

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S CHRONICKOU PANKREATITIDOU**

Bakalářská práce

IDA VEČEŘOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, Ph. D., M. P. H., R. N.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010 - 03 - 31

Praha 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

VEČEŘOVÁ, Ida. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s chronickou pankreatitidou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, Ph.D., M. P. H, R. N.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s chronickou pankreatitidou. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

Teoretická část bakalářské práce zachycuje činnost významných zahraničních, některých českých badatelů, kteří se již od 2.st.n.l. pokoušeli popsat jak anatomii, tak fyziologickou činnost pankreatu. V dalších kapitolách je popsána etiopatogeneze, důležité faktory způsobující vznik akutního a chronického zánětu pankreatu a léčbu obou zánětů. Pátá kapitola je celá věnována chronické pankreatitidě, její charakteristice, příčinám jejího vzniku, komplikacím, které mají přímý patogenetický vztah k chronické pankreatitidě, popisují se v ní diagnostické metody chronické pankreatitidy. Podrobná terapie a prognóza onemocnění chronické pankreatitidy ukončuje teoretickou část.

Empirická část je hlavní částí bakalářské práce. Je orientována na komplexní ošetrovatelskou péči u pacienta s diagnózou chronické pankreatitidy. Popisují se v ní jednotlivá specifika ošetrovatelské péče se zaměřením na uspokojování biopsychosociálních potřeb pacienta. Obsahuje podrobně vypracovanou ošetrovatelskou dokumentaci, posouzení stavu pacienta, vytvoření a seřazení aktuálních, a také potencionálních ošetrovatelských diagnóz dle priorit pacienta, jejich realizaci, následné vyhodnocení a celkové zhodnocení stavu pacienta.

Závěr bakalářské práce celkově shrnuje problematiku onemocnění a komplexní ošetrovatelskou péči u pacientů s chronickou pankreatitidou.

Klíčová slova: Edukace. Chronická pankreatitida. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces.

ABSTRAKT

VEČEŘOVÁ, Ida. *Complex Nursing Care of Patient with Chronic Pancreatitis*. College of Nursing, o.p.s. Bachelor degree. Tutor: PhDr. Dušan Sysel, PhD., M. P .H., R. N.

The bachelor thesis is *Complex Nursing Care of Patient with Chronic Pancreatitis*. The thesis is divided into theoretical and empirical part.

The theoretical part of the thesis includes the foreign significant operation and some Czech researchers have been attempting to describe anatomy and also physiological function of the pancreas since 2nd century. There is description about etiopathogenesis in the next chapters and there are the important factors causing the acute and chronic pancreatitis and treatment for both inflammations. The fifth chapter of this part is entirely devoted to chronic pancreatitis, its characteristics, causes its inception, the disruptions that have a direct pathogenic relationship to chronic pancreatitis. Diagnostic methods of chronic pancreatitis are described in fifth chapter. Detailed therapy and prognosis of chronic pancreatitis are described at the end of theoretical part.

The empirical part is the main part of the bachelor thesis focusing on complex nursing care of patient with chronic pancreatitis. In the thesis there is description about the individual specification of nursing care focusing on satisfaction of patient's biopsychosocial needs. The thesis contains detailed nursing documentation including assessment of patient's state, actualization data and also potential nursing diagnosis according to priority, implementation, following evaluation and complete evaluation of patient's state.

The conclusion of my bachelor thesis generally includes the issues of diseases and complex nursing care of patients with chronic pancreatitis.

Key words: Education. Chronic pancreatitis. Nursing care. Nursing process.

PŘEDMLUVA

Onemocnění pankreatu představují velký medicínský problém nejen pro narůstající incidenci, ale také pro komplexní diagnostiku, léčebnou a ošetrovatelskou péči. Chronická pankreatitida v současnosti patří mezi závažná onemocnění, která významně ovlivňují kvalitu života nemocných, a která jsou rizikovými faktory pro vznik nádorových onemocnění, zejména karcinomu pankreatu.

Nemocem pankreatu se v domácí literatuře věnovala řada fundovaných prací z řad lékařů - gastroenterologů, chirurgů, nutričních terapeutů. Avšak jen sporadicky je podán komplexní pohled na problematiku ošetrovatelské péče z pohledu sestry.

Tato práce vznikla ve snaze podat komplexní pohled na specifika ošetrovatelské péče u pacienta s chronickou pankreatitidou. Výběr tématu byl ovlivněn mým dlouholetým působením na gastroenterologickém oddělení, a také potřebou předložit ucelený pohled na tuto problematiku. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých pramenů.

Práce je určena sestřám pracujícím na gastroenterologickém oddělení, lůžkovém interním oddělení, které se věnují péči o pacienty s problematikou chronické pankreatitidy, sestřám, bez kterých by péče nebyla dostatečně komplexní.

V praktické části bakalářské práce jsem čerpala ze své práce a poznatků, které jsem získala během studia na vysoké škole, kde jsem si rozšířila vědomosti týkající se především problematiky ošetrovatelských diagnóz a jejich hodnocení.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanu Syslovi, Ph.D., M.P.H., R.N. za pedagogické usměrnění, cenné rady a odborné konzultace.

OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 Historie pojmenování pankreatu.....	14
2 Anatomie.....	16
3 Etiologie a patogeneze zánětů pankreatu.....	18
3.1 Etiopatogeneze akutního zánětu pankreatu.....	18
3.2 Etiopatogeneze chronického zánětu pankreatu.....	19
4 Léčba zánětů pankreatu.....	20
4.1 Léčba akutního zánětu pankreatu.....	20
4.2 Léčba chronického zánětu pankreatu	20
5 Charakteristika chronického zánětu pankreatu a příčiny jeho vzniku.....	22
5.1 Klinický obraz chronické pankreatitidy.....	23
5.2 Komplikace chronické pankreatitidy.....	24
5.3 Diagnostika chronického zánětu pankreatu.....	25
5.3.1 Zobrazovací metody chronické pankreatitidy	25
5.3.2 Laboratorní diagnostika chronické pankreatitidy	25
5.3.3 Testy zevně sekretorické kapacity pankreatu.....	26
5.4 Terapie chronické pankreatitidy.....	27
5.5 Prognóza onemocnění.....	28
EMPIRICKÁ ČÁST.....	29
11 Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s chronickou pankreatitidou.....	29
Posouzení zdravotního stavu pacienta.....	29
Situační analýza.....	43

Aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy.....	44
Plánování, realizace, vyhodnocení.....	45
Celkové zhodnocení pacienta.....	55
ZÁVĚR.....	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALT	alaninaminottransferáza
amp.	ampule
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AST	aspartátaminottransferáza
BMI	body mass index
bpn	bez patologického nálezu
BRh	Rhesus faktor
°C	stupeň Celsia
Cl	chlór
cm	centimetr
D	dech
DK	dolní končetina
FR	fyziologický roztok
G 10%	desetiprocentní glukóza
GMT	gamaglutamiltranspeptidáza
HbsAg	povrchový antigen viru hepatitidy
HCV	hepatitis C virus
HIV	human immunodeficiency
i.v.	intravenózní
j.	jednotek
K	draslík
kg	kilogram
mg	miligram
min	minuta
ml	mililitr
mmol/l	mikromolů na litr
Na	natrium
P	pulz
PAD	perorální antidiabetika
pH	koncentrace vodíkových iontů
QUICK	thromboplastinový čas

RHB.....rehabilitace
RTG S + P.....rentgen srdce + plíce
s.c.subkutánní
TK.....tlak
torr.....jednotka tlaku krve
TSH.....tyreotropní hormon adenohipofýzy
TT.....tělesná teplota

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Abúzus**nadměrné a časté pití alkoholu.
- Ameningeální**.....bez meningeálního dráždění.
- Dyskinéze**.....porucha souhry normálních pohybů.
- Endoskopie**.....metoda umožňující prohlédnutí vnitřních tělesných dutin nebo dutých orgánů.
- Fibróza**.....zmnožení vaziva.
- Gastroenterologie**.....lékařský obor, zabývající se diagnostikou a léčbou chorob trávicího systému.
- Hereditární**.....vrozený.
- Hyperkalcemie**.....zvýšená hladina vápníku v krvi.
- Hyperlipoproteinemie**.....vysoký cholesterol.
- Cholecystektomie**.....operační odstranění žlučníku.
- Cholecystitida**.....zánět tkáně v okolí žlučníku.
- Choledocholithiáza**.....kámen ve žlučníku.
- Iatropatogenie**.....poškození pacienta lékařem.
- Icterus**.....žloutenka.
- Implantace**.....vsazení, nasazení.
- Incidence**.....počet nově vzniklých případů daného onemocnění za 1 rok na 100 000 obyvatel.
- Ireverzibilní**.....nevratné.
- Kalcifikující**.....vznikající s tvorbou kamenů.
- Malnutrice**.....podvýživa.
- Mineralogram**.....výsledek vyšetření minerálů.
- Normocefalická**.....normální nález hlavy.

Nutrice.....výživa.

Papilosfinkterotomie.....rozšíření ústí žlučových cest na
Vaterské papile speciálním nožikem – papilotomem.

Peptid.....látka,tvořená řetězcem aminokyselin.

Pericholecystitida.....zánět tkáně v okolí žlučníku.

Sipping.....popíjení proteinové stravy.

Sorrorigenie.....poškození pacienta sestrou.

Stenóza.....abnormální zúžení.

Subicterus.....mírná žloutenka.

Wirsungotomie.....operační naříznutí hlavního vývodu
pankreatu.

ÚVOD

Chronická pankreatitida je onemocnění, jehož incidence významně stoupá, onemocnění, které neobyčejně negativně ovlivňuje kvalitu života, a také onemocnění, které je v současnosti považováno za významný rizikový faktor vzniku karcinomu pankreatu.

V posledních letech je ve výskytu chronické pankreatitidy vzestupný trend, zejména v industrializovaných zemích Evropy a Severní Ameriky. Souvisí to především se změnou výživy obyvatelstva. Hlavní příčinou je vzrůstající spotřeba alkoholu, který je jedním z hlavních etiologických faktorů. Na vzniku chronické pankreatitidy se v těchto oblastech podílí také spotřeba vysoce nezdravé kalorické stravy, která obsahuje velký obsah živočišných tuků.

Z literatury je známo, že se osoby s chronickou pankreatitidou dožívají kratšího věku a kvalita života osob s tímto onemocněním je významně snížena. Dodnes neumí medicínská věda, pokud jde o chronickou pankreatitidu, odhalit včasná stadia nemoci, tento fakt je pravděpodobně i příčinou toho, že je chronická pankreatitida definována jako trvale progredující stav, kdy je funkční parenchym nezvratně nahrazen vazivem, což ve svých důsledcích vede k exokrinní a endokrinní pankreatické nedostatečnosti.

Obvykle se jedná o onemocnění ireverzibilní a progredující, a to především u těch nedisciplinovaných pacientů, kteří pokračují v konzumaci alkoholu. Posledních čtyřicet let přineslo v pankreatologii řadu zásadních objevů, a to nejen pokud jde o patogenezi, ale především byla odhalena řada etiologických faktorů. Významně se zpřesnila diagnostika nemoci, rovněž zásadně pokročila i terapie chronické pankreatitidy. Přesto stále platí, že chronickou pankreatitidu umíme léčit, ale neumíme vyléčit.

Přes nové poznatky v etiologii a patogenezi chronické pankreatitidy a rozvoj moderních zobrazovacích metod v posledních desetiletích, které umožnily přesnější definice, klasifikaci, a také časnou diagnostiku onemocnění, je léčba chronické pankreatitidy pouze stále symptomatická a paliativní.

