

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

Bakalářská práce

JAROSLAVA HEJNOVÁ

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

Vedoucí práce: Mgr. Marie Vlachová

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2011-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2011



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

HEJNOVÁ Jaroslava
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 10. 3. 2010 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s akutní pankreatitidou

Nursing Care of the Patient with Acute Pancreatitis

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Vlachová

V Praze dne: 29. 10. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

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

Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Dačice 31. března 2011

.....

ABSTRAKT

HEJNOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní pankreatitidou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Marie Vlachová. Praha. 2011.

Hlavním tématem bakalářské práce je akutní onemocnění slinivky břišní a komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s tímto onemocněním. Práce se skládá za dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část je zaměřena na anatomii, fyziologii, patofyziologii slinivky břišní, příznaky tohoto onemocnění, na vyvolávající příčiny, dále pak na diagnostiku, která vede k určení správné diagnózy a zahájení včasné léčby.

V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces u pacientky s akutní pankreatitidou, u které se snažíme poukázat na specifické ošetrovatelské problémy. Ošetrovatelské diagnózy jsou zde rozpracovány v Nanda doménách. Součástí práce je přehled léčebného režimu a rozpracované jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu.

V závěrečné fázi se věnujeme edukačnímu procesu, který je zaměřený na to, aby se toto onemocnění již neopakovalo.

Klíčová slova: Edukace, Ošetrovatelský proces, Pankreatická dieta, Slinivka břišní.

ABSTRACT

HEJNOVÁ, Jaroslava. *Nursing care of patients with acute pancreatitis* College of Health, i.n.c., level of Qualification: bachelor. Supervisor: Mgr. Marie Vlachová. Prague. 2011.

The main theme of bachelor thesis is an acute disease of the pancreas and comprehensive nursing care for patients with this disease. The work consists in two parts, theoretical and practical. The theoretical part focuses on anatomy, physiology, pathophysiology of the pancreas, symptoms of the disease, the underlying cause, then the diagnosis, which leads to a correct diagnosis and timely initiation of treatment.

In the practical part the nursing process for patients with acute pancreatitis, in which we try to point out specific nursing problems. Nursing diagnoses are developed in Nanda domains. The work is an overview of the therapeutic regimen and ongoing phases of the nursing process.

In the final stage we educational process, which aims to ensure that the disease was no repetition.

Keywords: Education, Nursing process, Pancreas, Pancreatic diet.

PŘEDMLUVA

Základem fungující lidské populace je bezesporu zdraví. Chápání pojmu zdraví závisí na společnosti, stupni jejího rozvoje, její kultuře, vzdělání lidí, hodnotovém systému člověka. Zdraví dle Světové zdravotnické organizace lze definovat jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, který je výsledkem souladu ve vzájemném působení organismu a prostředí. Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby, vést sociálně a ekonomicky produktivní život a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se s vlastním prostředím. Opakem zdraví jsou problémy s ním související pod souhrnným názvem nemoc, která je obecně definována jako souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím. Charakteristickými rysy ošetrovatelství je individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho zdraví nebo potřebám vzniklých nebo pozměněných onemocněním.

Dnešní medicína posouvá tradiční roli nemocného a jeho rodiny. Nemocní jsou oproti dřívějším dobám informovanější, chtějí se aktivně podílet na své léčbě, jsou ochotnější spolupracovat v péči o své zdraví. Z pasivního příjemce zdravotní péče se stává nemocný aktivním účastníkem týmové práce zdravotníků. Na nemocného již nelze pohlížet jako na pasivní bytost, která se trpělivě a odevzdaně podrobuje rozhodnutím a péči zdravotnických profesionálů. Zdravotníci si musí uvědomit, že i nemocný člověk je svéprávná bytost, která má právo rozhodovat se a aktivně se podílet na péči o své zdraví.

Sestra se aktivně zapojuje do léčebných, diagnostických a ošetrovatelských úkonů, jejím velkým úkolem je také prevence a předcházení vzniku komplikací. Je nutné, aby se v dané problematice orientovala, aby o ní měla dostatek informací – jen tak dokáže zodpovědně zhodnotit a zaznamenat vývoj stavu pacienta, nástup možných komplikací a může pacientovi pomoci zpátky do jeho aktivního života.

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Marii Vlachové za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a za připomínky, které byly při zpracování bakalářské práce přínosem.

Dále děkuji své rodině za podporu.

Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 SLINIVKA BŘIŠNÍ - PANCREAS.....	10
1.1 Anatomie slinivky břišní.....	10
1.2 Fyziologie slinivky břišní.....	11
2 ONEMOCNĚNÍ SLINIVKY BŘIŠNÍ.....	13
2.1 Biliární pankreatitida.....	14
2.2 Alkoholická pankreatitida.....	14
2.3 Idiopatická pankreatitida.....	15
2.4 Traumatická pankreatitida.....	15
2.5 Pankreatitida po endoskopické retrográdní pankreatografii (ERCP).....	15
3 DIAGNÓZA A KLINICKÝ OBRAZ.....	16
3.1 Příznaky akutní pankreatitidy.....	16
3.2 Diagnostika	17
4 LÉČBA AKUTNÍ PANKREATITIDY.....	20
4.1 Konzervativní léčba.....	20
4.2 Chirurgická léčba.....	22
5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU.....	23
5.1 Potřeby nemocného.....	23
5.2 Edukace	25
6 APLIKACE TEORIE M. GORDONOVÉ DO OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU... ..	26
6.1 Základní údaje o pacientce.....	27
6.2 Přijetí pacienta.....	28
6.3 Anamnéza.....	29
6.4 Posouzení zdravotního stavu.....	31
6.5 Medicínský management.....	35
6.6 Situační analýza.....	40
6.7 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit.....	41
6.8 Edukační proces u pacientky s akutní pankreatitidou.....	53

7 NÁVRHOVÁ ČÁST.....	55
ZÁVĚR.....	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	59
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	61
SEZNAM PŘÍLOH.....	63

ÚVOD

Onemocnění slinivky břišní je léčitelné onemocnění, ale vyžaduje správnou diagnostiku a léčbu ze strany odborného týmu a zodpovědný přístup ze strany nemocného. Zánět slinivky břišní je velice vážné onemocnění, jehož výskyt v České republice a ve světě neustále stoupá. Základním předpokladem úspěšné léčby je dodržování dietních opatření. A právě na léčebný režim a dietní opatření se zaměřuje edukace u pacientů s pankreatitidou. Sestra edukující tyto pacienty by měla být důkladně seznámena se zásadami tohoto režimu a edukačním procesem. Důležitou složkou edukace a celkově ošetrovatelství je individuální přístup k pacientovi. Pacient dnes není už pouze nemocný člověk, který musí bezpodmínečně plnit příkazy zdravotníků, ale je individualitou, jež své potřeby, na které musí brát zdravotníci ohled. Sestra nemá vůči nemocnému nadřizenou roli, ale jejich vztah je partnerský. Zapojení pacienta do tvorby plánu má pro edukaci zásadní význam, protože jen on ví nejlépe, jaké potřeby má a jakým způsobem dosáhnout jejich uspokojení.

Od roku 2002 pracuji jako všeobecná sestra na chirurgické JIP. S lidmi, u kterých bylo diagnostikováno onemocnění slinivky břišní jsem se setkala mnohokrát, proto jsem si toto téma vybrala jako svou bakalářskou práci. Bakalářská práce se zabývá celkovou problematikou onemocnění slinivky břišní, jednotlivými postupy při poskytování ošetrovatelské péče.

Cílem práce je zhodnotit ošetrovatelskou péči u pacienta s akutní pankreatitidou a zdůraznit roli zdravotnického personálu coby poskytovatele ošetrovatelské péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SLINIVKA BŘIŠNÍ - PANCREAS

Význam slinivky pro naše tělo byl dlouho obestřen tajemstvím. Řecký lékař Galenos (2.st.n.l) ji považoval pouze za jakýsi ochranný polštář pro velké břišní cévy. Teprve v 18. století byl popsán společný vývod slinivky a žlučových cest do dvanáctníku. Až o sto let později začali lidé chápat význam slinivky pro získávání živin z potravy - štěpení tuků, složitých cukrů a bílkovin pomocí tzv. enzymů. Slinivka břišní je žlázou se zevní a vnitřní sekrecí. Je uložena na zadní stěně břišní. Rozlišujeme na ní hlavu, tělo a ocas (8).

1.1 Anatomie slinivky břišní

Slinivka břišní je objemná protáhlá drobně laločnatá žláza. Orgán má tvar ležatého písmene J, jehož zakřivení je obráceno vpravo dolů. U dospělých se jeho délka pohybuje mezi 12 až 18 cm, váha mezi 60 až 100 g.

Topograficky je slinivka břišní rozdělována na tři části. První část, hlava - caput pancreatis, je umístěna v konkavitě duodenální kličky. Ventrální (přední) plocha hlavy pankreatu je zaoblená, krytá pobřišnicí. Od útvarů v dutině břišní odděluje hlavu slinivky břišní jemná vazivová blána.

Druhá část slinivky břišní, tělo - corpus pancreatis, má charakter protáhlého trojbokého útvaru, který navazuje na hlavu a probíhá doleva přibližně ve výši 2. bederního obratle. Tato plocha je krytá pobřišnicí. Zadní plocha těla pankreatu je připevněna řídkým vazivem k retroperitoneálně uloženým strukturám. Jsou to aorta, horní mezenterická céva, cévy levé ledviny. Podél zadní a horní stěny slinivky břišní probíhají cévy ke slezině. Přední stěna slinivky břišní je obrácena k zadní stěně žaludku a vyklenuje se do části peritoneální dutiny.

