímání bolesti u nemocného je ovlivněno fyziologicko-biologickými faktory (např. fyziologie bolesti, věk), psychicko-duchovními faktory (např. osobnost člověka, nálada, pocity, strach), sociálně-kulturními faktory (např. výchova, etnografické vlivy) a faktory životního prostředí (chlad, teplo). Také nauzea a zvracení patří mezi subjektivní příznaky, ke kterým dochází v důsledku poruchy motility žaludku a střeva s následným rozvojem paralytického ileu. (12) Sestra sleduje, hodnotí a zaznamenává frekvenci, množství, obsah a zápach zvratků.

Mezi objektivní příznaky patří teplota - provází každé zánětlivé onemocnění, zpočátku subfebrilní, později febrilní, u těžkých průběhů dosahuje až septických hodnot. Sestra měří a zaznamenává tělesnou teplotu dvakrát denně, dle ordinace lékaře i častěji, eventuálně dle svého uvážení. Při febrilních hodnotách nabírá hemokultury, podává antipyretika dle lékaře. Při hodnotách diagnostikujících hyperpyrexii provádí chlazení organismu pomocí studených zábalů či přikládání ledu do třísel. Je možná i intravenózní aplikace mírně chlazených infúzních roztoků, pouze dle ordinace lékaře. U pacientů je nutná zvýšená péče o kůži a ložní prádlo. Dalším příznakem je ikterus, ke kterému dochází při útlaku edematózní hlavy na společný žlučovod nebo při choledocholitiáze, nepatří mezi běžné příznaky. (9) U nemocných barvu kůže hodnotíme při denním světle, neboť při umělém osvětlení by mohlo dojít k přehlédnutí patologických nálezů. Při ikteru sledujeme i zabarvení očního bělma, stolice a moče.

U těžkého průběhu bývají nemocní celkově schváceni, zarudlí v obličeji, mohou mít příznaky peritoneálního dráždění, někdy je přítomen ascites, hydrotorax. Kardiální a respirační poruchy jsou velmi časté. (12) U některých se vyskytují znamení charakteristická pro závažnou formu. Řadíme mezi ně Gerbichovo znamení - rozepjaté kličky colon transversum a tenkého střeva, Cullenovo znamení - červenofialové zbarvení kůže okolí pupku, Greyovo-Turnerovo znamení - červenofialové zbarvení ve slabínách, Trousseauův příznak - vyšší pohotovost k trombózám, Řehořův příznak - prodloužení QT intervalu a elevace ST-T podobné infarktu spodní stěny, Halsteadovo znamení - mramorování kůže břicha, Foxovo znamení - ekchymózy pod třísky. (9, 11, 19)

Při ošetřování nemocných si všímáme každé změny, která se u nemocného děje. Pro zjištění patologických nálezů pohledem (inspekce), musí mít sestra dostatečné světlo, možnost vyšetřovat nemocného bez oblečení se zachováním ohleduplného a taktního přístupu a dostatek času. (16) Při objevení těchto kožních příznaků ihned hlásí sestra vše lékaři.

1. 5 Diagnostika

Diagnostika se provádí pomocí laboratorních vyšetření a zobrazovacích metod. Mezi laboratorní vyšetření patří vyšetření amylázy v séru i moči, má pro diagnostiku akutní pankreatitidy velký význam, hladina se začíná zvyšovat za 2 - 12 hodin od začátku příznaků, nejvyšších hodnot dosahuje za 12 - 72 hodin a k regresi hodnot dochází do 3 - 5 dnů (9). Lipáza, její elevovaná hladina, je pro toto onemocnění specifitější. Její hodnoty stoupají během 4 - 8 hodin od počátku příznaků, vrcholu dosahují za 24 hodin, hladina pozvolna ustupuje 14 dnů. (9, 11) Z dalších krevních odběrů se provádí vyšetření na krevní obraz, kdy nás zajímá především hodnota leukocytů jako ukazatele probíhajícího zánětu a hodnoty erytrocytů a hemoglobinu jako ukazatele krevních ztrát. CRP je krevní bílkovina, která stoupá při některých zánětlivých onemocněních, během poškození tkáně nebo nekrózy buněk, určuje závažnost pankreatitidy. Jaterní testy, hladiny bilirubinu, GMT, ALP, AST bývají zvýšeny u obstrukční pankreatitidy s příznaky obstrukce žlučových cest, hladiny AST, ALP mohou být elevovány při alkoholické pankreatitidě. Na, K, Cl v séru je ukazatelem stavu vnitřního prostředí.

Urea, kreatinin nás informují o funkci ledvin. Krevní plyny informují o stavu vnitřního prostředí. CB a albumin, jejich hodnoty vypovídají o stavu výživy. Glykémie a její patologické hodnoty bývají při poruše sekrece inzulínu. Patologické hodnoty Ca jsou při hypoalbuminémii, kdy dochází k vytváření nerozpustných solí kalcia s mastnými kyselinami v oblasti nekrózy pankreatu. (6, 26) Patologické hodnoty fosforu jsou při katabolismu, je zdrojem energeticko-dynamické insuficience, prohlubuje katabolismus, vede rychle k rozvoji respirační insuficience. (26) Snížené hodnoty magnésia bývají u těžké hypokalémie. (7, 9, 11)

Zobrazovací metody

CT - jeho výsledky jsou nejpřínosnější ke stanovení diagnózy, vyšetření se provádí s podáním kontrastní látky, pomocí které je možné odhalit i nekrózy pankreatu či postižené okolní tkáň orgánu, sestra před vyšetřením zajistí žilní vstup, aplikuje Dithiaden (antihistaminikum) intramuskulárně nebo dle zvyklosti kliniky, podává půl hodiny před vyšetřením Telebrix (rentgenové diagnostikum) naředěný do půl litru vody, nemocný před vyšetřením nepřijímá žádnou stravu

USG - břišní sonografie přispívá ke stanovení diagnózy, mnohdy bývá nepřínosná pro střevní flatulenci, která je pro biliární formu akutní pankreatitidy typická, zvláštní příprava není nutná, nemocný by při sonografickém vyšetření na trávicím traktu měl být lačný

ERCP - využívá se při diagnostice i léčbě biliární pankreatitidy, sestra u nemocného zajistí žilní vstup, provádí psychologickou přípravu, nemocný by měl být lačný, po vyšetření sestra monitoruje krevní tlak, pulz, odebírá krev na stanovení hladiny amylázy, lipázy v krvi, dvě hodiny po vyšetření nemocný nepije, poté pouze čaj, stravu v den vyšetření nepřijímá, jako prevence se mohou podávat antibiotika

NSB, RTG plic - jsou standardním vyšetřením u každého nemocného s náhlou příhodou břišní (dilatované kličky jejunu, kalcifikace), bez zvláštní přípravy (9, 11)

1. 6 Edematózní akutní pankreatitida

Akutní pankreatitida probíhá ve dvou formách. První je lehká s edematózním průběhem reagující dobře na konzervativní terapii, s rychlou úpravou stavu a poklesem hodnot

amylázy a lipázy v séru, povětšinou bez komplikací. Vyskytuje se u 80 % nemocných s touto diagnózou, prognóza je velmi dobrá, mortalita nepřesahuje 2 %. (5, 9)

Edematózní forma akutní pankreatitidy je léčena konzervativně za podpory farmakoterapie a dietoterapie. Dle stupně závažnosti akutní pankreatitidy jsou nemocní při příjmu indikováni na JIP nebo standardní lůžko. U každého je sestrou zajišťován žilní vstup, zavádí se nasogastrická sonda, permanentní katétr, měří se příjem a výdej tekutin, natáčí se EKG, monitorují se vitální funkce. Mezi standardní opatření u konzervativní terapie patří volumoterapie - nemocnému je aplikováno denně 5 - 15 litrů infúzních roztoků (krystaloidů, koloidů, krevních derivátů), sleduje se bilance tekutin, měří se hodnoty centrálního žilního tlaku; masivní volumoterapie upravuje hypovolémii, která vzniká v důsledku přestupu tekutin z intravazálního a intracelulárního prostoru do intersticia a do tzv. třetího prostoru (lumen střeva, dutina břišní, pohrudniční dutina) (5, 26), zlepšuje mikrocirkulaci a zabraňuje rozvoji šokového stavu. Absolutní zákaz příjmu per os je pro nebezpečí aktivace pankreatických enzymů a následnou progresi onemocnění. Analgetická terapie se podává v pravidelných intervalech, nejčastěji Tramal, Dolsin, je přísný zákaz podávat opiáty morfinového typu z důvodu možného vyvolání spazmu Oddiho svěrače. Výživa je podávána parenterálně, při částečné stabilizaci zdravotního stavu je možno zavést intrajejunální sondu a podávat výživu sondou. Antiulcerózní léčba je profylaxí stresového vředu. (11)

Farmakoterapie

Mezi běžně ordinované skupiny farmak používajících se při diagnóze, patří analgetika, H₂ - blokátory a blokátory protonové pumpy, antikoagulancia. Analgetika se podávají k tlumení bolesti, mají vliv na subjektivní zlepšení onemocnění, aplikována mohou být anestetika (mesocain, procain) kontinuální infuzí, opiáty nemorfinového typu (Fortral, Temgesic, Tramal), u některých nemocných se zavádí epidurální analgesie (19, 22), po podání analgetika sestra monitoruje účinnost podaných léků, vše zaznamenává do analgetického listu v dokumentaci, u nemocných s epidurální analgesií sleduje místo vpichu, sterilně ho ošetřuje každý den, monitoruje a zapisuje hodnoty krevního tlaku z důvodu možnosti vzniku hypotenze. H₂ - blokátory a blokátory protonové pumpy se používají jako prevence vzniku stresového vředu, vliv na pankreatickou sekreci nemají.

(7) Antikoagulantia jsou prevencí hemokoagulačních poruch. (7) Další farmakoterapie je ordinována dle aktuálního stavu nemocného.

Dietetoterapie

V prvních dnech u akutního zánětu slinivky břišní je přísný zákaz přijímání per os z důvodu zabránění aktivace pankreatických enzymů a tím ke vzniku progresivního onemocnění. Výživa je zajišťována parenterální formou. V době, kdy dojde k odeznění akutní bolesti a ke stabilizaci střevní pasáže, je možno nemocného pozvolna zatěžovat stravou, která je dietně upravena s ohledem na onemocnění. Nemocný je převeden na přísnou pankreatickou dietu. Pokud nedochází k žádným komplikacím a nemocný stravu toleruje, je možno přejít na pankreatickou dietu volnou, po odstupu několika týdnů bez obtíží lze přejít na běžnou racionální stravu. (14)

Při propouštění sestra nemocného edukuje o zásadách dodržování dietního režimu. Doporučuje způsob přípravy pokrmů, vhodné potraviny, upozorňuje na zcela nevhodné a zakázané potraviny a nápoje. Klientovi předává příklad jídelního lístku sestaveného nutriční sestrou, informuje o možnosti zakoupení knihy dietního režimu po akutní pankreatitidě s ukázkami receptů.

Pohybový režim

U nemocných s lehčí formou akutní pankreatitidy je prováděna rehabilitace aktivní, nemocní jsou edukováni o nutnosti a správnosti vykonávaných cvičebních úkonů.

1. 7 Nekrotizující akutní pankreatitida

Těžká nekrotizující pankreatitida probíhá asi u 20 % nemocných, kdy konzervativní terapie je nedostačující a musí někdy být zahájena chirurgická léčba. Léčba je dlouhodobá, mnohdy i několik měsíců, onemocnění je provázeno místními a celkovými komplikacemi zvyšujícími mortalitu. I přes veškerou dostupnou léčbu a prostředky končí tato forma pro 10 – 30 % nemocných fatálně. (15)

Nemocný je vždy lékařem indikován k příjmu na JIP či ARO, kde je zajištěna adekvátní péče k jeho zdravotnímu stavu. Sesterská péče je zaměřena na zajištění potřeb nemocného v oblastech zdraví, výživa, vylučování, odpočinek, vnímání, vnímání sebe sama, vztahy, zvládnutí zátěže, bezpečnost, komfort.

Stupeň závažnosti průběhu se určuje pomocí různých skórovacích schémat. Mezi používané patří Glasgow skóre, v klinice často užívaná hladina CRP, Ransonovo schéma, APACHE II. Ransonovo schéma se provádí při příjmu nemocného a za dalších 48 hodin od počátku hospitalizace. Skóre APACHE II umožní hodnotit průběh akutní pankreatitidy kdykoliv během ataky. (9)

Tabulka číslo 1. Ransonovo schéma (9, 11)

Při přijetí	Během 48 hodin
věk nad 55 let	pokles hematokritu o 10%
leukocytóza nad 16 000/mm ³	vzestup koncentrace urey o 1,7 mmol/l
hyperglykémie nad 11,1 mmol/l	koncentrace Ca ² nižší než 2,0 mmol/l
LDH nad 5,5 µkat/l	PaO ₂ pod 8 kPa
AST nad 4,2 µkat/l	deficit bází nad 4 mmol/l
	sekvestrace tekutin větší než 6 litrů

APACHE II

údaje akutní fyziologie - teplota, puls, TK, počet dechů, arteriální pH, PaO₂, Ht, leukocyty, sérové natrium, kalium, kreatinin, HCO₃, a dále ohodnocení věku a chronických zdravotních problémů (9)

Tabulka číslo 2. Komplikace akutní pankreatitidy (11)

Lokální	Systémové
nekróza	selhání respirační
krvácení	selhání renální
absces	šok
paralytický ileus	seps
pseudocysty	encefalopatie
ascites	hyperglykémie
pleurální iritace	hypokalcemie
ikterus	metabolická acidóza

Základní terapeutické postupy jsou identické jako u edematózní pankreatitidy. Při farmakoterapii jsou přidávána antibiotika - aplikují se při nekróze slinivky, s dobrým průnikem do nekróz. Nejčastějšími patogeny bývají gram-tyče a kandidové infekce, které jsou přivedeny krevní nebo lymfatickou cestou ze střeva, (21, 23, 26) antibiotika se podávají širokospektré např. chinolony (Ofloxin, Ciprinol) a karbapenemy (Imipenem, Meronem) v kombinaci s antibiotiky s anaerobním účinkem (Avrazor). (7, 9, 11, 27) Sestra antibiotickou terapii podává intravenózně, v pravidelných intervalech, které jsou stanoveny lékařem. Při jejich aplikaci sleduje jejich léčebné, případně vedlejší účinky, o kterých ihned informuje lékaře. Další farmakoterapie je ordinována dle aktuálního stavu nemocného.