Nemoci pankreatu patřily a patří mezi onemocnění, která jsou z pohledu diagnostiky, terapie a ošetrovatelské péče zvláště obtížná. Zejména to platí o chronické pankreatitidě. K napsání této práce mě vedla vlastní zkušenost s ošetrovatelskou péčí u pacientů s chronickou pankreatitidou.

Všeobecná sestra se zabývá člověkem jako celkem, jako bytostí bio – psycho - sociální, bytostí holistickou. Celostní pohled na živé bytosti, na člověka je v souladu s neredukovaným chápáním lidské bytosti, s bio – psycho- sociálním modelem zdraví, a také nemoci. Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánování uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje v moderním ošetrovatelství metodou ošetrovatelského procesu. Cílem mojí bakalářské práce je vytvořit komplexní pohled na problematiku ošetrovatelské péče u pacientů s diagnózou chronická pankreatitida nejen z přístupu odborného, ale i z pohledu uspokojování biopsychosociálních potřeb pacienta.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Historie pojmenování pankreatu

Pankreas – slinivku břišní, pojmenoval ve 2. stol. n. l. významný římský lékař Claudio Galén. Název pankreatu je z řeckých slov „pan – všečen a creas - maso“ Claudio Galén měl představu, že má před sebou orgán, který nemá žádné dutiny ani prostory, které byly popsány v té době u tzv. parenchymatózních útvarů. Podrobný popis pankreatu provedl v 16. stol. Vesálius. Představoval si, že pankreas je ochrana cév a slouží „jako polštář“ pro žaludek, který jej chrání proti tvrdé páteři.

Vývodný systém pankreatu popsal v roce 1641 Hoffman u krocanů. Následující rok bavorský anatom Wirsung popsal vývodný pankreatický systém u člověka. Domníval se, že pankreas je vlastně filtrem jater a sleziny. Wirsungův popis pankreatického vývodu je doprovázen textem, popisuje v něm vývod s jeho mnohočetným větvením. V roce 1664 Regnier de Graaf, který studoval pankreatický vývod u psů, potvrdil, že pankreas je žlázou. Vlastní ústí pankreatického vývodu v horní části duodena popsal v roce 1720 Vater, toto místo dostalo pojmenování podle svého objevitele Vaterova papila.

Mnoho velkých badatelů se zabývalo významem a regulací pankreatické šťávy. Mezi tyto badatele se výrazně zapsal český vědec Jan Evangelista Purkyně. On i ostatní vědci prokázali, že pankreas – jeho sekreční produkty mají schopnost emulgovat tuky, a také trávit škrob. Velmi cenné byly práce Claude Bernarda (1849 - 1856). Tento vědec prokázal, že pankreatická šťáva má význam pro trávení různých částí potravy. V roce 1870 Kühn objevil fermenty, které rozkládají bílkoviny a označil je jako trypsiny. Funkcí pankreatu se zabýval a intenzivně studoval I. P. Pavlov. Bayliss se Sterlingem objevili regulaci sekrece pankreatu pomocí enterohormonů.

V roce 1854 německý patolog Rudolf Virchov stanovil na základě svých vědeckých výzkumů hypotézu, že pankreas má kromě exokrinní funkce, také funkci endokrinní.

Roku 1869 Langerhans spolupracoval s Wirchovem a byl jeho spolupracovníkem, ve své práci „Mikroskopická anatomie pankreatu“, podrobně popsal buněčné elementy pankreatu, ostrůvky, které na jeho počest jsou dodnes označeny jako Langerhansovy ostrůvky.

V roce 1920 vědci Banting s Bestem objevili inzulin, a tím byla definitivně potvrzena endokrinní funkce pankreatu. První popis onemocnění pankreatu byl podán Claessanem v roce 1842, systematiku onemocnění popsal Friedrich a klasifikaci onemocnění pankreatu v roce 1889 Fitz .

V České republice se problematikou onemocnění pankreatu zabýval prof.dr. Karel Herfort, který patřil k zakladatelům pankreatology, sjednocující odborné společnosti nazvané Evropský pankreatologický klub (DÍTĚ et al., 2002).

2 Anatomie pankreatu

Pankreas je žláza se zevní – exokrinní a vnitřní endokrinní sekrecí. Je uložena na zadní stěně břišní. Rozlišují se na ní tři části: hlava – caput, tělo - corpus a ocas - cauda pancreatis. Caput pancreatis leží v konkavitě duodena a je k němu fixován vazivem. Zadní plocha hlavy leží na ductus choledochus a vena cava inferior. Úpon mesocolon transversum kříží transversálně přední plochu hlavy a přechází plynule vlevo do užšího těla. Corpus pancreatis má stranu přední, zadní a spodní. Zadní stěna těla pankreatu překračuje napříč velké retroperitoneálně uložené cévy – vena cava inferior aorta, vasa mesenterica superior a také cévy ledviny. Zadní stěna se dostává do kontaktu s autonomními nervy, které odstupují z velkých ganglií - ganglion coeliacum a ganglion mesenterium sup., tyto nervy jsou příčinou velkých bolestí při zánětech pankreatu. Cauda pancreatis je konečným úsekem pankreatu a zvedá se kraniálně dosahuje až před hilus levé ledviny. Jeho dolní okraj je v kontaktu s flexura duodenojejunalis.

Pankreas je měkká, laločnatá, šedorůžová, velká slinná žláza a svou stavbou velmi připomíná stavbu žlázy příušní. Je 12 - 15 cm dlouhá, váží 60 – 90 g a je členěna do menších lalůčků, které připomínají aciny. Buňky acinů tvoří pankreatickou šťávu - succus pancreaticus obsahující enzymy, které jsou důležité pro trávení bílkovin a tuků. Je odváděna menšími vývody, které se spojují v hlavní vývod slinivky - ductus pancreaticus major. Je v podélné ose pankreatu a v hlavě pankreatu se spojuje s hlavním žlučovodem - ductus choledochus. Společně se otevírají na papilla duodeni major v sestupu duodena. Vývod odvádí pankreatickou šťávu z kaudy, těla, střední a dolní části hlavy pankreatu. Horní část hlavy je drénována vývodem ductus pancreaticus assessorius. Ten se otevírá nad hlavním vývodem, na menší papile duodena. Je tvořena asi milióny drobných Langerhansových ostrůvků o velikosti 0,5mm. Epitelové buňky těchto ostrůvků produkují hormony inzulin a glukagon ovlivňují hladinu cukru v krvi. Ostrůvky nemají samostatné vývody a sekrety buněk odchází do sítě krevních a lymfatických kapilár.

Arterie pankreatu jsou větve truncus coeliacus a arteria mesenterica superior. Vény odvádějí krev do velkého systému žil vena portae. Lymfa je odváděna do truncus intestinalis.

Nervy pankreatu vedou ze smíšené pleteně – plexus coeliacus podél tepen jako smíšený autonomní plexus pancreaticus a jsou tvořeny sympatickými, parasympatickými vlákny s příměsí vláken sensitivních. Parasympatikus stimuluje sekreci pankreatické šťávy, sympatikus ji snižuje (ELIŠKOVÁ; NAŇKA, 2006).

3 Etiologie a patogeneze zánětů pankreatu

Hlavními etiologickými faktory zánětů pankreatu jsou choledocholithiáza a abúzus alkoholu. Pokusy o systematické rozdělení chronického zánětu mají dlouhou historii, v současné době patogeneze chronického zánětu pankreatu není stále jednoznačně objasněna (MAČÁK; MAČÁKOVÁ, 2004).

3.1 Etiopatogeneze akutního zánětu pankreatu

Ke vzniku akutního zánětu pankreatu vedou různé etiopatogenetické faktory. Mezi nejčastější patří choledocholithiáza (50 - 60%) a velká konzumace alkoholu (20 - 40%). Mezi méně časté příčiny patří: vrozené anomálie pankreatu (pancreas divisum), divertikly duodena, hyperlipoproteinemie, hyperkalcemie, virová onemocnění (coxsackie, parotitida), bakteriální onemocnění (Escherichia coli), léky (diuretika, antibiotika), iatrogenní poškození (nitrobřišní operace, ERCP). Klíčovým stavem, nezávisle na příčině, je aktivace vlastních trávicích enzymů pankreatu, což v důsledku vede k samonatravení (autodigesci) pankreatu vlastními enzymy. Nejdříve se aktivuje enzym trypsinogen na trypsin, a tím je spuštěna kaskáda aktivace dalších metabolitů (proelastáza, chymotrypsinogen, fosfolipáza). Začnou se uvolňovat cytokiny akutní fáze (např. interleukin 1,6 a tumor necrosis faktor - TNF), v další fázi zánětu vzniká leukocytóza, vzrůstají hladiny proteinů a glukokortikoidů v séru. Poškodí se tím cévní řečiště (kapiláry), dojde tím k ischemii pankreatu i vzdálených orgánů jater, ledvin, plic, mozku, krevní koagulace až k multiorgánovému selhání, které bývá spojeno se syndromem respiračního selhání - šokové plíce (LUKÁŠ, 2005). Akutní zánět pankreatu se dělí na edematózní, který postihuje 80% všech pankreatitid, při kterém vzniká edém bez tvoření nekrotů, poškození je ireverzibilní (vratné – funkční schopnost pankreatu se obnoví), hemoragicko – nekrotickou, ložiskovou, kdy po proběhlých difuzních změnách s krvácením vznikají v pankreatu nekrózy (ŠAFRÁNKOVÁ; NEJEDLÁ, 2006).

3. 2 Etiopatogeneze chronického zánětu pankreatu

Patogenetické pochody chronické pankreatitidy jsou velmi složité a nejsou zcela objasněny. Etiopatogenetické dělení chronické pankreatitidy je možné podle etiologických faktorů nebo podle morfologických změn žláz, jejichž stupeň tíže postižení končí fibrózní přeměnou žlázy s kalcifikacemi. Velkou roli v tomto složitém procesu přeměny žlázy hrají stabilizátory pankreatického sekretu, který bývá za normálních okolností nasycen vápníkem. Nejvíce je známý litostatin, který brání apozici krystalů. Alkohol účinkuje přímo na buněčné membrány toxicky. Systematické rozdělení typů chronického zánětu pankreatu nemá dosud vyčerpávající klasifikaci. V roce 2001 byla vytvořena Etemedem a Whitcombem Cambridská klasifikace označená TIGAR, což jsou počáteční písmena hlavních etiologických skupin: T - toxonutritivní, I - idiopatická, G - geneticky podmíněná, A - autoimunní, R - rekurentní akutní forma. Tato klasifikace chronické pankreatitidy stanovuje stupeň tíže postižení pankreatu podle kritérií, jejichž základem je posouzení změn vývodného systému žlázy při vyšetření ERCP - endoskopickou retrográdní cholangiopankreatografií v kombinaci s břišním ultrazvukem (DÍTĚ, 2006).

4 Léčba zánětů pankreatu

Cílem léčby pacienta je ulevit od bolesti, minimalizovat dyspeptické obtíže, psychicky nemocného podpořit, podat nemocnému dostatek informací a v době omezené sebeděče uspokojit pacientovy potřeby.

