

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S CHRONICKOU PANKREATITIDOU

Bakalářská práce

HELENA SVOBODOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Sentivánová

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

.....

Abstrakt

SVOBODOVÁ, Helena. *Ošetrovatelská péče o pacienta s chronickou pankreatitidou*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Bakalář ve všeobecném ošetrovatelství. Školitel: PhDr. Lenka Sentivanová

Stěžejním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s chronickou pankreatitidou. V teoretické části práce jsou uvedeny základní údaje významné pro vznik a vývoj onemocnění, jeho diagnostiku a léčbu. Samostatná část kapitoly je zaměřena i na psychosociální problematiku onemocnění, která hraje velmi důležitou roli při léčbě pacientů. Tento fakt je zvláště patrný u dlouhodobě a chronicky nemocných lidí. V praktické části je rozpracována případová studie ošetrovatelské péče o pacienta s chronickou pankreatitidou, který podstoupil operační výkon kvůli chronickému zánětu slinivky břišní. Cílem bakalářské práce je seznámit čtenáře s onemocněním chronické pankreatitidy a popsat ošetrovatelskou péči s ohledem na zlepšení kvality života u konkrétního pacienta.

Klíčová slova: Chronická pankreatitida. Dlouhodobě nemocný pacient. Ošetrovatelská péče. Psychosociální problematika. Edukace.

Abstract

SVOBODOVÁ, Helena. Nursing care of the patient with chronic pancreatitis. Prague, 2009. Bachelor thesis. College of Nursing, Prague. Bachelor's degree in general nursing. Supervisor: PhDr. Lenka Sentivanová

The main theme of thesis is nursing care of patients with chronic pancreatitis. The basic data describing origin, diagnosis, development, and treatment of this disease are given in the theoretical part. A separate part of the charter is focused on psychosocial aspect of this disease, which plays a very important role in the treatment process. This point of view is especially important by long-term ill patients. The case study of the patient with chronic pancreatitis who underwent surgery is elaborated in the practical part. The goal of this thesis is to describe the nursing care by patient with chronic pancreatitis with accent to improvement of patient's quality of life.

Key words: Chronic pancreatitis. Long-term illness. Nursing care. Psychosocial issues. Education.

Předmluva

V současném světě, kdy se ubírá věda mílovými kroky kupředu, dochází i k rozvoji ošetrovatelství jako vědního oboru. To sebou přináší nové nároky na sesterský personál. Z tohoto důvodu jsem se i já rozhodla si zvýšit kvalifikaci, neboť bych chtěla poskytovat zdravotnickou péči s vědomím dobře vykonané práce. Nyní jsem dospěla do třetího ročníku a výsledkem mé snahy je bakalářská práce, která se týká ošetrovatelské péče o pacienta s chronickou pankreatitidou. Vypracováním této práce jsem se snažila přiblížit problematiku onemocnění a zmapovat ošetrovatelskou péči o pacienta po chirurgickém zákroku. Při zpracování tématu jsem použila citovanou knižní literaturu a časopisecké prameny.

Práce je určena především zdravotníkům nelékařských oborů, ale zároveň i široké veřejnosti, neboť informace obsažené v této práci jsou zpracovány i pro ně přijatelným způsobem.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Lence Sentivanové za podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Dále děkuji všem svým kolegyním a své rodině za podporu, kterou mi poskytli nejen při psaní této práce, ale i během celého studia.

Obsah

Úvod.....	8
I Teoretická část.....	9
1 Slinivka břišní – pankreas.....	9
1.1 Anatomie slinivky břišní.....	9
1.2 Fyziologie slinivky břišní.....	10
2 Klinická charakteristika onemocnění.....	11
2.1 Definice a charakteristika chronického zánětu slinivky břišní	11
2.2 Klasifikace chronické pankreatitidy.....	13
2.3 Klinický obraz.....	14
2.4 Diagnostika	15
2.4.1 Anamnéza.....	15
2.4.2 Zobrazovací diagnostické metody.....	16
2.4.3 Laboratorní diagnostika.....	16
2.5 Psychosociální problematika.....	17
2.6 Terapie	18
2.6.1 Konzervativní terapie	18
2.6.2 Endoskopická terapie	19
2.6.3 Chirurgická terapie	19
1.7 Prognóza.....	20
II Praktická část	21
3 Posouzení stavu pacienta	21
3.1 Identifikační údaje.....	21
3.2 Výtah z lékařské dokumentace	21
3.2.1 Lékařská anamnéza	21
3.2.2 Stav při přijetí.....	22
3.2.3 Vyšetření	23
3.2.4 Lékařská diagnóza při přijetí.....	24
3.2.4 Medikace pátý pooperační den.....	24
3.3 Fyzikální vyšetření sestrou.....	24
4 Ošetrovatelská péče o pacienta s chronickou pankreatitidou	27
4.1 Průběh hospitalizace	27
4.1.1 Příjem na oddělení.....	27

4.1.2. Operační výkon	28
4.1.3 Ošetrovatelská péče na jednotce intenzivní péče	28
4.1.4 Průběh hospitalizace po přeložení pacienta na oddělení	29
4.2 Posouzení stavu potřeb klienta dle „Functional Health Patterns“	29
4.2.1 Zhodnocení potřeb pacienta	29
4.3 Seznam ošetrovatelských diagnóz	32
4.4 Plán ošetrovatelské péče	33
4.4.1 Ošetrovatelská diagnóza číslo 1	33
4.4.2 Ošetrovatelská diagnóza číslo 3	34
4.2.3 Ošetrovatelská diagnóza číslo 4	35
4.2.4 Ošetrovatelská diagnóza číslo 5	37
4.2.5 Ošetrovatelská diagnóza číslo 6	38
4.2.6 Ošetrovatelská diagnóza číslo 7	39
5 Edukace pacienta	41
5.1 Edukační list.....	41
5.2 Edukační záznam – realizace	41
5.3 Postup při zaškolení – edukaci.....	41
5.4 Edukační plán ošetrovatelské péče	42
5.4.1 Ošetrovatelská diagnóza číslo 2	42
5.5 Kontrolní otázky pro sestru.....	44
5.6 Kontrolní otázky pro pacienta.....	44
6 Závěr	45
7 Seznam bibliografických odkazů.....	46
8 Seznam použitých zkratk	48
9 Seznam tabulek	49
10 Seznam příloh	50

Úvod

Motto:

„Tajemství péče o pacienta je v pečování o pacienta.“

Francis Paebody

Téma své bakalářské práce „Ošetrovatelská péče o pacienta s chronickou pankreatitidou“ jsem si vybrala na základě svého zájmu o tuto problematiku, protože při poskytování ošetrovatelské péče se stále častěji starám o pacienty s touto diagnózou. Důvodem je především zpřesnění diagnostiky nemoci, objevení nových etiologických faktorů, vývoj patogeneze. Mezi nejčastější etiologické faktory patří především alkohol, který se v evropských státech řadí na první místo v příčinách vzniku onemocnění. Bohužel s tímto nelichotivým hodnocením se ztotožňuje i Česká republika (70% onemocnění způsobené alkoholem). Je pravdou, že toto onemocnění má nízkou incidenci, o to však je závažnější, neboť začátek nemoci probíhá skrytě a v počátečních stádiích je jen velmi těžko zjištělné. (6)

Vypracováním této práce bych chtěla upozornit na složitost a závažnost průběhu onemocnění, jeho dlouhodobou a náročnou lékařskou i sesterskou péči.

Teoretická část práce podává informace o anatomii a fyziologii slinivky břišní, patofyziologii chronického zánětu slinivky břišní. V další části textu jsou shrnuty poznatky o vývoji klasifikace tohoto onemocnění, klinickém obrazu, diagnostice a možnostech léčby chronického zánětu slinivky břišní. Součástí teoretické části je i psychosociální problematika chronicky nemocných lidí, závěr této části popisuje prognózu onemocnění.

Praktická část práce je rozčleněna do tří kapitol. Úvodní kapitola obsahuje základní informace o pacientovi, výtah z lékařské dokumentace, fyzikální vyšetření sestrou. V druhé kapitole je rozpracována ošetrovatelská péče o pacienta, který se léčí šest let s chronickou pankreatitidou a podstoupil operační výkon. Edukaci pacienta před operačním výkonem popisuje závěrečná kapitola praktické části práce.

V samotném závěru práce naleznete přílohy, které se používají při posuzování zdravotního stavu pacienta, dietní návod, anatomické obrázky.

I Teoretická část

1 Slinivka břišní – pankreas

1.1 Anatomie slinivky břišní

Slinivka břišní je uložena retroperitoneálně, z přední strany je kryta pobřišnicí (peritoneum). Je to žláza s vnitřní a vnější sekrecí o hmotnosti 60 – 90 gramů, délka 12 – 15 centimetrů. Slinivka břišní se skládá ze tří základních částí: caput pancreatis (hlava), corpus pancreatis (tělo) a cauda pancreatis (ocas). (4)

Rozšířená část hlavy slinivky břišní vyplňuje ohbí dvanáctníku a je pevně spojena s jeho stěnou. Hlava slinivky břišní přechází v tělo slinivky břišní, které je uloženo před těly prvních dvou bederních obratlů a před břišní aortou. Konečnou částí slinivky břišní je ocas, který je zúžený a dosahuje až ke slezině. (4, 15)

Slinivka břišní má dva pankreatické vývody. Hlavním vývodem slinivky břišní je ductus pancreaticus major – ductus Wirsungi, který je tvořen menšími vývody odvádějícími pankreatickou šťávu z buněk acinů. Tento vývod prochází podélně pankreatem a před sestoupnou částí duodena se přibližuje k hlavnímu žlučovodu (ductus choledochus). Oba dva vývody se na papille duodeni major (Vaterova papila) otevírají svým společným ústím. Méně časté je samostatné vyústění hlavního pankreatického vývodu. Na tomto společném vývodu se nachází svěrač, který zabraňuje vniknutí obsahu žlučovodu do pankreatického vývodu. Sekret z horní části slinivky břišní odvádí přídatný vývod (ductus pancreaticus accessorius – Santorini), jenž ústí na papille duodeni minor, která leží výše než papilla duodeni major. (4, 15)

Na povrchu slinivky břišní se nachází pouzdro z kolagenního vaziva. Z tohoto vaziva vycházejí septa dělicí funkční tkáň na různě velké lalůčky a laloky. Mezi septy vedou cévy a nervy. Převážnou část funkční tkáně slinivky břišní tvoří exokrinní tkáň produkující pankreatickou šťávu. (4)

Funkční jednotkou exokrinní části je acinus skládající se zhruba z padesáti acinózních buněk pyramidového tvaru. Vývodový aparát začíná vsunutými vývody zasahujícími do nitra acinů. Tyto vývody pak pokračují jako intralobulární a interlobulární vývody ústící do sekundárních větví vývodného pankreatického systému a ty se napojují na hlavní pankreatický vývod. (15, 21)

Endokrinní tkáň slinivky břišní představují Langerhansovy ostrůvky v počtu asi jednoho milionu, roztroušené v exokrinní části, především v hlavě slinivky břišní. Langerhansovy ostrůvky zaujímají asi 1,5% funkční tkáně slinivky břišní. (4, 15)

1.2 Fyziologie slinivky břišní

Pankreatická šťáva je tvořena v exokrinním oddílu slinivky břišní. Pankreatická šťáva je čirá, bezbarvá, zásaditá, izotonická s krevní plazmou, vytváří se jí asi 1 – 2 litry denně. (23)