Dietoterapie

U pacientů s těžkou akutní pankreatitidou je zavedena totální parenterální výživa, kdy do centrálního katétru jsou podávány roztoky formou vaků all-in-one, které obsahují cukry, tuky, aminokyseliny, vitamíny, minerály, stopové prvky a vodu. Energetické potřeby mají být kryty z 50 % glukózou, 30 % tuky a z 20 % aminokyselinami. Tuky nepodáváme v případě hyperlipoproteinémie, je nutná pravidelná monitorace triglyceridů. (28) Péče o centrální katétr je prováděna za přísně aseptických podmínek, místo vpichu se ošetřuje sterilní technikou. Sestra jednou za tři dny provádí převaz pomocí sterilních rukavic a sterilního převazového materiálu. Ke krytí jsou nejvhodnější transparentní semipermeabilní materiály pro každodenní vizuální kontrolu místa vpichu. Infúzní soupravy se mění každý den, antimikrobiální filtr se instaluje na dětský set, co nejbližší k invazivnímu vstupu. Filtry se mění jedenkrát týdně. Při porušení aseptického ošetřování centrálního katétru zvyšujeme riziko nozokomiální bakteriální katéetrové sepse.

Pokud nemá pacient porušenou střevní peristaltiku, je možné zavést nasojejunální sondu za Trietzovu řasu do první kličky jejunu (19) (nedochází k aktivaci tvorby pankreatických šťáv) (5) a podávat enterální výživu, která pozitivně působí na střevní funkce (motilita a střevní bariéra). Začínáme oligomerní izokalorickou výživou, nestimulující sekreci pankreatu z důvodu naštěpené bílkoviny, teprve při poklesu hodnot CRP k 60 mg/l začínáme s podáváním polymerních přípravků. (7) Nasojejunální sonda se zavádí na tři fáze, mezi kterými jsou minimálně hodinové odstupy. Při podávání enterální výživy je nutné dbát na kontinuální aplikaci přípravků z důvodu

zamezení neprůchodnosti sondy. Je důležité zaznamenat datum jejího zavedení jako prevenci vzniku dekubitu v horní části trávicího traktu. Při dlouhodobém používání tohoto druhu výživy je nutná výměna sondy jedenkrát za osm až deset dnů.

Chirurgická léčba

Pro vysokou mortalitu se k chirurgickému řešení akutní pankreatitidy přistupuje pouze u nemocných s progredujícím stavem nereagujícím na konzervativní terapii. Pro časté komplikace, mnohdy vedoucí až k multiorgánovému selhání, se názory na její zahájení značně liší, jednoznačnou indikací k intervenci je průkaz infikované nekrózy.

Mezi chirurgické techniky při revizi slinivky břišní patří konvenční drenáž - při laparotomickém přístupu se provádí nekrektomie pankreatu, provádí se důkladné laváže a drenáž nekrotických ložisek, operační výkon je ukončován suturou rány, k ložiskům nekrotických ložisek jsou zaváděny drény pro následující laváže, provádí se pouze u malých nekrotických ložisek, kde je malá pravděpodobnost pro další výkon a případnou relaparotomie dle stavu. Při otevřené drenáži se provádí laparotomie, excize nekrotických ložisek, důkladná laváž retroperitonea, dutina břišní se nesuturuje, pouze se dočasně uzavírá např. pomocí Ethizipu, který umožňuje jednoduchý přístup k pankreatu při opakovaných nekrektomiích a lavážích dutiny břišní po 24 až 48 hodinách. Lavážní (zavřené) techniky - laparotomií se provádí odstranění nekrotických ložisek, zavedení drénů a sutura rány, v pooperačním období se provádí kontinuální laváže retroperitonea, peritonea a Douglasova prostoru, k lavážím se používá fyziologický roztok v množství 6 - 12 litrů, někdy i více (9)

Lavážní pooperační výkony jsou prováděny zdravotními sestrami řídicími se ordinací lékaře. Sestry monitorují množství, barvu a obsah odváděného lavážního roztoku, informují lékaře. O invazivní vstupy a operační jizvy pečují sterilní technikou, převazy provádějí každý den. U rány uzavřené Ethizipem je nutná zvláštní péče, dochází ke zvýšené secernaci rány.

U většiny nemocných dochází po chirurgické léčbě ke vzniku rozsáhlého defektu na stěně břišní, který nelze uzavřít sekundární suturou. Mezi možnostmi uzavření rány patří plastický výkon pomocí xenotransplantátu či metoda hojení ran vlhkou technikou.

Pohybový režim

Nedílnou součástí terapie u chirurgicky nemocných je i rehabilitační péče, která je přizpůsobována zdravotnímu stavu a fyzické kondici nemocného. Rehabilitační péče je

prováděna 2x denně specializovanými fyzioterapeuty, kteří dochází na oddělení 1x v dopoledních hodinách a 1x v odpoledních hodinách. Každému nemocnému, který potřebuje jejich péči, se věnují 10 - 30 minut dle zdravotního stavu. V jejich nepřítomnosti rehabilitaci zajišťuje ošetřující sestra, která nemocného instruuje a edukuje o nutnosti a správnosti vykonávání rehabilitačních výkonů.

U těžkého průběhu akutní pankreatitidy je mnohdy prováděna rehabilitace pouze pasivní, neboť nemocný není vždy při plném vědomí a není schopný reagovat na pokyny rehabilitačních pracovníků. U těchto nemocných je rehabilitační péče obzvláště důležitá, abychom předcházeli různým komplikacím, které mohou tímto závažným stavem být způsobeny. U kriticky nemocných je rehabilitační péče zaměřena především na prevence plicních komplikací – sestra provádí s pacientem dechovou rehabilitaci s pomůckami (nafukování rukavice, balonku až desetkrát za hodinu), poklepové masáže, zvlhčuje vzduch pomocí elektrických zvlhčovačů či položeného vlhkého ložního prádla na topení, aplikuje dle lékaře inhalace s léčebným roztokem. Pro prevenci tromboembolických komplikací se nemocným masírují lýtka a stehna, provádí se aktivní či pasivní pohyb s dolními končetinami, navlékají se antitrombotické punčochy. Na pohybovém aparátu se zaměřujeme na udržení pohyblivosti v kloubech, předcházení svalové ztuhlosti, předcházení vzniku kontraktur a svalové atrofii. Rehabilitaci kloubů a svalů provádí fyzioterapeut či sestra, od malých až po velké. Pro udržení či obnovení svalové výkonnosti se při pasivním cvičení svalové skupiny zatěžují jednotlivě, aktivní zátěž je prováděna do prvního pocitu únavy. (4) U edukovaných nemocných si sestra ověřuje a kontroluje správnost vykonávání rehabilitačních výkonů, pro zvýšenou péči v pohybovém režimu lze edukovat i příbuzné pacientů.

Psychoterapie

Pro úspěšnou a nekomplikovaně probíhající terapii u akutní pankreatitidy je důležitou složkou i dobrý psychický stav nemocného. Onemocnění je velmi závažné a mnohdy jeho léčba a doba hospitalizace trvá měsíce. Nemocní, kteří jsou častokrát i v kritickém stavu, potřebují obzvláště precizní a profesionální přístup sester, které jsou s nemocným v těsném kontaktu. U takovýchto pacientů sestra musí být empatická, trpělivá, korektní a snažit se získat svým vystupováním jejich důvěru.

Nemocní bývají převážně hospitalizováni na jednotce intenzivní péče, kde jsou návštěvní hodiny omezeny i pro nejbližší příbuzné. Z psychologického hlediska je s přihlédnutím na celkový zdravotní stav nemocného snaha návštěvy umožňovat. Pro pacienta je to velká psychická podpora, která mu dodává sílu a trpělivost k boji s tímto zákeřným onemocněním.

Jakákoliv porucha zdraví, působící nepříznivě na psychiku pacienta ho omezuje v jeho každodenních zvyklostech, v zaměstnání, mnohdy narušuje i partnerské vztahy. Změna zdravotního stavu vyžaduje adaptaci na současnou situaci pacienta. Způsob vyrovnání se s nemocí je závislý na osobnosti člověka před zjištěním diagnózy. (2)

Při poruše vnímání a adaptability na onemocnění je vhodné kontaktovat psychologa či psychiatra.

1. 8 Prognóza

Těžký akutní zánět slinivky břišní je onemocnění, které je spojeno s poměrně vysokou mortalitou - až 30 %. Průběh je ovlivněn rozsahem pankreatické nekrózy, přítomností infekce, kardiopulmonálních komplikací, věkem, celkovým zdravotním a psychickým stavem nemocného. (9, 11) Precizností prováděných sesterských výkonů a správně zvoleným psychologickým přístupem a jednáním s ošetřovaným je možné snížit vysoké procento mortality.

Včasné zahájení intenzivní léčby a spolupráce pacienta a rodiny s celým ošetřujícím týmem ovlivňuje průběh, dobu hospitalizace a úspěšnost léčby.

2 Hojení ran

2.1 Rána obecně

Rána (vulnus) je porušení kožní integrity, sliznice nebo orgánů působením vnějších i vnitřních faktorů. Hojení ran je fyziologický proces, při kterém dochází k obnově porušené struktury a funkce kůže, tkáň se hojí jizvou.

U každé rány v dokumentaci popisujeme její lokalizaci, tvar, hloubku, velikost, spodinu, okraje rány, infekci, stáří, cizí tělesa, maceraci kůže v okolí, teplotu a hypoxii rány, poruchu hemodynamiky.

Rány dělíme dle způsobu hojení - primární hojení ran (per primam intentionem), sekundární hojení ran (per sekundam intentionem). (1, 30)

2.2 Fáze hojení ran

Hojení ran probíhá ve třech fázích, plynule na sebe navazujících, vzájemně se prolínajících a nelze je od sebe oddělovat.

I. fáze exsudativní - tzv. „čistící fáze“

Exsudativní fáze začíná v okamžiku, kdy dojde k poranění tkáně, obvykle trvá tři dny. Nejprve dochází k vazokonstrikci vlivem poškozených buněk uvolňujících vazoaktivní substanci, následuje vytvoření trombocytární zátky pomocí agregace trombocytů na vnějším i vnitřním povrchu stěny cévy, koagulační kaskáda produkuje fibrin. Aktivací tvorby fibrinové sítě z fibrinogenu se vytváří trombus, chránící ránu před bakteriální infekcí a ztrátou tekutin. Za 2 - 4 hodiny po poranění leukocyty zahajují fagocytózu, produkují zánětlivé mediátory, cytokiny (TNF- α , interleukiny), fagocytující bakterie, buněčný detrit a cizorodý materiál. Na fagocytóze se také podílejí monocyty, přeměněné na makrofágy za 24 hodin po poranění. Bolest v ráně je způsobena kyselým prostředím z důvodu anaerobní glykolýzy, způsobující klesání pH v ráně a okolí, vzestupem pCO₂ a laktátu způsobujících dráždění obnažených nervových zakončení.

II. fáze proliferační - tzv. „granulační fáze“

Cílem této fáze je vyplnění defektu granulační tkání a vytvoření nové sítě cév, bez kterých nedojde k zahojení defektu.

Angiogeneze vychází z intaktních cév na okraji rány pomocí buněk epitelové (endotelové) vrstvy. Současně s tvorbou nových cév dochází ke vzniku granulační tkáně podporovaného fibroblasty, které produkují kolagen přeměňující se v kolagenní vlákna a proteoglykany, tvořící gelovitou základní substanci extracelulárního prostoru.

III. fáze diferenciační - tzv. „epitelizační fáze“

V závěrečné fázi hojení dochází ke kontrakci a epitelizaci defektu, jehož kožní kryt nemá vždy plnou fyziologickou funkci. Může být bez pigmentových buněk, žláz a dostatečného nervového zásobení, tkáň je tenká a chudá na cévní zásobení.

Na kontrakci rány se podílí fibroblasty granulační tkáně, přeměňující se částečně ve fibrocyty a myofibroblasty. Myofibroblasty se podobají buňkám hladkého svalstva, obsahujícím bílkovinu aktomyozin, která je schopna kontrakce.

Na epitelizaci se podílejí migrující buňky v bazální vrstvě epidermis posílením mitózy. Ke své migraci potřebují vlhkou skluznou plochu. Epitelizace neprobíhá rovnoměrně, záleží na stavu granulační tkáně. (8, 30)

Sestrou správně zvoleným převazovým materiálem lze urychlit a zvýšit komfort průběhu každé fáze hojení ran. Ve fázi exsudativní je nejvhodnější používání hydrogelových obvazů, alginátů, obvazů s aktivním uhlím, antiseptických obvazů. Jednotlivé pomůcky lze při aplikaci do rány kombinovat. V čistící fázi potřebujeme mít ránu vlhkou, ne mokrou, pozor na macerované okolí defektu, které je pro hojení nežádoucí.