4. 1 Léčba akutního zánětu pankreatu

Prvním opatřením u léčby akutního zánětu je hospitalizace na jednotce intenzivní péče spojená s monitorováním životních funkcí. Při léčbě konzervativní je úplně vyloučen příjem potravy per os a nazogastrickou sondou je odsáván žaludeční obsah. Velmi důležité je tlumit bolest. Později bývá snahou převést pacienty na enterální výživu zavedenou nazojejunální sondou. Podává se 5 – 15 l tekutin za den, monitoruje se diuréza centrální žilní tlak, intravenózně se podávají antisekretorika. U pacientů s infekčními komplikacemi se aplikují širokospektrá antibiotika 3. generace (např. cefalosporiny). Principem endoskopické léčby u akutních zánětů pankreatu je uvolnění odtoku žluče endoskopickou papilosfinkterotomií a odstranění kaménků ze žlučovodu. Chirurgická léčba je většinou u komplikací akutního zánětu jako jsou abscesy a cysty slinivky břišní, ale bývá také spojena s velkou úmrtností (LUKÁŠ, 2005).

4. 2 Léčba chronického zánětu pankreatu

Terapii chronického zánětu pankreatu lze rozdělit na konzervativní, která zahrnuje dietoterapii, nutriční podporu, analgoterapii, terapii preparáty s prokinetickými pankreatiky a terapii diabetu. Endoskopická terapie zahrnuje především drenáž pankreatického vývodu a odstranění patologického obsahu z pankreatického vývodu. Chirurgické řešení bývá často u pokročilých forem chronické pankreatitidy, kde je výrazná bolestivost a kde selhává medikamentózní řešení. Hlavní léčbou u chronické pankreatitidy je absolutní zákaz alkoholu. Tento zákaz bývá však ze strany pacientů často porušen, nedodržen. Dalším léčebným opatřením je dostatečný přísun bílkovin a ve stravě je nutno omezit také živočišné tuky.

Pacienti s poruchou zevně sekretorické činnosti pankreatu dostávají preparáty s vysokým obsahem pankreatické lipázy. Bolestivá forma chronické pankreatitidy je velmi častá, a proto se u pacientů s touto formou podávají spasmolytika u těžších forem analgetika. Pacienti se sekundárním diabetem jsou léčeni pomocí inzulínoterapie (DÍTĚ et al., 2002).

5 Charakteristika chronického zánětu pankreatu a příčiny jeho vzniku

Definice chronické pankreatitidy byla vytvořena na gastroenterologickém kongresu roku 1963 v Marseille. Chronická pankreatitida je zánět pankreatu s postupnou náhradou sekrečního parenchymu fibrózní tkání. Fibróza je ireverzibilní a většinou progreduje. Nejcharakterističtější příznakem je bolest, ale klinický průběh je obecně závislý na etiologii onemocnění. V pokročilém stadiu jsou charakteristickým nálezem kalcifikace. Bývá postižena zevně i vnitřně sekreční funkce pankreatu a dochází k vývoji lokálních komplikací. Poprvé byla chronická pankreatitida popsána v 17. století a již tenkrát byla dávána do souvislosti s konzumací alkoholu. Postupně se zvyšující spotřeba alkoholu, která ve vyspělých státech dosahuje 4 - 15 litrů alkoholu na osobu, a rok je vedle pokroku v diagnostice tohoto onemocnění pomocí nových laboratorních a zobrazovacích metod příčinou stále rostoucí incidence chronické pankreatitidy (ŠPIČÁK, 2006).

Příčiny vzniku chronické pankreatitidy lze rozdělit na metabolické příčiny jako je alkohol (75 - 90%), hyperkalcemie (při hyperparatyreóze), chronická urémie, proteinová malnutrice, toxiny, léky. Mezi další příčiny patří změny anatomických poměrů: pankreas divisum, stenóza Vaterovy papily, tumor, duodenální divertikl. Ke geneticky definovaným příčinám patří hereditární pankreatitida. K idiopatické formě chronické pankreatitidy náleží juvenilní forma, senilní forma a k imunologickým příčinám patří hepatitida B, viry Cocksackie, Crohnova nemoc (KRECHLER, 2005).

Z praktického hlediska se chronická pankreatitida dělí na: chronickou kalcifikující, chronickou obstrukční, chronickou primárně zánětlivou, pankreatickou fibrózu, idiopatickou chronickou pankreatitidu. Chronická kalcifikující pankreatitida je nejčastější formou chronické pankreatitidy, je pro ni typické difuzní rozložení změn s typickým nálezem konkrémentů v pankreatickém vývodu. Závažnou formou pro osud nemocných je forma hereditární pankreatitidy, protože nemocní s touto chorobou jsou velice často ohroženi vznikem karcinomu pankreatu (DÍTĚ et al., 2002).

5.1 Klinický obraz chronické pankreatitidy

Klinický obraz chronické pankreatitidy je velmi pestrý. Podle příznaků lze rozdělit chronickou pankreatitidu na formu velmi bolestivou až (95%) pacientů a formu nebolestivou. Mezi hlavní klinické příznaky patří: bolest, hubnutí, nauzea a zvracení, subicterus a icterus, kopiózní objemné stolice, diabetes mellitus, mezi příznaky méně charakteristické patří: střevní dyskinéze, ascites, krvácení, příznaky střevní obstrukce, portální hypertenze. Pankreatická bolest bývá dlouhodobá a výrazně ovlivňuje kvalitu života nemocných. Bolesti u chronické pankreatitidy bývají lokalizovány kolem pupku s propagací do zad, ale i do levého hypogastria, retrosternálně či do levého ramene. Kromě charakteru, lokalizace a propagace bolesti, má v klinickém obraze zásadní význam zjištění okolností vzniku bolesti. Bolest se často projevuje po požití alkoholu, nebývá však vyvolána jen alkoholem, ale požitím většího objemu potravy nebo dietní chybou. Bolest bývá častější v poloze na zádech naopak v předklonu se bolest zmenšuje. Intenzita bolesti bývá většinou tak velká, že řada nemocných z obavy před jejím vyvoláním raději nejí, což bývá příčinou výrazného hubnutí nemocných. Vážným klinickým příznakem je obstrukční ikterus. Bývá u osob s pokročilou formou chronické pankreatitidy, kde jsou fibrózní změny lokalizovány především v oblasti hlavy pankreatu, bezbolestný ikterus může signalizovat i karcinom caudy pankreatu. Bezbolestná forma chronické pankreatitidy se projevuje až známkami malnutrice, řada nemocných totiž tzv. břišnímu dyskomfortu (plynatost, občas řídké stolice, neurčité epigastriální tlaky), nevěnuje pozornost (DÍTĚ et al., 2002). Významným příznakem exokrinní pankreatické dysfunkce je steatorea - objemná lesklá stolice mastného vzhledu, což je způsobeno velkým množstvím nestrávených tuků ve stolici. Těžká pankreatická insuficience bývá provázena poruchou vstřebávání látek, rozpustných v tucích a rozvojem malabsorbčního syndromu. Kromě poškození exokrinní funkce pankreatu může být v pokročilém stadiu onemocnění postížena i funkce endokrinní a u pacientů se začne rozvíjet sekundární diabetes mellitus (KRECHLER, 2005).

5. 2 Komplikace chronické pankreatitidy

Ke komplikacím, které mají přímý patogenetický vztah k chronické pankreatitidě patří hlavně: pankreatický cystoid (pseudocysta), pankreatický absces, pankreatické píštěle, pankreatický ascites, segmentární portální hypertenze, stenóza choledochu, krvácení, karcinom pankreatu. Většina cystoidů je obstrukční povahy a vznikají v důsledku exacerbace zánětlivého procesu nebo obstrukcí vývodu. Pouzdro cystoidu je vyplněno granulační tkání a klinické příznaky bývají asymptomatické. Projevují se poruchou průchodu a cholestatickým syndromem. Mezi řídké komplikace chronické pankreatitidy patří absces, který vzniká mikrobiální kontaminací cystoidu. K častějším komplikacím řadíme pankreatické píštěle vnitřní i zevní. Píštěl ústící do retroperitoneálního prostoru se projevuje pohrudničním výpotkem, píštěl pankreatikoenterická vzniká naléháním pankreatu na trávicí trubici a pokud dojde k mikrobiální kontaminaci, vznikne akutní infekce projevující se horečkou, bolestmi břicha a poruchami pasáže. U některých nemocných právě z vnitřní píštěle vznikne ascites, který se projeví pomalým, nebolestivým narůstáním břicha. Komplikace, kterou často nachází endoskopující lékař při gastroskopii žaludku jsou v případě chronické pankreatitidy varixy žaludečního fundu, které jsou důsledkem segmentární portální hypertenze. K velmi častým komplikacím spojené s alkoholickou formou chronické pankreatitidy patří stenóza choledochu. Ta se projevuje paroxysmální biliární bolestí cholestatickým syndromem a ikterem. Projevem pokročilého onemocnění je stejně jako stenóza choledochu, stenóza duodena. Tato komplikace způsobuje poruchy pasáže v horní části trávicí trubice, hlavně nauzeu, a také zvracení a bolesti břicha. Při segmentární portální hypertenzi, cystoidu nebo pseudoaneuryzmatech vzniká krvácení, které je v přímém patogenetickém vztahu k chronické pankreatitidě. Pseudoaneuryzmata vzniknou poškozením cévní stěny aktivací pankreatických enzymů. Jsou častější u chronické pankreatitidy než při akutní pankreatitidě a krváčí nejčastěji do trávicí trubice, žlučovodů, pankreatického vývodného systému, popřípadě do jater, retroperitonea, sleziny a do veny portae (DÍTĚ et al., 2002).

5. 3 Diagnostika chronického zánětu pankreatu

Rozpoznání časných stadií nemoci je stále prakticky nemožné. Základ diagnózy tvoří důkladná anamnéza a fyzikální vyšetření.

5. 3. 1 Zobrazovací metody chronické pankreatitidy

Standardním vyšetřením je abdominální sonografie. Zlatým standardem zobrazovacích metod při vyšetření pankreatu je ERCP - endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie, která patří mezi invazivní metody. ERCP je nezastupitelná všude tam, kde lze po zobrazení vývodných cest lze předpokládat provedení některého z výkonů terapeutické endoskopie (papilotomie, drenážní výkony na žlučových cestách, pankreatu). Nevýhodou ERCP je však invazivita s možnou komplikací. CT (počítačová tomografie) je neinvazivní metoda s větší specifitou a senzitivitou než ultrazvuk. Magnetická rezonance je metoda, která svou neinvazivností v budoucnosti částečně nahradí ERCP. Mezi další metody patří zobrazovací endosonografie, která přispívá k diferenciální diagnostice patologických procesů pankreatu, a při které je možno provádět cílenou biopsii pankreatu tenkou jehlou. Nativní snímek břicha může zobrazit přítomnost kalcifikací v pankreatu.

5. 3. 2 Laboratorní diagnostika chronické pankreatitidy

Laboratorní diagnostika chronické pankreatitidy zahrnuje vyšetření pankreatické amylázy a lipázy v séru a moči, avšak i u těžkých forem postižení žlázy jsou hodnoty enzymů prakticky normální. U velmi těžkých forem je vyšetřením stanovení I elastázy ve stolici, toto vyšetření má velkou specifitu - více než 90%.