Pankreatická šťáva je důležitá, protože se podílí na rozkládání potravy. Mezi hlavní složky pankreatické šťávy patří: voda, hydrogenuhličitanové ionty (HCO_3^-) a trávící enzymy (bílkoviny sloužící k urychlení biochemických reakcí). Část enzymů se nachází v neaktivní podobě ve formě proenzymů aktivujících se až v tenkém střevě. Toto opatření zabraňuje poškození slinivky břišní, neboť kdyby došlo k aktivaci enzymů uvnitř žlázy, způsobily by akutní zánět slinivky břišní. Pankreatická lipáza rozkládá tuky na jednoduché tuky a volné mastné kyseliny, α -amyláza štěpí škroby a glykogen na jednodušší cukry, proteázy štěpí bílkoviny. (23, 24)

K vylučování pankreatické šťávy dochází vlivem nervového a hormonálního řízení. Zvýšení sekrece enzymů je způsobeno podrážděním parasympatických vláken neuronů ve tkáni slinivky břišní. Na snížení sekrece má vliv sympatický nervový systém. Hormonální sekrece je řízena sekretinem a cholecystokininem. Tyto hormony se uvolňují ze sliznice duodena. Sekretin a cholecystokinin jsou vstřebány krví. Účinek sekretinu spočívá ve zvýšení sekrece pankreatické šťávy a HCO_3^- , sekreci enzymů zvyšuje cholecystokinin. (23)

Endokrinní část tvoří Langerhansovy ostrůvky, skládající se ze čtyř typů epitelových buněk: A buňky, B buňky, D buňky, PP (F) buňky. A buňky produkují glukagon. Nejvíce zastoupeny jsou B buňky produkující hormon inzulin. D buňky tvoří somatostatin (je přítomen i ve sliznici žaludku a duodena). PP (F) buňky – produkují pankreatický polypeptid, jehož úkolem je tlumení tvorby kyseliny chlorovodíkové v žaludku. (4)

2 Klinická charakteristika onemocnění

2.1 Definice a charakteristika chronického zánětu slinivky břišní

Definice

Mařatka (15, s. 375) definuje chronickou pankreatitidu takto: „*Je to chronický zánět slinivky s postupnou náhradou sekrečního parenchymu fibrózní tkání. Fibróza je ireverzibilní proces a většinou progreduje.*“

Epidemiologie

Výskyt chronické pankreatitidy je ve světě geograficky rozdílný.

Podle Dítěte (7, s. 8) je „*Incidence nemoci, tj. počet nových diagnóz na 100 000 obyvatel za kalendářní rok, je velice nízká.*“

Kvůli přehlednosti uvádím incidenci chronické pankreatitidy v tabulce č. 1.

Tabulka 1 - Incidence chronické pankreatitidy

Švýcarsko	1,2/100 000/rok
Polsko	4,0/100 000/rok
Německo	7,4/100 000/rok
Česká republika	7,9/100 000/rok
Maďarsko	8,0/100 000/rok
Dánsko	10,0/100 000/rok
Švédsko	10,0/100 000/rok
Finsko	23,0/100 000/rok

Převzato: Dítě, P. Nové trendy v diagnostice a terapii chronické pankreatitidy. Zdravotnické noviny. Lékařské listy, 2007, roč. 56, č. 3, s. 8.

Etiologie

Nejčastější příčinou chronické pankreatitidy hlavně v evropských státech je alkohol. V České republice bylo zjištěno, že alkohol hraje hlavní roli v 70% při vzniku onemocnění. Toxické množství alkoholu pro slinivku břišní je 75 gramů alkoholu denně

v časovém intervalu pravidelného příjmu pěti let u mužů. U žen je toxické množství alkoholu v časovém intervalu při pravidelné konzumaci ve stejném časovém intervalu již 40 gramů denně. (6)

Mezi zbývajících 30% patří lidé, u nichž je vyloučen abúzus alkoholu. Do této skupiny se jako příčina vzniku chronické pankreatitidy řadí např. genetické vlivy (cystická fibróza), autoimunitní vlivy, překážka bránící volnému odtoku pankreatické šťávy do dvanáctníku (např. jizvení po záchvatu akutní pankreatitidy, nádory, stenóza Vaterovy papily). Zvýšené riziko vzniku chronické pankreatitidy je též u kuřáků. (4, 7)

Patofyziologie

Chronická pankreatitida je zánětlivý děj, při němž dochází k poškození vnější a vnitřní tkáně slinivky břišní s náhradou funkční tkáně vazivem. Zánět může být ohraničen na určitou oblast nebo postihnout celou slinivku břišní. Postižená tkáň je tuhá. Akutní vzplanutí chronické pankreatitidy nelze téměř odlišit od akutní pankreatitidy. Zde hraje svou roli předčasná aktivace pankreatických enzymů. (4, 19)

Při chronické pankreatitidě zapříčiněné abúzem alkoholu se v postižené tkáni vytvářejí bílkovinné kapky a kameny ve vývodech a dochází ke zmenšení a zúžení vývodů. Sekrece z buněk acinů je snížena, zvyšuje se koncentrace bílkovin v sekretu. Tím se ve vývodech tvoří bílkovinné kapky, do kterých se ukládají soli vápníku. Tento proces vede k tvorbě kamenů v menších vývodech a k tvorbě vápenatých usazenin na stěnách větších vývodů. Dále dochází k aktivaci trypsinu uvnitř vývodů. Důsledkem této reakce je natrávení pankreatické tkáně. (19)

Chronická obstrukční pankreatitida je způsobená uzávěrem vývodů slinivky břišní. Patologický proces začíná nad touto překážkou, která může být způsobená např. úrazem, nádorem, jizvením po prodělané akutní pankreatitidě. U této formy pankreatitidy není přítomno zvápenatění, ale určujícím nálezem je rozšíření vývodů slinivky břišní. (12, 19)

2.2 Klasifikace chronické pankreatitidy

O tom jak rozdělit pankreatitidu se vedly různé diskuse, konala se sympozia. Rozdělit chronickou pankreatitidu v podstatě můžeme podle etiologických faktorů anebo morfologických změn žlázy. První klasifikací pankreatitidy tzv. Marseilleská klasifikace z roku 1963, která rozdělila toto onemocnění podle morfologických změn na akutní pankreatitidu, akutní recidivující, chronickou progresivní a chronicky recidivující. Další klasifikace byla z roku 1984 – Druhé marseillské symposium, na kterém se potvrdilo, že chronická pankreatitida je progresivní onemocnění, a odlišila se zde chronická obstrukční pankreatitida od chronické kalcifikující pankreatitidy. K úpravě usnesení tohoto sympozia došlo v roce 1988. Podle této klasifikace je chronická pankreatitida rozdělena do čtyř skupin: chronická kalcifikující pankreatitida, chronická obstrukční pankreatitida, chronická zánětlivá pankreatitida, asymptomatická intralobulární a perilobulární fibróza. (4, 5, 15)

Další klasifikace je známa pod pojmem „Cambridgeská klasifikace“, která je založena na stupni změn vývodného systému slinivky břišní zobrazeného při ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie). Postižení pankreatického vývodného systému rozděluje na lehké, středně těžké a těžké. Později se u této klasifikace začalo využívat k diagnostice i sonografické a CT (počítačová tomografie) vyšetření. (4, 15)

V roce 2001 byla zveřejněna klasifikace Etemeda a Whitcomba označená jako TIGAR-O. V počátečních písmenech této klasifikace se odrážejí hlavní etiologické skupiny. (5)

Tabulka 2 – Klasifikace TIGAR-O

T – toxo-nutritivní
I – idiopatická
G – geneticky podmíněná
A – autoimunitní
R – rekurentní forma
O – obstruktivní forma

Převzato: Dítě, P. Chronická pankreatitida – klasifikace, diagnostika a terapie. Postgraduální medicína, 2004, roč. 6, č. 3, s. 247

2.3 Klinický obraz

Chronická pankreatitida se obvykle začíná projevovat až po mnohaletém působení látky vyvolávající poškození. Onemocnění se může poprvé projevit prudkou atakou pankreatitidy, kterou lze jen těžko odlišit od akutní pankreatitidy. (10)

K hlavním příznakům chronické pankreatitidy patří: bolest; hubnutí; nauzea, zvracení; subikterus, ikterus; průjmovité nebo objemné mastné, jílovité stolice s nestrávenými zbytky; cukrovka. Mezi méně typické příznaky se řadí: střevní dyskineze; ascites; krvácení; příznaky střevní obstrukce; portální hypertenze. (4, 7)

U většiny nemocných se chronická pankreatitida projevuje především bolestí, proto rozdělujeme toto onemocnění na formu bolestivou (algickou – 80 až 90%) a formu nebolestivou. Bolesti mohou být dlouhodobé, trvalého charakteru nebo epizodické, umístěné do nadbřišku šířící se do zad, levého podbřišku, za hrudní kost nebo do levého ramene. Důležité je také zjistit okolnosti, při kterých bolest vzniká. Nejčastěji bolest vzniká po excesu alkoholu v průběhu 12 až 48 hodin, dále po požití většího množství stravy nebo dietním pochybení. U některých nemocných je bolest vázána na polohu těla. Je nutné zjistit, zda bolest vzniká při poloze na zádech (a to i ve spánku) a ke zmírnění dochází v předklonu, neboť u takto projevující se bolesti musíme myslet na postižení hlavy a těla slinivky břišní, které může být i maligní. Bolest je silná až nesnesitelná a nemocný je nucen zaujmout polohu v předklonu. U bezbolestné formy chronické pankreatitidy se na toto onemocnění přijde, až když je pacient podvyživený, protože nemocný střevním potížením jako je nadýmání, někdy řídké stolice, neurčité tlaky v nadbřišku obvykle nevěnuje pozornost. Při vyšetření nemocného se najdou těžké příznaky porušené zevní i vnitřní funkce slinivky břišní. (4, 12)

Hubnutí je další příznak, který doprovází nemocné s chronickou pankreatitidou. Důvodem hubnutí je především strach nemocného v souvislosti s příjmem potravy. U pankreatické bolesti je známa vazba na jídlo a nemocný ze strachu, aby si nepřivodil bolest, se bojí jíst. Tím pádem není zabezpečen dostatečný přísun živin a nemocný ubývá na váze. Dalším důvodem hubnutí je i maldigestce při nedostatečnosti zevní sekrece slinivky břišní. Těžká pankreatická nedostatečnost zevně sekretorické části slinivky břišní vede k poruše vstřebávání látek (tuky, bílkoviny, cukry), stopových prvků a rozvoji malabsorpčního syndromu. (4, 15)

Mezi často vyskytující se příznaky patří též nauzea a zvracení, zvláště u nemocných s chronickou alkoholovou pankreatitidou. Obstrukční ikterus bývá přítomen především u nemocných, u kterých se vazivové změny nacházejí v oblasti hlavy pankreatu. Příčinou ikteru může být obstrukce intrapankreatické části žlučovodu fibrózními změnami v hlavě pankreatu či otokem hlavy pankreatu při akutním vzplanutí onemocnění. Při výskytu tohoto příznaku je důležité myslet i na možnost karcinomu hlavy pankreatu. (4, 5, 12)

Objemná, lesklá, jílovitá stolice se objevuje při významné exokrinní pankreatické nedostatečnosti. Jestliže je porušena i vnitřní funkce slinivky břišní (též v pokročilých stádiích onemocnění) jsou nemocní postiženi rozvojem cukrovky, část z nich má skrytý diabetes. (15)

Přibližně u 2 – 3% pacientů s chronickou pankreatitidou je přítomen pankreatický ascites. V laboratorním vzorku odebraného z ascitu se nachází vysoký obsah bílkovin a amyláz. Důvodem vzniku pankreatického ascitu je porušená celistvost pankreatického vývodu a pankreatické pseudocysty. (15)

2.4 Diagnostika

Stanovit diagnózu chronické pankreatitidy je často velmi obtížné. V poslední době došlo k rozvoji moderních vyšetřovacích metod a tím se výrazně zlepšily možnosti správně stanovit diagnózu tohoto onemocnění. Navzdory tomu stále platí, že chronická pankreatitida je v časném stádiu jen velmi obtížně zjistitelná. (7, 12)

Stanovení diagnózy spočívá v odebrání anamnézy a fyzikálním vyšetření pacienta, použití zobrazovacích diagnostických metod a laboratorní diagnostice.