Ve fázi granulační a epitelizační používáme hydrokoloidní a hydropolymerové obvazy podporující granulaci a epitelizaci, u plošných defektů lze pro epitelizaci použít i antiseptického obvazu – Inadinu. Ránu udržujeme stále ve vlhkém prostředí, okolí je vhodné ošetřovat např. ochrannou pastou Menalinda firmy Hartman.

Špatně zvolený převazový materiál prodlužuje fáze hojení, nemocnému způsobuje diskomfort, převazy bývají bolestivější, psychicky náročnější, mnohdy dochází k progresi rány.

2. 3 Faktory ovlivňující hojení ran

Faktory ovlivňující hojení ran lze rozdělit na pozitivní a negativní.

Pozitivně hojení ran ovlivňují bílkoviny - podporují imunitní systém, syntézu kolagenu a proteoglykanů, angiogenezi, remodelaci jizvy, zkracují zánětlivou fázi hojení, zvyšují schopnost fagocytózy (zvl. albumin, prealbumin, transferin), aminokyseliny - glutamin, arginin, tuky - nenasycené mastné kyseliny, sacharidy jako hlavní zdroj energie, jejich dostatek snižuje katabolismus a spotřebu proteinů, vitamín A podporuje imunitu, tvorbu kolagenu, epitelizaci, zvyšuje odolnost proti infekcím, důležitý pro syntézu glykoproteinů a proteoglykanů, vitamín C podporuje imunitu, hojení ve všech fázích, významný antioxidant, základní kofaktor pro syntézu kolagenu a proteoglykany, vitamín E má protizánětlivé a antioxidantní účinky, je důležitý při tvorbě jizev, vitamín K zabraňuje krvácení rány, zinek podporuje syntézu proteinů, proliferaci fibroblastů a epidermálních buněk, stimuluje růstové hormony, železo a měď podporují tvorbu kolagenové sítě, sodík, draslík, vápník a hořčík se podílejí na výstavbě tělesných tkání, jsou důležité pro růst a metabolismus. (1, 8)

Zdravotní sestra by měla edukovat nemocné nejenom o způsobu hojení ran, ale také o faktorech, které tyto postupy léčby zlepšují. Vhodným postupem pro doplňující léčbu ran je laboratorní biochemické vyšetření albuminu a celkové bílkoviny, upozorňující nás na stav výživy organismu. Dle potřeby a doporučení doplňujeme chybějící prvky vhodnými přísadkami ke stravě.

Faktory negativně ovlivňující hojení ran lze rozdělit na celkové a místní. Mezi celkové faktory patří věk pacienta, kdy fyziologické stárnutí zpomaluje hojení pro sníženou imunitu, je zpomalená reprodukce všech buněk, u věkově starších bývá nedostatečná výživa, polymorbidita. Porucha stavu nutriční patří u všech věkových skupin mezi časté komplikace při hojení, jmenovitě podvýživa až kachexie, obezita. Při poruše imunity je větší náchylnost k infekcím, proto je porušen i proces hojení. U přidružených onemocnění mají vliv převážně onemocnění nádorová, autoimunitní, infekční, DM, ICHDK, hematologické poruchy (anemie). Z podávaných léků působící negativně to jsou cytostatika, imunosupresiva, cytotoxické léky, antikoagulantia. Důležité jsou i psychosociální aspekty způsobené mnohdy dlouhodobou léčbou, nežádoucími návyky, dostupností a cenou krycích materiálů, způsobem života. Do místních faktorů negativně

ovlivňujících hojení ran patří lokalizace, rozsah, infekce a stáří rány, kvalita ošetřování, nedostatek klidu, kašel, zvracení, nekróza rány.(1, 8)

U nemocných s převažujícími negativními faktory je léčba komplikovaná. Naši péči lze ovlivnit mnoho, ale věk pacienta, poruchu imunity, přidružená onemocnění a farmakoterapii neovlivníme. Naše péče se zaměřuje na stav nutriční a psychosociální aspekty, kdy vhodně zvoleným postupem a psychologickým přístupem k nemocnému se snažíme ovlivnit jeho mnohdy negativní motivaci. Naší odměnou je spokojený nemocný se zcela zahojeným defektem.

2. 4 Rozdělení produktů pro hojení ran

Hydrogelové obvazy se používají k rehydrataci rány a fyziologickému odstranění nekrotické tkáně, podporují granulaci (NU-GEL, Flamigel, Intrasite). Při používání těchto produktů snižujeme či zcela vylučujeme nutnost chirurgické intervence u nekrotických ran. Algináty mají vysoké absorpční účinky a hemostatický účinek (Kaltostat, Sorbalgon). Jsou vhodné pro defekty hojně secernující a způsobující maceraci kůže okolí rány. Pro rány mající vzhled cavity jsou doporučovány algináty ve formě řasy, pro plošné defekty jsou distribuovány jako destičky. Obvazy s aktivním uhlím redukují také exudaci, mají výbornou protizápachovou schopnost, snižují počet bakteriálních látek v ráně (Actisorb plus, Atrauman AG). Mnoho nemocných, u kterých je Actisorb využíván pro jeho redukci zápachu si pochvalují tuto jeho komfortní vlastnost, neboť zapáchající defekt nemocné omezuje v jejich denních aktivitách ve společnosti. Hydrokoloidní obvazy podporují granulaci, epitelizaci (Comfeel, Granuflex). Hydropolymerové obvazy podporují granulaci, epitelizaci (TIELLE). Tyto produkty lze využívat pouze u zcela čistých defektů. Pro podporu granulace jsou využívány ve formě destiček či granulační pasty určené pro výplně hlubokých defektů. Po výplni následuje krytí pomocí granulační destičky. Antiseptické obvazy obsahují antiseptické látky, jsou nepřilnavé, používají se na rány infikované či infekcí ohrožené (Inadine, Bactigras, Silvercel). Nejčastěji využívaný Inadine obsahuje ve svém složení složku na bázi jódu, proto musíme u nemocných znát alergickou anamnézu, neboť v současné době se u nich zvyšuje výskyt alergie na jód. U těchto pacientů lze využít Bactigras. V nedávné době byl na trh uvedený Silvercel působící na Pseudomonádu

aeruginózu, kterou lze v ráně rozpoznat pouhým okem, neboť způsobuje typické žluto-zelené a modro-zelené zbarvení. Tento přípravek lze nahradit materiálem obsahujícím kyselinu boritou. Neadherentní obvazy jsou nepřilnavé, jejich využití je náhrada mastného tylu (N-A Ultra, Atrauman). Používá se v případech zabránění přilnutí obvazu k defektu, například u plastických výkonů dermoepidermálních štěpů. Filmové obvazy jsou transparentní, polopropustné, používají se jako krytí na čisté sutury, v kombinaci s hydrogely, jako profylaxe proti vzniku dekubitů (Bioclusive). Absorpční materiál se používá jako vrchní krytí (Surgipad). Jeho funkčnost absorpce je vyšší než u klasického sterilního krytí pomocí mulových čtverců. (materiály f. Hartman,Johnson,Coloplast,)

II Praktická část

3 Posouzení stavu pacienta

3.1 Identifikační údaje

jméno, příjmení I. S.
datum narození 20. ledna 1949
trvalé bydliště Praha
zaměstnavatel základní škola, pracuje jako uklízečka
stav vdaná

3.2 Z lékařské dokumentace

Lékařská anamnéza (rodinná anamnéza, osobní anamnéza, farmakologická anamnéza, alergická anamnéza, abusus, stav při přijetí / hlava, krk, hrudník, srdce, břicho, dolní končetiny)

Z rodinné anamnézy se dozvídáme, že otec zemřel na infarkt myokardu, matka na carcinom prsu. Při odebírání osobní anamnézy získáváme informace o hysterektomii (HYE) a bilaterální adnexotomii (AE) provedené v roce 1981 pravděpodobně pro tumor, je dispenzarizována v onkologické poradně. V roce 1998 byla laparoscopicky prováděna cholecystektomie (CHE) a od září 2001 je léčena pro hypertenzi. Astma bronchiale není v anamnéze zaznamenáno, zjištěno dodatečně. Diabetes mellitus a ischemickou chorobu srdeční při cíleném dotazu lékaře neudává. Z chronické medikace užívá Diacordin 60 (vazodilantans, antihypertenzivum, blokátor kalciového kanálu) a Defobin (psychofarmakum, anxiolytikum), jiná medikace není zmíněna. Z alergenů nic neudává. Dvacet let kouří denně dvacet cigaret, alkohol konzumuje příležitostně, jednou denně pije černou kávu.

Stav při přijetí – pacientka je při vědomí, orientovaná, spolupracuje, bez ikteru, bez cyanózy, afebrilní, přiměřené hydratace a výživy. Hlava je na poklep nebolestivá, uši a nos bez výtoku, inervace facialem je fyziologická. Oční zornice jsou izokorické, mají

bilaterální pozitivní reakci na světlo, bělmo je bez ikteru, oční bulby jsou volně pohyblivé, jazyk plazí středem. Krk je souměrný, karotidy tepou symetricky, poslechově bez šelestu, náplň krčních žil je nezvýšená, štítná žláza a lymfatické uzliny nehmatné. Na hrudníku jsou mammy souměrné bez rezistence, hrudník se rozvíjí symetricky, dýchání je čisté sklípkové bez šelestu, poklep plný jasný, akce srdeční pravidelná, 120 za minutu. Ozvy srdeční jsou dobře ohraničené, bez šelestu. Břicho je nad úrovní, dýchá v celém rozsahu, měkké, prohmatné, pouze citlivé, poklep bubínkový nebolestivý, peristaltika oslabená, bez známek peritoneálního dráždění. Játra a slezina jsou nehmatné, tapot bilaterální negativní. Při vyšetření per rektum je normotonus, indagace nebolestivá, Douglasův prostor nevyklenut, ampula prázdná. Dolní končetiny jsou bez otoků, bez známek tromboembolické nemoci a varixů, pulsace je hmatná do periferie.

Vyšetření

Při ambulantním vyšetření u pacientky s akutní bolestí břicha jsou prováděna základní screeningová vyšetření z krve – krevní obraz, koagulace, minerály, urea, kreatinin, jaterní testy, amyláza, lipáza, glykémie, CRP. Z rentgenových vyšetření jsou prováděna RTG srdce a plic s přiměřeným nálezem na nitrohručních orgánech. Nativní snímek břicha nás informuje o masivní pneumatóze tračnicku s distenzí a širokou hladinou v oblasti pravého tračnicku, pneumatóza částečně přechází i na terminální ileum. Po předoperačním interním vyšetření není kontraindikací proti operaci ani anestezii. EKG má sinusový rytmus s frekvencí 106 pulsů za minutu.

Závěr při příjmu

Ileus tenkého a tlustého střeva

Iritace pankreatu

Astma bronchiale

Hypertenzní nemoc

Stp. HYE a AE pro tumor

Stp. CHE

Fyzikální vyšetření sestrou

Při příchodu na oddělení má klientka zrychlený, pravidelný puls 120 za minutu (tachykardie), hodnota krevního tlaku je 160/90 (hypertenze). Dýchání je pravidelné, 18 dechů za minutu (eupnoe), tělesná teplota je fyziologická 36,6°C (afebrilní). Kůže je

růžová, bez poškození, fyziologické hydratace. Klientka má mírnou nadváhu, na 160cm výšky váží 65kg, BMI je 25,39. Její vzhled je čistý a upravený.

4 Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním hemoragicko-nekrotizující pankreatitida

4.1 Průběh hospitalizace

13. prosince 2001 v dopoledních hodinách přichází na chirurgickou ambulanci pacientka I.S., která si stěžuje na bolesti břicha v okolí pupku s propagací kaudálně. Z lékařské anamnézy se dozvídáme, že doma zvracela, má nauzeu a stolicí měla naposledy včera ráno. Plyny nyní neodchází, močí bez obtíží. Na kliniku je přijímána pro elevaci jaterních testů, amylázy, lipázy, leukocytózu nemá příliš významnou a dle nativního snímku břicha má klientka ileus tenkého a tlustého střeva. Na chirurgii je přijímána s lékařskou diagnózou ileus intestinum tenuis et crassi. Při příjezdu na oddělení je uložena na čtyřlůžkový pokoj, má ordinovaný klid na lůžku, zaujímá úlevovou polohu.

U hospitalizovaných nemocných s diagnózou ileus je vždy zajišťován žilní vstup pro aplikaci infúzních roztoků a venózních léků, zavádí se nasogastrická sonda, která volně odvádí žaludeční stagnační obsah. Močový permanentní katétr se zavádí pro přesný monitoring výdeje tekutin. V pravidelných intervalech dle ordinace lékaře se sledují vitální funkce – krevní tlak, pulsy, zaznamenává se také bilance příjmu a výdeje tekutin. Na břicho je přikládán Prissnitzův obklad. Klientka je připravována na operační sál pro případnou akutní revizi břicha. Natáčí se elektrokardiograf, laboratorní výsledky a rentgen srdce, plíce jsou zajištěny z ambulance. Na oddělení je dodatečně zajišťován odběr krve na krevní skupinu a Rh faktor, je volán internista. Pokud bude klientka lékařem zindikována k operačnímu výkonu, je třeba oholit operační pole, aplikovat premedikaci dle lékaře. Fraxiparine či Clexane se podává dle zvyklosti oddělení jako prevence tromboembolické nemoci s bandážemi dolních končetin. Nesmíme zapomenout na zkontrolování a případné vyjmutí zubní protézy, sundání všech šperků a u ženy, zda nemá nalakované nehty. Nedílnou součástí přípravy je také psychologická podpora klientky.