5. 3. 3 Testy zevně sekretorické kapacity pankreatu

V diagnostice chronické pankreatitidy mají nezastupitelné místo testy zevně sekretorické kapacity pankreatu, patří sem PABA test (substrát – kyselina paraaminobenzoová), invazivní testy, jako je sekretin – cholecystokininový test. K dalším testům patří: perorální funkční testy, pankreaurylový test, sekretin ceruleinový test, Lundhův test. Do praxe se stále více prosazují dechové testy. K verifikaci postižení endokrinní funkce pankreatu se provádí stanovení C - peptidu a orální glukózový toleranční test (LUKÁŠ; ŽÁK, 2007). Podle autora: „Správně určená diagnóza chronického zánětu slinivky břišní by měla obsahovat údaj o etiologii onemocnění, vyjádření týkající se symptomatologie, pozitivní průkaz zobrazovacích metod a vyjádření o přítomnosti funkčního poškození pankreatu - exokrinní i endokrinní“ (KRECHLER, 2005, s. 372).

5. 4 Terapie chronické pankreatitidy

Terapie chronické pankreatitidy je terapií symptomů nemoci. Terapeuticky se ovlivňují až pokročilá stadia choroby, protože současné diagnostické možnosti neumožňují zachytit pankreatitidu v časných stádiích nemoci. Chronickou pankreatitidu lze léčit, ale nelze ji vyléčit. Terapie chronické pankreatitidy zahrnuje řadu léčebných postupů zejména léčbu konzervativní, endoskopickou a chirurgickou. Základem je konzervativní terapie spočívající v dietoterapii, nutriční podpoře, analgoterapii, podávání léků s obsahem pankreatických enzymů a v terapii diabetu. Léčba dietou - základním opatřením je absolutní zákaz alkoholu. Strava má být podávána častěji, v menších porcích, má být nedráždivá a lehce stravitelná (DÍTĚ, 2006). Endoskopická terapie onemocnění pankreatu závisí na charakteru patologických změn, má nižší morbiditu a mortalitu než léčba chirurgická. Mezi léčebné endoskopické výkony patří zejména pankreatická papilosfinkterotomie, léčba stenóz (dilatace, implantace stentů), odstranění konkrementů. Z komplikací chronické pankreatitidy lze léčit pseudocysty, fistuly a stenózy distálního choledochu (VAVREČKA, 2002). Indikací k terapii chirurgické je ve většině případů dlouhodobě neúspěšná konzervativní či endoskopická léčba recidivující bolesti a komplikace vzniklé v průběhu chronické pankreatitidy. V současné době jsou v chirurgické léčbě chronické pankreatitidy uplatňovány dva typy výkonů: drenážní operace pankreatických vývodů a limitované resekce pankreatu. V případech, že selže konzervativní i chirurgická léčba a pokračují příznaky neztišitelné bolesti, lze resekční výkony na pankreatu doplnit o hrudní splanchnektomii či lýzu ganglii coeliacum. Každá indikace nemocného s chronickou pankreatitidou k chirurgickému výkonu je závažným rozhodnutím a je výsledkem rozvahy mezi gastroenterologem, endoskopistou, radiologem a chirurgem – léčba má být komplexní (KRECHLER; KRŠKA; ŠVÁB, 2007).

5. 5 Prognóza onemocnění pankreatu

Onemocnění pankreatu patří mezi stavy, které významně ovlivňují kvalitu života nemocných. Chronický zánět pankreatu je závažné onemocnění s chronickým mnohaletým průběhem. Obvykle se jedná o onemocnění ireverzibilní a progredující a to především u nedisciplinovaných pacientů, kteří pokračují v konzumaci alkoholu. Onemocnění progreduje do poruchy jak zevně, tak i vnitřně sekretorické funkce žlázy. Pacient bývá v těchto případech odkázán na kompletní substituci pankreatických enzymů a inzulínu. Chronický zánět pankreatu je významným rizikovým faktorem vzniku karcinomu pankreatu (LUKÁŠ; ŽÁK, 2007).

EMPIRICKÁ ČÁST

11 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S CHRONICKOU PANKREATITIDOU

Chronická pankreatitida patří mezi stavy, které významně ovlivňují kvalitu života nemocných. Ošetřovatelská činnost u pacientů s tímto onemocněním je velmi náročná. V empirické části bakalářské práce jsem se zaměřila na komplexní ošetřovatelskou činnost u dlouhodobě léčeného a v ambulantní specializované gastroenterologické, a také diabetologické péči sledovaného pacienta s diagnózou chronická kalcifikující pankreatitida. Tento pacient je opakovaně hospitalizován a ošetřován na interním oddělení nemocnice, kam je pravidelně posílán k výměně stentu do cystoidu při vyšetření ERCP – endoskopické retrográdní cholangiopankreatografii, kontrastním znázornění žlučových a pankreatických cest pod endoskopickou a rentgenovou kontrolou.

POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PACIENTA

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: V.V.

Datum narození: 1943

Rodné číslo:

Bydliště: Praha.

Stav: Vdovec.

Národnost: Česká.

Nejbližší příbuzný: Synovec.

Adresa:

Datum přijetí: 18. 3. 2009

Typ přijetí: Plánovaný.

Věk: 67.

Pohlaví: Mužské.

Státní příslušnost: ČR.

Číslo pojišťovny: 111.

Zaměstnání: Důchodce.

Číslo telefonu: ...

Ošetřující lékař: T. V.

Oddělení: Interna.

Medicínská diagnóza hlavní:

Chronická kalcifikující pankreatitida, stav po akutní pankreatitidě s tvorbou infikovaného cystoidu, stav po Wirsungotomii a zavedení stentu do cystoidu.

Medicínská diagnóza vedlejší:

Diabetes mellitus v. s., sekundárně při onemocnění pankreatu, léčený inzulinem a PAD, vstupně dekompenzovaný.

Chronická bronchitis.

Protein – energetická podvýživa.

Nikotinismus.

Abúzus alkoholu .

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Přišel jsem na kontrolní vyšetření ERCP, budou mi vyměňovat stent, ráno jsem si píchnul insulin, ale zapomněl jsem se pak najíst, cestou do nemocnice jsem se zpotil, cítím se trochu slabý, unavený, mám hrozný hlad. Úplně jsem zapomněl, že si nemám dnes píchat insulin, sestřička i ošetřující lékař mi to říkali“

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 135/80.

P: 62/min.

Tělesná teplota: 36,6.

Stav vědomí: Při vědomí.

Krevní skupina: B Rh pozitivní.

Výška: 170 cm.

D: 25/min.

BMI: 30.

Pohyblivost: V normě.

Hmotnost: 82 kg.

Nynější onemocnění: Pacient s chronickou pankreatitidou byl přijatý na interní oddělení na kontrolní vyšetření ERCP – výměna stentu, a to na doporučení lékaře specialisty z gastroenterologické ambulance, kam chodí na pravidelné kontroly. Na interní lůžkové oddělení se dostavil mírně obluzený, opocený, pomalejší. Po cílených dotazech zjišťujeme, že přišel na výkon na lačno, jak bylo doporučeno, ale aplikoval si doma ranní dávku insulinu.

Informační zdroje: Pacient, chorobopis, synovec.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: Zemřela ve věku 60 let na infarkt.

Otec: Zemřel ve věku 80 let.

Sourozenci: Nemá.

Děti: Děti má, ale neví kde.

Osobní anamnéza:

Překonané vážné chronické onemocnění: Překonal jen běžné dětské nemoci, v roce 2007 stav po akutní pankreatitidě, nyní chronická kalcifikující pankreatitida a diabetes mellitus při onemocnění pankreatu kompenzovaný insulinem a PAD.

Hospitalizace a operace: Chirurgická revize dutiny břišní s drenáží pseudocysty pankreatu (2004). Komplikovaná akutní pankreatitida (3. - 4. 2007). Cholecystektomie pro gangrenózní cholecystitidu a pericholecystitidu (20.4. 2007). Wirsungotomie se zavedením stentu do cystoidu.

Úrazy: Neměl.

Transfúze: Měl.

Očkování: Absolvoval všechna povinná očkování.

Léková anamnéza:

Léky na předpis: Kreon 25 000j. 2 – 2 – 2, Apo – Ome 20 1 – 0 – 0, Anopyrin 100 0 – 1 – 0, Milurit 100mg 1 – 0 – 0, Poranil 2,5 mg 1 – 0 – 0, Metformin TEVA 500mg 1 – 0 – 1, insulin perem: Humulin R 14 – 12 – 8 a Humulin N 12 j. ve 22 hodin.

Alergologická anamnéza:

Léky: Nemá alergie.

Potraviny: Nemá alergie.

Chemické látky: Nemá alergie.

Jiné: Neudává.

Abúzy:

Alkohol: Nyní prý nepije.

Kouření: Dříve kouřil asi 30 cigaret za den, nyní jen asi 5 cigaret za den.

Káva: Kávu pije 2 x denně.

Drogy: Drogy nebere.

Urologická anamnéza:

Diuréza za 24 hodin je 2000ml moči, pacient moči spontánně, proud moči je dostatečně silný, v noci se nepomocňuje.

Sociální anamnéza:

Stav: Vdovec.

Bytové podmínky: Bydlí ve dvoupokojovém , světlém a dobře větratelném bytě. Byt je ve 3 poschodí.

S kým žije ve společné domácnosti: Bydlí sám.

Vztahy v rodině: Manželka mu zemřela, má dvě děti, ale neví kde. Dochází k němu synovec, který mu pomáhá a nosí mu nákupy.

Vztahy mimo rodinu: Pacient nemá problémy s komunikací a je extrovertní.

Záliby: Rád chodí na fotbal, na pivo s kamarády , ale nepije s nimi. Rád luští křížovky.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: Základní devítileté vzdělání.

Pracovní zařazení: Nyní je důchodce, dříve dělal řidiče multikár u Pražských služeb, nyní dochází na občasné výpomocné práce.

Spirituální anamnéza:

Je nevěřící.

POPIS FYZICKÉHO STAVU PACIENTA - FYZIKÁLNÍ ASSESSMENT

Hlava a krk:

Subjektivní údaje: S hlavou nemám problémy, nebolí mě ani krk.

Objektivní údaje: Hlava - lebka je normocefalická, na poklep nebolestivá. Uši a nos bez výtoků. Oční bulby ve středním postavení, volně pohyblivé všemi směry, bez nystagmu, spojivky růžové, skléry anikterické, nepatrná anizokorie, fotoreakce výbavná, rty acyanotické, jazyk vlhký, bez povlaku. Dutina ústní a hrdlo klidné, chrup

defektní. Krk – náplň krčních žil nevětšena, štítná žláza nevětšena. Lymfatické uzliny nevětšeny, nebolestivé, šije volná.

Hrudník a dýchací cesty:

Subjektivní údaje: Hrudník mě nebolí, dýchá se mi celkem dobře.

Objektivní údaje:

Inspekce: Respirace pravidelná, kožní integrita neporušená, bez vyrážek hrudník je symetrický, bez změn tvaru a postavení. Cyanóza nepřítomná.

Palpace: Kůže je mírně teplá a opocená, pacient nemá teplotu, dýchací pohyby – prsty se od sebe vzdalují na 3 prsty.

Perkuse: Poklep vpravo plný a jasný, vlevo mírně příkrácený.

Auskultace: Dýchání sklípkové s ojedinělými pískoty a vrzoty, pokašlává.

Srdce: Úder hrotu není zvedavý, akce srdeční je pravidelná, bez šelestů a arytmie.

Srdcovo – cévní systém:

Subjektivní údaje: Se srdcem nemám problémy.

Objektivní údaje: TK: 130/85 Torr, P: 82/min, pravidelný, dobře hmatný, Srdce – akce pravidelná, ozvy ohraničené. Pulzace artérií DK: bilaterálně dobře hmatná, varixy nepřítomné, hemoroidy nepřítomné. Bez periferní cyanózy, povrchová žilní kresba není viditelná. Periferní artérie: auskultačně není slyšet šelesty, hmatnost pulzu je dobrá, bolest nepřítomná.