2.4.1 Anamnéza

Odebrání anamnézy musí být důkladné. Pacient přichází k lékaři s určitými problémy – nejčastěji to je bolest, zvracení, nauzea, úbytek na váze. Ptáme se na dietní návyky, délku abúzu alkoholu a kouření, na onemocnění žlučníku, vředovou chorobu žaludku, kardiovaskulární onemocnění, neboť chronická pankreatitida (hlavně akutní

exacerbace) může tato onemocnění napodobovat. Důležité je také odlišit chronickou pankreatitidu od maligního nádoru pankreatu, což mnohdy nelze ani s využitím řady diagnostických metod. Fyzikální vyšetření břicha pro stanovení diagnózy chronické pankreatitidy není rozhodující, nález je příliš chudý a nespecifický. Tudíž nás vždy nemusí přivést k myšlence, že se jedná o toto onemocnění. (4, 5, 13)

2.4.2 Zobrazovací diagnostické metody

K nejjednodušším zobrazovacím metodám patří nativní snímek břicha, na němž se prokáží kalcifikace v parenchymu žlázy. Abdominální ultrasonografie (UGS) se řadí k nejrozšířenějším, nejméně zatěžujícím a neinvazivním metodám. Při tomto vyšetření posoudíme velikost žlázy, dilataci Wirsungova vývodu nad 3 milimetry, přítomnost kamenů, cystoidní útvary. Mezi nevýhody UGS vyšetření patří to, že žláza bývá velmi často překrytá střevním plynem, což znemožňuje její zobrazení. Základními zobrazovacími metodami jsou počítačová tomografie a endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie. CT vyšetření patří k běžně používaným metodám, umožňuje dobře zobrazit žlázu, určit rozsah zánětlivých změn. EPCR vyšetření patří k invazivním metodám, je zde riziko komplikací. V současné době je toto vyšetření hodně využíváno, protože kromě diagnostické výpovědi umožňuje současně provést i zákrok terapeutický. Stále více převažuje názor, že ERCP by mělo být použito jen k terapeutickým výkonům. Do popředí se dostává MRCP (cholangiopankreatografie magnetickou rezonancí) v diagnostice chronické pankreatitidy zastává stále důležitější roli, protože je neinvazivní a nehrozí zde riziko komplikací. Ale i toto vyšetření má své kontraindikace, při nichž nemůže být provedeno. V diferenciální diagnostice patologických procesů pankreatu se stále častěji uplatňuje endoskopická ultrasonografie, kvůli možnosti odebrání vzorku tkáně z podezřelého ložiska na histologické vyšetření. (12)

2.4.3 Laboratorní diagnostika

Základní laboratorní vyšetření (např. krevní obraz, sedimentace, jaterní testy, amylázy a lipázy v séru a moči, glykémie) provádějí se u nemocných s bolestí břicha nejsou většinou přínosné. Hodnoty pankreatických amyláz často bývají v normálním

rozmezí. Využití dechových testů a stanovení elastázy I ve stolici je výhodné u těžších forem chronické pankreatitidy pro poměrně vysokou citlivost a specificitu. Dalším jednoduchým testem je stanovení chymotrypsinu ve stolici. Těmito testy se zjišťuje funkce zevně sekretorické části slinivky břišní. K testům sloužícím ke zjištění vnitřní funkce pankreatu patří stanovení C-peptidu a orální glukózový toleranční test. (12, 15)

2.5 Psychosociální problematika

Účelem léčby je zlepšení kvality života nemocných jak po fyzické stránce, tak i v oblasti psychosociálních vztahů. Pojem „kvalita života“ je velmi těžko definovatelný, jelikož je to víceméně subjektivní názor pacienta na zdraví (nejen fyzické, ale i psychické), sociální role, životní styl, zájmy. Obecně lze říci, že dobrá kvalita života spočívá v dobrých sociálních podmínkách, pocitu spokojenosti, vykonávání svých aktivit bez omezení. Špatnou kvalitu života představují špatné sociální podmínky, pocit nepohodlí, bolesti, nespokojenosti, omezení vykonávaných aktivit. (2)

Při léčbě pacientů je nutné se zabývat celkovou situací člověka. To znamená, že bychom měli brát na vědomí faktory biologické, psychické, sociální i duchovní, jelikož tyto faktory se vzájemně ovlivňují. Z tohoto důvodu je důležité odebrat u pacienta i sociální anamnézu, zjistit jeho duchovní potřeby a ne jen se zabývat biologickou stránkou onemocnění. U každého onemocnění totiž dochází nejen k narušení biologických potřeb, ale i ke změnám v oblasti sociálních rolí, a to zvláště platí u chronických onemocnění, jež jsou pro pacienta velkou zátěží. Člověk „vypadne“ z každodenních činností, naruší se jeho kontakty v práci vzhledem k dlouhodobé pracovní neschopnosti, může dojít k narušení kontaktů s přáteli, mohou nastat změny v rodinném životě. Někdy člověk musí kvůli svému onemocnění změnit svůj dosavadní způsob života, přizpůsobit se novým podmínkám (např. dodržování diety, braní léků, změna v zaměstnání). Pocity nejistoty, nezájmu okolí o jeho nynější stav můžou vyústit v projevy smutku, úzkosti, podrážděnosti, neklidu, které u nemocného člověka dále prohlubují již negativní vliv samotného onemocnění. Pokud pacient žije sám, může dojít až k sociální izolaci jedince. Důležité je, aby pacient z našeho chování vycítil, že se snažíme pochopit jeho situaci, pomoci mu najít řešení. (25)

2.6 Terapie

Léčba chronické pankreatitidy je především léčbou příznaků onemocnění, jelikož současné diagnostické možnosti neumožňují zjistit chronickou pankreatitidu v časných stádiích nemoci. Z tohoto důvodu můžeme ovlivnit až pokročilá stadia nemoci. Léčba chronické pankreatitidy se dělí do tří skupin: konzervativní terapie, endoskopická terapie a chirurgická terapie. (4)

2.6.1 Konzervativní terapie

Konzervativní léčba v sobě zahrnuje dodržování dietních opatření a medikamentózní léčbu. (5)

Dietní opatření spočívá v dodržování pankreatické diety s dostatečným množstvím bílkovin, omezením živočišných tuků. Strava má být podávána vícekrát denně, v menších porcích, lehce stravitelná, nedráždivá. Je nutné též dodržet absolutní zákaz konzumace alkoholu. (5, 15)

V případě, že pankreatická dieta nestačí pokrýt přísun živin a energie, měla by se zvolit umělá enterální výživa. Nejjednodušší a nejpříjemnější způsob podávání enterální výživy je popíjení přípravků s vyváženým obsahem živin (např. Nutridrink, Fortimel). Tento způsob se nazývá sipping. Mezi další možné způsoby podání patří: nasojejunální sonda (sonda zavedená nosem do tenkého střeva), perkutánní endoskopická gastrostomie (sonda zavedená do žaludku přes břišní stěnu). (11)

Medikamentózní léčba je zaměřena na potlačení bolesti (analgetická léčba), substituci pankreatickými enzymy, ovlivnění střevní peristaltiky. Substituce pankreatickými enzymy se využívá i při potlačení bolesti (v časném období), v pozdějším období jako náhrada chybějících pankreatických enzymů. Enzymy podáváme vždy během jídla a preferují se mikropelety uložené v kapslích. Existují substituční preparáty s různým poměrem a obsahem lipáz, amyláz a proteáz. U nemocných, kteří mají stálé kyselé prostředí v horní části duodena, je možné pro zvýšení využití enzymů podávat H₂blokátoxy (famotidinum) nebo blokátoxy protonové pumpy (omeprazol). Podáním těchto preparátů utlumíme tvorbu žaludeční kyseliny a tím se snažíme zabránit menšímu účinku pankreatických enzymů. (4, 15)

K léčbě bolesti používáme analgetika, spasmolytika, u těžších stavů opioidy. Při změněné peristaltice (nadýmání, pocitu plnosti) podáváme léky ovlivňující střevní pohyby – prokinetika. (7, 15)

2.6.2 Endoskopická terapie

Smysl endoskopické léčby spočívá v uvolnění odtoku pankreatické šťávy do dvanáctníku. Tímto zákrokem též můžeme ovlivnit pankreatickou bolest a následně zlepšit nutriční stav nemocného. (4, 15)

Endoskopickou léčbu využíváme např. při odstraňování kamenů z pankreatického vývodu, drenáži pankreatických cyst nacházejících se v oblasti hlavy pankreatu, zavádění pankreatických (zúžení hlavního vývodu slinivky břišní) a biliárních stentů (obstrukce distálního choledochu). (13, 15)

2.6.3 Chirurgická terapie

Rozhodujícím důvodem k provedení chirurgického zákroku jsou nesnesitelné bolesti, které nejdou ovlivnit medikamentózně, přičemž provedení endoskopického zákroku není možné a komplikace chronické pankreatitidy (např. zúžení žlučových cest a dvanáctníku, pankreatické píštěle). (4, 15)

Při chirurgické léčbě jsou nyní používány dva typy výkonů, jejichž úkolem je buď uvolnit odtok pankreatické šťávy do dvanáctníku, nebo odstranit postiženou část slinivky břišní. Prvně jmenované výkony jsou tzv. výkony drenážní, druhé jsou tzv. výkony resekční. Podstata resekčních výkonů spočívá v odstranění nejvíce postižené části slinivky břišní. Zbylá část žlázy je důležitá k uchování vnitřní sekrece slinivky břišní a snažíme se jí konzervativní léčbou udržet v bezpříznakovém stavu. (4, 15)

1.7 Prognóza

Chronická pankreatitida se řadí k závažným onemocněním s mnohaletým průběhem, zatěžujícím život nemocného. Většinou se jedná o ireverzibilní a progredující onemocnění hlavně u pacientů, kteří pokračují v konzumaci alkoholu i přes absolutní zákaz. Průběh onemocnění může být zhoršen celou řadou komplikací, které mohou skončit i smrtí pacienta. Zároveň zde hrozí zvýšené riziko výskytu zhoubného nádoru slinivky břišní. Do péče o pacienta jsou zakomponovány všechny tři druhy léčby, které vyžadují spolupráci jednotlivých odborníků. Nedílnou součástí léčby je spolupráce nemocného, jeho edukace, motivace v dodržování nařízených léčebných opatření. (13)

II Praktická část

3 Posouzení stavu pacienta

3.1 Identifikační údaje

Tabulka 3 – Identifikační údaje

Jméno, příjmení: P. K.	Pohlaví: muž
Rok narození: 1968	Věk: 40 let
Trvalé bydliště: Praha	Vzdělání: vyučen – truhlář
Stav: rozvedený	Zaměstnání: pracuje ve firmě
Datum přijetí: 2008	Státní příslušnost: ČR
Oddělení: chirurgické	Typ přijetí: plánovaný výkon

3.2 Výtah z lékařské dokumentace

3.2.1 Lékařská anamnéza

Nynější onemocnění:

Vzhledem k symptomatické stenóze ductus choledochus (konečného žlučového vývodu ústícího do dvanáctníku) a také Wirsungova vývodu byl pacient přijat k operačnímu řešení. (24)

Osobní anamnéza:

Pacient prodělal běžné dětské nemoci. Od roku 2001 je sledován pro chronickou pankreatitidu, provedeny opakované výměny stentů ve žlučovodu. Před třemi lety prodělal bronchopneumonii.