Během odpoledne dochází k progresi zdravotního stavu se známkami difúzního peritoneálního dráždění, ke křečovitém bolestem břicha intermitentně s maximem kolem pupku a v pravém mesogastriu, laboratorní výsledky taktéž progredují. Klientka je indikována k akutní revizi břicha. Při laparotomii je stanovena diagnosa *pankreatitis haemorrhagico-necrotisans*. Po stanovení takto závažné diagnózy anesteziolog pacientce zavádí centrální žilní katétr pro indikovanou totální parenterální výživu a monitoring CVT. Po operačním výkonu klientka zůstává na umělé plicní ventilaci, je umístěna na jednotku intenzivní péče pro riziko kardio-pulmonální dekompenzace. Během pobytu na oddělení JIPu je součástí ošetrovatelské péče monitorace vitálních funkcí v hodinových intervalech - krevní tlak, pulzy, transkutánně saturace O₂ v kapilární krvi, dechová frekvence, CVT. V průběhu dne jsou také sledovány laboratorní hodnoty vnitřního prostředí, měří se tělesná teplota, provádí se bilance příjmu a výdeje tekutin, sleduje se množství a charakter odpadů z drénů. Primární sestra ošetřuje sterilními postupy invazivní vstupy, operační ránu. Sleduje okolí vstupů, monitoruje dobu zavedení močového permanentního a centrálního katétru. U zaintubované klientky je součástí ošetrovatelské péče také hygiena o dýchací cesty a oči. Jako analgetická terapie je lékařem ordinovaná Sufenta. Aplikuje se kontinuálně, intravenózně do centrálního katétru pomocí injektomatu. Fyzioterapeut s primární sestrou zahajuje pasivní rehabilitační péči jako prevenci vzniku tromboembolické nemoci. Jako součástí prevence jsou u klientky v takto závažném stavu používány elastické punčochy, elastické bandáže jsou nevhodné pro svoji nestabilitu. Po extubaci je prováděna také dechová rehabilitace k zamezení vzniku nežádoucích plicních komplikací. Potřeby klientky jsou primární sestrou s ošetrovatelským týmem zajišťovány ve všech oblastech. Opakovaně jsou indikovány laváže dutiny břišní, kdy přístup do operačního pole je usnadněn instalovaným Ethizipem. Pro opakované revize a nekrektomie způsobené základním onemocněním za septického stavu při bilaterální pneumonii pro progredující kardiální a respirační insuficienci je 1.ledna překládána na anesteziologicko-resuscitační oddělení.

Na anesteziologicko-resuscitačním oddělení se nadále provádějí revize dutiny břišní, laváže, klientce je indikována tracheotomie. 23. ledna je na operačním sále realizována na stěně břišní musculokutánní plastika s xenotransplantátem, dochází ovšem k nekrotizaci kožního krytu pro *Pseudomonadu aeruginosu* a *Klebsiellu pneumoniae*

v ráně dle kultivačního stěru. Defekt granuluje, ale neepitelizuje. 12.února je překládána zpět na chirurgickou kliniku s obrovským defektem na břišní stěně po ethizipu.

Po překladu z anesteziologicko-resuscitačního oddělení je klientka umístěna na pět dní na jednotku intenzivní péče pro riziko vzniku kardio-pulmonální dekompenzace. Poté je přeložena na pooperační oddělení, kde do konce pobytu na chirurgické klinice jí zbývá třicetčtyři dnů. Den před propuštěním dochází k prvnímu kontaktu s klientkou. Při příchodu na oddělení jsem uviděla rozsáhlý defekt cca 30x40cm, který byl infikován již zmíněnou pseudomonadou. Ránu jsem důkladně vyčistila fyziologickým roztokem a překryla čtverci Inadinu, jako vrchní krytí jsem použila čtverce Melolin s absorpčním jádrem. Po provedené edukaci o dietním režimu a zvolené metodě převazů rány mohla být pacientka propuštěna do domácí a ambulantní péče. Byly jsme domluveny na první ambulantní ošetření.

4. 2 Posouzení stavu potřeb klientky dle Marjory Gordon, NANDA II

Sesterská anamnéza potřeb klientky dle Marjory Gordon, NANDA II byla u klientky odebírána z části před propuštěním, v průběhu prvního převazu na oddělení a edukace. Zbylá část byla odebírána po prvním ambulantním ošetření a dvoudenním pobytu v domácím prostředí.

Plán ošetrovatelské péče je tvořen pomocí koncepčního modelu Marjory Gordon „Model fungujícího zdraví“, skládající se ze třinácti domén. V současné době patří k nejlépe vystihujícím potřeby nemocných v oblastech bio-psycho-sociálních. Model ošetrovatelského procesu, ve kterém lze identifikovat zdravotní stav nemocného člověka je hodnocen v pěti fázích. Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu na sebe plynule navazují. Primární sestra při odebírání sesterské anamnézy provádí: posouzení klienta, stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování, realizaci a vyhodnocení v oblastech: podpora zdraví, výživa, vylučování a výměna, aktivita – odpočinek, vnímání – poznávání, vnímání – sebe sama, vztahy, sexualita, zvládání zátěže – odolnost vůči stresu, životní princip, bezpečnost – ochrana, komfort, růst – vývoj. Na základě získaných informací poté stanovuje diagnózy aktuální či potencionální.

Autorka koncepčního modelu Marjory Gordon je v současné době profesorkou ošetrovatelství a koordinátorkou v oblasti „Ošetrovatelské péče o dospělé“ na Boston College, Chestnut Hill, Massachusetts, v USA. Je prezidentkou The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (24)

NANDA taxonomie II vznikla propracováním Funkčního modelu zdraví od Gordonové připojením nově vytvořených domén, k nimž patří bezpečí a ochrana, tělesný a duševní komfort, růst a vývoj. Současně došlo k vytvoření nových či úpravě některých aktuálních i potencionálních sesterských ošetrovatelských diagnóz. V nynější době při vývoji ošetrovatelství se připravuje již NANDA III.

Zhodnocení potřeb klientky:

Podpora zdraví

Svůj zdravotní stav vnímá v současné době jako narušený. Před začátkem onemocnění ráda chodila pravidelně na dlouhé procházky a nyní je v chůzi déletrvajícím upoutáním

na lůžku velmi omezena. Z onemocnění měla za poslední rok diagnostikovanou hypertenzi, která jí ale nezpůsobovala jakékoliv omezení. Lékařská doporučení většinou dodržuje, výjimkou je kouření při astmatu. Při objevení příznaků současného onemocnění vyhledala na doporučení manžela lékařskou pomoc.

Výživa

Za dobu hospitalizace zhubla asi o 15 kilogramů, trpí nechutenstvím z důvodu stále trvající kašovité stravy v nemocnici, BMI je 19,53 – příloha. Z pobytu v domácím prostředí při normální formě stravy si stěžuje na ztížené polykání, stravu musí dlouho kousat a hodně zapíjet. Při propouštění z nemocnice byla o tomto možném problému lékařem informována, zná důvod - tracheostomie během hospitalizace. Jí pravidelně 3 – 4x denně, mezi jídlem si dává malou svačinu, třeba ovoce. Před onemocněním doma dodržovala žlučnickovou dietu z důvodu dříve provedené cholecystectomie, proto jí nyní nedělá problém dodržovat dietu pankreatickou. Problémem pro ni je, že každé jídlo jí musí být připraveno a přineseno. Přestože denně vypije více jak dva litry tekutin denně, má pocit sucha v ústech. Nyní si stěžuje na zhoršenou kvalitu nehtů a ve zvýšené míře na vypadávání vlasů.

Vylučování a výměna

Problémy s močením nemá, přestože měla dlouhodobě zavedený močový permanentní katétr. Stolici má nyní po hospitalizaci nepravidelnou, maximálně 2x týdně, musí užívat podpůrné preparáty na vyprázdnění – Laktulózu. Problémem pro ni je závislost na druhé osobě při nutnosti použití toalety, potřebuje doprovod. Dýchá spontánně, bez problému, na krku má jizvu po tracheostomii, navštěvuje odborného lékaře ORL.

Aktivita – odpočinek

Nyní má problémy se spánkem – problémy s usínáním, během noci se budí, cítí se nevyspalá, a proto spí přes den. Užívá léky na spaní – Stilnox. Mezi faktory, které narušují její spánek, řadí bolest a ránu na břicho. V současné době pro chůzi používá francouzské hole, cítí nejistotu v chůzi, nedostatek síly v nohách. V tělesné aktivitě jí brání její plicní onemocnění, proto aktivně nesportuje. Potřebuje pomoc s celkovou hygienou, oblékáním, pohybem, velmi jí vadí závislost na druhé osobě. Barthelův test základních všedních činností – 70 bodů, příloha. Test instrumentálních všedních činností – 20 bodů, příloha.

Vnímání – poznávání

Klientka používá brýle na blízko i dálku, ale překáží jí. Slyší dobře, je při vědomí. Pokud se potřebuje soustředit, musí mít klid, rádio, televize a jiné rušivé faktory jí vadí. Při poskytování důležitých informací potřebuje vše zopakovat a pokud je přítomna druhá osoba jako doprovod, uvítá podání informací i doprovodu. Občas potřebuje připomenout a podat léky, které má brát na doporučení lékaře. Opakované anestezie, dlouhodobá hospitalizace a minimální kontakty s lidmi způsobují občasnou poruchu v orientaci v datech a dnech. V noci mívá někdy pocit, že je stále v nemocnici, Mini mental test – 28 bodů, příloha. Z důvodu tracheostomie cítí svou verbální komunikaci jako narušenou, je spíše proto uzavřená. Občasné krátkodobé návštěvy pro své dřívější časté kontakty ale uvítá.

Vnímání – sebe sama

Věří, že vše dobře dopadne, ale sobě si důvěřuje méně. Má strach z další operace, pobytu v nemocnici, je smutná, říká si „proč to muselo potkat mě“. Úzkostí trpí z chůze a celkové hygieny, z důvodu závislosti na druhé osobě, velmi ji psychicky podporuje rodina. Když je nervózní, tak nadává a brečí. Se svým vzhledem spokojená není pro velký úbytek na váze a velikost rány na stěně břišní.

Vztahy

Rodina se o její zdravotní stav zajímá, bydlí s manželem, syn má již vlastní rodinu a bydlí jinde. Je zaměstnaná, nyní je v pracovní neschopnosti. Před onemocněním byla přátelská a často se stýkala s kamarády. V současné době je v domácím prostředí, kamarádi ji chodí občas navštěvovat. Se svým nynějším zaměstnáním, jako uklízečka na základní škole, je spokojena méně. Dříve pracovala jako servírka, práce ji bavila.

Sexualita

Po gynekologické operaci ve 32 letech má obtíže a narušené sexuální vztahy pro velmi bolestivý pohlavní styk, s manželem sexuálně již nežije, vyrovnala se s tím a nevidí v tom problém. Má jednoho syna, byla jednou těhotná.

Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

V nynější době často prožívá napětí z důvodu nemoci, možné opětovné hospitalizace z důvodu opakované mesh plastiky defektu na břišní stěně. Snižuje ho relaxací pomocí poslechu rádia, sledování televize, občas i čte. Velkou pomocí je pro ni možnost mluvit o svých pocitech s rodinou. Manžel a syn s celou rodinou ji psychicky velmi podporují,

velkou pomocí jsou pro ni její dvě vnučky. Pokud je doma ale sama, vyrovnává se se vzniklou situací hůře.

Životní princip

Je věřící, evangelík. Je to pro ni občasná potřeba. Největší důraz v hodnotách člověka dává zdraví, rodině, práci a víře. Nejmenší hodnotu dává penězům, cestování a zálibám.

Bezpečnost – ochrana

Na stěně břišní má rozsáhlý defekt po ethizipu, kožní integrita je porušená. Při opakovaných intubacích došlo k poškození předních zubů. Z důvodu celkové slabosti a nejistotě v chůzi hrozí u klientky riziko pádu – 4body, příloha.

Komfort

Stěžuje si na akutní bolest, kdy na škále stupnici bolesti jí přiřazuje číslo 8, příloha. Užívá analgetika Tramal 100, 2x denně, bolest více vnímá v noci.

Růst – vývoj

V nynější době má pocit celkového neprospívání, za dobu hospitalizace hodně zhubla. Informace zpracovává obtížněji a pomaleji v důsledku dlouhodobého pobytu v nemocnici a opakovaných anestezií. Pro nestabilní postoj, nejistou rovnováhu a chůzi pociťuje deficit sebeděče v oblastech hygieny, sama není schopna celkové koupele, při osobní hygieně potřebuje doprovod do koupelny. V oblékání potřebuje pomoc s obléčením kalhot a ponožek, není schopna se předklonit. Při vyprazdňování potřebuje na toaletu doprovodit, je závislá na pomoci druhé osoby.