Břicho a trávicí systém:

Subjektivní údaje: Břicho mě nebolí, občas jenom kolem pupku.

Objektivní údaje: Inspekce: Břicho ploché, přibližně v horizontální rovině od hrudního koše, symetrické, není vyklenuté, ani rozšířené. Kožní integrita je porušená - jizva po horní střední laparotomii s hernií v jizvě – diastáza přímých svalů, klidná jizévka v levém subchondriu po drénu, periumbikálně v mezogastriu dvě erytematózní ložiska po aplikaci inzulinu. Peristaltika je auskultačně přítomná. Dýchací vlny jsou pozorovatelné od shora dolů.

Palpace: Břicho měkké, nebolestivé, resistance nehmatná, játra nehmatná, slezina nehmatná. Ledviny při palpaci nebolestivé, tapottament negativní. Palpace nad sponou nebolestivá.

Auskultace: Aktivní šelesty jsou nepravidelné, dobře slyšitelné.

Nauzea nepřítomná, zvracení nepřítomné. Stolica je formovaná, tvrdá, frekvence stolice je 1 x za den.

Močovo – pohlavní systém:

Subjektivní údaje: Nepociťuji bolest při močení. Jiné problémy nemám.

Objektivní údaje: Močí asi 6 x za den. Orientační vyšetření moči: Barva moči jantarově žlutá, bez zápachu, pH 5,0, ostatní nález negativní. Denní diuréza je 1 500 ml. Denní příjem tekutin je okolo 2600 ml. Genitál – bpn.

Kostrovo – svalový systém:

Subjektivní údaje: Cítí se dobře. Nic ho nebolí.

Objektivní údaje: Kosterní aparát bez deformit, končetiny symetrické, habitus normostenický, páteř na poklep nebolestivá, vlnovitě ohnutá – krční lordóza, hrudníková kyfóza, lumbální kyfóza, svaly jsou symetricky uloženy na obou stranách těla, svalový tonus je přiměřený. Klouby bez otoků, chůze mírně nejistá.

Nervovo – smyslový systém:

Subjektivní údaje: Cítím se mírně obluzený, jako po pěti pivech, motá se mi hlava, jsem rád, že jsem dojel do nemocnice.

Objektivní údaje: Ameningeální, bez laterizace, bez fatické poruchy, stoj v normě.

Endokrinní systém:

Subjektivní údaje: Mám diabetes mellitus, jiné problémy nemám.

Objektivní údaje: Štítná žláza nezvětšena, TSH – 1,24 mmol/l, glykémie 1,8 mmol/l na lačno!

Imunologický systém:

Subjektivní údaje: S imunitou nemám problémy.

Objektivní údaje: TT: 36,4. Třesavku nemá.

Kůže a její adnexa:

Subjektivní údaje: S kůží nemám problémy.

Objektivní údaje: Kůže je bledorůžová, bez ikteru a cyanózy. Bez krvácivých projevů. Na břicho jsou dvě erytematózní ložiska po aplikaci inzulínu. Kůže je opocená, turgor je

přiměřený. Vlasy jsou řídké a šedivé, nadměrné vypadávání není přítomné. Nehty jsou konvexní, tvar je lžičkovitý, bez skvrn a rýh.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Stravování:

Subjektivní údaje: Preferuji maso, zeleninu a ovoce. Stravuji se celkem zdravě, naučila mě to manželka. V rámci výživy musím dodržovat diabetickou dietu. Snažím se jíst pravidelně – 6x denně. Mezi hlavními jídly se snaží jíst zeleninu, na druhou večeři si dávám chleba s přílohou. Pálení žáhy nemám. S trávením mám občas potíže, ale jen když si dám něco mastnějšího. Alergie na potraviny jsem nikdy neměl.

Objektivní údaje: Současná hmotnost 82 kg. Výška 168 cm. BMI 30.

Tělesný typ obezita abdominálního typu. Peristaltika přítomná. Chuť na jídlo snižená.

Příjem tekutin:

Subjektivní údaje: Na pitný režim se snažím dát si pozor. Piju hlavně čaje bez cukru, občas minerálku. Snažím se nepít alkohol, protože vím, že mi to nedělá dobře na slinivku. Momentálně mám žízeň, ráno jsem si píchnul inzulin, ani jsem se nenapil a nenajedl.

Objektivní údaje: Množství tekutin za den 2 500 ml, množství moče za den 1 500 ml. Kožní turgor je přiměřený, sliznice jsou přiměřeně vlhké, je přítomné nadměrné opocení. Užívá diuretika – Milurit. Parenterální výživu a výživu sondou nemá. Výdej dechem je zvýšený 22 dechů.

Vylučování stolice:

Subjektivní údaje: Na stolicí chodím pravidelně jednou denně. Zácpu nemám.

Objektivně: Frekvence stolice pravidelná, konzistence, barva a zápach stolice je v normále. Problémy s vylučováním nemá. Bolesti při defekaci nemá. Pomocné prostředky na vyprazdňování nikdy nebral.

Vylučování moči:

Subjektivní údaje: Frekvenci moče mám asi tak 6 x – 7 x za den. Snažím se nepít na noc, ale i tak někdy v noci jdu. Barvu a zápach moči mám normální, problémy

s močením nemám, samovolné unikání moči nemám. Káva na mě působí hodně močopudně.

Objektivní údaje: Moč je jantarově žluté barvy bez zápachu. Vyšetření moče chemicky je negativní, pH 5,0. Užívá Milurit.

Spánek a bdění:

Subjektivní údaje: Snažím se spát aspoň 6 hodin denně, doma spím dobře. V nemocnici spávám špatně, v noci nemohu spát, usnu potom přes den. Léky na spaní nechci brát, protože už tak užívám hodně léků. Lůžko v nemocnici mi celkem vyhovuje, spal jsem už na horších. Pomocné pomůcky na posteli nepotřebuji.

Objektivní údaje: Pacient spí normálně asi 6 hodin. Má kruhy pod očima, červené nejsou. Není podrážděný, náladu má dobrou. Není přítomný třes ruky, neokordinované pohyby a zívání je přítomné.

Aktivita a odpočinek:

Subjektivní údaje: V současnosti jsem v důchodu, pracoval jsem jako řidič multikár – Pražské služby. Domácí práce zvládám celkem dobře, hodně mi pomáhá synovec, který za mnou dochází a nosí mi občas nákupy. Fyzické cvičení neprovozují, nedělá mi to dobře, pomůcky při chůzi nepoužívám. Nejraději odpočívám u televize.

Objektivní údaje: Pacient momentálně nevykonává žádnou fyzickou aktivitu. Je mírně obluzený, opocený, orientovaný místem je, třes ruky jen velmi mírný, rozsah pohybů je omezený.

Hygiena a návyky:

Subjektivní údaje: Mám rád sprchování, protože je rychlejší. Většinou se sprchuji 1 x denně. Používám sprchová mýdla značky Dove. Zuby si čistím 2 x denně. Ústní vodu, dentální nit nepoužívám. K zubaři chodím 2 x do roka. Zatím nemám umělý chrup. Uši si čistím každý den, vlasy si umývám 1x týdně. Nehty si stříhám 2 x týdně. Odbornou manikúru nepotřebuji. Chodím ale na pedikúru, bojím se, abych se neporanil. Nohy si lehce omyji vždy před spaním, ponožky si měním každý den. Obuv mám raději vzdušnou

Objektivní údaje: Pacient je schopný si zabezpečit hygienu sám. Na kůži nejsou pozorovatelné žádné patologické změny, ekzémy, v mezogastriu jsou dvě erytematozní ložiska po aplikaci inzulínu. Pokožka je opocaná. V dutině ústní se sanovaný chrup,

zápach z úst není přítomný. Uši jsou čisté, výtoky z uší nejsou. Oči nejsou začervenalé, výtok není přítomný. Vlasy má pacient čisté, nelámavé. Nehty jsou udržované a čisté. Zápach z nohou není přítomný.

Samostatnost:

Subjektivní údaje: Nemám pocit, že bych měl s něčím nějaký větší problém.

Objektivní údaje: Pacient je úplně soběstačný. Všechny potřeby si zabezpečuje sám.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

Vědomí: Pacient je mírně obluzený, řečový kontakt je ale velmi dobrý, pacient přiměřeně reaguje na kladené otázky.

Orientace: Pacient je orientovaný v místě, čase a prostoru dobře.

Nálada:

Subjektivně: Dnes se cítím unavený, asi to bude tím, že jsem si píchnul insulin a pak jsem se nenajedl. Zdá se mi, že se trochu motám. Jsem rád, že jsem už v nemocnici, ale bojím se vyšetření, které mě čeká.

Objektivně: Pacientova nálada je celkem optimistická, pacient dobře spolupracuje, komunikuje.

Paměť:

Subjektivně: Ještě se necítím tak starý, abych zapomínal. Hlavu mám úplně v pořádku. I když teď mám pocit, že nevím vůbec nic. Bude to asi tím, že jsem se nenajedl. Úplně jsem zapomněl, že mi lékař i sestra říkali, že si nemám před vyšetřením píchat inzulin, protože vyšetření, na které jdu, má být provedeno na lačno a v nemocnici mi ráno aplikují infuzi s glukózou. Mám to i někde napsané od lékaře, ale vzpomněl jsem si na to, až bylo pozdě.

Objektivně: Pacient dobře reaguje na otázku z daleké i blízké minulosti.

Staropaměť: Bezproblémová.

Novopaměť: Bezproblémová.

Myšlení: U pacienta převládá celkem logické myšlení. Reaguje adekvátně k svému věku. Někdy přemýšlí delší dobu, za delší dobu formuluje odpověď.

Temperament: Pacient je flegmaticko – melancholický typ. Je klidné povahy, nereaguje výbušně ani prchlivě.

Sebehodnocení:

Subjektivně: Vážím si sám sebe. Mám oporu u svého synovce a hodně mi to pomáhá.

Objektivně: Pacient má pozitivní postoj k sobě i k svému okolí.

Vnímaní zdravotního stavu:

Subjektivně : Obtěžuje mě, že si musím pořád píchat inzulín, ale jiní jsou na tom hůře. Mám strach, jak dopadne zákrok, na který jsem přišel do nemocnice, ale věřím lékařům, že vše dobře dopadne. Nejvíce mi vadí, že musím abstinovat.

Objektivně: Trápí ho sociální omezení, která plynou z onemocnění.

Reakce na onemocnění a prožívání nemoci:

Subjektivně: Jsem rád, že jsem už v nemocnici, ale netěším se na vyšetření. Doufám, že nenastanou nějaké komplikace a brzy mě propustí domů.

Objektivně: Pacient reaguje adekvátně, vzhledem k svému onemocnění.

Reakce na hospitalizaci:

Objektivně: Jsem rád, že jsem v nemocnici, trochu se bojím, co bude dál.

Subjektivně: Pacient dobře spolupracuje, nemá negativní postoj na hospitalizaci.

Adaptace na onemocnění:

Objektivně: Adaptuje se dobře.

Subjektivně: Adaptace pacienta na onemocnění je přiměřena zdravotnímu stavu.

Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):

Subjektivně: Mám strach z výkonu, na který jsem přišel do nemocnice.

Objektivně: Pacient je celkem vyrovnaný, má jen obavy z vyšetření.

Zkušenosti z předešlých hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie):

Subjektivně: Lékaři i sestry mi vždy pomohli.