Třetí část slinivky břišní tvoří zaoblený ocas - cauda pancreatis. Tato část je pokračováním těla, směřuje vlevo, často dosahuje až ke slezině.

Slinivka břišní je obalená tenkou vrstvou vaziva, které proniká i do parenchymu a neúplně rozděluje tkáň na lalůčky (5,17).

1.2 Fyziologie slinivky břišní

Funkčně se slinivka břišní skládá ze dvou kompartmentů. Exokrinní (zevně sekretorický) pankreas tvoří přibližně 85% žlázy, endokrinní (vnitřně sekretorický) 2% a zbytek připadá na pojivo s cévami a nervstvem. Lidský pankreas produkuje denně 620 g trávicích enzymů v 2,5 l tekutiny bohaté na bikarbonát.

Exokrinní složka

Exokrinní část pankreatu je tvořena ze dvou hlavních funkčních elementů: acinů (lalůček) a systému pankreatických vývodů. Vývodný systém pankreatu sestává z pankreatického vývodu - ductus pancreaticus (Wirsungi), do kterého ústí vývody z jednotlivých lalůček. Buňky acinů produkují pankreatickou šťávu, která obsahuje enzymy nezbytné pro trávení tuků a bílkovin. Pankreatický vývod se spojuje v hlavě pankreatu s hlavním žlučovodem - ductus choledochus a svým společným ústím se otevírají na Vaterské papile v duodenu (5).

Pankreatická šťáva je tekutina produkovaná slinivkou břišní, sloužící spolu s dalšími enzymy k trávení potravy. Je vyměšována v množství 1000 - 3000 ml za 24 hodin (průměrně 1500 ml) a její produkovaný objem závisí na množství a druhu požitě potravy, tělesné hmotnosti pacienta.

Pankreatická šťáva obsahuje 97% vody, hydrogenuhličitanů (bikarbonátů), které dodávají zásaditou reakci, sodík, draslík, vápník a zinek. Dále obsahuje bílkoviny (6-9 g za 24 hodin), většinou enzymy. V pankreatické šťávě jsou obsaženy enzymy, které pomáhají trávení bílkovin, cukrů i tuků. Enzymy rozkládající bílkoviny se nazývají proteolytické. Enzym štěpící cukry (škrob) se nazývá amyláza.

Enzymy štěpící tuky jsou lipáza, fosfolipáza A a B, dále jsou to různé esterázy.

Vylučování (sekrece) pankreatické šťávy je řízena ve 3 stupních - 1. nervová fáze, 2. žaludeční fáze, 3. střevní fáze. V první fázi - nervové - se začíná vytvářet pankreatická šťáva na zrakové a čichové podněty, ve druhé - žaludeční - fázi se tvoří šťáva bohatá na trávicí enzymy po roztažení žaludku, ve třetí - střevní - fázi ovlivňují sekreci pankreatické šťávy hormony vytvářené střevní stěnou (cholecystokinin a sekretin), tyto hormony se používají i při diagnostice onemocnění slinivky břišní.

Endokrinní složka

Endokrinní tkáň pankreatu představují Langerhansovy ostrůvky. Ostrůvky jsou velikosti 0,5-1 mm, dosahují počtu 1-2 milionů. Buňky alfa produkují glukagon, hormon zvyšující hladinu cukru v krvi. Buňky beta produkují inzulin, hormon snižující hladinu cukru v krvi. Langerhansovy ostrůvky nemají samostatné vývody, sekret buněk přechází přímo do sítě krevních a lymfatických kapilár, kterými jsou ostrůvky obklopeny (5,7,17).

2 ONEMOCNĚNÍ SLINIVKY BŘIŠNÍ

Akutní pankreatitida je onemocnění, které může vyvolat řada etiologických faktorů se společným patogenetickým jmenovatelem. Tím je předčasná intracelulární aktivace pankreatických proteolytických enzymů s jejich uvolněním do intersticia (vmezeřené tkáně) pankreatu z poškozené binární buňky. Vlastní mechanismus působení jednotlivých etiologických faktorů není zatím zcela objasněn, chybí potvrzení experimentálních poznatků v klinické praxi. Incidence akutní pankreatitidy je udávána v počtu 5-20 onemocnění na 100 000 osob za rok, přičemž 20% příhod je klasifikováno jako těžká pankreatitida, která je ve 20-30% smrtelná. Příslušný počet tedy odhaduje 1 úmrtí na 100 000 osob za rok z důvodu akutní pankreatitidy.

Většina pankreatických enzymů je aktivována enteropeptidázou až ve střevě, přičemž aktivace trypsinogenu na trypsin je klíčovým krokem, neboť trypsin aktivuje další enzymy, koagulační faktory, tkáňové hormony a cytotoxické bílkoviny. V pankreatu proto nejprve dojde k celkovému zduření buněk (edém pankreatu). Aktivovaná elastáza způsobuje aroze cév s krvácením (hemoragická pankreatitida) a ischemickými okrsky orgánu. Ty se rozšiřují dál vlivem trombů vznikajících v důsledku aktivace trombinu, takže vznikají nekrózy. Ničeny jsou také Langerhansovy ostrůvky, což vede k nedostatku inzulinu s následnou hypoglykemií. Vznikají peripankreatické tukové nekrózy s tvorbou mýdel, což je proces spotřebovávající Ca^{2+} a podílející se na vzniku hypokalcemie. Aktivované enzymy se dostávají do plasmy, kde vzniká hypalbuminémie s následnou hypokalcemií a také systémová vazodilatace vyúsťující až v oběhový šok. Nakonec jsou poškozovány i ledviny (nebezpečí anurie).

Podle rozsahu postižení slinivky rozlišujeme akutní pankreatitidu lehkou (edematózní) a těžkou (nekrotizující).

Dělení dle Atlantské klasifikace z roku 1992:

Lehká akutní pankreatitida je charakterizována klinicky mírným nekomplikovaným průběhem bez výskytu lokálních nebo vzdálených orgánových komplikací, vyskytuje se asi v 85%, prognóza onemocnění je dobrá, mortalita <1%.

Těžká akutní pankreatitida - je akutní pankreatitida spojená se známkami orgánového selhávání, a/nebo s lokálními komplikacemi jako nekrózy, absces nebo pseudocysta. Těžká, nekrotizující akutní pankreatitida se vyskytuje v 15%. U infikovaných nekrotéz

mortalita dosahuje 20-80%. Infekce je nejvýznamnějším rizikovým faktorem u nemocných s akutní nekrotizující pankreatitidou a vyskytuje se nejčastěji ve 3. týdnu od začátku onemocnění (3,14,19).

2.1 Biliární pankreatitida

Jednou z nejčastějších příčin akutní pankreatitidy je cholelitiáza (50-60%), mechanismus jejího vzniku zůstává do značné míry neobjasněn. Častější je u mikrolitiázy (mikrokomponenty do 3 mm v průměru, nepostížitelné ultrasonografií). Konkrement procházející žlučovodem zablokuje společný kanál ve Vaterské papile. Nad blokádu vzniká komunikace mezi žlučovodem a pankreatickým vývodem a úvodním krokem vzniku pankreatitidy se stává reflux žluče do pankreatiku.

Věk nemocných s biliární pankreatitidou se obvykle udává mezi 40. až 70. rokem, ženy převažují v poměru 3:1. Význam cholelitiázy v etiologii akutní pankreatitidy podporují klinická pozorování, kdy recidivy akutní pankreatitidy vymizí po cholecystektomii a sanaci žlučových cest (8,17,19).

2.2 Alkoholická pankreatitida

Alkohol poškozují pankreas a je nejčastější příčinou chronického zánětu slinivky břišní. Obvykle je udáváno, že pravidelný alespoň pětiletý denní příjem alkoholu v množství nad 70 g u mužů a 40 g u žen vede ke vzniku chronické alkoholické pankreatitidy. U 80 % nemocných se chronická alkoholická pankreatitida manifestuje atakami, jejichž průběh, prognóza, léčba i bezprostřední důsledky jsou ve shodě s obrazem skutečné pankreatitidy akutní. U 30 % nemocných s chronickou pankreatitidou (obvykle na jejím počátku) jsou ataky, mající shodné rysy se skutečnou pankreatitidou akutní.

Alkohol je metabolizován v játrech a v omezeně malém množství i v pankreatu. Míra poškození pankreatu je dána hladinou alkoholu v krvi. Acinární buňku poškozují jen vysoké koncentrace. Poškozením bazální membrány je umožněn průnik enzymů mimo buňku. Dochází k primárnímu poškození binární buňky, sekretorické změny jsou druhotné (8,15,17).

2.3 Idiopatická pankreatitida

Do této skupiny se řadí všechny případy akutní pankreatitidy, kde příčina nebyla ani podrobným vyšetřením zjištěna. Užitím invazivních vyšetřovacích metod jako endoskopická USG, ERCP prokazují, že značné procento v této skupině lze překlasifikovat na biliární etiologii. Vyšetřením se zpravidla odhalí mikrolitiáza nebo žlučové bláto. Vzhledem k těmto faktům by se mělo ERCP provádět také u nemocných s recidivující idiopatickou pankreatitidou.