Farmakologická anamnéza:

Kreon 25 000 cps. 1-1-1, IS (indikační skupina): Digestivum, substituce zevní sekrece pankreatu

Helicid 20 cps. 1-0-1, IS: Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy

Alergologická anamnéza:

Neudává.

Rodinná anamnéza:

Otec a matka žijí, otec zdravý, matka se léčí s cukrovkou. Sourozenci zdraví.

Pracovní anamnéza:

Je vyučen jako truhlář, pracuje ve firmě, montuje kuchyňské linky, dveře.

Sociální anamnéza:

Bydlí v rodinném domku u přítelkyně, ekonomická situace dobrá.

Abúzus:

Kouří denně 10 cigaret, dříve pil alkohol 3 – 4 piva denně, asi 6 let abstínuje. Černá káva 1krát denně, ostatní návykové látky neguje.

3.2.2 Stav při přijetí

Pacient je při vědomí, orientován v prostoru i v čase, spolupracuje, afebrilní – TT (tělesná teplota) – 36,6 °C. Glasgow Coma Scale (GCS) – 15.

Kůže je hydratovaná, bez ikteru, bez cyanózy.

Hlava je pokleповě nebolestivá, střední velikosti, uši a nos bez výtoku, výstupy nervu V. (trojklanný nerv) jsou nebolestivé, inervace nervu VII. (lícní nerv) je správná. Oční bulby se nacházejí ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické (stejně velké), fotoreakce + (reakce na osvětlení oka – normální je zúžení zornic), skléry jsou bílé, jazyk plazí ve střední čáře. (17)

Krk je souměrný, hybnost volná, karotidy tepou symetricky, bez šelestů, náplň krčních žil nezvýšena, štítná žláza nezvětšena.

Hrudník je symetrický, komprese nebolestivá, bez podkožního emfyzému. Dýchání je sklípkové, čisté, bez šelestů, frekvence 17 za minutu, srdeční akce pravidelná, frekvence 78 za minutu. Srdeční ozvy ohraničené bez šelestů.

Břicho je v nivěau, dýchá v celém rozsahu, měkké, bez hmatné rezistence, poklep bubínkový, pohmat nebolestivý, peritoneální příznaky nepřítomny. Játra a slezina jsou nehmatné, tapotement oboustranně negativní. Při vyšetření per rektum okolí konečníku je klidné, tonus svěračů normální, Douglasův prostor nevyklenut, bez hmatné rezistence, bez patologické příměsi.

Páteř je bez skoliózy, rozvíjí se volně.

Horní končetiny jsou bez omezení hybnosti, bez známek zánětu.

Dolní končetiny jsou bez otoků, bez známek zánětu, varixů a trofických defektů, pulsace je hmatná do periferie, hybnost volná.

3.2.3 Vyšetření

Pacient si s sebou donesl předoperační vyšetření, jehož součástí jsou laboratorní vyšetření krve: krevní obraz, koagulace, glykémie, minerály, urea, kreatinin, jaterní testy, celková bílkovina, amyláza, lipáza, CRP (C reaktivní protein) – vše v normě; vyšetření moče: základní vyšetření + sediment – též v normě; sérologické vyšetření – negativní. Z rentgenových vyšetření byl proveden: RTG (rentgenové vyšetření) srdce a plic – na nitrohručních orgánech je přiměřený nález. Natočeno EKG (elektrokardiografické vyšetření). Závěr interního předoperačního vyšetření: Schopen operace v celkové narkóze za běžné anesteziologické přípravy.

Důvod předoperačního vyšetření spočívá v posouzení zdravotního stavu pacienta, přidružených chorob a předcházení možných následných pooperačních komplikací. Lhůta, po kterou platí předoperační vyšetření, je časově omezena. (16)

3.2.4 Lékařská diagnóza při přijetí

K 86.9 Pancreatitis chronica, status post stentáži ductus pancreaticus, ductus choledochus.

3.2.4 Medikace pátý pooperační den

Infuzní terapie – Nutriflex peri 2000 ml + 80 ml 10 % NaCl (Natrii chloridum) + 80 ml 7,45 % KCl (Kalii chloridum)

Fraxiparine 0,3/24 hod. s. c. (subkutánně), IS: Antitrombotikum, antikoagulans (prevence tromboembolické nemoci)

Sandostatin 0,1 mg po 8 hod. i. v. (intravenózně), IS: Hormon (prevence komplikací po operacích pankreatu)

Amikin 1 g po 24 hod. i. v., IS: Aminoglykosidové antibiotikum

Neloren 600 mg po 8 hod. i. v., IS: Linkosamidové antibiotikum

Novalgin inj. 1000 mg po 6 hod. i. v., IS: Analgetikum, antipyretikum

Tralgit 100 mg při bolesti i. v. dle ordinace lékaře, IS: Analgetikum, anodynum (18)

3.3 Fyzikální vyšetření sestrou

- objektivní nález pátý pooperační den

Celkový stav:

Pacient je při vědomí, orientován osobou, místem, časem. Psychomotorické tempo je přiměřené, odpovědi jsou odpovídající, řeč je celkem plynulá, slyší dobře. Chůze je mírně nejistá, nutný doprovod druhé osoby, na lůžku zaujímá aktivní polohu.

Fyzikální funkce:

- TK (krevní tlak): 137/80 mmHg
- P (puls): 102/minutu
- Dech: 19/minutu

- TT: 37,5 °C
- Hmotnost: 78 kg
- Výška: 178 cm
- BMI (Body Mass index): 24,6 – přiměřená hmotnost

Hlava a krk:

Hlava je ve středním postavení, na poklep nebolestivá. Vlasy jemné, řídké. Uši a nos bez výtoků. Víčka jsou bez otoků, oční bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, skléry bílé. Rty jsou růžové, jazyk plazí ve střední čáře, je vlhký, mírně povleklý. Chrup vlastní, sanován. Krční páteř je volně pohyblivá, karotidy tepou symetricky, štítná žláza nezvětšena.

Horní končetiny:

Jsou volně pohyblivé, bez známek zánětu.

Hrudník:

Dýchací pohyby souměrné, pod pravou klíční kostí zaveden CŽK (centrální žilní katétr) – průchodný, okolí místa vpichu nejeví známky infekce. Na hrudníku jsou umístěny elektrody pro snímání EKG, po přeložení pacienta na lůžko byly elektrody odstraněny.

Břicho:

Břicho je v úrovni hrudníku, mírně přifouknuté. Jizva po laparotomii (chirurgické otevření dutiny břišní) se hojí per primam intentionem (nekomplikované hojení rány), překryta sterilním mulovým obvazem. V pravém mesogastriu je vyveden korugovaný drén na spád, v levém mesogastriu je vyveden druhý korugovaný drén na spád. Obsah obou drénů je serózní. (24)

Genitál:

Třetí pooperační den odstraněn PMK (permanentní močový katétr). Pacient neudává žádné problémy v souvislosti se zavedením PMK. Ureter bez výtoků.

Dolní končetiny:

Jsou bez otoků, bez defektů. Jako prevence tromboembolické nemoci má pacient nataženy elastické punčochy na dolních končetinách.

Hodnocení úrovně soběstačnosti:

Barthelův test základních všedních denních činností – 75 bodů (příloha č. 3)

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové - 30 bodů (příloha č. 4)

Měření kvality psychiky:

Zkrácený mentální bodovací test (hodnocení psychického stavu podle Gajda) – 9 bodů (příloha č. 5)

4 Ošetrovatelská péče o pacienta s chronickou pankreatitidou

4.1 Průběh hospitalizace

Pacient byl indikován k plánovanému výkonu pro stenózu distálního choledochu s nutností opakovaných výměn stentů a stenózou Wirsungova vývodu v hlavě slinivky břišní. Pacient byl přijat na oddělení den před plánovaným výkonem.

4.1.1 Příjem na oddělení

Po příchodu na oddělení je pacient uložen na čtyřlůžkový pokoj a staniční sestra ho seznámí s uspořádáním oddělení.

Ošetřující lékař sepiše s pacientem dokumentaci, jejíž součástí je souhlas s hospitalizací a souhlas s operačním výkonem. Tyto souhlasy musí pacient potvrdit svým podpisem.

Skupinová sestra odebere ošetrovatelskou anamnézu, seznámí pacienta s předoperační přípravou a návštěvou anesteziologa.

Anesteziolog pacientovi vysvětlí způsob vedení anestezie, zavedení epidurálního katétru či zavedení centrálního žilního katétru. Výsledky rozhovoru jsou zaznamenány do souhlasu s anestezií, a pokud pacient souhlasí, podepíše ho. Po posouzení celkového stavu pacienta, zhodnocení rizik anestezie a operačního výkonu zaznamená anesteziolog do dekurzu premedikaci pacienta, skládající se z prepremedikace – tj. podání uklidňujících léků, kvůli kvalitnějšímu spánku večer před operací, a vlastní premedikace – tj. podání léků půl hodiny před operací. (16)

Ze sesterského hlediska obecná předoperační příprava spočívá v tom, že pacientovi vysvětlí, co je důležité před operací dodržet, a v psychologické podpoře pacienta.