Objektivně: U pacienta nebyla pozorována somatická, psychická ani sociální iatropatogenie a sorrorigenie.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

Komunikace:

Verbální – subjektivně: S komunikací jsem neměl nikdy potíže. Kontakty navazuji dobře. Jsem otevřený typ.

Verbální – objektivně: Pacient je extrovertní, s řečovým projevem nemá problémy. Řeč je plynulá s pražským dialektem. Slovní zásoba je na střední úrovni. S formulací myšlenek nemá celkem problémy.

Neverbální - subjektivně: Nějak výrazně ji nepoužívá. Raději si o všechno řekne ústně

Neverbální – objektivně: Zrakový kontakt po dobu rozhovoru pacient dodržuje. Svoje pocity vyjadřuje hlavně mimikou, ale i gestami.

Informovanost:

O onemocnění:

Subjektivně: Mám pocit dostatečné informovanosti o své nemoci.

Objektivně: Pacient je podrobně informován od lékaře i sester o své nemoci.

O diagnostických metodách:

Subjektivně: Vždy jsem dostatečně informován o diagnostických metodách, někdy se ale na ně zeptám i dvakrát, protože moc nerozumím cizím výrazům.

Objektivně: Pacientovi je vždy poskytnut dostatečný prostor na to, aby se mohl i sám zeptat na vše co potřebuje vědět o diagnostických metodách a zda s nimi souhlasí.

O léčbě a dietě:

Subjektivně: Pacient zcela věří lékařům i sestřám. Vždy se cítí být dostatečně informován. Spíš sám někdy zapomene na některé informace, a pak má z toho menší potíže. Například jako dnes, i když byl informován, že si nemá ráno píchat inzulin.

Objektivně: Pacient je vždy podrobně informován o postupu léčby a o dietních opatřeních souvisejících s jeho chorobou.

O délce hospitalizace:

Subjektivně: Při každé hospitalizaci mi řeknou, jak asi dlouho budu ležet v nemocnici, a také je mi dán prostor k tomu, abych si rozmyslel, zda s hospitalizací souhlasím.

Objektivně: Pacient je informován o délce hospitalizace v souvislosti se svou chorobou a je mu poskytnut pokaždé informovaný souhlas, zda s hospitalizací souhlasí.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:

Primární(role související s věkem a pohlavím):

Subjektivně: S nemocí jsem smířil, nejvíc mi na tom všem vadí, že mi pořád říkají, že musím abstinovat a nekouřit cigarety.

Objektivně: Pacient se s rolí nemocného ztotožnil dobře. Je komunikativní, s personálem spolupracuje.

Sekundární(role související s rodinou a společenskými funkcemi):

Subjektivně: Jsem rád, že se můžu vždy obrátit na svého synovce, který mi rád pomůže a na kamarády, kterým moje nemoc nevadí. Sám jsem si na nemoc již zvyknul, nejvíc mi vadí, že musím abstinovat, a také bych neměl kouřit cigarety.

Objektivně: Pacient necítí žádné rodinné ani společenské omezení.

Terciální(související s volným časem a zálibami):

Subjektivně: Jsem v důchodu a mám dostatek volného času. Rád zajdu za kamarády na pivo, ale nepiju s nimi. Doma luštím křížovky a dívám se na televizi.

Objektivně: Pacient necítí omezení volného času. Na kamarády a luštění křížovek si najde vždy čas.

Popis spirituálního stavu:

Subjektivně: Nejsm věřící, v něco určitě věřím, ale nevím v co. Neumím to definovat.

Objektivně: Pacient není věřící, nehlásí se k žádnému náboženství. Je spokojený, má rád svůj přístup k životu.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT**Ordinovaná vyšetření:**

Změření fyziologických funkcí: TK, puls, teplota.

Základní laboratorní vyšetření: Statim – glykemické vyšetření krve a pak 4x denně.

Další biochemické vyšetření krve: Močovina, kreatinin, celkový bilirubin, transaminázy – ALT, AST, GMT, mineralogram – Na, K, Cl, amvlazy v moči a krvi.

Hematologické vyšetření: Vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru, sedimentace erytrocytů, krevní obraz - erytrocyty, leukocyty, trombocyty, hemoglobin, hematokrit, hemokoagulační vyšetření - QUICK + APTT.

Sérologické vyšetření krve: HIV, hepatitida - HbsAg, HVC

Biochemické vyšetření moče a vyšetření močového sedimentu.

Další vyšetření: RTG S + P a zavedení centrálního žilního katetru pod RTG kontrolou cestou vena subclavia.

ERCP vyšetření přeloženo na druhý den.

Výsledky: Laboratorní vyšetření - Glykémie 1,8mmol/l !!!

Základní screening biochemického, hematologického obrazu a mineralogramu je v rámci fyziologických norem.

Chemické vyšetření moče je v rámci fyziologických norem.

Konzervativní léčba:

Dieta: 9

Pohybový režim: Chodící.

RHB: Ne

Výživa: Protein – energetická podvýživa, nutrice - Diasip 3x 200ml per os.

Medikamentózní léčba:

Per os: Prioritně na příjmové ambulanci podán oslazený čaj. Další medikace:

Kreon 25 000j. 2 – 2 – 2, Apo – Ome 20, 1 – 0 – 0, Anopyrin 100 0 – 1 – 0, Milurit 100mg 1 – 0 - 0, Píramil 2,5mg 100 1 – 0 – 0, Metformin TEVA 500mg 1 – 0 – 1. Diasip 3x 200ml - sipping při malnutrici – prealbumin v ambulantní kontrole 0,11.

Intravenózní: Prioritně na příjmové ambulanci aplikována infuze 10%G 500 ml + KCl 7,5%20 ml. Další medikace: FR 500 ml + MgSO₄ 10% 1 amp., Neotritin 10% 500 ml, Furosemid 10mg.

Per rektum: Bez medikace.

Jiná: Inzulín – perem : Humulin R 12 – 12 – 8, Humulin N 12j. (ve 22 hod.).

Chirurgická léčba: Stav po Wirsungotomii a zavedení stentu do cystoidu. Stav po chirurgické revizi dutiny břišní s drenáží pseudocysty.

SITUAČNÍ ANALÝZA

67-letý pacient, důchodce, přijatý 18. 3. 2009 na interní oddělení s diagnózou Chronická kalcifikující pankreatitida k plánované hospitalizaci z důvodu provedení endoskopického vyšetření pankreatu. Pacient přichází sám. Při přijetí je obluzený, lehce opocený, pomalejší. Po cílených dotazech zjišťujeme, že přišel na výkon na lačno, jak bylo doporučeno, ale píchnul si ranní dávku insulínu. Vstupně hypoglykemický stav je postupně upraven a byl mu zaveden centrální žilní katetr. Vyšetření, na které přišel mu bylo odloženo na další den. Špatně spal, protože v nemocničním zařízení nemůže usnout. Dnes je druhý den hospitalizace, pacient se cítí celkem dobře, nic jej nebolí, je mírně unavený. Je plně soběstačný, hygienu si provádí sám. Má strach, jak dopadne dnešní vyšetření, se kterým ale souhlasí. Projevuje zájem o informace týkající se vyšetření. Má oporu u svých kamarádů a svého synovce, se kterým je v telefonickém kontaktu.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

- 1. 00130 - Myšlení**, porušené v souvislosti se sníženou výživou mozku, projevující se duševními změnami, lehkou ztrátou paměti a časově omezenou pozorností.

- 2. 00126 - Deficitní znalost**, souvisící s neschopností vybavit si vědomosti , projevující se nepřesným dodržením pokyny instruktáže.

- 3. 00095 - Spánek**, narušený v souvislosti s nemocničním prostředím, projevující se nočním buzením a únavou.

- 4. 00093 - Únava**, v souvislosti s porušeným spánkem, projevující se pocitem snížené aktivity.

- 5. 00148 - Strach**, v souvislosti s vyšetřením, projevující se verbalizací strachu.

POTENCIONÁLNÍ DIAGNÓZY:

- 2. 00004 - Infekce, riziko vzniku**, v souvislosti se zavedením centrálního žilního katetru.

PLÁNOVÁNÍ

Diagnóza č. 1: 00130 - Myšlení, porušené v souvislosti se sníženou výživou mozku, projevující se duševními změnami, lehkou ztrátou paměti a časově omezenou pozorností.

Cíl (krátkodobý), stanovený dne 18. 3. 2009:

1. Normalizovat sníženou výživu mozku.

Priorita: Vysoká.

Výsledné kritéria:

Pacient pocítuje zlepšení myšlení do 1 hodiny.

Pacient má hodnoty glykémie v mezích normy do 24 hodin.

Pacient nemá pocit hladu, neverbalizuje hlad do 1 hodiny.

Ošetrovatelské intervence:

1. Podej pacientovi oslazený čaj dle ordinace lékaře per os – ihned – všeobecná sestra.
2. Aplikuj léky dle ordinace lékaře i.v. – ihned – všeobecná sestra..
3. Zaznamenej reakci na podané léky a zapiš výsledek do ošetrovatelské dokumentace – ihned – všeobecná sestra.
4. Sleduj vitální funkce(TK, Puls, TT, Dech) a zaznamenej jejich hodnoty do ošetrovatelské dokumentace dle ordinace lékaře – ihned – všeobecná sestra.
5. Zaznamenej hodnoty glykémie v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře 11.00 – 14. 00 – 17.00 – 20.00 – 22.00 hodin – všeobecná sestra.
6. Aplikuj inzulín podle vývoje hladiny glykémie dle ordinace lékaře, s. c. – všeobecná sestra.
7. Sleduj příjem a výdej tekutin dle ordinace lékaře po 6 hodinách a zaznamenej výsledky příjmu, a také výdeje do ošetrovatelské dokumentace – denně - všeobecná sestra.
8. Sleduj stav vědomí a myšlení u pacienta a zaznamenej své pozorování do ošetrovatelské dokumentace - denně – všeobecná sestra.

REALIZACE ZE DNE 18. 3. 2009

1. Pacientovi podán oslazený vlažný čaj dle ordinace lékaře per os – všeobecná sestra, I.V., 08.00 h.
2. Léky pacientovi podány dle ordinace lékaře: 10% G 500ml + KCl 20ml, FR 500 ml + MgSO₄ 10% 20ml, Neonutrin 10% 500ml + Furosemid 1amp. - i.v. – všeobecná sestra, I.V., 08.10h.
3. Reakce na podané léky zaznamenána do ošetrovatelské dokumentace - pacientovi je lépe, nejsou pozorovány vedlejší účinky léků (pocit dušnosti, zčervenání kůže) – všeobecná sestra, I.V., 08.20 h.
4. Pacientovi byly změřeny fyziologické funkce a výsledné hodnoty zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace (TK: 130/80, P: 80/min., TT: 36,6, Dech: 25/min.) - všeobecná sestra, I.V., 08.30 h.
5. Hodnoty glykémie sledovány a zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace - 08.00 h glykémie – 1, 8mmol/l, 11.00 h – 4, 5mmol/l, 14.00 h – 10,3mmol/l, 17.00 h – 7,7 mmol/l, 20.00 h – 7,2mmol/l, 22.00 h – 7, 5mmol/l – všeobecná sestra, I.V.
6. Inzulín aplikován dle ordinace lékaře – v 17.00h – 6 j. HMR, ve 22.00h – 12j HMR, - s.c. – všeobecná sestra, I.V.
7. Příjem a výdej tekutin pravidelně sledován dle ordinace lékaře a výsledné hodnoty zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, I.V., denně po 6 hodinách.
8. Stav vědomí a myšlení pravidelně zaznamenán do ošetrovatelské dokumentace, pacient se cítí dobře – všeobecná sestra, I.V. 09.00 h, 12.00h.,15.00 h., 17.00 h., 20.00 h.