5 Ošetrovatelská péče

5. 1 Seznam ošetrovatelských diagnóz (výčet, seřazeno dle priority)

Deficit sebedpěče při vyprazdňování 00110

Deficit sebedpěče při koupání a hygieně 00108

Deficit sebedpěče při oblékání a úpravě zevnějšku 00109

Zhoršená pohyblivost 00085

Porušený tělesný obraz 00118

Porušená kožní integrita 00046

Akutní bolest 00132

Zácpa 00011

Strach 00148

Sociální izolace 00053

Zhoršená verbální komunikace 00051

Porušený spánek 00095

Nedostatečná výživa 00002

Poškozená dentice 00048

Anticipační smutek 00136

Riziko infekce 00004

5. 2 Plán ošetrovatelské péče

Deficit sebedpěče při vyprazdňování z důvodu dlouhodobé imobilizace projevující se závislostí na druhé osobě při chůzi /00110/

Cíl:

klientka je schopna samostatného vyprazdňování do 1 měsíce

Výsledná kritéria:

klientka zná příčinu deficitu sebedpěče při vyprazdňování do 10 minut

klientka zná pomůcky pomáhající k získávání soběstačnosti při vyprazdňování do 1 dne
klientka umí používat pomůcky pomáhající k soběstačnosti při vyprazdňování do 1 týdne

klientka je schopna si sama dojít na toaletu do 1 měsíce

Intervence:

seznam klientku s příčinami deficitu do 10 minut

zjistí stupeň závislosti na druhé osobě do 1 hodiny

zjistí faktory mající vliv na sebepéči do 1 hodiny

zjistí pocity klientky související s její závislostí do 1 hodiny

zajisti pomůcky usnadňující sebepéči do 6 hodin

doporuč používání nástavce na toaletu pro snadnější zvedání se do 6 hodin

doporuč nainstalování držáků na toaletě pro snadnější zvedání se do 6 hodin

doporuč pravidelné vyprazdňování do 6 hodin

doporuč fyzioterapeuta pro nácvik chůze do 6 hodin

upozorní na možnost rehabilitačního centra do 6 hodin

Hodnocení:

U klientky byla zjištěna míra a faktory mající vliv na její závislost, byly zajištěny pomůcky na toaletu dle doporučení. Fyzioterapeuta i rehabilitační zařízení odmítla, spoléhá se na svou rodinu. Během prvního týdne domácího ošetřování začala používat pomůcky usnadňující vyprazdňování, velmi si je pochvaluje. Přestože klientka využívá pomůcek na toaletě, její závislost na druhé osobě přetrvává, neboť není schopna samostatné chůze bez doprovodu. Cíl splněn nebyl, diagnóza pokračuje.

Deficit sebepéče při koupání a hygieně z důvodu dlouhodobé imobilizace projevující se závislostí na druhé osobě při chůzi, pomoci při koupání ve vaně /00108/

Cíl:

klientka sama zvládne osobní hygienu a koupání do 3 měsíců

Výsledná kritéria:

klientka zná příčiny deficitu sebepéče při koupání a hygieně do 10 minut

klientka zná pomůcky pomáhající k bezpečné hygieně a pro celkové koupání do 1 dne

klientka používá pomůcky pro bezpečnou hygienu a celkovou koupel s pomocí druhé osoby do 1 týdne

klientka je schopna sama dojít do koupelny do 1 měsíce

Intervence:

seznam klientku s příčinami deficitu sebezpečí při koupání a celkové hygieny do 10 minut

zjistí stupeň závislosti na druhé osobě do 1 hodiny

zjistí faktory mající vliv na sebezpečí do 1 hodiny

zjistí pocity klientky související s její závislostí do 1 hodiny

zajistí pomůcky usnadňující sebezpečí do 6 hodin

doporuč používání židle před umyvadlem do 6 hodin

doporuč používání pomocného schodu před vanou do 6 hodin

doporuč používání nástavce do vany do 6 hodin

doporuč nainstalování pomocných držáků pro snadnější zvedání se do 6 hodin

doporuč používání protiskluzové podložky do vany do 6 hodin

doporuč fyzioterapeuta pro nácvik chůze do 6 hodin

upozorní na možnost rehabilitačního centra do 6 hodin

doporuč případné stavební úpravy koupelny do 3 měsíců

Hodnocení:

U klientky byla zjištěna míra a faktory mající vliv na její závislost, byly zajištěny pomůcky usnadňující sebezpečí při hygieně a celkové koupeli. Klientka používá pomůcky pro bezpečnou hygienu s pomocí druhé osoby do jednoho týdne po propuštění, velmi si je pochvaluje, zvláště stupínek před vanou. Fyzioterapeuta i rehabilitační zařízení odmítla, spoléhá se na svou rodinu. Doporučené případné stavební úpravy nejsou realizovány z finančních důvodů. Osobní hygienu samostatně bez pomoci druhé osoby zvládá až po dvou měsících, věří si již v chůzi po bytě. Při celkové koupeli potřebuje i po třech měsících nadále asistenci druhé osoby, má stále problémy s vlézáním a vylézáním z vany. Cíl byl splněn proto částečně, diagnóza pokračuje dále.

Deficit sebezpečí při oblékání a úpravě zevnějšku z důvodu dlouhodobé imobilizace a defektu na stěně břišní projevující se závislostí na druhé osobě při chůzi, nemožností se ohýbání pro defekt /00109/

Cíl:

klientka sama zvládá oblékání a úpravu zevnějšku do 3 měsíců

Výsledná kritéria:

klientka zná příčiny deficitu sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku do 10 minut

klientka je seznámena s pomůckami pomáhajícími k získání soběstačnosti v oblékání a úpravě zevnějšku do 1 dne

klientka umí používat pomůcky k oblékání do 1 týdne

klientka si obléká a obouvá vhodné oblečení pro její zdravotní stav do 2 týdnů

klientka je schopna si sama připravit a přinést oblečení do 1 měsíce

Intervence:

seznam klientku s příčinami deficitu sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku do 10 minut

zjistí stupeň závislosti na druhé osobě do 1 hodiny

zjistí faktory mající vliv na sebeděči do 1 hodiny

zjistí pocity klientky související s její závislostí do 1 hodiny

zajisti pomůcky usnadňující sebeděči do 6 hodin

doporuč používání celkově volného a prodyšného oblečení do 6 hodin

doporuč oblékání svršků na gumu pro dolní část těla do 6 hodin

doporuč oblékání spodní části těla v leže na zádech do 6 hodin

doporuč obouvání botou bez tkaniček do 6 hodin

doporuč používání obouvací lžice do 6 hodin

doporuč na oblékání dostatek času do 6 hodin

doporuč fyzioterapeuta pro nácvik chůze do 6 hodin

upozorni na možnost rehabilitačního centra do 6 hodin

Hodnocení:

U klientky byla zjištěna míra a faktory mající vliv na její závislost, byly zajištěny pomůcky pomáhající v oblékání, vhodné oblečení. Klientka používá pomůcky a techniky usnadňující oblékání v průběhu prvního týdne po hospitalizaci. Volnější a vhodnější oblečení ji vyhovuje, s pomocí rodiny si ho zajistila také již v průběhu prvního týdne v domácím prostředí. Fyzioterapeuta i rehabilitační zařízení odmítla, spoléhá se na svou rodinu. Oblečení je sama si schopna připravit až po dvou měsících, kdy si již věří v chůzi po bytě. Cíl byl splněn, diagnóza byla ukončena.

Zhoršená pohyblivost z důvodu snížené svalové síly projevující se zpomalenou a nejistou chůzí, používáním protetických pomůcek /00085/

Cíl:

klientka je schopna samostatné bezpečné chůze do 1 měsíce

Výsledná kritéria:

klientka zná příčiny zhoršené pohyblivosti do 10 minut

klientka zná zásady bezpečné chůze s francouzskými holemi do 1 dne

klientka je seznámena s nutností úpravy domácího prostředí pro bezpečnou chůzi do 1 dne

klientka se aktivně účastní rehabilitačního programu do 3 dnů

klientka zvládá sama chůzi s francouzskými holemi do 14 dnů

klientka ovládá sama chůzi bez francouzských holí do 1 měsíce

Intervence:

seznam klientku s příčinou zhoršené pohyblivosti do 10 minut

zjistí potřebu pohybu u klientky do 1 hodiny

zajistí kontakt na fyzioterapeuta do 1 hodiny

poskytni informace o správném používání francouzských holí do 24 hodin

doporuč upravit domácí prostředí pro bezpečnou chůzi do 24 hodin

doporuč kontaktovat fyzioterapeuta do 24 hodin

zapojte příbuzné klientky do rehabilitační terapie do 24 hodin

doporuč provádění terapeutických cviků pohybového aparátu do 24 hodin

provádějte terapeutické výkony pohybového aparátu každý den

Hodnocení:

U klientky byly zjištěny příčiny a potřeba samostatné chůze, byla poučena o správném používání francouzských holí. Domácí prostředí bylo upraveno pro bezpečnou chůzi během dvou dnů po doporučení. Pod dohledem manžela denně provádí rehabilitační cvičení po proběhlé edukaci fyzioterapeutem, který byl kontaktován na doporučení primární sestry druhý den po propuštění. Přestože dodržuje rehabilitační režim, zná zásady bezpečné chůze, po čtrnácti dnech se klientka při chůzi s francouzskými holemi necítí stále jistě, potřebuje doprovod druhé osoby. V průběhu dalších čtrnácti dnů rehabilitace získává ztracenou sílu v nohách a jistotu při chůzi, přesto ještě využívá druhé osoby jako doprovodu. Chůzi bez francouzských holí ještě nezkoušela. Z důvodu

stále trvající nejistoty při chůzi a nutnosti doprovodu pro pocit bezpečnosti klientky
diagnóza pokračuje, cíl splněn nebyl.

*Porušený tělesný obraz z důvodu defektu na stěně břišní, poklesu tělesné váhy
projevující se úzkostí, strachem /00118/*

Cíl:

klientka umí akceptovat dočasné změny svého tělesného vzhledu do 1 měsíce

Výsledná kritéria:

klientka zná příčiny porušeného tělesného vzhledu do 10 minut

klientka má dostatek informací o léčbě do 3 dnů

klientka se účastní léčby do 3 dnů

klientka používá relaxační techniky do 3 dnů

klientka je v psychické pohodě do 14 dnů

klientka se účastní společenských aktivit do 1 měsíce

Intervence:

pouč o příčinách porušení tělesného vzhledu do 10 minut

podej dostatek informací o léčbě do 1 hodiny

posuď psychický stav klientky do 1 hodiny

pobízej klientku k hovoru o pocitech průběžně

akceptuj její pocity úzkosti průběžně

doporuč využívání relaxačních technik průběžně

doporuč se zapojit do společenských aktivit průběžně

informuj o možnosti kontaktování psychologa dle potřeby

informuj o možnosti medikamentózní terapie dle potřeby

kontaktuj lékaře při nutnosti medikamentózní terapie dle potřeby

Hodnocení:

Klientka byla poučena o příčinách porušeného tělesného vzhledu, dostala dostatek informací o průběhu léčby. Při každém ambulantním převaze jsem s klientkou mluvila o jejím zdravotním stavu a vlivu na její vnímání. Od prvního týdne léčby využívá relaxačních technik, do společenských aktivit se zapojuje v domácím prostředí prozatím jedenkrát týdně, snaží se mluvit o svých pocitech před rodinou, ale před zrcadlem se příliš nevystavuje. Druhý, třetí týden využívá relaxačních technik, mluví o svých

pocitech již snáze, na svůj vzhled si již začíná zvykat, začíná si uvědomovat, že se vše podaří zahojit, zrcadlu se stále vyhýbá, pokud je to možné. Návštěvy začíná přijímat i dvakrát týdně, ale pouze na krátkou dobu. Čtvrtý týden je již se svým vzhledem smířena, defekt se sice příliš zatím nehojí, na ránu se při ambulantním ošetření nedívá, ale primární sestra si svým vystupováním získala její důvěru a věří, že vše bude zase v pořádku. Navíc se klientce podařilo přibrat na váze. Cíl byl splněn, diagnóza je ukončena.

Porušená kožní integrita z důvodu operačního výkonu projevující se rozsáhlým defektem na stěně břišní /00046/

Cíl:

klientka má zhojený defekt na stěně břišní do 6 měsíců

Výsledná kritéria:

klientka zná příčiny porušené kožní integrity do 10 minut

klientka zná postup léčby do 6 hodin

klientka je seznámena s aseptickými postupy léčby do 6 hodin

klientka je poučena o dietním režimu podporujícím hojení ran do 6 hodin

klientka se aktivně zapojuje do léčby defektu do 3 dnů

klientka zná přibližnou dobu léčby do 3 dnů

Intervence:

seznam klientku s příčinou porušené kožní integrity do 10 minut

posuď kožní defekt a jeho okolí do 10 minut

informuj klientku o přibližné době léčby do 10 minut

vyfotografuj defekt pro pozdější porovnávání účinnosti léčby do 10 minut

edukuj klientku o možnostech léčby defektu do 10 minut

zjistí přístup klientky ke zvolené metodě převazů do 10 minut

zajisti spolupráci klientky při převazech do 10 minut

prováděj vyšetření albuminu a celkové bílkoviny z krve dle ordinace lékaře

zjistí stav výživy pomocí laboratorních výsledků do 6 hodin

doporuč vhodné přídavky ku stravě do 24 hodin

doporučuj nenamočit obvazy průběžně

zajisti převazy rány 3x týdně

zajisti převazy rány aseptickými postupy vždy

zajisti kultivační stěry z rány dle potřeby

podporuj klientku v průběhu hojení defektu dle potřeby

Hodnocení:

U klientky bylo provedeno zdokumentování kožního defektu, edukace byla provedena u klientky i manžela, volba hojení rány byla jimi podpořena. Ke stravě byly doporučeny jako přídatky Nutridrinky vzhledem k laboratorním výsledkům celkové bílkoviny a albuminu. Během ambulantních převazů prováděných 3x týdně aseptickými postupy byly opakovaně odebírány stěry z rány dle ordinace lékaře. Psychologická podpora klientky byla prováděna v průběhu léčby průběžně. Klientka se aktivně i s rodinou zapojila do léčby již od prvního ambulantního ošetření rány, znají postup i přibližně odhadovanou dobu léčby. U klientky v původně odhadované době stanovený cíl splněn nebyl, přestože její spolupráce ve všech směrech byla maximální. Defekt na stěně břišní byl příliš veliký pro zhojení v tak krátkém časovém období. Diagnóza pokračuje.