4.1.2. Operační výkon

Předpokládaný operační výkon je hepaticojejunoanastomosa a zřejmě pancreaticojejunoanastomosa. Prvně jmenovaný výkon spočívá v napojení jaterního vývodu (ductus hepaticus) na kličku tenkého střeva. Druhý výkon je napojení hlavního pankreatického vývodu (ductus Wirsungi) na kličku tenkého střeva. Obnovení kontinuity (celistvosti) gastrointestinálního traktu (trávicího ústrojí) je provedeno enteroanastomózou (napojení tenkého střeva na tenké střevo). (22, 24)

4.1.3 Ošetrovatelská péče na jednotce intenzivní péče

Po provedení operace je pacient převezen na jednotku intenzivní péče (JIP) vzhledem k provedení zatěžujícího výkonu a hrozícímu riziku kardiopulmonální dekompenzace. Ošetrovatelská péče sester na chirurgické jednotce intenzivní péče je především zaměřena na systematické sledování pacienta, na prevenci vzniku a včasné odhalení komplikací po anestezii a operačním výkonu. U pacienta se provádí monitorace vitálních funkcí (krevní tlak, puls, dechová frekvence, měření saturace kyslíkem v kapilární krvi pulsním oxymetrem) po přeložení z operačního sálu podle ordinace anesteziologa, v pozdějším období podle ordinace lékaře. Dále se měří tělesná teplota, sleduje se rozdíl mezi příjmem a výdejem tekutin, kontroluje se charakter odpadu z drénů, jeho množství. Během celého dne sestra zajišťuje komplexní ošetrovatelskou péči nebo poskytuje dopomoc při úkonech sebeobsluhy a hygieny v závislosti na stavu pacienta, pomáhá mu se vyrovnat s nově vzniklou situací. Sleduje výsledky ordinovaných vyšetření, ošetřuje invazivní vstupy, operační ránu za dodržení aseptických postupů, sleduje funkčnost a délku zavedení jednotlivých katétrů, drénů. Fyzioterapeut provádí pasivní i aktivní rehabilitační péči podle zdravotního stavu, fyzické kondice pacienta. Jako prevence plicních komplikací je realizována dechová rehabilitace spočívající v nácviku odkašlávání, poklepových masáží, zvlhčování vzduchu a zvlhčování dýchacích cest, nafukování balonku nebo rukavice až desetkrát během hodiny.

4.1.4 Průběh hospitalizace po přeložení pacienta na oddělení

Pooperační průběh je klidný, pacient je pátý pooperační den přeložen na pooperační oddělení, zatížen stravou, rehabilituje. Sedmý pooperační den v odpoledních hodinách pacient při zakašlání cítí „mokra“ pod obvazem. Na převazovně odstraněno krytí operační rány, z horního pólu rány vytéká zkalený obsah. Ošetřující lékař je informován, proveden převaz rány lékařem. Rána v horním pólu rozpuštěna, nabrán stěr k bakteriologickému vyšetření, vyčištěna peroxidem vodíku a na sterilních čtvercích vložen do rány betadine roztok, rána kryta sterilními čtverci. Tímto způsobem je převaz rány prováděn 2krát denně. Operační rána se pomalu čistí, stěny rány granulují, na spodině se nacházejí okrsky nekros. Pacient je jedenáctý pooperační den propuštěn do domácího ošetření. Před propuštěním byl edukován, jak má pečovat o ránu a provádět převazy. Ke kontrole na chirurgickou ambulanci se pacient dostaví za dva dny a dle stavu rány se stanoví další ošetření.

4.2 Posouzení stavu potřeb klienta dle „Functional Health Patterns“

Model „Funkčního typu zdraví“ – koncepční model Marjory Gordonové, se skládá z dvanácti oblastí a představuje celkové a systematické zhodnocení zdravotního stavu pacienta. (1)

Tento typ modelu jsem si vybrala, protože patří mezi modely nejlépe posuzující potřeby nemocných v bio-psycho-sociální oblasti. Sesterská anamnéza potřeb pacienta dle M. Gordonové, NANDA II byla odebrána v den přijetí a pátý pooperační den.

4.2.1 Zhodnocení potřeb pacienta

1. Podpora zdraví

Pacient si uvědomuje, že s onemocněním bude muset žít celý život. V současné době se již s tímto faktorem smířil, ale před třemi lety měl krizi a myslel, že to nezvládne. Dříve pil pivo 3 – 4 denně, ale od zjištění diagnózy abstinuje. Je kuřák, kouří 10 cigaret denně. Dietní režim se snaží dodržovat, má naordinovanou

dietu číslo 4 – žlučnickovou (příloha č. 7). Chronickou medikaci užívá. Od operace očekává zlepšení zdravotního stavu.

2. Výživa

V poslední době si váhu drží na stejné úrovni, znatelné výkyvy nejsou, BMI je 24,6. Stravuje se 3 – 4krát denně, v menších porcích. Má vyzkoušené pokrmy, které může a které mu nedělají dobře. Nejí vůbec čerstvou zeleninu, vařená a dušená mu nevadí. Upřednostňuje domácí stravu, problém má při výběru jídel v restauraci, jelikož se vzhledem ke své pracovní činnosti musí někdy stravovat i tam. Příjem tekutin je v rozmezí 1500 ml – 2000 ml, většinou ovocné šťávy s vodou, čaj, občas nealkoholické pivo po obědě. Chuť k jídlu má dobrou, nyní spíše nechutenství způsobené pooperačním stavem. Chrup má vlastní, sanován. Pacient je zatížen stravou, má naordinovanou kašovitou dietu, popíjí Nutridrink 200 ml 2krát denně (z důvodu vyváženého obsahu živin, podporuje lepší hojení operační rány). Potíže s polykáním neudává, jí po menších dávkách, cítí se nafouklý.

3. Vylučování a výměna

Doma vylučování moče bez problémů. Třetí pooperační den odstraněn PMK. Ureter je bez výtoku, pacient neudává žádné problémy v souvislosti se zavedením PMK. Stolicí má obvykle 1 – 2krát denně, hnědé barvy, většinou tuhé konzistence, preparáty na vyprázdnění neužívá. V současnosti se cítí nafouklý, trocha stolice odešla třetí pooperační den, větry odcházejí. Nyní se zvýšeně potí, přičítá to pooperačnímu stavu a zvýšené teplotě.

4. Aktivita – odpočinek

Velkým koníčkem pacienta je rybaření. Když se cítí unavený, tak odpočívá při sledování televize nebo si jde na chvíli lehnout. Je plně soběstačný, nezávislý. Umí vařit, zastává domácí práce. Léky na spaní neužívá, někdy nemůže usnout. Na jednotce intenzivní péče se moc nevyspal, vadil mu ruch na oddělení, cítí se unavený. Vzhledem k operačnímu výkonu je pacient částečně omezen v běžných denních činnostech, sebeobsluže. K obnovení kondice provádí cvičení na lůžku vleže a vsedě, trénuje chůzi. Jako prevenci plicních komplikací provádí dechovou rehabilitaci.

5. *Vnímání – pozorování*

Pacient je při vědomí, orientován osobou, místem časem, po kvalitativní stránce je vědomí beze změn. Výpadky paměti, změny ve vybavování neudává. Problémy se sluchem nemá, brýle nenosí, mluví celkem plynule, občas se při řeči zadýchává. Při komunikaci udržuje oční kontakt, je přátelský. Nyní je pro něj těžší udržet pozornost.

6. *Vnímání sebe sama*

Považuje se za racionálního člověka, většinou si důvěřuje, se svým vzhledem je spokojený. V den přijetí udává obavy z toho, jak dopadne operace, je trochu nervózní. Pooperační průběh vnímá jako dobrý, těší se domů. Je optimisticky naladěný.

7. *Vztahy*

Pacient je rozvedený, má dvě skoro dospělé dcery, nestýká se s nimi. Vztah s rodiči a sourozenci považuje za uspokojivý. Asi rok bydlí u přítelkyně v rodinném domku, předtím bydlel v bytě. Pracuje ve firmě, montuje kuchyňské linky a dveře. Práce mu vyhovuje, je spokojený.

8. *Sexualita*

Pacient urologické problémy nemá. Dále o tomto tématu nechtěl mluvit.

9. *Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu*

V poslední době pacient žádnou kritickou událost neudává. Nejhorší pro něj byl rozvod před třemi lety. Nejlépe se odreaguje při rybaření, velkou oporu má v přítelkyni. Dřív chodil s kamarády na pivo.

10. *Životní princip*

Pacient je ateista. Náboženskou víru nevyznává.

11. *Bezpečnost – ochrana*

Z důvodu operační rány po příčné laparotomii, zavedeným drénům a zavedenému ČŽK (6. den) hrozí riziko infekce.

12. Komfort

Stěžuje si na akutní bolest. Intenzita bolesti byla hodnocena pětibodovou vizuální analogovou škálou na stupni číslo 3. (příloha č. 6)

13. Růst – vývoj

Pacient je po operaci částečně upoután na lůžko, potřebuje dopomoc druhé osoby při hygieně, koupání.

4.3 Seznam ošetrovatelských diagnóz

- seřazeno dle priority pacienta, první a druhá ošetrovatelská diagnóza byla stanovena v den přijetí pacienta, ostatní ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny pátý pooperační den, v den překlady z JIPu

- 1. Strach (00148)** související s operačním výkonem projevující se verbalizací obav, nervozitou, nejistotou
- 2. Deficitní znalost (00126)** v souvislosti s operačním výkonem projevující se verbalizací strachu (viz edukace)
- 3. Akutní bolest (00132)** z důvodu operačního zákroku projevující se verbalizací bolesti pacientem
- 4. Deficit sebepečce při koupání a hygieně (00108)** v souvislosti s pooperačním stavem projevující se nutností pomoci při hygieně
- 5. Porušený spánek (00095)** v souvislosti se změnou prostředí projevující se ztíženým usínáním, častým probouzením během noci, únavou
- 6. Riziko zácpy (00015)** z důvodu snížené motility gastrointestinálního traktu
- 7. Riziko infekce (00004)** v souvislosti se zavedením CŽK, operační ránou, zavedenými drény (14)

4.4 Plán ošetrovatelské péče

4.4.1 Ošetrovatelská diagnóza číslo 1

Strach (00148) související s operačním výkonem projevující se verbalizací obav, nervozitou, nejistotou (14)

Cíl:

- pacient má zmírněný strach v maximální možné míře do operačního zákroku

Výsledná kritéria:

- pacient má dostatek informací do 3 hodin
- pacient je poučen o relaxačních technikách do 3 hodin
- pacient neverbalizuje strach

Intervence:

- zjistí příčinu vyvolávající strach do 10 minut
- poskytni pacientovi dostatek informací o ošetrovatelských výkonech do 2 hodin
- vysvětlí pacientovi potřebné postupy na takové úrovni, aby je byl schopen pochopit a vykonat - průběžně
- poskytni pacientovi dostatek času k jeho otázkám – průběžně
- respektuj jeho vnímání strachu – při každém kontaktu
- doporuč pacientovi činnost k odpoutání pozornosti do 3 hodin

Realizace:

- u pacienta jsem zjistila příčinu strachu
- s pacientem jsem vedla rozhovor o průběhu předoperační přípravy, pooperační péče (viz edukace pacienta)
- pacienta jsem seznámila s provozem oddělení
- pacientovi jsem nabídla možnost sledování televize, čtení
- pacientovi jsem nabídla možnost podání hypnotika na noc dle ordinace lékaře

Hodnocení:

- efekt částečný, pacient je klidnější, cítí se lépe, ale ještě přetrvává mírná nervozita, snaží se zaměřit na jiné aktivity. Ošetrovatelská diagnóza v den přijetí trvá.