Idiopatická chronická pankreatitida se vyskytuje u 10–30 % všech nemocných s chronickou pankreatitidou. Dle klinického průběhu je rozdělena na formu časnou začínající symptomově kolem 20-25 let věku, kdy prvním symptomem je výrazná bolest. Pozdní forma nemoci nemívá jako hlavní příznak bolest, spíše se jedná o abdominální (břišní) dyskomfort, prvním znakem je až exokrinní nedostatečnost. Začátek bývá až po 50. roce života (2,8).

2.4 Traumatická pankreatitida

U tupých poranění dochází k poškození pankreatu kompresí proti páteři při automobilových nehodách, pádu z kola apod. Poranění pankreatu může mít charakter zhmoždění, subkapsulárního hematomu či transekce pankreatických vývodů. Průběh pankreatitidy bývá dramatický a letalita (smrtnost) u penetrujícího poranění dosahuje až 25%. V diagnostice se uplatňují obvyklé metody, v léčbě při narušení pankreatického vývodu přichází v úvahu zavedení pankreatické endoprotézy (8,17).

2.5 Pankreatitida po endoskopické retrográdní pankreatografii (ERCP)

Během ERCP je pankreas vystaven inzultům různého druhu. Mechanicky se uplatňuje spasmus (křeč) Oddiho svěrače a otok papily, které hrozí zejména při protrahovaném a terapeutickém zákroku. Kontrastní látka působí na pankreas chemicky. Kontrastní látky jsou založeny na principu jodidového roztoku. Konvenční přípravky jsou ionizované látky s vysokou osmolaritou, což je hlavním škodlivým faktorem (8,17).

3 DIAGNÓZA A KLINICKÝ OBRAZ

3.1 Příznaky akutní pankreatitidy

Bolest je nejcharakterističtějším příznakem akutní pankreatitidy, může dosáhnout plné intenzity během několika minut nebo se rozvíjet postupně během hodin. Je lokalizována v nadbřišku a okolo pupku, bývá difúzní (rozptýlená). Bolest je vnímána jako hluboká a stálá, přetrvává po řadu hodin až dnů. Zhoršuje se v poloze na zádech. Vsedě nebo ve fetální poloze pozorují nemocní mnohdy úlevu. Bolest je u těžkých forem často zcela zničující a je považována za nejtěžší ze všech bolestí, které doprovázejí onemocnění břišních orgánů. Po požití jídla a alkoholu bolesti ještě zesílí. Objektivně nalzáme na břiše palpační bolestivost nejčastěji kolem pupku a v nadbřišku.

Nausea (mnohdy velmi úporná) i **zvracení** se připojuje u většiny nemocných. V počáteční fázi vzniká nausea zřejmě reflexně, později je výrazem žaludeční a střevní parézy.

Teplota obvykle nechybí v časně fázi AP a je výrazem celkové reakce organismu na pyrogenní impulsy, vycházející ze zaníceného pankreatu. Teplota obvykle kolísá kolem 38 až 38,5 °C, teprve ve fázi sepse dosahuje 39-40 °C.

Dech bývá **zrychlen**, rozvíjí se **tachykardie**. Při hypovolémii bývá **hypotenze**, končetiny tak mohou být chladné.

Ikterus nepatří mezi konstantní příznaky AP: je částečně obstrukční povahy z tlaku zvětšené zanícené hlavy pankreatu na společný žlučovod nebo při choledocholitiáze, částečně toxický jako reakce jaterní buňky na pankreatogenní toxémii nebo sepsi.

Břicho bývá **vzedmuté**, peristaltika obleněná, případně vymizelá. U těžké pankreatitidy mohou být přítomny **známky peritoneálního dráždění**.

Hematomy ve slabinách (Greyovo-Turnerovo znamení) nebo v okolí pupku (Cullenovo znamení) jsou příznakem závažného stavu. Součástí těžkého klinického obrazu bývá **šok** a **encefalopatie** charakteristická neklidem a zmateností, které mohou vyústit v kóma. Tíže průběhu onemocnění se odvíjí od prvních hodin, v naprosté většině případů lehká pankreatitida v těžkou nepřechází (1,8,17).

3.2 Diagnostika

Anamnéza - za jakých okolností stav vznikl

Fyzikální vyšetření - pohledem, poslechem, poklepem, pohmatem, vyšetření per rectum

Laboratorní diagnostika

- vyšetření sérové a močové hladiny amylázy (S-AMS, U-AMS) - hladina S-AMS se při AP začíná zvyšovat za 2-12 hodin od začátku příznaků, vrcholu dosahuje za 12-72 hodin a k normálu se obvykle vrací do 3-5 dnů, zvýšení je nejméně trojnásobné
- vyšetření jaterních testů - sérové hladiny bilirubinu, ALT, AST, ALP a GMT - hodnoty testů jsou nad horní hranicí normy
- vyšetření sérové lipázy - je více specifická než amyláza, nevyklučuje se močí, stoupá během 4-8 hodin od začátku onemocnění a vrcholu dosahuje za 24 hodin
- poruchy kalcémie (hypokalcémie i hyperkalcémie)
- vyšetření C-reaktivního proteinu (vzestup nad 150 mg/l)
- glykémie - u AP často kolísá, nedochází k trvalému poškození inzulárního aparátu a porucha je reverzibilní povahy, na kolísání glykémie se podílejí spíše cirkulační a hormonální změny a reakce při stresu
- vyšetření krevního obrazu s diferenciálním rozpočtem - leukocytóza signalizuje zánětlivý stav, snížení erytrocytů značí rozvoj anémie, která vzniká v důsledku abdominálního krvácení
- krevní plyny (významné, pokud se rozvíjí obraz dechové tísně)
- ionty v séru, parametry koagulace, dusíkaté katabolity (urea, kreatinin)

Zobrazovací metody

- RTG nativ břicha - má podpůrný význam, provádí se k vyloučení perforace trávicí trubice.
- Sonografické vyšetření břicha - je základním zobrazovacím vyšetřením, význam USG spočívá k rozpoznání cholecystolitiázy. Při akutní pankreatitidě je však oblast nepřehledná. Senzitivita pro detekci choledocholitiázy je jen 40%. USG je u AP vhodná k detekci a sledování vývoje komplikací AP (pseudocysta, absces, peripankreatická kolekce tekutiny, pankreatický ascites, cévní změny).
- Počítačová tomografie (CT) - slouží k diagnostice pankreatitidy a jejích komplikací, určuje stadium onemocnění, k odlišení edematózní a nekrotizující pankreatitidy hraje zásadní roli CT vyšetření s podáním kontrastní látky.
- Nativní CT vyšetření nemůže posoudit vitalitu sledovaných tkání slinivky a tkání v jejím okolí, je zaměřené na lokalizaci pankreatu a posouzení pankreatických struktur. CT s kontrastem - perorální podání 500 ml ve vodě rozpustné kontrastní látky, což umožní rozlišit akumulace tekutin od střevního obsahu, následuje intravenózní aplikace kontrastní látky v dávce 150 ml u konvenčního a 100 ml u spirálního CT. Při přetrvávajícím vážném stavu lze CT podle potřeby opakovat.
- Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP) - vyšetření spočívá v kombinaci endoskopického a rentgenového vyšetření, hlavním přínosem je diagnostika choledocholitiázy u akutní biliární pankreatitidy s následnou endoskopickou léčbou.
- Magnetická rezonance (MR) - umožňuje lepší rozlišení tekutých a solidních součástí zánětlivých ložisek, výborná rozlišovací schopnost bez radiace a aplikace velkého množství kontrastní látky. Na rozdíl od CT se aplikuje se pouze 10 ml kontrastní látky.

Klasifikační schémata

Slouží k posouzení závažnosti postižení slinivky břišní. Schémata jsou značně komplikovaná a opírají se o laboratorní hodnoty a vitální funkce.

Ransonovo skóre (splnění tří a více kritérií predikuje těžkou pankreatitidu)

Při přijetí	Po 48 hodinách
Věk > 55 let	Pokles Hct > 10%
Leukocyty > 16x10 ⁹ /l	Ca ²⁺ < 2 mmol/l
Glykémie > 12 mmol/l	Deficit bazí > 4 mmol/l
LDH > 400 IU/l (6,5 ukat/l)	Vzestup močoviny v séru > 1,7 mmol/l
AST > 210 IU (3,5 ukat/l)	Sekvestrace tekutin > 6 litrů
	PaO ₂ < 8 k Pa

Zdroj: Autorský kolektiv, *Ročenka intenzivní medicíny 2003*, Akutní pankreatitida, Galén 2003, s. 203

Glasgow skóre (positivita tří a více faktorů během 48 hodin)

Albumin v séru < 32 g/l
Ca ²⁺ < 2 mmol/l
Leukocytóza > 15.10 ⁹ /l
AST > 4 μkat/l
LDH > 8,7 μkat/l
PaO ₂ < 8 kPa
Glykémie > 10 mmol/l (u nediabetiků)
Močovina v séru > 16 mmol/l

Zdroj: Havel, E., *Ročenka intenzivní medicíny 2003*, Proč je akutní pankreatitida smrtelné onemocnění, Galén 2003, s. 213

4 LÉČBA AKUTNÍ PANKREATITIDY

Léčba akutní pankreatitidy je vždy primárně konzervativní. Je to způsobeno tím, že AP nemá žádný jednotný klinický ani morfolologický obraz, a proto také neexistuje žádný spolehlivý léčebný postup, který by zásadním způsobem změnil průběh AP. Výjimkou je ERCP/EPT při obstrukci papily konkrementem při biliární pankreatitidě. Je proto nezbytná bezprostřední hospitalizace na JIP chirurgického nebo interního oddělení. Nejtěžší formy akutní pankreatitidy spojené s respiračním selháním a rozvojem syndromu mnohočetné orgánové dysfunkce (MODS) patří na ARO. Nutností je i stálé monitorování a pravidelné hodnocení klinického stavu (1,8).