VYHODNOCENÍ ZE DNE 18. 3. 2009

Cíl byl splněný. Pacient pocítil stav zlepšení myšlení, celkové zlepšení svého stavu, snížení pocitu hladu po podání oslazeného čaje a léků dle ordinace lékaře do 1 hodiny. Také hodnoty glykémie se během 24 hodin upravily. Pacient se cítí mnohem lépe, a také výraz obličeje je spokojenější.

PLÁNOVÁNÍ

Diagnóza č.2: 00126 – Deficitní znalost, souvisící s neschopností vybavit si vědomosti, projevující se nepřesným dodržením pokyny instruktáže.

Cíl (krátkodobý), stanovený dne 20. 3. 2009:

1. Správně vykonávat potřebné postupy a umět vysvětlit důvody, proč musí být provedeny.

Priorita: Střední.

Výsledné kritéria:

Pacient má dostatek vědomostí o svém onemocnění do 2 dnů.

Pacient zná potřebné postupy k zabránění možných komplikací svého onemocnění do 2 dnů.

Pacient se aktivně zapojuje do procesu edukace do 2 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

1. Posuď ochotu pacienta učit se a získávat informace – denně - všeobecná sestra.
2. Zjisti současnou znalost informací a poznatků pacienta o jeho onemocnění – 13.00h.,- všeobecná sestra.
3. Poskytni pacientovi informace o jeho onemocnění – 13.30h. – všeobecná sestra.
4. Posuď, jak pacient přistupuje k informacím a k procesu edukace - 14.00h. - všeobecná sestra.
5. Pouč pacienta o možných opakujících se komplikacích při nedodržování informací, také postupů o jeho onemocnění - 14.30h. - všeobecná sestra.
6. Zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace stav pacientových vědomostí o jeho onemocnění – 16.00h. - všeobecná sestra.
7. Zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace aktivitu pacienta při edukaci o jeho onemocnění – 17.00h. - všeobecná sestra.

REALIZACE ZE DNE 20. 3. 2009

1. Pacient projevil ochotu a spolupráci získávat informace – denně - všeobecná sestra, I.V.
2. Zjištění úrovně současných znalostí pacienta vyžaduje opakování a připomenutí informací o jeho nemoci během hospitalizace – 13.00h- všeobecná sestra, I.V.

3. Pacientovi poskytnuty informace o jeho onemocnění s důrazem na nutnost dodržování pokynů ošetřujícího lékaře a všeobecné sestry –13.30h. - všeobecná sestra - I.V.
4. Pacient přistupuje k získávání informací a k edukaci o jeho nemoci aktivně – 14.00h. -všeobecná sestra, I.V.
5. Pacient poučen o možném opakování komplikací jeho nemoci při nedodržování pokynů instruktáže ošetřujícího personálu – 14.30h. - všeobecná sestra, I.V.
6. Stav vědomostí pacienta o jeho onemocnění zaznamenán do ošetřovatelské dokumentace - 16.00h. - všeobecná sestra, I.V.
7. Edukace pacienta a jeho aktivní postoj k edukaci o jeho onemocnění zaznamenán do ošetřovatelské dokumentace – 17.00 h.- všeobecná sestra, I.V.

VYHODNOCENÍ ZE DNE 20. 3. 2009

Cíl byl splněn částečně. Pacient získal dostatek vědomostí o svém onemocnění během hospitalizace do 2 dnů. Projevoval ochotu aktivně se zapojovat do procesu edukace při poučení o dodržování ošetřovatelských postupů k zabránění možných komplikací svého onemocnění. Při předání pacienta do ambulantní péče v diabetologické poradně bude však nutné i nadále pokračovat v ošetřovatelských intervencích, zejména týkajících se dodržování a opakování postupů instruktáže lékaře a ošetřovatelského personálu, souvisejících s jeho onemocněním.

PLÁNOVÁNÍ

Diagnóza č. 3: 00095 - Spánek, narušený v souvislosti s nemocničním prostředím, projevující se nočním buzením a únavou.

Cíl(krátkodobý), stanovený 20. 3. 2009:

1. Dosáhnout plnohodnotný spánek, přinášející oddech.

Priorita: Střední.

Výsledné kritéria:

Pacient usne do 30 minut od uložení do postele.

Pacient spí nejméně 6 hodin bez probuzení.

Pacient se nebudí častěji než dvakrát za noc a po probuzení usíná do 15 minut.

Ošetřovatelské intervence:

1. Umístní nemocného na pokoj s vhodnými pacienty - 18.00h. – všeobecná sestra.
2. Doporuč pacientovi před spaním hygienické úkony - uklidňující koupel- 18.15h.- všeobecná sestra.
3. Zabezpeč klidné prostředí, odstraň rušivé vlivy (zavři dveře u pokoje pacienta, ztlum světlo) – vše zaznamenej do ošetřovatelské dokumentace - 18.30h. - všeobecná sestra.
4. Zabezpeč pacientovi pohodu a relaxaci – pohodlné oblečení, důkladně ustlaná postel- 18.45h. – sanitárka.
5. Nabídní pacientovi před spaním masáž zad –19.00h. – všeobecná sestra.
6. Sniž množství stimulů - hlasité rozhovory personálu, hlasité pouštění televize - 19.15h. - všeobecná sestra.
7. Podporuj u pacienta návyky navozující klidný spánek – 19.30h. - všeobecná sestra.
8. Podporuj u pacienta stejný čas usínání – 20.30h. - všeobecná sestra.
9. Proved' noční kontrolu spánku pacienta – 21.30h., 01.00h., 03.00h. - všeobecná sestra.

REALIZACE ZE DNE 20. 3. 2009

1. Pacient umístněn na dvoulůžkový, světlý pokoj - 18.00h - všeobecná sestra, I.V.
2. Pacient na doporučení všeobecné sestry provedl hygienické úkony a absolvoval uklidňující koupel -18.15h., všeobecná sestra, I.V.
3. Pacientovi bylo zabezpečeno klidné prostředí, odstranily se rušivé vlivy(zavření dveří u pokoje pacienta a ztlumení světla) - 18.30h., všeobecná sestra, I.V.

4. Pacientovi bylo poskytnuto pohodlné bavlněné pyžamo, byla mu důkladně ustlána postel - 18.45h. - sanitárka, M.O.
5. Pacientovi byla na lůžku provedena relaxační masáž zad a byla zaznamenána v ošetrovatelské dokumentaci -19.00h. - všeobecná sestra, I.V.
6. Ošetrovatelský personál byl instruktován a požádán o ztlumení hlasitých rozhovorů na chodbě oddělení, a také byla ztlumena hlasitost televize na chodbě oddělení - 19.15h. - všeobecná sestra, I.V.
7. Pacient leží v posteli a čte si časopisy, relaxační hudbu odmítl poslouchat - 19.30h.- všeobecná sestra, I.V.
8. Pacient byl vyzván ke spánku bylo zhasnuto světlo v pokoji - 20.30h. všeobecná sestra, I.V.
9. Při noční kontrole sestrou bylo zjištěno, že pacient za 30minut po uložení ke spánku ještě nespí, v 01.00h. nespí a ve 03.00h. pacient již spí souvisle – všeobecná sestra, I.V.

VYHODNOCENÍ ZE DNE 20. 3. 2009

Cíl byl splněn částečně. Pacient neusnul do 30minut od uložení ke spánku a 6 hodin souvisle nespal. Při noční kontrole všeobecnou sestrou v 01.00h pacient nespí a udává, že se mu v nemocničním zařízení špatně usíná. V noci se vzbudil jen jednou. Při další noční kontrole spánku pacienta již pacient pravidelně spí. Bude nutné i nadále pokračovat v ošetrovatelských intervencích, zejména bude nutné edukovat pacienta o vhodnosti relaxačních návyků, podporujících příjemné navození spánku.

PLÁNOVÁNÍ

Diagnóza č. 4.: 00093 - Únava, v souvislosti s porušeným spánkem, projevující se pocitem snížené aktivity.

Cíl(krátkodobý), stanovený dne 20. 3. 2009:

1. Dosáhnout zvýšení energie, pocitu pohody a spokojenosti.

Priorita: Střední.

Výsledné kritéria:

Pacient má zmenšený pocit únavy do ukončení hospitalizace.

Pacient má pocit pohody a spokojenosti do ukončení hospitalizace.

Pacient má dostatek energie a aktivity do ukončení hospitalizace.

Ošetřovatelské intervence:

1. Posuď, zda je pacient po probuzení odpočínutý – 07.00h. - všeobecná sestra.
2. Pozoruj pacienta, zda má kruhy pod očima a zda nemá třes rukou - 07.10h. - všeobecná sestra.
3. Vyslechni pacienta, co je hlavní příčinou ranní únavy – 07.30h. - všeobecná sestra.
4. Posuď, zda pacient nemá sníženou schopnost soustředění - 08.00h. - všeobecná sestra.
5. Zajisti pacientovi klidné prostředí na pokoji - celý den - všeobecná sestra.
6. Zabezpeč pacientovi pohodu a relaxaci během dne - všeobecná sestra.
7. Edukuj pacienta o nutnosti dodržovat přiměřenou denní životosprávu – denně - všeobecná sestra.

REALIZACE ZE DNE 20.3. 2009

1. Pacient je po probuzení mírně unavený a cítí se málo odpočínutý – 07.00h.- všeobecná sestra, I.V.
2. Pozorováním bylo zjištěno, že pacient má kruhy pod očima, ale třes rukou má mírný - 07.10h. - všeobecná sestra, I.V.
3. Po vyzvání pacienta k rozhovoru bylo zjištěno, že hlavní příčinou jeho únavy je špatný spánek a změna prostředí, jinak se cítí celkem spokojený, hlavně s empatickým přístupem ošetřovatelského personálu, spolupacient na pokoji mu nevadí - 07.30h. - všeobecná sestra, I.V.

4. Posuzováním bylo zjištěno, že pacient nemá sníženou schopnost soustředění, ale cítí se unavený - 08.00h - všeobecná sestra, I.V.
5. Pacientovi je během dne zajištěn řádně uklizený a esteticky upravený pokoj, a také pohodlné, upravené lůžko - celý den – všeobecná sestra, I.V.
6. Pacientovi je během dne zajištěna dle ordinace lékaře relaxační masáž těla a je mu nabídnut relaxační poslech hudby - všeobecná sestra, I.V.
7. Pacient edukován o nutnosti dodržovat přiměřenou životosprávu během dne, nepít nápoje obsahující kofein, omezit kouření cigaret, provádět pravidelné procházky po venku – denně - všeobecná sestra, I.V.

VYHODNOCENÍ ZE DNE 20. 3 2009

Cíl byl splněn částečně. Pacient se cítí spokojený s empatickým přístupem ošetřujícího personálu. Pocit únavy a snížené energie se odstranit úplně nepodařilo, protože pacient v nemocničním prostředí špatně spí. Bude nutné dále pokračovat v ošetřovatelských intervencích, zejména bude nutné i nadále edukovat pacienta o nutnosti dodržovat přiměřenou životosprávu během celého dne.

PLÁNOVÁNÍ

Diagnóza č.5.: 00148 - Strach, v souvislosti s vyšetřením, projevující se verbalizací strachu.