Chronická bolest z důvodu opakovaných operačních výkonů při základní diagnóze projevující se verbalizací /00132/

Cíl:

klientka má zmírněnou bolest do 1 měsíce

Výsledná kritéria:

klientka zná příčinu bolesti do 10 minut

klientka je poučena o užívání analgetik do 3 hodin

klientka je seznámena s úlevovými polohami do 3 hodin

klientka je poučena o relaxačních technikách do 3 hodin

klientka verbalizuje zmírnění bolesti z VAS 8 na VAS 5 do 1 týdne

klientka verbalizuje zmírnění bolesti do 1 měsíce

Intervence:

pouč klientku o příčinách bolesti do 10 minut

doporuč klientce užívání analgetik v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře

vysvětlí nutnost užívání analgetik v pravidelných intervalech do 10 minut

sleduj účinky analgetik průběžně

proved' posouzení bolesti pomocí VAS stupnice do 10 minut

proved' posouzení lokalizace, charakteru, trvání a častosti, zhoršujících faktorů bolesti do 10 minut

doporuč sledování televize, poslech rádia k odpoutání vnímání bolesti do 10 minut

akceptuj líčení bolesti klientky průběžně

pozoruj neverbální projevy bolesti průběžně

doporuč živé prostředí a pohodlí průběžně

doporuč kontakty s lidmi k odpoutání pozornosti na bolest průběžně

Hodnocení:

Klientce bylo doporučeno a vysvětlena nutnost užívání analgetik v pravidelných intervalech, bylo provedeno zhodnocení bolesti. Doporučené aktivity k odpoutání bolesti a využívání relaxačních technik jsou vítány. Při rozhovoru jsem akceptovala její vnímání bolesti, pozorovala změnu držení těla pro zmírnění bolesti. Analgetika klientka užívala dle doporučení lékaře v pravidelných intervalech dvakrát denně. U klientky došlo během týdne ke zmírnění bolesti z VAS 8 na VAS 5. Relaxačních technik a denní aktivity jsou využívány dle nálady klientky. Klientka udává po měsíci trvalé snížení bolesti, která se nezhoršuje. Cíl byl splněn, přesto diagnóza pokračuje.

Zácpa z důvodu špatné skladby stravy projevující se sníženou frekvencí stolice /00011/

Cíl:

klientka má pravidelnou stolicí do 1 měsíce

Výsledná kritéria:

klientka zná příčiny zácpy do 1 dne

klientka zná dietní režim upravující zácpu do 1 dne

klientka zná techniky k obnovení pravidelné defekace do 1 dne

klientka užívá techniky k obnovení pravidelné defekace do 1 dne

Intervence:

seznam klientku s příčinami zácpy do 10 minut

zjistí stravovací návyky do 1 dne

zjistí příčiny mající vliv na pravidelnou defekaci do 1 dne

zjistí defekační návyky před vzniklým problémem do 1 dne

doporuč kontaktovat nutričního terapeuta do 1 dne

doporuč vhodnou stravu podporující pravidelnou defekaci do 1 dne

pouč klientku o cvičení podporující pravidelnou defekaci do 1 dne
doporuč nácvik pravidelného vyprazdňování do 1 dne
doporuč užívání lehkých projímadel dle ordinace lékaře

Hodnocení:

U klientky byly zjištěny její stravovací návyky, defekační návyky a příčiny mající vliv na současnou obstipaci. Byla jí doporučena strava podporující pravidelnou stolici, nácvik na pravidelnou stolici a případné používání laxantia. Klientka dle doporučení primární sestry prováděla každý den ráno od edukace nácvik pravidelného vyprazdňování, dle možnosti tolerance užívala vlákninu podporující defekaci, v pravidelných intervalech užívá Laktulózu. Po čtrnácti dnech plnohodnotné stravy po hemoragicko-nekrotizující pankreatitidě a pravidelném cvičení podporující defekaci dochází k pomalé úpravě vyprazdňování. Po měsíci dodržování doporučených technik je pasáž plně obnovena, má pravidelný rytmus. Cíl byl tak splněn, diagnóza ukončena.

Strach z důvodu hemoragicko-nekrotizující pankreatitidy projevující se verbalizací /00148/

Cíl:

klientka je bez pocitu strachu do 1 měsíce

Výsledná kritéria:

klientka zná příčinu strachu do 10 minut

klientka má dostatek informací do 3 hodin

klientka je poučena o využívání relaxačních technik do 3 hodin

klientka je informována o možnosti kontaktu psychologa dle potřeby

Intervence:

zjistí příčinu vyvolávající strach do 10 minut

poskytni dostatek informací o ambulantní léčbě do 3 hodin

pobízej klientku k hovoření o strachu průběžně

respektuj její vnímání strachu vždy

poskytni klientce příležitost k jejím otázkám průběžně

získej svým vystupováním důvěru klientky do 1 týdne

doporuč klientce činnost k odpoutání strachu průběžně

informuj o možnosti kontaktu psychologa dle potřeby

informuj o možnosti podpůrné medikamentózní léčby dle potřeby
kontaktuj lékaře v případě nutnosti medikamentů dle potřeby

Hodnocení:

U klientky během edukace o ambulantních převazech byly zjištěny příčiny vyvolávající strach, opětovná hospitalizace z důvodu uzavření defektu mesh plastikou. Po konzultaci s lékařem bylo možno klientce podat informace snižující její strach. Byl doporučen poslech radia, televize, četba knihy k odpoutání strachu. Byly podány informace o možnosti kontaktu psychologa či užívání léků snižující strach – anxiolytika. V průběhu prvního týdne ambulantních převazů se podařilo získat klientčinu důvěru, klientka měla vždy dostatek prostoru pro kladení otázek a vždy jí bylo odpovězeno. Využívala relaxační techniky, intervence psychologem nebyla zapotřebí. U klientky měsíc po převazech byla ve výrazu tváře vidět úleva, možná hospitalizace z důvodu mesh plastiky byla odložena. Cíl byl splněn, diagnóza ukončena.

Sociální izolace z důvodu stavu po hemoragicko-nekrotizující pankreatitidě projevující se nedostatečným kontaktem s vrstevníky, nemožností pohybu /00053/

Cíl:

klientka je bez pocitu sociální izolace a aktivně se zapojuje do společenského života do 6 měsíců

Výsledná kritéria:

klientka je poučena o příčinách sociální izolace do 24 hodin

klientka se zapojuje do společenského života v domácím prostředí do 14 dnů

klientka má kontakt se svými vrstevníky mimo bydliště 1 – 2x týdně do 6 měsíců

Intervence:

pouč o důvodech sociální izolace do 10 minut

zjistí všechny faktory bránící společenské aktivitě do 24 hodin

zjistí potřebu kontaktů s vrstevníky do 24 hodin

zjistí, jakou podporu v opětovné navázání kontaktů má v rodině do 24 hodin

prodiskutujte dřívější aktivity a koníčky do 24 hodin

doporuč zpočátku krátkodobé návštěvy v domácím prostředí do 3 dnů

doporuč zvyšování tělesné zátěže a návštěv společenských zařízení do 6 měsíců

Hodnocení:

U klientky byly zjištěny všechny důvody bránící společenské aktivitě – sekundárně se hojící defekt, zhoršený pohyb, bolest. Před onemocněním byla v kontaktu s vrstevníky každý den, rodina ji v navázání kontaktů podporuje, ráda chodila denně na procházky. V průběhu rekonvalescence ji první tři měsíce vyhovují návštěvy v domácím prostředí 1 – 2x týdně. Čtvrtý a pátý měsíc po propuštění do domácí léčby začíná navštěvovat syna, s manželem si jednou za čtrnáct dní vyjdou na kratičku vycházku. Šestý měsíc po propuštění a po ambulantním převazu jedenkrát týdně navštěvuje třeba kamarádku nebo se dojde podívat mezi kolegyně v zaměstnání. Doba návštěvy je maximálně jedna hodina, pro klientku je tato doba maximálně vyhovující, necítí se izolována od svých vrstevníků. Cíl byl splněn, diagnóza ukončena.

Zhoršená verbální komunikace z důvodu předešlé tracheostomie projevující se obtížným mluvením /00051/

Cíl:

klientka plynule verbálně komunikuje do 3 měsíců

Výsledná kritéria:

klientka zná důvody poruchy komunikace do 1 hodiny

klientka umí využívat neverbální komunikaci do 12 hodin

klientka je seznámena o nutnosti pravidelné kontroly u odborného lékaře ORL do 1 dne

Intervence:

podej informace o důvodech porušené komunikace do 1 hodiny

zhodnot' stupeň postižení do 1 hodiny

udržuj oční kontakt při komunikaci s klientkou průběžně

hovoř s klientkou v klidu a pomalu průběžně

doporuč klientce používat neverbální komunikaci průběžně

doporuč kontaktovat lékaře ORL do 1 týdne

Hodnocení:

U klientky bylo zjištěno malé postižení, které vnímá převážně ona. Pro její psychickou pohodu jsem doporučila pomalou komunikaci, v klidném prostředí, s plným očním kontaktem, doporučila jsem kontrolu u specializovaného lékaře. Klientka využívala neverbální metody komunikace od prvního dne doporučení, nejvíce využívá psanou řeč.

V prvním týdnu ambulantního ošetřování navštěvuje po převazu odborného lékaře ORL. Dva měsíce po propuštění je jizva po tracheostomii zhojená, klientka nepocit'uje žádnou poruchu v komunikaci. Diagnóza je ukončena již po dvou měsících, cíl byl splněn.

Porušený spánek z důvodu stavu po hemoragicko-nekrotizující pankreatitidě projevující se opakovaným buzením během spánku, ztíženým usínáním, spánkem přes den /00095/

Cíl:

klientka má fyziologický spánek do 1 měsíce

Výsledná kritéria:

klientka zná příčiny porušeného spánku do 10 minut

klientka využívá techniky zlepšující usínání do 1 týdne

klientka je přes den aktivně činná do 1 týdne

klientka usíná do 30 minut po ulehnutí do 1 týdne

klientka je informována o možnosti podávání medikamentů, hypnotik do 1 týdne

klientka spí celou noc do 1 měsíce

Intervence:

pouč o příčinách porušeného spánku do 10 minut

zjistí faktory zhoršující spánek do 6 hodin

zjistí kvalitu spánku před onemocněním do 6 hodin

zjistí dobu konzumace kávy do 6 hodin

zjistí činnost předcházející době spánku do 6 hodin

doporuč před spánkem vyvětrat, upravit lůžko každý den

doporuč pravidelnou dobu chození spát a vstávání každý den

doporuč odstranit rušivé faktory pro spánek každý den

doporuč vhodnou tělesnou aktivitu během dne každý den

informuj o možnosti podávání léků navozujících spánek průběžně

kontaktuj lékaře pro naordinování léků navozujících spánek dle potřeby

Hodnocení:

U klientky byla zjištěna spánková anamnéza, konzumace nápojů nevhodných před spánkem. Dle doporučení primární sestry klientka dodržovala spánkovou hygienu od prvního dne po podání informací. Každý den měla vyvětráno, upraveno lůžko, dobu

ukládání se a buzení dodržovala denně, spánku jí k odpočinku před onemocněním stačilo šest hodin denně. Jsou odstraněny rušivé elementy. Její tělesné aktivity byly přiměřené k zdravotnímu stavu. První a druhý týden při dodržování spánkové hygieny její problémy se spánkem přetrvávají, nevidí žádné zlepšení. Třetí týden klientka usíná do 30 minut po ulehnutí, ne však každý den. Odpolední doba spánku přetrvává, ale doba se zkracuje. Opakované buzení během spaní přetrvává. Čtvrtý týden klientka usíná pravidelně každý den do 30 minut po ulehnutí, ale odpolední spánek a opakované buzení se během noci přetrvává z důvodu defektu na stěně břišní. Cíl splněn nebyl, diagnóza přetrvává.