4.1 Konzervativní léčba

Nulový perorální příjem

Eliminace orálního příjmu v úvodu je podmínkou. Předpokládá se, že pankreatická sekrece je stimulována orálním příjmem. Zahájení perorálního příjmu podmiňuje tíže stavu, rozvoj střevní pasáže a limitem je i normalizace či sestupná dynamika původní elevace sérové amylázy (15,19).

Zavedení nasogastrické sondy

Nasogastrická sonda se zavádí k odsávání kyselého žaludečního obsahu. Zvláštní pozornost je věnována správnému zavedení NGS. Zvýšená péče se věnuje prevenci krvácení, zarudnutí, otlakům, tvorbě defektů v místě zavedení NGS (17).

Doplnění tekutin

U lehké formy většinou stačí zavést jen periferní žilní katétr, jehož pomocí se zajišťuje přísun vody a elektrolytů. Náhrada tekutin se u lehké formy pohybuje kolem 3 – 3,5 litru tekutin denně, důležité je zde sledování bilance příjmu a výdeje tekutin.

U těžkých forem je nutné zavést centrální žilní katétr, vzhledem k velkému objemu podávaných tekutin a důležitosti monitorace centrálního žilního tlaku. Množství podaných tekutin za den je 5 – 15 litrů s ohledem na celkovou diurézu. Hypovolemický šok se léčí podáváním krystaloidů, koloidů a krevních derivátů.

Obvykle se podává 10% glukóza a iontové roztoky, jako jsou Ringerův, Hartmanův roztok a fyziologický roztok. Minerálové ztráty, zejména K^+ při střevní paréze a zvracení, lze hradit přidáním příslušných minerálů do roztoků glukózy (8,17).

Léčba bolesti

V léčbě bolesti se často ve vysokých dávkách podávají opiátová analgetika (Fentanyl) v pravidelných intervalech. U biliární pankreatitidy se nedoporučuje podávat morfin a to z důvodu tonizujícího účinku na Vaterskou papilu. Také spasmolytika nejsou vhodná, protože zhoršují paralytický ileus. Analgetika se kombinují dle potřeby se sedativy (Midazolam, Propofol). Dobrou úlevou od bolesti poskytuje epidurální anestezie. Podává se směs bupivacainu, fentanylu a adrenalinu v kontinuální infúzi (8,15).

Nutriční podpora

Je nezbytně nutné zabezpečit dostatečnou nutriční podporu s cílem zredukovat katabolismus a umožnit tkáňové hojení. Enterální výživa by měla mít přednost před výživou parenterální. K ochraně střeva je doporučována časná enterální výživa. Je podávána enterální sondou zavedenou za endoskopické asistence nejlépe do 1. kličky jejunu. Výživa je podávána kontinuálně pumpou bez noční pauzy. Na počátku se podává vysoce izokalorická oligomerní výživa typu Peptison. Vstupní dávka 10-15 ml/ hod., navýšení ovlivňuje tolerance a celkový stav. Plné energetické krytí je 80-100 ml/ hod. při příznivém vývoji se začíná podávat polymerní výživa (Nutrison Standard) a postupně se přechází na pankreatickou dietu. U lehké a středně těžké akutní pankreatitidy by krátkodobé hladovění nemělo trvat déle než 2-5 dnů. K perorální výživě lze přikročit při známkách obnovené pasáže (17).

Léčba hypoxie

Všichni nemocní s těžkou formou akutní pankreatitidy mají dostávat od počátku intermitentně zvlhčený kyslík maskou nebo nosní sondou v dávce 6-8 l/ min. U nemocných s těžkou formou je nutné kontinuálně sledovat saturaci kyslíku a při rozvíjející se respirační insuficienci je indikována řízená plicní ventilace (8).

Antibiotická léčba infekčních komplikací

Antibiotika se podávají v případě průkazu pankreatické nekrózy a její případné infekce, ke které může dojít kdykoli, ale nejčastěji ve 3. – 4. týdnu onemocnění. Dále se podávají při přetrvávajícím oběhovém selhání, výrazném SIRS, u traumatické pankreatitidy a u post ERCP etiologie. Za nejvhodnější antibiotika jsou považovány cefalosporiny III. generace. Doba trvání léčby by měla být 2 týdny (15).

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP) a endoskopická papilotomie (EPT)

ERCP/EPT má význam u pankreatitidy biliární etiologie s obstrukcí papily. ERCP má význam v určení etiologického faktoru, EPT má význam preventivní a léčebný. U velmi starých a rizikových nemocných může být EPT alternativou cholecystektomie (8).

4.2 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je indikovaná u infikované nekrózy, abscesu a infikované pseudocysty. Mezi další indikace patří komplikace AP, jako je akutní krvácení, perforace žaludku, duodena nebo střeva, střevní ischemie či obstrukce trávicího traktu (žaludku, střeva). Naopak operační léčba není vhodná u nemocných s akutní pankreatitidou, kteří mají peritoneální dráždění, selhávání vzdálených orgánů a při zhoršování celkového stavu (15,17,19).

Konvenční drenáž

Základem této techniky je laparotomický přístup k pankreatu, nekrektomie a následná gravitační drenáž. Tento typ drenáže je doporučován pouze u malých nekroz, kde je malá pravděpodobnost další reoperace (8).

Otevřená drenáž

V současné době se často užívá technika otevřeného břicha s dočasným uzávěrem zipem, sítkou nebo prosté krytí laparotomie sterilní folií spojené s vydatnou drenáží. Tento způsob ošetření je vhodný pro rozsáhlé nekrózy (8).

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

Cílem moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Sestra nahlíží na člověka z holistického pohledu, tedy jako na celek. Z čehož plyne, že každá porucha jedné části je poruchou celého systému.

Podle chování a jednání sestry si pacient i veřejnost vytváří obraz o kvalitě práce sester. Nemocný velice citlivě vnímá způsob ošetřování a profesionální dovednosti personálu. Tak jako se neustále vyvíjí zdravotní stav nemocného, vyvíjejí se také jeho potřeby a nároky na ošetřovatelskou péči. Sestra má obvykle s nemocným daleko bližší vztah než lékař. Pacient je na její péči částečně nebo zcela závislý. Pro sestru je velice důležité znát dokonale všechny jeho potřeby, trpělivě pacienta vyslechnout, poradit a neudílet jen příkazy a zákazy. Musí vždy podporovat jeho soběstačnost a zároveň plně saturovat jeho potřeby. Uspokojování potřeb by se mělo dít podle priorit, tedy podle toho, co je v dané situaci nejdůležitější. Potřeby vycházející ze život ohrožující situace, mají vždy přednost (6,18).

5.1 Potřeby nemocného

Biologická potřeba se projevuje narušením fyziologické rovnováhy. Mezi biologické nebo také fyziologické potřeby patří například dostatek vzduchu, jídla, potřeba tepla, sucha, odpočinku a potřeba vylučování. Většina biologických potřeb má subjektivní charakter. Pokud nemocný sám na potřebu neupozorní, jiný člověk si takového problému ani nevšimne. Psychologický význam potřeby je spojen s potřebami sociálními a s pocity vyjadřujícími nedostatky zejména v sociálním životě. Mezi psychologické potřeby patří například potřeba být bez bolesti, potřeba jistoty a bezpečí, potřeba seberealizace, potřeba víry a životní hodnoty jedince. V případě ztráty životní hodnoty nebo nenaplnění víry, dochází k frustraci a deprivaci. Sociální potřeby se s psychologickými úzce prolínají. Psychologický význam v sociálních potřebách je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav, který se odráží z nedostatku potřeb.

Psychologický význam je spojen s významem sociálním, který vyjadřuje nedostatky v sociálním životě jedince (18).

Pacient je po přijetí do nemocnice uložen podle stavu buď na standardním lůžkovém oddělení, jednotce intenzivní péče nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Ošetrovatelská péče se odvíjí od individuálního a momentálního zdravotního stavu pacienta. Všeobecně se jedná o udržování průchodnosti dýchacích cest a dostatečné ventilace, stabilizaci krevního oběhu, zajištění metabolismu, ošetřování ran a drenů, prevenci a léčbu infekce, posilování imunity, prevenci komplikací.

Mezi základní povinnosti sestry patří kontinuální monitoring a zaznamenávání vitálních funkcí pacienta. Měření krevního tlaku se provádí neinvazivní cestou pomocí manžety připojené k monitoru s nastavenými intervaly měření. Krevní tlak lze měřit i invazivní cestou, kdy je kontinuálně sledován systémový tlak pomocí katétru zavedeného do arterie. Činnost kardiovaskulárního systému sestry sleduje snímáním elektrokardiografické křivky s využitím tří nebo pěti svodového elektrokardiografu. Stav dýchacího systému sestry kontroluje monitorací dechové frekvence snímané z EKG nebo pomocí pulzní oxymetrie, kdy se neinvazivně měří saturace hemoglobinu kyslíkem. Snímací senzor se umístí na prst nebo ušní lalůček. Další součástí monitoringu je měření tělesné teploty, které se provádí digitálními nebo rtuťovými teploměry. Sestra také pravidelně kontroluje vědomí pacienta, příjem a výdej tekutin, sledování celkového stavu pacienta, krvácivých projevů a aplikace naordinovaných léků.