4.4.2 Ošetrovatelská diagnóza číslo 3

Akutní bolest (00132) z důvodu operačního zákroku projevující se verbalizací bolesti pacientem (14)

Cíl:

- pacient je bez bolesti do tří dnů

Výsledné kritéria:

- pacient zná příčinu bolesti do 10 minut
- pacient je seznámen s analgetickou léčbou do 15 minut
- pacient zná účinky léků do 30 minut
- pacient umí hodnotit intenzitu bolesti podle pětibodové škály do 1 hodiny

Intervence:

- vysvětlí pacientovi příčinu bolesti do 10 minut
- zhodnot' intenzitu bolesti pomocí pětibodové škály do 10 minut
- seznam pacienta s analgetickou léčbou dle ordinace lékaře do 15 minut
- podej informace o předcházení bolesti (mírné komprese rány při otáčení, vstávání, kašli) do 30 minut
- podávej analgetika dle ordinace lékaře – každý den
- sleduj účinek analgetik – průběžně
- při přetrvávající bolesti informuj ošetřujícího lékaře - vždy
- sleduj základní fyziologické funkce – průběžně
- akceptuj pacientovo líčení bolesti – vždy
- pozoruj neverbální projevy – při každém kontaktu
- pečuj o pohodlí pacienta – průběžně
- pobízej pacienta k zabavení se poslechem rádia, televize, četby – každý den

Realizace:

- pacientovi jsem vysvětlila příčinu bolesti
- zhodnotila jsem intenzitu bolesti podle pětibodové škály
- seznámila jsem pacienta s analgetickou léčbou
- podávala jsem analgetika dle ordinace lékaře, sledovala jejich účinek
- při neúčinnosti analgetik jsem informovala lékaře
- sledovala jsem fyziologické funkce a neverbální projevy pacienta
- akceptovala jsem jeho líčení bolesti
- spolu s ošetřovatelkou jsem se snažila zajistit pohodlí pacienta
- pacientovi jsem doporučila aktivity k odpoutání bolesti

Hodnocení:

- pacient udává bolest na stupnici VAS (vizuální analogová škála) 3
- po aplikaci analgetik dle ošetřujícího lékaře pacient udává zmírnění bolesti – stupeň VAS 1, fyziologické funkce jsou v normě.
- pacient během dne sleduje DVD, které si nechal přinést, komunikuje s ostatními pacienty.
- třetí den udává bolest na stupnici VAS 0 – 1, ale vzhledem k dehiscenci rány bolest opět stoupla na stupeň VAS 2. Efekt částečný, ošetřovatelská diagnóza trvá.

4.2.3 Ošetřovatelská diagnóza číslo 4

Deficit sebepéče při koupání a hygieně (00108) v souvislosti s pooperačním stavem projevující se nutností pomoci při hygieně (14)

Cíl:

- pacient toleruje pomoc při hygieně, úroveň sebepéče se nezhoršuje a postupně dochází k zlepšování úrovně sebepéče do tří dnů

Výsledné kritéria:

- pacient zná příčiny deficitu sebepéče do 1 hodiny
- pacient je schopný dojít sám do koupelny do 2 dnů

- pacient nepotřebuje pomoc při hygieně do 3 dnů

Intervence:

- vysvětlí pacientovi příčinu stavu do 1 hodiny
- zhodnotí schopnosti pacienta do 2 hodin
- pomoz se sebedečce každé ráno dle potřeby pacienta
- připrav všechny pomůcky nutné k hygienické péči na dosah ruky pacienta – průběžně
- zajisti úpravu okolí lůžka a připrav signalizaci na dosah ruky - průběžně
- zajisti pacientovi dostatek soukromí při provádění hygienické péče – průběžně
- poskytni pacientovi dostatek času k provádění hygienické péče – každý den
- podporuj pacienta při jeho snaze o sebedečce – při každém kontaktu
- zajisti bezpečnost pacienta – každý den

Realizace:

- zhodnotila jsem stupeň soběstačnosti pacienta
- snažila jsem se zajistit pacientovi dostatek soukromí při hygieně
- poskytla jsem pacientovi dostatek času k provádění hygienické péče
- připravila jsem pacientovi všechny pomůcky nutné k hygienické péči na dosah ruky a pomáhala se sebedečce dle jeho potřeby
- ošetřovatelka zajistila upravené okolí lůžka a signalizaci
- zajišťovala jsem bezpečnost pacienta

Hodnocení:

- pacient je lehce závislý na pomoci druhé osoby
- při provádění hygienické péče na lůžku požádal jen o pomoc při mytí zad, dolních končetin
- postupně dochází k zlepšení sebedečce, třetí den je pacient schopný provádět hygienickou péči v koupelně, potřebuje dopomoc jen při mytí zad
- efekt úplný, ošetřovatelská diagnóza ukončena

4.2.4 Ošetrovatelská diagnóza číslo 5

Porušený spánek (00095) v souvislosti se změnou prostředí projevující se ztíženým usínáním, častým probouzením během noci, únavou (14)

Cíl:

- pacient má dostatečný a kvalitní spánek do 4 dnů

Výsledné kritéria:

- pacient si nestěžuje na časté buzení do 2 dnů
- pacient spí celou noc do 4 dnů
- pacient se po probuzení cítí odpočatý do 4 dnů

Intervence:

- zjistí příčiny nespavosti do 2 hodin
- zjistí rituály pacienta před spaním do 2 hodin
- vysvětlí pacientovi nutnost vyrušování z důvodu podávání antibiotik do 4 hodin
- uspořádej péči tak, aby měl pacient nepřerušovaný spánek do 12 hodin
- před spaním se postarej o klidné prostředí, vyvětrej – každý den
- podej hypnotika dle ordinace lékaře – každý den

Realizace:

- u pacienta jsem zjistila příčinu nespavosti
- vysvětlila jsem pacientovi nutnost podávání antibiotik
- uspořádala jsem ošetrovatelskou péči tak, aby byl pacient co nejméně rušen
- upravila jsem lůžko před spaním a vyvětrala
- podala jsem hypnotika dle ordinace lékaře

Hodnocení:

- pacient udává jako příčinu nespavosti hluk, shon a pípání přístrojů na JIPu
- pacient chápe nutnost podávání antibiotik
- pacient využil možnost podání hypnotik
- za dva dny pacient usíná do 30 minut po uložení ke spánku, během noci se nebudí, třetí den se ráno cítí vyspalý a odpočatý

- efekt úplný, pacient je s kvalitou spánku spokojený, ošetrovatelská diagnóza ukončena

4.2.5 Ošetrovatelská diagnóza číslo 6

Riziko zácpy (00015) z důvodu snížené motility gastrointestinálního traktu (14)

Cíl:

- udržet normální vyprazdňování a fungování střev do 2 dnů

Intervence:

- zjistí, zda pacient má střevní peristaltiku do 30 minut
- edukuj pacienta o důležitosti pohybu (podpora činnosti střev) do 30 minut
- informuj lékaře o riziku zácpy do 1 hodiny
- zajisti soukromí při defekaci – průběžně

Realizace:

- zjistila jsem, zda má pacient střevní peristaltiku
- vysvětlila jsem pacientovi důležitost pohybu pro obnovení činnosti střev
- informovala jsem lékaře o riziku zácpy
- po domluvě s pacientem jsem splnila ordinace lékaře
- zajistila jsem soukromí při defekaci

Hodnocení:

- pacient do večera udává zlepšení obtíží, necítí se nafouklý, větry odcházejí.
- druhý den pacient udává odchod stolice
- efekt úplný, ošetrovatelská diagnóza ukončena

4.2.6 Ošetrovatelská diagnóza číslo 7

Riziko infekce (00004) v souvislosti se zavedením CŽK, operační ránou, zavedenými drény (14)

Cíl:

- pacient nemá celkové ani místní známky infekce po dobu zavedení CŽK
- okolí operační rány ani okolí zavedených drénů nejeví místní známky infekce

Intervence:

- pravidelně kontroluj místa invazivních vstupů, okolí operační rány – průběžně
- dodržuj sterilní postupy při převazování CŽK, aplikaci léků, infuzních roztoků – průběžně
- dodržuj sterilní postup při převazování operační rány – při každém převazu
- sleduj funkčnost, délku zavedení CŽK – po dobu zavedení
- sleduj funkčnost, obsah drénů – po dobu zavedení
- podle potřeby nebo indikace převazuj operační ránu a CŽK

Realizace:

- pravidelně jsem kontrolovala okolí zavedení CŽK, okolí zavedených drénů, okolí rány
- dodržovala jsem sterilní postup při převazování CŽK, aplikaci léků, infuzních roztoků
- dodržovala jsem sterilní postup při převazování operační rány
- sledovala jsem funkčnost, délku zavedení CŽK
- sledovala jsem funkčnost, obsah drénů
- podle potřeby nebo indikace jsem převazovala operační ránu a CŽK

Hodnocení:

- sedmý pooperační den vytažen CŽK, okolí zavedení CŽK je klidné, není bolestivé, zarudlé, oteklé
- operační rána je pátý pooperační den klidná, okolí není červené, je mírně oteklé. Šestý pooperační den je kůže v horním pólu rány mírně červená, lékař informován, operační rána ošetřena. Sedmý pooperační den pacient udává

„mokro“ pod obvazem – z rány vytéká zkalený obsah. Operační rána ošetřena lékařem.

- drény šestý pooperační den odstraněny, okolí po zavedení drénu vlevo je klidné, okolí po zavedení drénu vpravo je mírně červené
- efekt po zavedení CŽK je úplný, efekt po zavedení drénů je částečný, efekt u operační rány je též částečný, přesto ošetrovatelská diagnóza ukončena

5 Edukace pacienta

Edukace je jinými slovy seznámení a poučení pacienta s problematikou v určité oblasti, kterou nezná nebo má nepřesné a zkreslené informace. Každá zdravotní sestra provádí edukaci každodenně při vykonávání ošetrovatelského procesu.

5.1 Edukační list

Edukovaným pacientem je P. K. s diagnózou chronické pankreatitidy. Edukace pacienta je zaměřena na podání informací o předoperační přípravě před plánovaným výkonem. Cílem edukace je zmírnění strachu z výsledku operačního výkonu a průběhu následné pooperační ošetrovatelské péče. Stres vyvolaný strachem vytváří zároveň i částečnou komunikační bariéru. Edukace bude prováděna verbální formou. Dosažení cíle si ověříme v průběhu rozhovorem a v závěru kladením otázek.