Nedostatečná výživa z důvodu stále trvající kašovitě stravy, obtížného polykání projevující se poklesem tělesné hmotnosti, BMI 19,53 /00002/

Cíl:

klientka má dostatečnou výživu do 2 měsíců

Výsledná kritéria:

klientka zná příčiny nedostatečné výživy do 10 minut

klientka zná dietní režim po hemoragicko-nekrotizující pankreatitidě do 2 hodin

klientka přijímá potravu 6x denně do 2 dnů

klientka zvýší tělesnou hmotnost o 5 kilogramů za 2 měsíce

Intervence:

pouč klientku o příčinách nedostatečné výživy do 10 minut

zjistí stupeň poruchy polykání do 10 minut

informuj o vhodném dietním režimu do 1 hodiny

doporuč jídlo důkladně kousat a zapíjet do 1 hodiny

doporuč jíst pomalu a v klidu do 1 hodiny

doporuč přijímat potravu v menších dávkách a častěji do 1 hodiny

doporuč vhodné přísady ke stravě do 1 hodiny

prováděj odběry krve na celkovou bílkovinu, albumin dle ordinace lékaře

sleduj laboratorní hodnoty celkové bílkoviny a albuminu dle ordinace lékaře

doporuč kontaktovat dietetologa dle potřeby

doporuč sledování tělesné hmotnosti pomocí váhy 1x týdně v pravidelnou dobu

Hodnocení:

U klientky byl zjištěn stupeň poruchy polykání, o vhodném dietním režimu po prodělaném onemocnění byla edukována v den propuštění do domácí péče. Klientce pro snažší polykání bylo doporučeno důkladné rozmělnění potravy v ústech, sousta hodně zapíjet. Dále byla primární sestrou poučena o přijímání potravy v menších dávkách, ale častěji. Jako přídatky jí byly doporučeny Nutridrinky. První týden po propuštění nemá příliš velkou chuť k jídlu, jí velmi malé porce, potravu přijímá pouze čtyřikrát denně, jedenkrát denně vypije jeden Nutridrink, na váze zatím nepřibírá. Druhý a převážně třetí týden v domácím prostředí jí začíná jídlo chutnat, jí pravidelně v malých porcích šestkrát denně, k tomu popíjí jedenkrát denně Nutridrink, na váze přibrala jeden kilogram. Od čtvrtého týdne po propuštění jí s chutí, nadále popíjí Nutridrinky, i když si začíná stěžovat na jednotvárnost příchutí, váha se zvyšuje o další kilogram. Od šestého týdne Nutridrinky odmítá, stravu přijímá pravidelně, zvětšuje si porce při obědě, za dva týdny přibrala kilogram a půl. Za další dva týdny přibírá na váze o další dva kilogramy. S váhou je již spokojenější, přesto chce ještě pár kilogramů přibrat. Cíl byl splněn, diagnóza je ukončena.

6 Edukace klientky

U klientky před propuštěním do domácí péče s ambulantním ošetřováním rozsáhlého defektu na stěně břišní po hemoragicko-nekrotizující pankreatitidě byla nutnost edukace v oblasti dietního režimu z důvodu základní diagnózy a dále poučení o ambulantním hojení rány a volby převazového materiálu. Na úvod edukace zajistíme pro klientku a její rodinu soukromí, verbalizujeme dostatek času pro jejich případné otázky.

Edukace dietního režimu

Klientka je edukována v oblasti výživy, zaměřující se na přijímání vhodných potravin a tekutin, dodržování dietního režimu. Edukace je zaměřena na dietní režim po akutní pankreatitidě s přihlédnutím na zvýšený příjem bílkovin a vitaminů podporujících hojení ran. Je prováděna v den propuštění předáváním slovních informací a písemných informací pomocí vytvořeného letáčku dietního režimu sestaveného nutriční sestrou fakultní nemocnice Na Bulovce, je doporučeno zakoupení knihy orientující se na stravování po akutním zánětu slinivky břišní s ukázkou některých receptů. Primární sestra informuje nejen klientku, ale i rodinu z důvodu přetrvávající akutní pooperační bolesti a zhoršené mobility nemocné. Cílem edukačního plánu je klientce a její rodině podat základní informace o správném složení jídelníčku, vysvětlit nutnost dodržování pankreatické diety, možnosti pitného režimu a zdůraznit potenciální riziko při porušení diety. Význam dodržování režimu spočívá v zabránění akutní exacerbace onemocnění slinivky břišní způsobené dietní chybou. Během rozhovoru primární sestra sleduje efekt edukace, pochopení a porozumění požadovaného. Předávané informace jsou chápány, sestra odpovídá na doplňující otázky rodiny. Po ukončení procesu edukace si ověřuje pokládanými otázkami správnost pochopení tématu.

Cílem dietního režimu je vyléčit zánětlivé onemocnění či ho udržet v chronickém stadiu. Na začátku diety může být strava neplnohodnotná a chuťově nevyhovující, později při stabilizaci a udržení fyziologické hladiny pankreatických enzymů je možné převést dietu pankreatickou (dieta SP) na dietu nízkocholesterolovou (dieta číslo 4). Po odstupu několika týdnů bez obtíží a po konzultaci s lékařem lze přejít na běžnou racionální stravu. Všeobecně se doporučuje jíst pětkrát až šestkrát denně v menších porcích beze spěchu. Klienti, u kterých došlo z akutního stadia onemocnění k přechodu

do chronického, mají absolutní zákaz přijímání alkoholu, strava má obsahovat snížený obsah tuků, doporučuje se stravu připravovat vařením, dušením, grilováním, je vyloučeno používání přepálených tuků. Mléko a mléčné výrobky se přijímají dle tolerance klienta, jen vzácně je nutné vyloučit všechny mléčné výrobky. Nadýmající a vlákninu obsahující potraviny se nedoporučují. Všeobecně platí individuální přístup dle tolerance klienta a přísnosti dodržování dietního režimu.

Kontrolní otázky pro sestru

Tabulka číslo 3. kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky klientky	Správné odpovědi sestry
Pro jaké klienty se doporučuje pankreatická a nízkocholesterolová dieta?	Pankreatická dieta se doporučuje klientům po prodělaném akutním zánětu slinivky břišní. Nízkocholesterolová dieta se doporučuje u klientů majících zánět slinivky břišní ve stabilizovaném, chronickém stadiu.
Proč je vhodné dodržovat dietní režim?	Dietní režim dodržujeme z důvodu zabránění akutní exacerbace onemocnění způsobené dietní chybou.
Jaká je nezbytná podmínka k zabránění akutní exacerbace onemocnění?	Absolutní spolupráce a dodržování léčebného režimu klientkou.

Kontrolní otázky pro klientku

Tabulka číslo 4. kontrolní otázky pro klientku

Kontrolní otázky sestry	Správné odpovědi klientky
Jaké jsou všeobecné zásady přípravy stravy u pankreatické diety?	Energeticky bohatá, se sníženým obsahem tuků, šetřící úprava, bez přepalovaných tuků.
Jaká je frekvence v podávání stravy?	Strava se podává častěji, až 6x denně, v menších dávkách.
Příjem jaké tekutiny je absolutně zakázán?	Absolutně zakázáno je přijímání alkoholu.
Co je cílem dietního režimu?	Cílem dietního režimu je zabránit vzplanutí opakovaného akutního zánětu slinivky břišní.

Edukace o hojení rány a volbě převazového materiálu

Cílem edukace metody vlhkého hojení ran je seznámit klientku a jejího manžela s postupem léčby, s volbou převazového materiálu, možnými vzniklými komplikacemi. Edukace je prováděna ústně, pomocí předání informačních letáčků a podání důležitých instrukcí. Během rozhovoru primární sestra sleduje efekt edukace, pochopení a porozumění požadovaného. Předávané informace jsou chápány, sestra odpovídá na doplňující otázky rodiny. Po ukončení procesu edukace si ověřuje pokládáními otázkami správnost pochopení tématu.

Volba převazového materiálu

První volbou převazového materiálu byly hydrokoloidní Comfeelové destičky podporující granulaci a epitelizaci. Rána byla čistá, okolí klidné, zdálo se to být jako dobrá volba. Destičky byly aplikovány v den propuštění, další převaz měl být za dva dny. Klientka byla seznámena s možností tekoucího sekretu z destiček. Po dvou dnech aplikace byl hydrokoloid celý rozteklý, okolí rány bylo celé „upatlané“. Okolí defektu a rána samotná byla očištěna fyziologickým roztokem, byly aplikovány nové destičky, jako sací vrstva byl opět použit Melolin čtverce, další převaz měl být za tři dny. Po víkendu s poměrně teplým počasím klientka přijela na převaz, koloid byl značně rozteklý a navíc byl cítit silný zápach, obtěžující klientku. Z tohoto důvodu došlo ke

změně převazového materiálu. Byl zvolen Inadine obsahující antiseptický přípravek, povine-jod. Používá se při povrchovém poranění, u infikovaných ran. Zabraňuje množení bakterií, u čistých ran podporuje epitelizaci. Tyto jeho vlastnosti byly hlavním důvodem nové volby u klientky. Cave u klientů s alergií na jód. Jako vrchní krytí byl zvolen Meloline s absorpčním jádrem skládajícím se ze tří vrstev. Kontaktní nepřilnavý porézní film chrání spodinu rány a umožňuje volnou pasáž exudátu. Střední savá vrstva s vysokou absorpční kapacitou absorbuje velký objem exudátu. Vrchní hydrofobní vrstva zabraňuje prosáknutí obvazu. Protože rána velmi secernovala a při plánovaných převazech 3x týdně bylo potřebné zajistit ošetrovatelský komfort pro klientku, bylo nutno zabránit prosakování obvazů, rána při použití Inadine nezapáchá. Proto při edukačním procesu byla klientka informována o možnosti prosaku čtverců a seznámena s řešením případné situace. Zpočátku bylo zapotřebí na překrytí rány pět čtverců Inadine velikosti 9,5 x 9,5 centimetrů. Rána začíná epitelizovat, ojediněle se na okrajích rány objevují hypergranulace. Pro jejich odstranění je použit 10% roztok argenti nitrici – tekutý lágis. Po ošetření opět probíhá epitelizace. Tímto materiálem byl zhojen celý defekt, ke změně již nemuselo dojít. Pro klientku byl zajištěn komfort, veškerý sekret z rány absorbovalo vrchní krytí, rána nezapáchala v jakkoliv teplém počasí, probíhala postupná , pomalá epitelizace od okrajů defektu.

Kontrolní otázky pro sestru

Tabulka číslo 5. kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky klientky	Správné odpovědi sestry
Jak často se budou převazy provádět?	Na převazy budete chodit 3x týdně.
Proč budete převazovat s Inadinem?	Inadine obsahuje antiseptický prostředek, kterým zabraňujeme množení bakterií, navíc podporuje epitelizaci rány.
Co mám dělat, pokud mi čtverce začnou prosakovat?	Vyměníte si s pomocí druhé osoby pouze vrchní krytí.

Kontrolní otázky pro klientku

Tabulka číslo 6. kontrolní otázky pro klientku

Kontrolní otázky sestry	Správné odpovědi klientky
Kdy budete jezdit na ambulantní převazy?	Na převazy budu jezdit každé pondělí, středu a pátek v dopoledních hodinách.
Jak budete provádět hygienu?	Při hygieně by nemělo dojít k namočení převazového materiálu.
K jakým komplikacím během léčby může dojít?	Můžou se objevit teploty v důsledku vzniku infekce v okolí rány, může dojít k prasknutí rány v místě epitelizace v důsledku nedostatečné hygieny o kůži.

7 Závěr

Ošetrovatelská péče o klientku s rozsáhlým defektem na stěně břišní po hemoragicko-nekrotizující pankreatitidě byla časově velmi náročná a vyžadovala vysokou odbornost, znalost převazových materiálů na českém trhu, profesionalitu, samostatné myšlení a včasné správné rozhodnutí primární sestry. Závažnost onemocnění, komplikovaný průběh léčby a následná ambulantní péče rozsáhlého defektu se projevuje v celkové době léčby jednoho a půl roku. Původně odhadovaná doba léčby byla stanovena z důvodu nedostatku zkušeností pouze na šest měsíců. Po celou dobu ambulantních převazů klientka vždy dodržela domluvený termín návštěvy. Většina stanovených ošetrovatelských diagnóz byla v průběhu původně plánovaného léčení ukončena, některé z nich přetrvávaly po celou dobu léčby. V současné době, kdy jsem ve stálém kontaktu s klientkou, některé diagnózy přetrvávají nadále: chronická bolest, zhoršená pohyblivost. Je stále závislá na druhé osobě v péči o domácnost, kdy náročnější pracovní činnost vykonávají její vnučky. Přestože původně plánovaná mesh plastika by byla časově méně náročná, klientce by zajistila dřívější komfort v mnoha oblastech, její volba ambulantní péče a doléčení v domácím prostředí v blízkosti svých nejbližších byla ze strany jejích pocitů a vnímání plně indikována.