Důležitou součástí individuální péče je zaměření se na psychiku pacienta – provádíme nácvik vnitřní síly pacienta k tomu, aby dokázal žít s určitým omezením, dostatečně motivujeme, u nemocného posilujeme vědomí, že není odkázán na pomoc druhých. Podporujeme snahu o zvládnutí nového úkonu, opětovně chválíme, povzbuzujeme (6).

5.2 Edukace

Edukace je „Výchova a vzdělávání“ (Závodná, 2002 str. 21). Edukace klienta je nejdůležitějším aspektem ošetrovatelské praxe a je součástí ošetrovatelského procesu. Edukační proces v ošetrovatelství má nezastupitelné místo, dochází při něm k výměně a předávání informací mezi sestrou a klientem. Edukaci smí provádět pouze osoba k tomuto výkonu kompetentní, osoba nazývaná edukátor. Klient se nazývá edukant.

K požadavkům na sestru edukátorku patří schopnost vnímání a pohotové vzájemné působení na klienta. Předpokládá se, že bude mít dostatek empatie, ochoty pomoci a respektu k osobnosti klienta. Další edukační kompetence sestry zahrnují její vědomosti ve specifických situacích a komunikační schopnosti. Sestra by měla komunikovat srozumitelně, informace podávat v malých dávkách a průběžně při rozhovoru kontrolovat, zda klient informaci rozuměl. Předpokladem pro správnou edukaci je navázat s klientem důvěryhodný vztah, být trpělivá, respektovat osobnost klienta a být ochotná nemocnému pomoci. Ke správné a účinné edukaci je třeba znát klienta a vědět, v čem potřebuje pomoci. Hlavní zásady pro účinnou edukaci jsou klienta nepřetěžovat informacemi, zvolit správný postup výuky ve správném čase, vždy se přesvědčit, zda klient porozuměl podaným informacím a velmi účelné je klienta pochválit.

Sestra musí zajistit před edukací optimální prostředí se správným osvětlením, bez hluku s vhodnou pokojovou teplotou a samozřejmě zajistit dostatečnou intimitu.

Nezbytnou součástí edukačního procesu tvoří edukační prostředky. Jsou to pomůcky, které sestra edukátorka používá při edukaci pacienta. Patří mezi ně standardy, knihy, plány, vzdělávací programy, edukační videozáznamy, zkušební modely, informační brožury a další edukační pomůcky.

Cílem edukace je podat pacientovi nové, srozumitelné informace v pro něj přínosném rozsahu. Pacient si musí být vědom odpovědnosti za své zdraví, vlastní rozhodnutí, případných následků svého chování a jejich dopadu na celkový zdravotní stav. Sestry jsou pacientům v edukačním procesu rovnocennými partnery, kteří je vedou a pomáhají jim ke splnění stanovených cílů. Edukace je účinná jen tehdy, pokud pacient přijme změnu a na základě edukace změní své chování (10,20).

Edukace pacienta trpícího akutní pankreatitidou tkví především ve vysvětlení významu léčebného režimu. Cílem edukace je, aby pacient pochopil, že změna životního stylu a stravovacích návyků povede ke zlepšení jeho celkového zdravotního stavu a zkvalitnění dalšího života.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 APLIKACE TEORIE M. GORDONOVÉ DO OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Model umožňuje hodnotit systematicky celkový stav pacienta, v kterékoli oblasti systému péče. Funkční typ zdraví je odvozen z interakce mezi osobou a prostředím. Zdravotní stav pacienta je vyjádřením bio-psycho-sociálními interakcemi. Zdraví pacienta je ovlivňováno mnoha vnitřními i vnějšími faktory. Patří mezi ně faktory vývojové, kulturní, duchovní, spirituální a další. Pokud u pacienta dojde k poruše v jedné z těchto oblastí, dochází k dysfunkci. Sestra při kontaktu s pacientem identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví.

Model je tvořen základní strukturou, která obsahuje dvanáct oblastí.

Dvanáct vzorců chování obsahuje:

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ – vnímání zdraví a pohody pacienta a způsoby jakými se stará o vlastní zdraví
2. VÝŽIVA A METABOLISMUS – způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu
3. VYLUČOVÁNÍ - zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže
4. AKTIVITA, CVIČENÍ – způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, aktivity denního života, volného času a reakční aktivity
5. SPÁNEK, ODPOČINEK – způsob spánku, oddechu, relaxace, trávení volného času
6. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ – schopnosti smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti a poznávací schopnosti jedince: orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování

7. SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA – vyjadřuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu
8. PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY – obsahují přijetí a plnění životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů
9. SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST – zahrnuje reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti, změn
10. STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ A TOLERANCE – zvládání, tolerance obsahuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací
11. VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY – obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry a transcendentna, které jedince ovlivňují
12. JINÉ – další informace, které informují o zdravotním stavu pacienta a nelze je zařadit do předchozích kategorií (13).

6.1 Základní údaje o pacientce

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: L. K.

Pohlaví: žena

Datum narození: 1968

Věk: 42

Adresa bydliště: Vílánec 21, Vílánec

Pojišťovna: 111

Adresa příbuzných: manžel Jiří, žijí společně

Zaměstnání: knihovnice

RČ:

Státní příslušnost: ČR

Vzdělání: střední odborné s maturitou

Typ přijetí: diagnostické

Stav: vdaná

Ošetřující lékař: MUDr. Šuťak

Datum přijetí: 30. 7. 2010

Oddělení: Chirurgie JIP

6.2 Přijetí pacienta

Důvod přijetí udávaný pacientem

Pacientka byla přijata 30. 7. 2010 v 10.40 na chirurgické oddělení pro bolesti břicha. Udává, že včera kolem poledne začaly křeče v břiše se zvracením. Křeče byly intervalové, v průběhu odpoledne se začala rozvíjet tupá bolest, občas měla křeče v břiše. V klidu byla bolest mírnější. Při pohybu měla silné bolesti. Noc protrpěla. Dnes od rána pociťuje stálou bolest břicha, která se dá vydržet, když se nehýbe. Křeče v břiše již nepociťuje. Na stolici byla včera 3x. Větry jí včera šly, dnes nejdou. Poslední jídlo měla kaši 29. 7. 2010 v poledne.

Medicínská diagnóza hlavní: colica abdominalis, dif. dg. gastroenteritis acuta x pankreatitis acuta

Medicínské diagnózy vedlejší: deprese

revmatická artritida t.č. bez léčby
diabetes mellitus II. typu na dietě
striktura uretry

Vitální funkce při přijetí 30. 7. 2010

TK: 115/70	Výška: 165 cm
P: 100'pravidelný	Hmotnost: 69 kg
D: 18'	BMI: 25,3
TT: 37,2°C	Pohyblivost: bez omezení
Stav vědomí: při vědomí	Krevní skupina: nezjištěna

Nynější onemocnění

Pacientka byla odeslána obvodním lékařem Dr. Kafkou pro bolesti břicha. Pacientka má od včera postupně křeče v epigastriu, které se zhoršují, šíří do celého břicha i doleva do zad. Opakovaně zvracela žlučední obsah, bez žlučové příměsi. Den předtím byly bolesti hlavy, kloubů, škrábání v krku, TT 37,8°C. Stolice častější, ale řídká a průjmovitá nebyla. Příměs ve stolici nebyla. Den před bolestmi měla paprikový salát. Močení bez obtíží, tmavá moč či světlá stolice nebyly. Při příjmu bylo provedeno

sonografické vyšetření břicha, kde byla zjištěna tekutina kolem sleziny. Dále byl proveden RTG snímek břicha vstoje, který zobrazil dvě krátké hladinky. V 13.00 hodin bylo provedeno CT břicha s intravenózním kontrastem, kde byla zjištěna patologická léze v játrech, jejíž etiologii nelze blíže určit, popisován obraz akutní pankreatitidy s postižením okolní tukové tkáně a retroperitonea vlevo a přítomnost volné tekutiny v dutině břišní.

Informační zdroje: zdravotnická dokumentace pacientky, pacientka

6.3 Anamnéza

RODINNÁ ANAMNÉZA

Otec: DM II. typu

Matka: bezvýznamná

Sourozenci: zdraví

Děti: dcera - zdráva, lehká mozková dysfunkce

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonané a chronické onemocnění: chronické gynekologické záněty - naposled vloni 3/2009

Hospitalizace a operace: operace krčních mandlí v roce 1999

Úrazy: /

Transfúze: /

Očkování: běžné, proti klíšťové encefalitidě 2008

LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Esoprex	Tbl.	10 mg	1 - 0 - 0	Antidepresivum
Mirelle	Tbl.		0 - 0 - 1	Kontraceptivum

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: Biseptol

Potraviny: mořské ryby, lepek, vepřové maso

Jiné: /

ABÚZY

Alkohol: příležitostně

Kouření: 10 cigaret denně

Káva: 1 - 2 denně

Léky: /

Jiné drogy: /

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarché: od 13 let

Cyklus: pravidelný

Trvání: 3 dny

Intenzita, bolesti: /

Poslední menstruace: 15. 7. 2010

Porody: 1

Potraty: 0

Hormonální substitute: užívá Mirelle 1x denně

Menopauza: /

Potíže klimakteria: /

Samovyšetřování prsou: provádí za 1 - 2 měsíce

Poslední gynekologická prohlídka: 6/2010

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: vdaná

Bytové podmínky: žije společně s manželem a dcerou v RD 3+1 na vesnici

Vztahy, role a interakce v rodině: dobré

mimo rodinu: dobré

Záliby: sport, turistika, knížky, četba

Volnočasové aktivity: posezení s knihou, procházky, jízda na kole

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: střední odborné s maturitou

Pracovní zařazení: knihovnice

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: jako knihovnice pracuje 19 let

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: průměrné

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: /

6.4 Posouzení zdravotního stavu

Posouzení současného stavu ze dne 30. 7. 2010

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Subjektivně: Pacientka přichází do nemocnice pro bolesti břicha. Vnímá svůj zdravotní stav jako zhoršený, uvědomuje si, že snědla a vypila nevhodnou stravu. Ve vesnici měli pouť a ona jedla bez omezení a pila domácí slivovici. Nyní má výčitky svědomí, že nedodržela doporučenou dietu. Když jí začaly obtíže, už nic nejedla ani nepila a druhý den ráno navštívila obvodního lékaře, který ji potom poslal do nemocnice. Neví, jak se bude její zdravotní stav vyvíjet.