5.2 Edukační záznam – realizace

Tabulka 4 – Edukační záznam – realizace

Téma	předoperační příprava, pooperační péče
Forma edukace	verbálně
Reakce na edukaci	dotazy, verbální pochopení
Doporučení	sledovat efekt, pochopení tématu a zmírnění strachu
Příjemce edukace	pacient P. K.
Edukátor	skupinová sestra Svobodová

5.3 Postup při zaškolení – edukaci

- zajistit soukromí pacienta
- stanovit délku trvání edukace
- vysvětlit důvod výuky

5.4 Edukační plán ošetrovatelské péče

5.4.1 Ošetrovatelská diagnóza číslo 2

Deficitní znalost (00126) v souvislosti s operačním výkonem projevující se verbalizací strachu (14)

Cíl:

- pacient má dostatek informací do 2 hodin

Výsledné kritéria:

- pacient zná význam předoperační přípravy do 2 hodin
- pacient umí vysvětlit důvod předoperačních postupů do 2 hodin
- pacient je seznámen s běžnou pooperační péčí do 2 hodin

Intervence:

- zjistí úroveň znalostí pacienta do 15 minut
- seznam pacienta s návštěvou anesteziologa do 1 hodiny
- seznam pacienta s celkovou hygienou před operačním výkonem do jedné hodiny
- seznam pacienta se zákazem příjmu tekutin, jídla a kouření od půlnoci do 1 hodiny
- vysvětlí pacientovi důvod odstranění šperků, hodinek, zubní náhrady (popř. žvýkačky, cukrátek), osobního prádla, vymočení se těsně před operací do 1 hodiny
- seznam pacienta s nutností oholení operačního pole do 1 hodiny
- seznam pacienta s prevencí tromboembolické nemoci do 1 hodiny
- vysvětlí pacientovi význam včasné rehabilitace po operačním výkonu do 1 hodiny
- seznam pacienta s běžnou pooperační péčí do 1 hodiny
- seznam pacienta s možností uložení cenností do trezoru do 1 hodiny

Realizace:

- zjistila jsem úroveň znalostí pacienta
- seznámila jsem pacienta s návštěvou anesteziologa
- seznámila jsem pacienta s celkovou hygienou před operačním výkonem
- seznámila jsem pacienta se zákazem příjmu tekutin, jídla a pití od půlnoci
- vysvětlila jsem pacientovi důvod odstranění hodinek, osobního prádla, žvýkačky nebo cukrátek, vymočení se těsně před operací
- seznámila jsem pacienta s nutností oholení operačního pole
- seznámila jsem pacienta s prevencí tromboembolické nemoci
- vysvětlila jsem pacientovi význam včasné rehabilitace po operačním výkonu
- seznámila jsem pacienta s běžnou pooperační péčí
- seznámila jsem pacienta s možností uložení cenností do trezoru

Hodnocení:

- pacient udává spokojenost s podanými informacemi (ještě čeká na návštěvu anesteziologa)
- pacient umí vysvětlit důvod předoperační přípravy
- pacient ví, jak bude probíhat pooperační ošetrovatelská péče
- efekt úplný, cíl edukace splněn

5.5 Kontrolní otázky pro sestru

Tabulka 5 – Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky	Správné odpovědi
Jaký je důvod návštěvy anesteziologa?	Seznámí Vás s druhem anestezie, s možností zavedení epidurální anestezie, CŽK. Předepíše premedikaci – tj. podání uklidňujícího léku na noc a medikaci před výkonem.
Proč je důležitá včasná rehabilitace po operaci?	Prevence tromboembolické nemoci, vzniku a rozvoji dýchacích komplikací, oslabení svalové výkonnosti.
Co mě čeká po operačním výkonu?	Převoz na JIP, měření fyziologických funkcí, podávání infuzí, bolest v operační ráně – podání analgetik, možnost nauzey.

5.6 Kontrolní otázky pro pacienta

Tabulka 6 – Kontrolní otázky pro pacienta

Kontrolní otázky	Správné odpovědi
Co uděláte večer před výkonem?	Provedu celkovou hygienu.
Co je důležité dodržet od půlnoci před operačním výkonem?	Nejíst, nepít, nekouřit.
Co je nutné splnit těsně před operačním výkonem?	Odložit hodinky; nic nemít v dutině ústní, kromě vlastních pevných zubů; být vymočen; sundat si prádlo, nechat si jen košilku.

6 Závěr

Chronická pankreatitida se řadí k závažným onemocněním, která negativně ovlivňují kvalitu života nemocných, a zároveň zde hrozí zvýšené riziko výskytu zhoubného nádoru slinivky břišní. Při léčbě onemocnění je důležitá mezioborová spolupráce lékařů, poněvadž je založena jak na konzervativní, tak na endoskopické i chirurgické léčbě.

V teoretické části práce jsem se pokusila shrnout základní informace potřebné pro pochopení významu tohoto onemocnění, jeho diagnostiku a léčbu.

V praktické části práce jsem pro vypracování ošetrovatelského plánu zvolila model „Funkčního typu zdraví“ Majory Gordon. Stanovila jsem sedm ošetrovatelských diagnóz, z toho jednu edukační, seřadila je dle priorit pacienta a vypracovala ošetrovatelský plán. Ze stanovených diagnóz se mi spolu s kolegyněmi podařilo čtyři splnit úplně a tři splnit částečně.

Po celou dobu byla s pacientem dobrá spolupráce a s průběhem hospitalizace byl spokojený, i když se nepodařilo úplně splnit ošetrovatelskou diagnózu rizika infekce v souvislosti s operační ránou (sedmý pooperační den došlo v horním pólu operační rány k dehiscenci) a tím se prodloužila doba hospitalizace pacienta.

I přes náročnost onemocnění a komplikovanou hospitalizaci se pacientovi podařilo zvládnout situaci a navrátit se do svého domácího prostředí.

Sesterská péče je nedílnou součástí nejen ošetrovatelského, ale i terapeutického plánu léčby chronické pankreatitidy. Vedle medikamentózní a eventuální chirurgické léčby tak klade důraz na komfort a dobrou kvalitu života u dlouhodobě nemocných pacientů.

7 Seznam bibliografických odkazů

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. RNDr. ing. František Skopec, CSc. – NUCLEUC HK, 2003. ISBN 80-86225-33-X.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
3. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. Druhé, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0143-X.
4. DÍTĚ, P. *Chronická pankreatitida*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-72-62-148-3.
5. DÍTĚ, P. *Chronická pankreatitida – klasifikace, diagnostika a terapie*. Postgraduální medicína, 2004, roč. 6, č. 3, s. 246 – 251. ISSN 1213-8711.
6. DÍTĚ, P. *Chronickou pankreatitidu umíme léčit*. Medical Tribune, 2006, roč. 2, č. 31, str. 20 – 22. ISSN 1214-8911.
7. DÍTĚ, P. *Nové trendy v diagnostice a terapii chronické pankreatitidy*. Zdravotnické noviny. Lékařské listy, 2007, roč. 56, č. 3, str. 8 – 12. ISSN 1213-8711.
8. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
9. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216-X
10. JIRÁSEK, V., BRODANOVÁ, M., MAREČEK, Z. *Gastroenterologie, hepatologie. Vnitřní lékařství. Svazek IV*. Praha: Galén a Karolinum, 2002. ISBN 80-7262-139-4 (Galén), ISBN 80-246-0389-6 (Karolinum).
11. KOHOUT, P., LIŠKOVÁ, M., MENGEROVÁ, O. *Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická*. Praha: Forsapi, 2007. ISBN 978-80-903820-3-9.
12. KRECHLER, T. *Chronická pankreatitida – současné diagnostické možnosti*. Practicus. 2005, roč. 4, č. 9, s. 372 – 373. ISSN 1213-8711.
13. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.
14. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

15. MAŘATKA, Z. a spol. *Gastroenterologie*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-561-2.
16. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1443-4.
17. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1150-8.
18. *Pharmindex brevír*. 17. vydání. Medical Tribune ve spolupráci s Inpharmex. ISBN 978-80-87135-05-1.
19. SILBERNAGL, S., FLORIAN, L. *Atlas patofyziologie člověka*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-968-3.
20. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6 Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Vydání první – dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-323-6.
21. ŠPIČÁK, J. *Akutní pankreatitida*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0942-2.
22. ŠVÁB, J. *Chirurgické léčení chronické pankreatitidy*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0541-9.
23. TROJAN, S. a kol. *Lékařská fyziologie*. Vydání 3., doplněné a rozšířené. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-788-5.
24. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha: Marxdorf, 2002, ISBN 80-85912-43-0.
25. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

8 Seznam použitých zkratek

BMI	Body Mass index
CRP	C reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
CŽK	centrální žilní katétr
EKG	elektrokardiografické vyšetření
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
GCS	Glasgow Coma Scale Glasgowská stupnice hloubky vědomí
HCO ₃ ⁻	hydrogenkarbonátové ionty
i. v.	intravenózně
IS	indikační skupina
JIP	jednotka intenzivní péče
KCl	kalii chloridum
MRCP	cholangiopankreatografie magnetickou rezonancí
NaCl	natrii chloridum
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku
P	puls
PMK	permanentní močový katétr
RTG	rentgenové vyšetření
s. c.	subkutánně
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
UGS	ultrasonografie
VAS	vizuální analogová škála

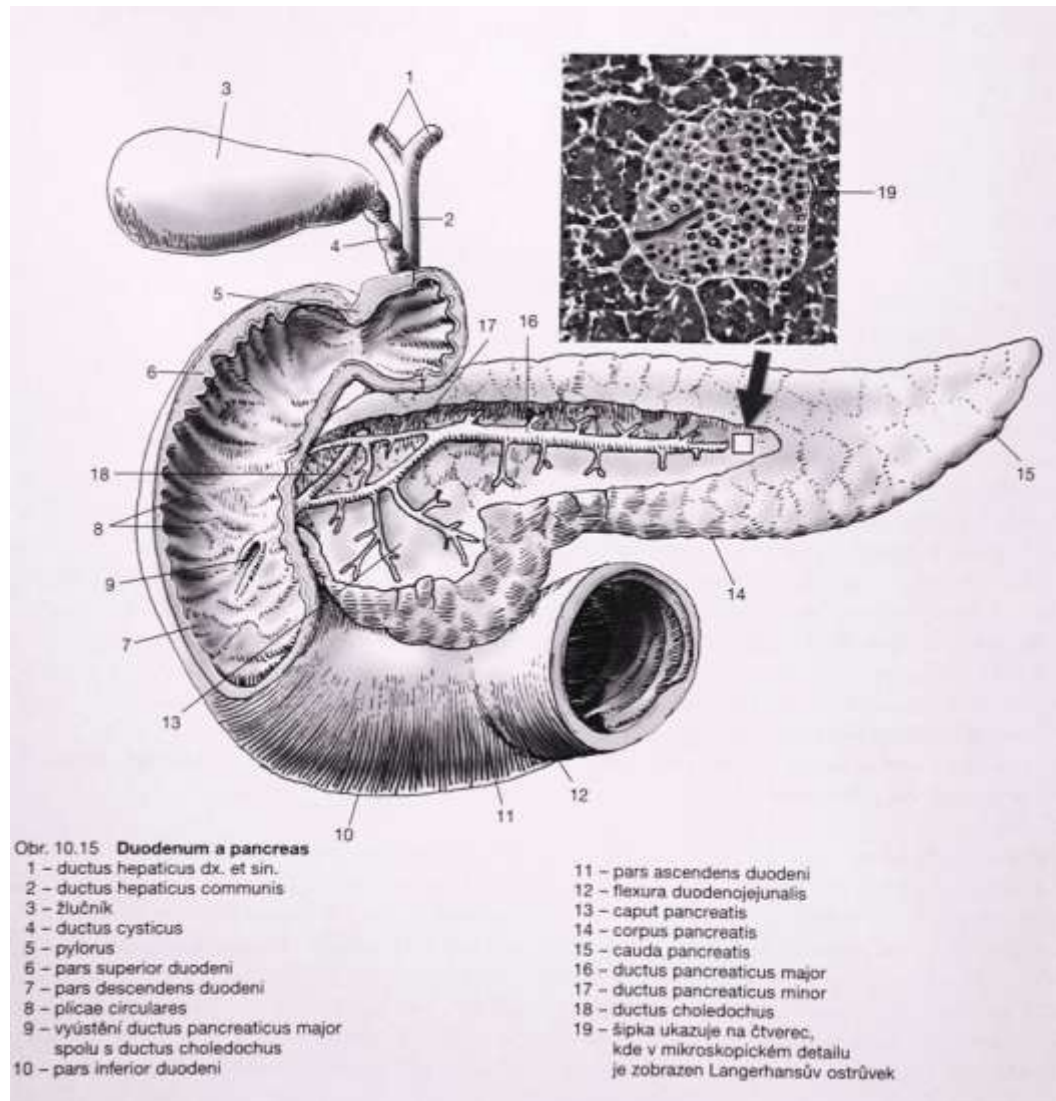
9 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Incidence chronické pankreatitidy	11
Tabulka č. 2 Klasifikace TIGAR-O	13
Tabulka č. 3 Identifikační údaje	21
Tabulka č. 4 Edukační záznam – realizace	41
Tabulka č. 5 Kontrolní otázky pro sestru	44
Tabulka č. 6 Kontrolní otázky pro pacienta	44