Cíl (krátkodobý), stanovený dne 20. 3. 2008:

1. Zmírnit strach.

Priorita: Střední.

Výsledné kritéria:

Pacient verbálně identifikuje zdroj strachu do 2 dnů.

Pacient verbalizuje zmírnění strachu do 2 dnů.

Pacient nemá somatické projevy strachu a stresu do 2 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

1. Dej najevo empatické pochopení pacienta a požádej jej aby verbálně identifikoval zdroj strachu - 08.00h. - všeobecná sestra.

2. Umožni pacientovi vyjádření citových projevů - 08.00h. - všeobecná sestra.

3. Zjisti, zda nemá pacient somatické projevy strachu a výsledek zapiš do ošetrovatelské dokumentace - 08.30h. - všeobecná sestra.

4. Přivolej k rozhovoru s pacientem ošetřujícího lékaře a spolu s ním seznam pacienta s průběhem vyšetření - 08.40h. - ošetřující lékař, všeobecná sestra.

5. Dej pacientovi podepsat informovaný souhlas s vyšetřením na základě výsledku rozhovoru pacienta s ošetřujícím lékařem a založ jej do ošetrovatelské dokumentace - 08.50h. - všeobecná sestra.

6. Posuď, zda pacient verbalizuje zmírnění strachu - 09.00h. - všeobecná sestra.

7. Zabezpeč pacientovi kontakt s rodinou – 09.00h. - všeobecná sestra.

REALIZACE ZE DNE 20. 3. 2009

1. Pacient je klidnou přítomností všeobecné sestry slovně požádán, aby verbalizoval zdroj svého strachu - 08.00h. - všeobecná sestra, I.V.

2. Pacient vyjadřuje v rozhovoru se sestrou své pocity a myšlenky - 08.00h - všeobecná sestra, I.V.

3. Pacientovi jsou změřeny fyziologické funkce a jejich výsledky jsou zapsány do ošetrovatelské dokumentace - TK: 130/80, P: 62/min., TT: 36,6°C, D: 25/min - 08.30h - všeobecná sestra, I.V.

4. K rozhovoru s pacientem je přivolán ošetřující lékař, který informuje pacienta o průběhu vyšetření, možných komplikacích a ošetřovatelské činnosti po vyšetření - 08.40h - lékař T.V, všeobecná sestra, I.V.
5. Pacient s vyšetřením po rozhovoru s ošetřujícím lékařem souhlasí a podepisuje informovaný souhlas před vyšetřením, který je založen do pacientovi ošetřovatelské dokumentace - 08.50h – všeobecná sestra, I.V.
6. Pocity strachu se u pacienta po klidném rozhovoru s lékařem a empatickém pochopení všeobecné sestry minimalizovaly, pacient již neverbalizuje pocity strachu - 09.00h - všeobecná sestra, I.V.
7. Pacient má ještě před vyšetřením návštěvu, přijel jej povzbudit jeho synovec – 09.00h. - všeobecná sestra, I.V.

VYHODNOCENÍ ZE DNE 20. 3 2009

Cíl byl splněn částečně. Pacient identifikoval zdroj strachu do 1 dne. Po empatickém povzbuzení všeobecnou sestrou, rozhovorem s ošetřujícím lékařem se pacientův strach před vyšetřením snížil. Zvýšené somatické projevy strachu nebyly dle ošetřujícího lékaře shledány do 1 dne - dle záznamu všeobecné sestry v ošetřovatelské dokumentaci. Návštěva synovce pacienta velmi povzbudila. Avšak bude nutné při předání pacienta specializované endoskopické sestře na rentgenovém pracovišti, dále pokračovat v ošetřovatelských intervencích. Bude nutné dále pacienta povzbuzovat ještě před samotným výkonem sestrou – specialistkou v endoskopii a lékařem provádějícím vyšetření.

CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PACIENTA

Ošetrovatelské intervence byly realizované do 2 dnů, v době hospitalizace pacienta na interním oddělení nemocnice, kam byl plánovaně přijat na vyšetření. Myšlení v souvislosti se sníženou výživou mozku, projevující se lehkou ztrátou paměti se podařilo normalizovat během 24 hodin od přijetí pacienta do nemocnice. Deficit znalostí, souvisící s neschopností vybavit si vědomosti, projevující se nepřesným dodržáním pokyny instruktáže se podařilo splnit částečně. Pacient projevilo ochotu aktivně znovuobnovovat, a také upevňovat vědomosti, týkající se pokynů o jeho nemoci, ale bude ještě nutné pokračovat dále v ošetrovatelských intervencích v diabetologické poradně po jeho propuštění z nemocnic, zejména bude nutné pacienta dále edukovat, aby dodržoval pokyny instruktáže ošetrovatelského personálu. Spánek se pomocí ošetrovatelských intervencí u pacienta podařilo upravit jen částečně, bude nutné dále pokračovat v ošetrovatelských intervencích, týkajících se zejména relaxačních návyků před spánkem Únava se nepodařilo odstranit úplně, je nutné dále pokračovat v ošetrovatelských intervencích zaměřených na dodržování životosprávy během dne. Pacientův strach z vyšetření se podařilo částečně snížit po rozhovoru ošetřujícím lékařem i s všeobecnou sestrou, kteří jej informovali o průběhu vyšetření, komplikacích a následné ošetrovatelské péči po vyšetření. Pacient po dobu celé hospitalizace udržoval telefonický kontakt se svým synovcem, osaměle se necítil. Po provedení plánovaného vyšetření byl propuštěn domů, s tím že do 2 dnů přijde na kontrolu do specializované ambulance k lékaři specialistovi, kam pacient pravidelně dochází.

ZÁVĚR

Chronická pankreatitida je choroba, která je stále středem zájmu gastroenterologů. Poslední léta přinesla významné pokroky, především v etiopatogenezi, které se v nedaleké budoucnosti musí odrazit i v terapeutických a ošetrovatelských přístupech k chronické pankreatitidě.

Diagnostika tohoto onemocnění se přesouvá pomalu do oblasti molekulárně genetické a pravděpodobně budoucnost léčby bude nejen v oblasti rozvoje zobrazovacích metod, ale i v oblasti rozvoje nových vysoce účinných léků ovlivňujících pankreatickou funkci. Budoucností bude nepochybně zavedení léčby genetické a další nové léčby s obsahem pankreatických enzymů, především z pohledu využitelnosti a stability těchto enzymů.

Přesto stále platí, že chronickou pankreatitidu umíme léčit, ale neumíme vyléčit. Chronická pankreatitida se v současnosti zařazuje mezi závažná onemocnění, která významně ovlivňují kvalitu života nemocných, a které jsou rizikovým faktorem pro vznik nádorových onemocnění, zejména vzniku karcinomu pankreatu.

Jedním z hlavních etiologických faktorů, které se podílejí na vzniku chronické pankreatitidy je vzrůstající spotřeba alkoholu. Někteří autoři uvádějí, že osud abstinujících se významně neliší od těch, co s pitím přestali, neboť už jsou nastartované progresivní změny, ale přesto je důležité alkohol eliminovat, neboť se tím zlepší i celkový životní styl nemocných.

Cílem komplexní ošetrovatelské péče u pacientů s chronickou pankreatitidou je ulevit pacientovi od bolesti, minimalizovat dyspeptické obtíže, psychicky nemocného podpořit, podat nemocnému dostatek informací o jeho chorobě, minimalizovat možné komplikace při jeho nedodržování pokynů instruktáže ošetrovatelským personálem. Je nutné pravidelně sledovat fyziologické funkce, v době omezené sebek péče uspokojovat pacientovi biopsychosociální potřeby. S diagnózou chronická pankreatitida je nemocný zpravidla léčen na interním oddělení nemocnice a všeobecná sestra mu musí věnovat trvalou ošetrovatelskou péči. Zejména svou ošetrovatelskou péči musí zaměřit na ty

pacienty s chronickou pankreatitidou, kteří nedodržují doporučení, ošetrovatelské postupy a zásady, které jim všeobecná sestra poskytuje v rámci edukace těchto pacientů. Zvláště je to nutné u těch pacientů, kteří požívají alkohol.

Cílem mojí bakalářské práce bylo ukázat komplexní ošetrovatelský přístup k dlouholetému pacientovi, docházejícímu na interní oddělení nemocnice s diagnózou chronická pankreatitida. Zvláště jsem se zaměřila na uspokojování biopsychosociálních potřeb tohoto pacienta.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DÍTĚ, P. 2006. Chronickou pankreatitidu umíme léčit, ale neumíme vyléčit. *MEDICAL TRIBUNE*, 2006, roč. 2, č. 31, s. 20 – 22. ISSN 1214 – 8911.
2. DÍTĚ, P. 2004. Chronická pankreatitida – choroba, kterou umíme léčit, ale neumíme vyléčit. *Vnitřní lékařství*, 2004, roč. 50, č. S1, s. S98 – S102. ISSN 0042 – 773X.
3. DÍTĚ, P. et al. 2002. *Chronická pankreatitida*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80 – 7262 – 148 – 3.
4. ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O. 2006. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80 – 246 – 1216 – X.
5. ERBOVÁ, G.; KOZIEROVÁ, B.; OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetřovatel'stvo 1*. Z angl. orig. přel. A. Kršková. Martin: Vydavatel'stvo Osveta, 1995. ISBN 80 – 217 – 0528 - 0.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Informovaný souhlas Proč a jak?* Praha: Galén, 2007. ISBN 978 – 80 -7262 – 497 – 3.
7. KRECHLER, T. 2005. Chronická pankreatitida – současné diagnostické možnosti. *Practicus*, 2005, roč. 4, č. 9, s. 372 – 373. ISSN 1213 – 8711.
8. KRECHLER, T.; KRŠKA, Z.; ŠVÁB, J. 2007. Resekční výkony u chronické pankreatitidy – diferentní přístup v pozdním pooperačním období. *Bulletin HPB*, 2007, roč. 15, č. 2 – 3, s. 55 – 58. ISSN 1210 – 6755.
9. LUKÁŠ, K. a kolektiv. 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80 – 247 – 1283 – 0.
10. LUKÁŠ, K.; ŽÁK, A. a kolektiv. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978 – 80 – 247 – 1787 – 6.

11. MAČÁK, J.; MAČÁKOVÁ, J. 2004. *Patologie*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80 – 247 – 0785 – 3.
12. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80 – 247 – 1399 – 3.
13. MAURITZOVÁ, I.; NĚMCOVÁ, J. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. PLZEŇ: Maurea, s.r.o., 2009. ISBN 978 – 80 – 902876 – 0 – 0.
14. MIKŠOVÁ, Z, aj. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80 – 247 – 1442 – 6.
15. NEJEDLÁ, M. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80 – 247 – 1150 – 8.
16. NEJEDLÁ, M.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. 2006. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80 – 247 – 1148 – 6.
17. RICHARDS, A.; EDWARDS, S. 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Simona Sedlová. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80 – 247 – 0932 – 5.
18. ŠPIČÁK, J. 2006. Profil alkoholiků s jaterní cirhózou a chronickou pankreatitidou. *Bulletin HPB*, 2006, roč. 14, č. 3, s. 112 – 114. ISSN 1210 – 6755.
19. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. ISBN 80 – 7013 – 285 – X.
20. VAVREČKA, A. 2002. Možnosti endoskopické terapie chronické pankreatitidy. *Vnitřní lékařství*, 2002, roč. 48, č. 9, s. 891 – 894. ISSN 0042 – 773X.