Před 5. ti lety jí byla diagnostikovaná cukrovka, na dietě. Diabetickou dietu někdy nedodrží. Kouří asi 15 let 10 cigaret denně, kávu pije 1 - 2 x denně, alkohol příležitostně. Jiné drogy ani léky mimo předepsané medikace neužívá.

Objektivně: TK 115/70, P 100, TT 37,2 °C

V souvislosti s diabetem je edukovaná, zná diabetickou dietu i nevhodné potraviny. Vykazuje deficit informací ohledně svého zdravotního stavu.

2. VÝŽIVA A METABOLISMUS

Subjektivně: Pacientka jí doma pravidelně 5x denně. Má dietu diabetickou, snaží se jí dodržovat. Glykémie si doma nekontroluje, nemívá hypoglykémie. Do jídelníčku zahrnuje hodně zeleniny, má ráda zeleninové saláty s těstovinami. Pacientka vypije 1000 - 1500 ml tekutin denně. Nejraději pije čaj nebo neslazené minerální vody. Ráno ke snídani pije kávu a druhou pije kolem 15 hodiny. Váhu si udržuje, kolísání hmotnosti v poslední době nepozoruje. Pociťuje nucení na zvracení, proto dnes nic nejedla ani nepila.

Objektivně: Pacientky hmotnost je 69 kg, výška 165 cm, BMI 25,3. Glykémie je zvýšená 7,5 mmol/l. Pacientka je přiměřené výživy, kůže je suchá, kožní turgor dobrý. Sliznice jsou vlhké, růžové. Chrup má v pořádku, vlastní.

3. VYLUČOVÁNÍ

Subjektivně: Doma se pacientka vyprazdňuje pravidelně 1x denně ráno. Včera byla na stolici 3x. Průjmovitou stolicí neměla. Příměsí ve stolici nepozorovala. Žádné rituály nemá. Nemá potíže s vyprazdňováním v jiném prostředí. Potíže s močením neudává. Moč je bez příměsí. Nemá pocit zvýšeného pocení.

Objektivně: Břicho nad úrovní, palpačně bolestivé, peristaltika neslyšná. Moč slámově žluté barvy, lehce páchnoucí. Specifická hmotnost moči 1018 - zvýšená koncentrace moči.

4. AKTIVITA, CVIČENÍ

Subjektivně: Pacientka se dnes cítí špatně. Bolí ji břicho. Je ráda, že může ležet v klidu. Doma tráví volný čas na zahrádce, chodí na procházky. Od jara do podzimu jezdí na kole.

Objektivně: Pacientka je pracující. Je částečně soběstačná na lůžku. Nyní má v souvislosti s nemocí klid na lůžku.

5. SPÁNEK, ODPOČINEK

Subjektivně: Pacientka neudává potíže se spaním, usíná kolem 22 hodiny, v noci se nebudí. Doma spí 5-7 hodin. Léky na spaní neužívá. Přes den nespí. Dnes v noci se příliš nevyspala, bolelo ji břicho.

Objektivně: Pacientka dnes přijata k hospitalizaci. Potíže se spaním nezjištěny.

6. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Subjektivně: Pacientka nepozoruje problémy s vnímáním, pozorností nebo pamětí. Používá brýle na čtení, které jí vyhovují. Intenzivně vnímá bolest břicha.

Objektivně: Smyslové vnímání je v pořádku, pacientka je krátkozraká. Je při vědomí, plně orientovaná, spolupracuje. Komunikuje bez problémů.

7. SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA

Subjektivně: Pacientka o sobě tvrdí, že je spíše dobře laděná. Nepocituje nervozitu. Léčí se s depresemi. Od té doby, co užívá léky deprese a úzkostné stavy mívá tyto stavy méně často. Dnes se cítí psychicky hůře, má výčitky svědomí v souvislosti se současným zdravotním stavem. Uvědomuje si své pochybení.

Objektivně: Pacientka působí otevřeně, hovoří klidně o svých zdravotních potížích. Obraz těla neporušený.

8. PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Subjektivně: Pacientka je vdaná, žije s manželem a dcerou v rodinném domku. Problémy v rodině nemají. Manžel ji přivezl do nemocnice, odpoledne přijdou i s dcerou na návštěvu. Komunikuje s rodinou pomocí mobilního telefonu. Nemá strach, že by to doma bez ní nezvládli.

Objektivně: Beze změn.

9. SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Subjektivně: Gynekologické problémy v současné době nemá. Trpívá na gynekologické záněty, naposledy měla zánět v březnu loňského roku. Prodlála 1 těhotenství a porod, který proběhl fyziologicky. Menstruaci má pravidelnou, užívá hormonální antikoncepci. Poslední gynekologickou prohlídku měla před měsícem. Provádí samovyšetření prsou, techniku zná.

Objektivně: Menarche ve 13 letech, cyklus pravidelný 21/3. Užívá dlouhodobě Mirelle. Porody 1x, potraty 0. Prsa a axilární uzliny bez hmatné rezistence.

10. STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ A TOLERANCE

Subjektivně: Pacientka neudává žádnou událost, kvůli které by byla nervózní, ve stresu. Pracuje jako knihovnice, v práci se cítí dobře. Doma relaxuje na zahradě nebo s dobrou knihou. S manželem mají hezký vztah, naskytlé problémy řeší společně.

Objektivně: Pacientka si nestěžuje na žádné zásadní problémy.

11. VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

Subjektivně: Pacientka je věřící ve svou víru. Do kostela chodí o Vánocích na půlnoční mše. Nemá obavy z budoucnosti. Prioritou v jejím životě je rodina, dobré vztahy v rodině a ve svém okolí, včetně zaměstnání. Za důležité považuje i materiální zabezpečení. Nyní je její prioritou brzké uzdravení, rekonvalescence a včasný návrat do běžného života.

Objektivně: Beze změn.

12. JINÉ

6.5 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření 30. 7. 2010

- odběr krve: S-AMS, U-AMS, CRP, LPS, ALP, AST, ALT, GMT, BILI, glykémie, KO, INR, Na, K, Cl, Ca urea, kreatinin, moč+sediment
- RTG břicha vstoje
- RTG srdce + plíce
- USG břicha
- CT břicha

Výsledky

Biochemický rozbor krve - 30. 7. 2010

Laboratorní zkratka	Zjištěná hodnota	Referenční hodnota
S-AMS	2,4 ukat/l	0,30 - 1,67 ukat/l
CRP	370,5 mg/l	0 - 5 mg/l
LPS	7,02 ukat/l	0 - 1,0 ukat/l
ALP	0,89 ukat/l	0,66 - 2,2 ukat/l
AST	0,36 ukat/l	0,1 - 0,72 ukat/l
ALT	0,22 ukat/l	0,1 - 0,78 ukat/l
GMT	0,31 ukat/l	0,14 - 0,68 ukat/l
Bilirubin celkový	13,3 umol/l	2,0 - 17,0 umol/l
Bilirubin přímý	1,1 umol/l	0 - 5,1 umol/l
Glykémie	7,5 mmol/l	3,9 - 5,6 mmol/l
Sodík	128,1 mmol/l	137 - 146 mmol/l
Draslík	3,7 mmol/l	3,8 - 5,3 mmol/l
Chloridy	93,1 mmol/l	97 - 108 mmol/l
Vápník	2,19 mmol/l	2,0 - 2,75 mmol/l
Urea	4,9 mmol/l	2,0 - 6,7 mmol/l
Kreatinin	79,9 umol/l	44 - 104 umol/l

Hematologický rozbor krve - 30. 7. 2010

Laboratorní zkratka	Zjištěná hodnota	Referenční hodnota
INR	1,15	0,8 - 1,25
PT	15,20 sec.	10 - 13 sec.
Hemoglobin	132 g/l	116 - 163 g/l
Erytrocyty	4,18 x 10 ¹² /l	3,54 - 5,18 x 10 ¹² /l
Hematokrit	0,38	0,33 - 0,47
Leukocyty	10,7 x 10 ⁹ /l	4,0 - 10,7 x 10 ⁹ /l
Trombocyty	254,0 x 10 ⁹ /l	150 - 300 x 10 ⁹ /l

Biochemický rozbor moči - 30. 7. 2010

Laboratorní zkratka	Zjištěná hodnota	Referenční hodnota
U-AMS	174,7 ukat/l	< 7,67 ukat/l
pH	6,0	5,0 - 8,0
Hustota moči	1.036	↑ hustota moči
Leukocyty	Pozitivní	
Nitrity	Negativní	
Bílkovina	+++ mmol/l	
Glykosurie	++ mmol/l	
Ketolátky	+++ mmol/l	
Bilirubin	+ umol/l	
Urobilinogen	Negativní	
Krev v moči	Negativní	

RTG břicha vstoje - 30. 7. 2010

Několik hladinek v pravém mesogastriu až epigastriu, suspektní status subileosus.