10 Seznam příloh

Příloha č. 1 Anatomie slinivky břišní	51
Příloha č. 2 Aciny exokrinní části pankreatu	52
Příloha č. 3 Barthelův test základních všedních činností	53
Příloha č. 4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové	55
Příloha č. 5 Zkrácený mentální bodovací test	56
Příloha č. 6 Hodnocení bolesti	57
Příloha č. 7 Dieta č. 4 – žlučnicková	58
Příloha č. 8 Přípravek enterální výživy k sippingu	59
Příloha č. 9 Nasojejunální sonda	60

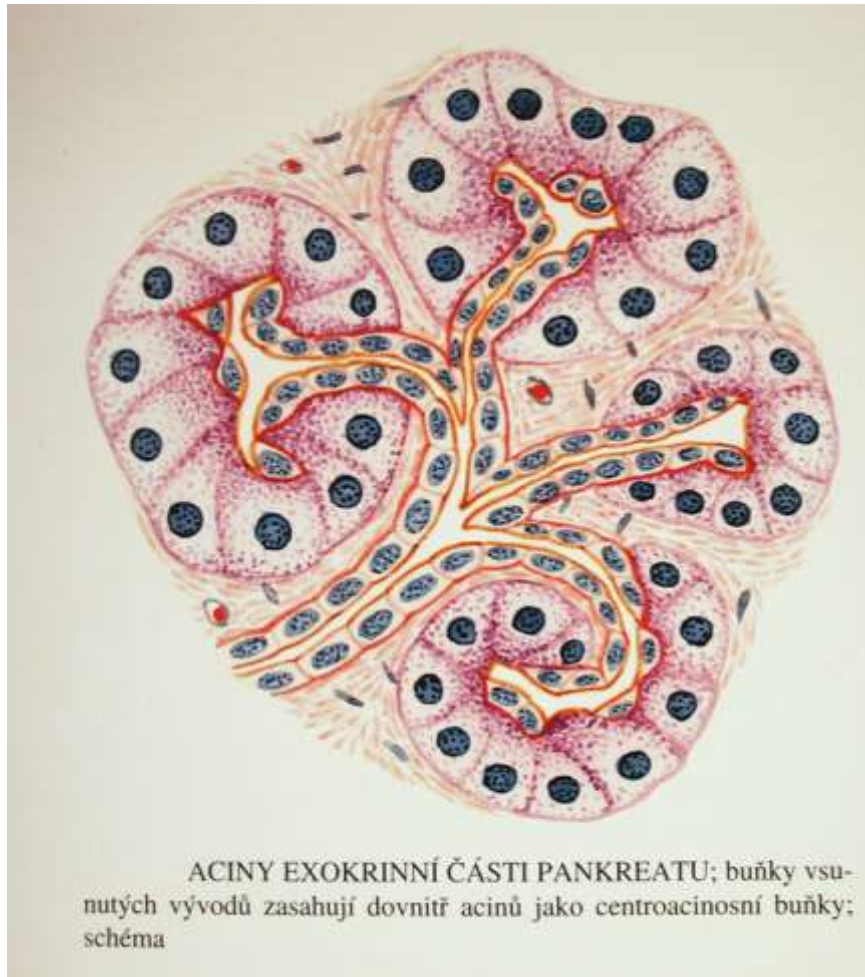
Příloha č. 1



Obrázek 1 – Duodenum a pancreas

Převzato: Elišková, M., Naňka, O. Přehled anatomie, 2006, s. 156.

Příloha č. 2



Obrázek 2 – Aciny exokrinní části pancreatu

Převzato: Čihák, R. Anatomie 2, 2002, s. 121.

Příloha č. 3

Tabulka 7 – Barthelův test základních všedních činností (ADL-activity daily living)

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	
3. koupání	samostatně nebo 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
	trvale 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 x
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti

0 – 40 bodů	vysoce závislý
41 –60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
96 – 100 bodů	nezávislý

Skóre pacienta je 75 bodů – lehká závislost

Převzato: Staňková, M. České ošetřovatelství 6 Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi, 2006, s. 35, 36

Příloha č. 4

Tabulka 8 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

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

Převzato: Ze školních materiálů

Příloha č. 5

Tabulka 9 – Zkrácený mentální bodovací test (hodnocení psychického stavu dle Gainda)

Zjistěte u nemocného otázkami a úkoly		
1. věk	1x	0
2. kolik je asi hodin	1x	0
3. adresu*	1x	0
4. současný rok	1x	0
5. kde je hospitalizován	1x	0
6. poznání alespoň dvou osob	1x	0
7. datum narození	1x	0
8. jméno současného prezidenta	1x	0
9. odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat pozpátku měsíce v roce od prosince k lednu	1x	0
Celkem	9	

*na konci testu by měla být adresa nemocným zopakována, abychom se ujistily, že nemocný dobře slyší

Test slouží k ošetřovatelskému zhodnocení. Za každou správnou odpověď má nemocný 1bod. Nedosáhne-li ani 7 bodů, jedná se o zmatenost.

Převzato: Staňková, M. České ošetřovatelství 6 Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi, 2006, s. 27

Příloha č. 6

Hodnocení bolesti

Pátý pooperační den – 12 hodin

žádná		nesnesitelná
bolest	0-----1-----2----- 3 -----4-----5	bolest

Po podání analgetik – 13 hodin

žádná		nesnesitelná
bolest	0----- 1 -----2-----3-----4-----5	bolest

Převzato: Staňková, M. České ošetřovatelství 6 Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi, 2006, s. 27

Příloha č. 7

Dieta č. 4 – žlučnická

Pankreatická dieta má více stupňů, podle množství podávaného tuku. Tato dieta se podává při chronické pankreatitidě, v klidovém stavu, obsahuje 60 gramů tuku.

Příklady vhodných potravin:

Tuky: máslo, rostlinné tuky – např. Rama, Flora, Perla, rostlinné oleje

Ovoce: většinou tepelně zpracované – pyré, šťávy, džusy, mošty

syrové jen zralé a zbavené slupky – např. banány, jablka, hrušky, pomeranče, broskve, mandarinky

Zelenina: mražená, sterilizovaná, připravená do měkka – mrkev, petržel, celer, špenát, hlávkový salát, rajčata, sladký kečup

Pečivo: bílá – veka, pečivo, chléb, toustový chléb, suchary

Mléčné výrobky: zakysané mléčné výrobky, nízkotučné sýry, tvarohy, jogurty

Přílohy: mimo kynutých knedlíků a smažených brambor všechny

Maso: libové ne tučné – hovězí, telecí, vepřové, kuřecí, králíčí, krůtí prsa, rybí filé, treska, kapr, pstruh, libová šunka

Nápoje: neperlivé vody, ovocné šťávy, džusy ředěné vodou, čaj – černý, zelený, bylinné

Obiloviny: pšeničná mouka bílá a krupice, dětská krupička, rýže, ovesné vločky

Veje: bílky neomezeně, žloutek nebo celá jen ½ kusu denně jako součást jídel

Koření: sušené zeleninové natě, pažitka, kopr, bobkový list, vývar z kmínu, hub, červená sladká paprika

Technologická úprava:

Vaření, dušení, horkovzdušná trouba, pečení v alobalu bez tuku, na nádobí potaženém teflonem.

Převzato: Kohout, P., Lišková, M., Mengerová, O. Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická, 2007, str. 47., 75 – 77.

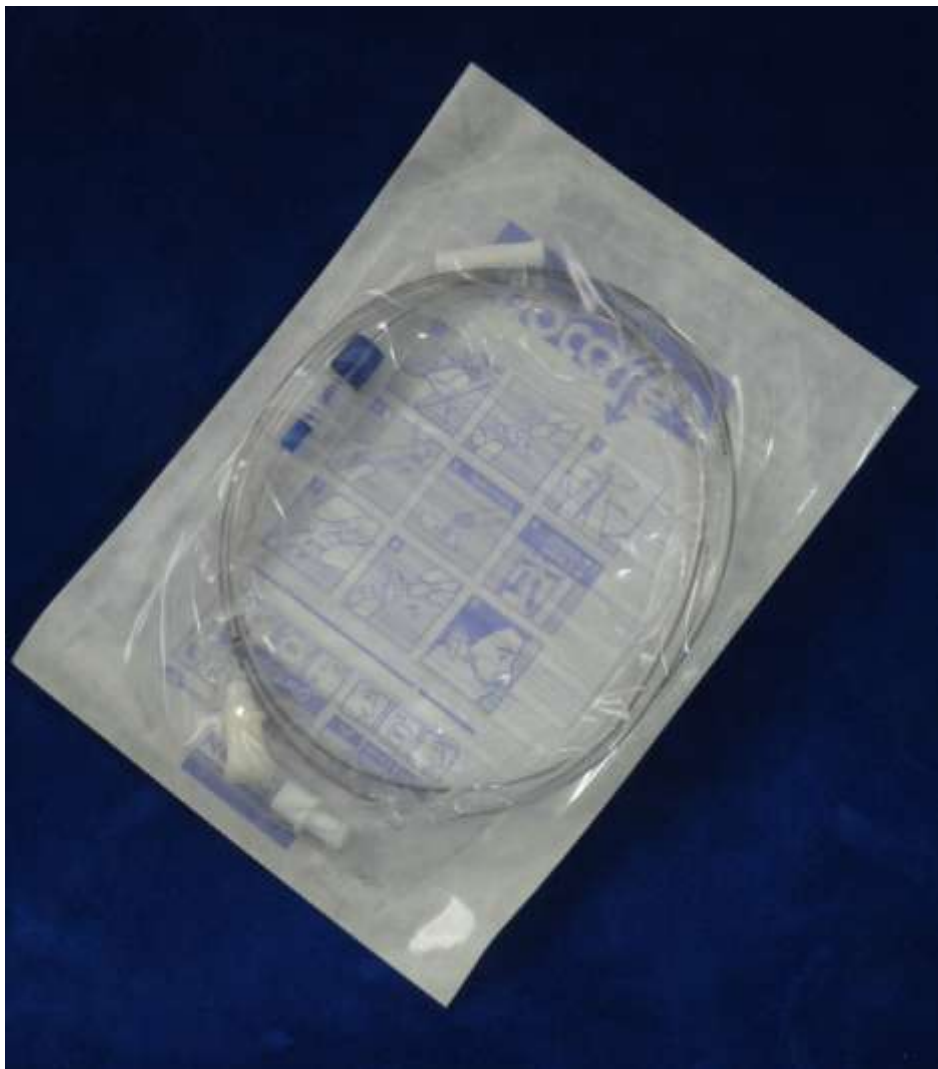
Příloha č. 8



Obrázek 3 – Přípravek enterální výživy k sippingu

Zdroj: Vlastní fotodokumentace

Příloha č. 9



Obrázek 4 – Nasojejunální sonda

Zdroj: vlastní fotodokumentace