8 Seznam bibliografických odkazů

1. BUREŠ, I.: Léčba rány. Praha: Galén, 2006. 78 s. ISBN 80-7262-413-X
2. ČECHOVÁ, V., et al.: Speciální psychologie, II. vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 173 s. ISBN 80-7013-243-4
3. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry, II. vydání, Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8
4. DRÁBKOVÁ, J.: Medicína naléhavých a kritických stavů: Vademékum pro sestry, II. vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 325 s. ISBN 80-7013-115-2
5. DUŠKOVÁ, PONIKELSKÁ: Úloha sestry v komplexní péči o nemocného s akutní pankreatitidou na specializované jednotce intenzivní péče, In: Sborník přednášek, 6. Královéhradecké ošetrovatelské dny, Hradec Králové, 14. – 15. 9. 2000, s.57-58
6. FOREJT, J.: Terapie u akutní pankreatitidy, In: Diagnóza, Roč. 3, č. 4 (2000), s.10, ISSN 1212-3595
7. HONDL, M.: Akutní a chronická pankreatitida – zkušenosti s léčbou a časnou enterální výživou, In: Causa subita, Roč. 5, č. 4 (2002), s. 179-183, ISSN 1212-0197
8. Kompendium ran a jejich ošetřování. Veverská Bítýška: Hartmann-Ricco, 1999. 123 s. ISBN 3-929870-18-5
9. KOSTKA, R.: Akutní pankreatitida. Praha: Galén, 2006. 233 s. ISBN 80-7262-427-X
10. KREJSEK, J., KOPECKÝ, O.: Klinická imunologie. Hradec Králové: Nucleus, 2004. 941 s. ISBN 80-86225-50-X
11. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A., et al.: Gastroenterologie a hepatologie. Praha: Grada Publishing, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6
12. LUKÁŠ, K., et al.: Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0
13. MAREČKOVÁ, J.: Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3

14. MAREČKOVÁ, O., MENGEROVÁ, O.: Nemoci slinivky břišní: Dieta a rady lékaře. Čestlice: Medica Publishing, 2004. 128 s. ISBN 80-85936-52-6
15. MAŘATKA, Z.: Gastroenterologie. Praha: Karolinum, 1999. 490 s. ISBN 80-7184-561-2
16. NEJEDLÁ, M.: Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8
17. ROKYTA, R., et al.: Fyziologie. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 359 s. ISBN 80-8586-64-55
18. SILBERNAGEL, S., LANG, F.: Atlas patofyziologie člověka. Praha: Grada Publishing, 2001. 404 s. ISBN 80-7169-968-3
19. SOLAŘ, S., et al.: Současné trendy diagnostiky a léčby pacientů s akutní pankreatitidou, In: Zdrav. Nov. ČR, Roč. 54, č. 32 (2005), ISSN 0044-1996
20. STAŇKOVÁ, M.: Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 55 s. ISBN 80-7013-323-6
21. ŠERCLOVÁ, Z., ANTOŠ, F.: Nutriční terapie při akutní nekrotizující pankreatidě – současné postupy, In: Bull. HPB, Roč. 10, č. 2/3 (2002), s.67-69, ISSN 1210-6755
22. ŠPIČÁK, J.: Akutní pankreatitida. Praha: Grada Publishing, 2005. 216 s. ISBN 80-247-0942-2
23. ŠVÁB, J.: Dnešní pohled chirurga na léčbu těžkého akutního zánětu slinivky břišní, In: Nemocnice, č. 2 (2004), s.19-22
24. TRACHTOVÁ, E., et al.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. II. vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
25. VOKURKA, M., HUGO, J., et al.: Velký lékařský slovník. Praha: Maxdorf, 2002. 925 s. ISBN 80-85912-43-0
26. ZADÁK, Z.: Metabolická péče a umělá výživa u akutní pankreatitidy, In: Farminews, Roč. 5, č. 1/2 (2004), s.14-17, ISSN 1213-1717
27. ZAZULA, R., WOHL, P.: Akutní pankreatitida, In: Med. pro Praxi, č. 4 (2005), s. 147-151, ISSN 1214-8687

28. ŽÁKOVÁ, A.: Léčebná výživa u akutní pankreatitidy, In: Interní Med., Roč. 1, č. 5 (1999) s. 34-37, ISSN 1212-7299

Internetové zdroje

29. <http://www.britannica.com/eb/art-68636/Structures-of-the-pancreas-Acinar-cells-produce-digestive-enzymes-which?articleTypeId=1>
30. <http://www.chirweb.cz/index.php?action=article&id=620>
31. <http://mywebpages.comcast.net/wnor/pancreas.htm>

9 Seznam příloh

Příloha číslo 1. Souhlas se zveřejněním	65
Příloha číslo 2. Defekt na stěně břišní po hemoragicko-nekrotizující pankreatitidě....	66
Příloha číslo 3. Defekt na stěně břišní po hemoragicko-nekrotizující pankreatitidě ...	67
Příloha číslo 4. Defekt na stěně břišní po hemoragicko-nekrotizující pankreatitidě ...	68
Příloha číslo 5. BMI	69
Příloha číslo 6. Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)	70
Příloha číslo 7. Test instrumentálních všedních činností	71
Příloha číslo 8. Folsteinův test kognitivních funkcí, Mini- Mental- State test (MMS).	72
Příloha číslo 9. Zjištění rizika pádu	73
Příloha číslo 10. Vizuelní analogová škála.....	74

Příloha číslo 1. Souhlas se zveřejněním

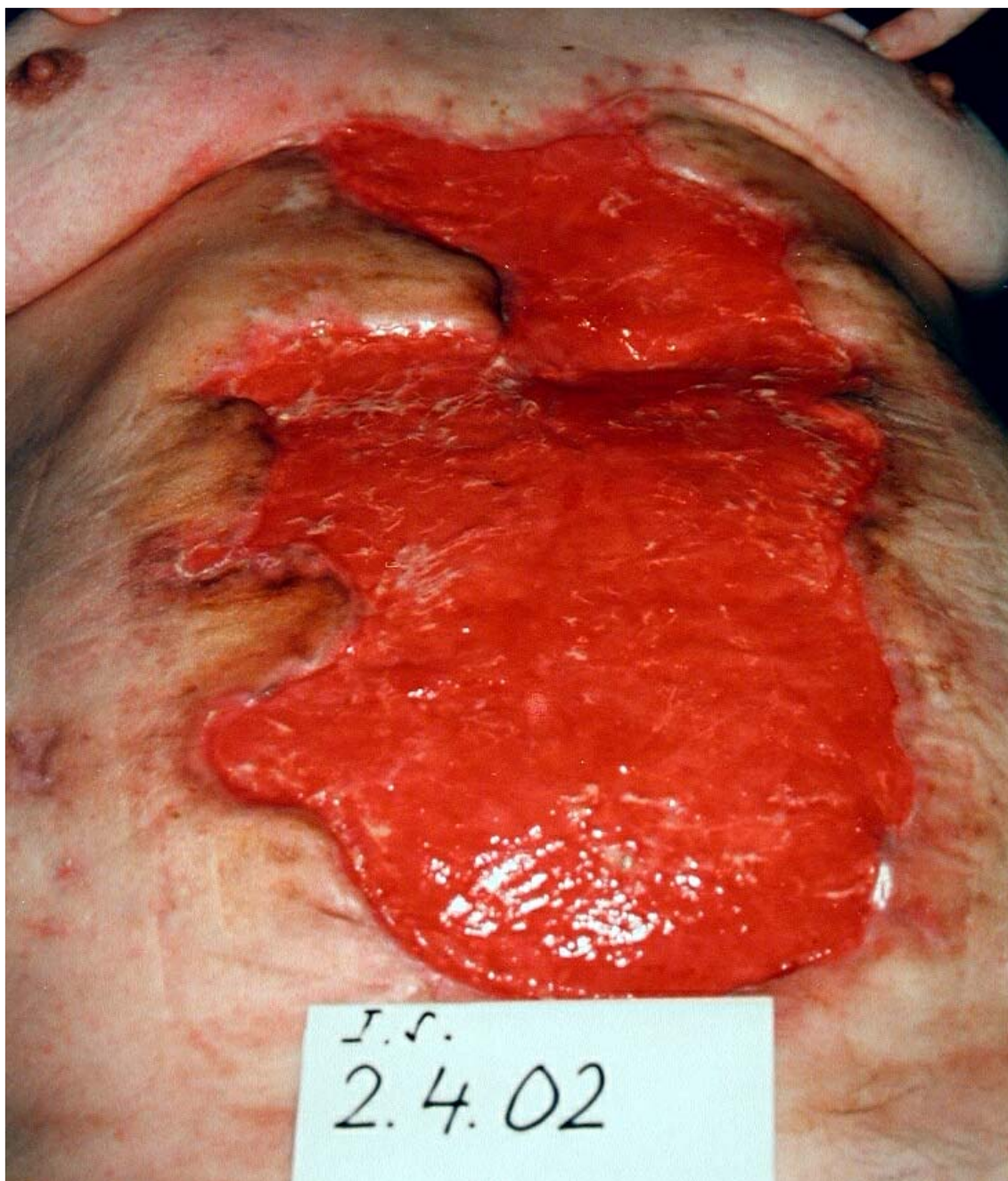
Souhlas se zveřejněním

Souhlasím se zpracováním zdravotních údajů a zveřejnění fotografické dokumentace z hospitalizace a ambulantní péče v letech 2001 – 2002 pro bakalářskou práci. Taktéž souhlasím s případnou publikací v odborných časopisech i na internetu pro poskytnutí informací pro odbornou i laickou veřejnost.

Sokolova Jreno

Podpis I. S.

Příloha číslo 2. Defekt na stěně břišní po hemoragicko-nekrotizující pankreatitidě



Příloha číslo 3. Defekt na stěně břišní po hemoragicko-nekrotizující pankreatitidě



Příloha číslo 4. Defekt na stěně břišní po hemoragicko-nekrotizující pankreatitidě



Příloha číslo 5. BMI (Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, 2006, s. 87)

BMI (body mass index): informuje nás o přiměřenosti váhy k výšce člověka

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)} \times \text{výška (m)}} \quad \text{BMI} = \frac{\quad}{\quad} =$$

Rozpětí BMI a jeho hodnocení:

20 - 25 přiměřená hmotnost

25,1 – 30 prostá nadváha

30,1 – 40 střední nadváha

40,1 a více těžká nadváha

Příloha číslo 6. Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)
(Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi, 2006, s.35)

Činnost	provedení činnosti	bodové skóre	
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10	x
	s pomocí	5	
	neprovede	0	
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10	
	s pomocí	5	x
	neprovede	0	
3. koupání	samostatně bez pomoci	10	
	s pomocí	5	x
	neprovede	0	
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5	x
	neprovede	0	
5. kontinence moči	plně kontinentní	10	x
	občas inkontinentní	5	
	inkontinentní	0	
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10	x
	občas inkontinentní	5	
	inkontinentní	0	
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10	
	s pomocí	5	x
	neprovede	0	
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	15	
	s malou pomocí	10	x
	vydrží sedět	5	
	neprovede	0	
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15	
	s pomocí 50 m	10	x
	na vozíku 50 m	5	
	neprovede	0	

10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10	
	s pomocí	5	
	neprovede	0	x

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech

0 - 40 bodů	vysoce závislý
45 - 60 bodů	závislost středního stupně
65 - 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Příloha číslo 7. Test instrumentálních všedních činností ((Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi, 2006, s. 37)

1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10 bodů x
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže používat telefon	0
2. transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je- li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, spec. upravený vůz	0 x
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0 x
4. vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0 x
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce nebo neudrží	
	přiměřenou čistotu	5
	potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0 x
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0 x
7. užívání léků	samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	užívá, jsou- li připraveny a připomenuty	5 x
	léky musí být podány druhou osobou	0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5 x
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

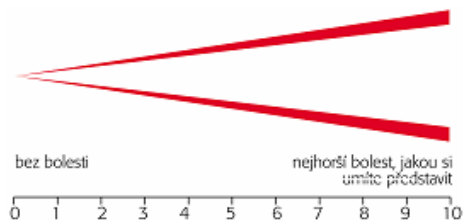
0- 40 bodů závislý, 41- 75 částečně závislý, 76- 80 nezávislý

Příloha číslo 9. Zjištění rizika pádu, převzato ze školních materiálů

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	1x		užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenzivních, hypnotik, sedativ, benzodiazepinů	1x
	neschopnost přesunu	1			
Vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0			
	v anamnéze nykturie/inkontinence	1			
	vyžaduje pomoc	1x			
Věk	18 - 75	0x			
	75 a více	1			
Mentální status	orientován	0	Smyslové poruchy	žádné	0x
	občasná/ noční inkontinence	1		vizuální, sluchový, smyslový deficit	1
	historie desorientace/demence	1x			
Celkové skóre: 4 body					

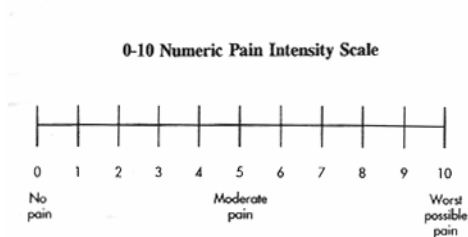
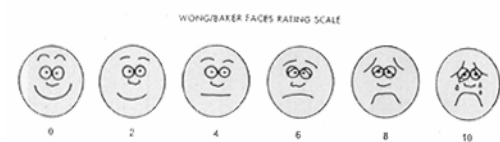
Příloha číslo 10. Vizuální analogová škála

Vizuální analogová škála bolesti I.



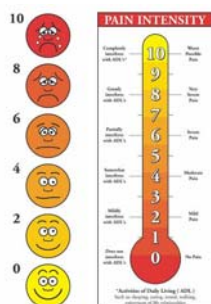
http://www.algos.cz/images/farmakoterapie_nadorove_bolesti-obrazek.gif

Vizuální analogová škála bolesti II.



<http://www.mercydesmoines.org/images/Services/painscale.gif>

Vizuální analogová škála bolesti III.



<http://www.carycancercenter.com/images/painscale.jpg>

10 Seznam zkratk

ALP	alkalická fosfatáza
AST	aspartát aminotransferáza
APACHE	Acute Physiology And Chronic Health Evaluation
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI	body mass index
Ca	vápník
CB	celková bílkovina
Cl	chloridy
CRP	C reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
CVT	centrální žilní tlak
DM	diabetes mellitus
EKG	elektrokardiograf
Elevace ST – T	záznam na EKG křivce
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
GMT	gama-glutamyltransferáza
HCO ₃	bikarbonát, hydrogenuhličitan, kyselý uhličitan
HIV	human immunodeficiency virus, virus lidské imunodeficiency
Ht	hematokryt
ICHDK	ischemická choroba dolních končetin
JIP	jednotka intenzivní péče
K	kalium
kPa	kilopascal, fyzikální jednotka
L1, L2, L3	první, druhý, třetí bederní obratel
LDH	laktátdehydrogenáza
Na	natrium
NSB	nativní snímek břicha
ORL	otorinolaryngologie
PaO ₂	parciální tlak kyslíku

pCO ₂	parciální tlak oxidu uhličitého
pH	symbol pro vyjádření koncentrace vodíkových iontů v roztoku, míra kyselosti či zásaditosti roztoku
QT interval	vzdálenost na elektrokardiogramu
RTG	rentgen
TK	krevní tlak
TNF- α	tumor necrosis factor, faktor nekrotizující tumory
USG	ultrasonografie
VAS	vizuální analogová škála
zvl	zvláště