RTG srdce a plíce vstoje - 30. 7. 2010

Normální transparence plicních křídel bez infiltrace či starých změn. Bránice hladké. Srdeční stín v normálních hranicích.

USG břicha - 30. 7. 2010

Malé množství volné tekutiny parasplenicky v dutině břišní. Nedostupný pankreas.

Výsledky 30. 7. 2010 - CT břicha

Drobná patologická léze v játrech, jejíž etiologii nelze blíže určit. Obraz akutní pankreatitidy s postižením okolní tukové tkáně a i retroperitonea vlevo, kde cípovité struktury perirenálního tuku. Přítomnost volné tekutiny v dutině břišní.

Výsledky biochemického rozboru krve během pobytu na JIP

Laboratorní zkratka	Referenční hodnoty	30. 7. 2010	31. 7. 2010	1. 8. 2010	2. 8. 2010
S - AMS	0,3-1,67 ukat/l	2,4 ↑	1,86 ↑	0,5	0,4
U - AMS	< 7,67 ukat/l	174,7 ↑	36,9 ↑	9,6 ↑	-
LPS	0 - 1,0 ukat/l	7,02 ↑	5,30 ↑	2,23 ↑	1,40 ↑
CRP	0 - 5 mg/l	370,5 ↑	384,5 ↑	330,2 ↑	271,7 ↑
Glykémie	3,9-5,6 mmol/l	7,5 ↑	6,7 ↑	4,7	5,2

Konzervativní léčba

Příjem pacientky 30. 7. 2010 v 10.40 na chirurgické oddělení, kde byly provedeny odběry krve, moči a základní zobrazovací metody. Vzhledem k nálezům a zdravotnímu stavu pacientky přešla v 15.15 na chirurgickou JIP. Na JIP byla pacientka napojena na monitor, kde jsou kontinuálně sledovány životní funkce (TK, P, D, saturace O₂, TT), zavedena periferní kanylka (Medican Alpha G18), zaveden permanentní močový katétr (CURITY foley catheter 16). Byla sledována bilance tekutin. Pomocí glukometru kontrolovány hodnoty glykémie.

Léčebný režim 30. 7. 2010

Dieta: nic per os

Pohybový režim: klid na lůžku

RHB: dechová rehabilitace

Medikamentózní léčba

Per os: chronická medikace: Esoprex tbl. 10 mg. 1 - 0 - 0 (antidepresiva)

Mirelle tbl. 0 - 0 - 1 (kontraceptiva)

Intravenózní: Plasmalyte 1000 ml rychlostí 350 ml/hod (15.00 - 18.00)

Plasmalyte 1000 ml rychlostí 350 ml/hod (18.00 - 21.00)

Plasmalyte 1000 ml rychlostí 350 ml/hod (21.00 - 24.00)

Algifen 1 amp. do 100 ml FR v 16.00, 24.00 (analgetika, spasmolytika)

Torecan 1 amp. v 15.00, 22.00 (antiemetika)

Jiná: Dipidolor 15 mg. i.m. v 11.00, 20.00 (analgetikum-anodynum)

Léčebný režim 31. 7. 2010

Dieta: čaj dia po doušcích

Pohybový režim: chůze po pokoji

RHB: dechová rehabilitace, rehabilitace chůzí

Medikamentózní léčba

Per os: chronická medikace + Solvolan gtt. 5 ml 1 - 1 - 1 (expektorans, mukolytika)

Intravenózní: Plasmalyte 1000 ml rychlostí 350 ml/hod (00.00 - 08.00)

Plasmalyte 1000 ml rychlostí 350 ml/hod (08.00 - 16.00)

Plasmalyte 1000 ml rychlostí 350 ml/hod (16.00 - 24.00)

Glukóza 10% 1000 ml + 24j. HMR (inzulín) rychlostí 40 ml/hod

(00.00 - 24.00)

Algifen 1 amp. do 100 ml FR v 08.00, 16.00, 24.00

Torecan 1 amp. v 06.00, 14.00, 22.00

Degan 1 amp. v 20.30 (antiemetika)

Amoksiklav 1,2 g v 14.00, 22.00 (antibiotika)

Jiná: Clexane 0,2 ml s.c. v 06.00 (antikoagulans)

Dipidolor 15 mg. i.m. v 6.00, 12.00, 20.00

Léčebný režim 1. 8. 2010

Dieta: čaj dia, Diasip

Pohybový režim: chůze po chodbě

RHB: dechová rehabilitace, rehabilitace chůzí

Medikamentózní léčba

Per os: chronická medikace + Solvolan gtt. 5 ml 1 - 1 - 1

Intravenózní: Plasmalyte 1000 ml rychlostí 350 ml/hod (00.00 - 08.00)

Plasmalyte 1000 ml rychlostí 350 ml/hod (08.00 - 16.00)

Plasmalyte 1000 ml rychlostí 350 ml/hod (16.00 - 24.00)

Glukóza 10% 1000 ml + 24j. HMR rychlostí 40 ml/hod (00.00-24.00)

Algifen 1 amp. do 100 ml FR v 08.00, 16.00, 24.00

Torecan 1 amp. v 06.00, 14.00, 22.00

Amoksiklav 1,2 g v 06.00, 14.00, 22.00

Jiná: Clexane 0,2 ml s.c. v 06.00

Léčebný režim 2. 8. 2010

Dieta: SP 1

Pohybový režim: volný

RHB: dechová rehabilitace, rehabilitace chůzí

Medikamentózní léčba

Per os: chronická medikace + Solvolan gtt. 5 ml 1 - 1 - 1

Intravenózní: Plasmalyte 1000 ml rychlostí 350 ml/hod (00.00 - 12.00)

Algifen 1 amp. do 100 ml FR v 08.00

Amoksiklav 1,2 g v 06.00

Jiná: Clexane 0,2 ml s.c. v 06.00

Překlad pacientky v 10.00 na standardní chirurgické oddělení.

6.6 Situační analýza

Pacientka L. K. byla přijata 30. 7. 2010 na chirurgickou JIP pro zhoršený zdravotní stav s diagnózou akutní pankreatitis na podkladě dietní chyby. Při přijetí na JIP ležela pacientka na zádech s pokrčenýma nohama. Stěžovala si na bolesti břicha. Břicho bylo nafouklé, na pohmat bolestivé, peristaltika nebyla slyšitelná. Pacientka byla tachykardická, normotenzní, subfebrilní, saturačně stabilní. Na JIP jí byly monitorovány životní funkce, byl zaveden periferní a močový katétr a sledovány bilance tekutin. Dle ordinace lékaře byla zahájena symptomatická léčba. Během pobytu na JIP pacientka nezvracela, na stolici byla 2x, stolice byla formovaná, bez patologických příměsí.

6.7 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit

Po zhodnocení celkového stavu pacientky jsem stanovila tyto ošetřovatelské diagnózy.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Akutní bolest (00132) na škále bolesti VAS 6 v souvislosti se zánětlivým procesem v dutině břišní, projevující se verbalizací.
2. Nausea (00134) v souvislosti s nynějším onemocněním, projevující se bledostí a pocitem na zvracení.
3. Úzkost (00146) v souvislosti s hospitalizací, projevující se nekomunikativností a uzavřením se do sebe.
4. Nedostatečná výživa (00002) v souvislosti s nynějším onemocněním, projevující se váhovým úbytkem.
5. Zhoršená pohyblivost (00085) v souvislosti s akutní bolestí, projevující se subjektivním pocitem nafouklého břicha.
6. Ochota doplnit deficitní vědomosti (00161) v souvislosti s pankreatickou dietou, projevující se verbalizací zájmu znát vhodné potraviny.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

1. Riziko infekce (00004) v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétrem.
2. Riziko vzniku tromboembolické nemoci v souvislosti se zhoršenou pohyblivostí (00085).
3. Riziko infekce (00004) v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katétrem.

Diagnóza číslo 1.

Akutní bolest (00132) na škále bolesti VAS 6 v souvislosti se zánětlivým procesem v dutině břišní, projevující se verbalizací a vyhledáváním úlevové polohy.

Cíl: Dlouhodobý: Pacientka udává zmírnění až vymizení bolesti do konce hospitalizace.

Krátkodobý: Pacientka zmírní bolest z VAS 6 na VAS 2 do 2 hodin.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria: Pacientka verbalizuje zmírnění bolesti z VAS 6 na VAS 2 dle škály bolesti 0-10 (do 1 hodiny)

Pacientka zná a umí užít metody na zmírnění bolesti (do 2 hodin)

Pacientka zná účinek analgetik (do 2 hodin)

Pacientka chápe důvod bolesti (do 6 hodin)

Pacientka aktivně spolupracuje s ošetřujícím personálem (od začátku do konce hospitalizace)

Plán intervencí:

Proveď důkladné posouzení bolesti (lokalizace, charakter, intenzita, trvání bolesti, co bolest zhoršuje, co ji zlepšuje, v jakém rozmezí se intenzita bolesti pohybuje během dne), vše zaznamenej do dokumentace (každé 2 hodiny) - všeobecná sestra

Akceptuj popis bolesti pacientkou (vždy) - všeobecná sestra

Pozoruj neverbální projevy bolesti u pacientky (vždy) - všeobecná sestra

Zajisti pacientce klidné prostředí (ihned) - všeobecná sestra

Doporuč pacientce relaxační techniky, dechová cvičení (do 1 dne) - fyzioterapeut

Udržuj stálý kontakt s pacientkou a nabádej ji, aby hovořila o bolesti (vždy) - všeobecná sestra, ošetřovatel

Podávej analgetika dle ordinace lékaře - všeobecná sestra

Sleduj účinky analgetik (do 1 hodiny) - všeobecná sestra

Starej se o pohodlí pacientky - masáž, změna polohy, aplikace tepla, chladu (každou hodinu) - všeobecná sestra

Sleduj fyziologické funkce a hodnoty zaznamenej (EKG nepřetržitě, TK po 30 minutách, D nepřetržitě, TT po 4 hodinách, saturaci O₂ nepřetržitě) - všeobecná sestra

Realizace: Hovořila jsem s pacientkou o její bolesti, pomocí analogové škály bolesti pacientka určila intenzitu, charakter bolesti. Pozorovala jsem pacientku, zda neprojevuje neverbálně bolest. Dle ordinace lékaře jsem aplikovala pacientce Algifen ve 100 ml FR, udělala jsem záznam do dokumentace. Pomohla jsem pacientce najít úlevovou polohu - pacientka se položila na levý bok s pokrčenýma nohama. Snažila jsem se ji odpoutat od bolesti, zabezpečila jsem pacientce klid k odpočinku a spánku. Upozornila jsem pacientku, aby si vyžádala analgetika dřív, než bolest zesílí. Společně s fyzioterapeutem jsme edukovali pacientku ohledně využití relaxačních cviků a dechové rehabilitace. S pacientkou jsem hovořila ohledně opětovného výskytu bolesti a nutnosti informovat zdravotnický personál o jejím vzniku. Podle plánu jsem měřila pacientce fyziologické funkce a provedla záznam o naměřených hodnotách do dokumentace.

Hodnocení: Cíl byl splněn částečně, pacientka verbalizovala postupné zmírnění bolesti na VAS 4, stále vyhledává úlevovou polohu, přesto není nespokojená, zná účinky analgetik, spolupracuje s ošetřovatelským personálem. Zná metody na zmírnění bolesti.

Diagnóza číslo 2.

Nausea (000134) v souvislosti s nynějším onemocněním, projevující se bledostí a pocitem na zvracení.

Cíl: Dlouhodobý: Pacientka nebude pociťovat nauseu do 5 dnů.

Krátkodobý: Pacientka pociťuje zlepšení nausey do 2 dnů.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria: Pacientka nepociťuje nauseu (do 2 hodin od zahájení intervencí)

Pacientka předvede dýchání k ovlivnění nausey (do 2 hodin)

Pacientka verbalizuje pocity komfortu (do 1 dne)

Plán intervencí:

Seznam pacientku s nutností dodržovat předepsaný dietní režim (ihned) - všeobecná sestra, lékař

Podávej antiemetika dle ordinace lékaře - všeobecná sestra

Nauč pacientku techniku správného dýchání k ovlivnění nausey (do 30 minut) - všeobecná sestra

Sleduj u pacientky příjem a výdej tekutin (po 6 hodinách) - všeobecná sestra

Při zvracení zaveď pacientce nasogastrickou sondu dle ordinace lékaře - všeobecná sestra

Realizace: Hovořila jsem s pacientkou o nutnosti dodržovat dietní režim, doporučila jsem pacientce popíjení čaje pouze po doušcích. Informovala jsem pacientku o tom, že v případě silné nausey nebo zvracení zavedu pacientce nasogastrickou sondu. Sledovala jsem u pacientky každých 6 hodin bilanci tekutin a provedla vždy záznam do dokumentace. Podávala jsem intravenózně Torecan dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Cíl byl splněn. Pacientka během 8 hodin verbalizuje postupné odeznění nausey. Pacientka není nespokojená, nejeví známky dehydratace. Bilance tekutin jsou vyrovnané.

Diagnóza číslo 3.

Úzkost (000146) v souvislosti s hospitalizací, projevující se nekomunikativností a uzavřením do sebe.

Cíl: Dlouhodobý: Pacientka nevykazuje známky úzkosti do konce hospitalizace.

Krátkodobý: Pacientka je seznámena s nynějším onemocněním a předpokládaným průběhem léčby do 48 hodin.

Priorita: střední

Výsledná kritéria: Pacientka je informovaná o svém současném zdravotním stavu (ihned)

Pacientka sníží úzkost na zvladatelnou míru (do 2 hodin)

Pacientka hovoří o svých pocitech (do 12 hodin)

Pacientka zná a umí užít způsoby zmírnění úzkosti (do 1 dne)

Plán intervencí:

Hovoř s pacientkou o jejích pocitech (vždy) - všeobecná sestra, lékař

Věnuj zvýšenou pozornost chování pacientky (vždy) - všeobecná sestra, ošetřovatel

Naslouchej pacientce a umožni dostatečný prostor (vždy) - všeobecná sestra, lékař

Akceptuj pacientčinu úzkost (vždy) - všeobecná sestra

Odpoutej pozornost denními aktivitami, rozhovorem (vždy) - všeobecná sestra, ošetřovatel

Umožni pacientce individuální návštěvy (průběžně) - všeobecná sestra

Realizace: Ošetřující lékař informoval pacientku o jejím současném zdravotním stavu a předpokládané terapii. Vedla jsem s pacientkou rozhovor a zajímala se o prožívání jejích pocitů. Pacientka se zapojila do rozhovoru, byla klidná. Trpělivě jsem pacientce naslouchala. Průběžně jsem pozorovala pacientku a všímala si, zda nejeví známky úzkosti. Nabádala jsem pacientku, aby se na mne kdykoli obrátila, pokud bude mít pocit úzkosti. Nabídla jsem pacientce možnost sledování televize nebo zapůjčení časopisu. Seznámila jsem pacientku s možností návštěv mimo návštěvní hodiny.

Hodnocení: Cíl byl splněn částečně, pacientka je klidná, komunikuje s ošetřujícím personálem. O svém zdravotním stavu a předpokládané době hospitalizace je dostatečně informovaná ošetřujícím lékařem, přesto její obavy

Diagnóza číslo 4.

Nedostatečná výživa (00002) v souvislosti s nynějším onemocněním, projevující se váhovým úbytkem.

Cíl: Dlouhodobý: Pacientka nebude mít váhový úbytek větší než 3 kg do konce hospitalizace.

Krátkodobý: Pacientka je seznámena s příčinou nedostatečné výživy do 12 hodin.

Priorita: střední

Výsledná kritéria: Pacientka je seznámena s nutností dodržovat předepsaný dietní režim (ihned)

Pacientka zná důvody omezeného příjmu potravy (do 12 hodin)

Pacientka chápe nutnost úpravy stravy (do 12 hodin)

Plán intervencí:

Vysvětlí pacientce důvody dodržování dietního opatření (ihned) - všeobecná sestra, lékař

Informuj pacientku o možném váhovém úbytku (do 1 dne) - všeobecná sestra

Zvaž pacientku (1x denně ráno) - všeobecná sestra

Zajisti konzultaci s nutričním terapeutem (do 2 dnů) - všeobecná sestra

Realizace: Hovořila jsem s pacientkou o jejím současném onemocnění, informovala jsem ji o nutnosti dodržovat předepsaný dietní režim. Zvážila jsem pacientku, provedla jsem záznam naměřené hodnoty do dokumentace a informovala jsem pacientku o možném váhovém úbytku souvisejícím s nedostatečnou výživou. Zajistila jsem pacientce konzultaci nutričního terapeuta.

Hodnocení: Cíl byl splněn, pacientka po dobu hospitalizace zhubla 1,5 kg. Pacientka je dostatečně edukovaná o dietním opatření, dietní opatření akceptuje.

Diagnóza číslo 5.

Zhoršená pohyblivost (00085) v souvislosti s akutní bolestí, projevující se subjektivním pocitem nafouklého břicha.

Cíl: Dlouhodobý: Pacientka bude mít fyziologickou flatulenci (odchod větrů) do 5 dnů.

Krátkodobý: Pacientka verbalizuje zlepšení flatulence do 24 hodin.

Priorita: nízká

Výsledná kritéria: Pacientka chápe příčinu zástavy flatulence (do 30 minut)

Pacientka verbalizuje zlepšení flatulence (do 12 hodin)

Pacientka netrpí nechutenstvím (do 3 dnů)

Plán intervencí:

Poslechni pomocí fonendoskopu břicho pacientky a popiš přítomnost, charakter střevních zvuků (do 6 hodin) - všeobecná sestra

Starej se o pohodlí pacientky - prováděj jemnou masáž břicha (do 2 hodin) - všeobecná sestra

Informuj pacientku o možnosti zavést rektální rourku na podporu flatulence (do 12 hodin) - všeobecná sestra

Doporuč pacientce dle možností zvýšený pohyb dolními končetinami na lůžku (do 12 hodin) - všeobecná sestra

Doporuč pacientce vhodnou životosprávu - nekouřit, nepít sycené vody, omezit potraviny s mléčným cukrem (do 2 dnů) - všeobecná sestra, lékař

Realizace: Při rozhovoru si pacientka stěžovala na nafouklé a bolestivé břicho. Vyšetřila jsem pohledem a poslechem (pomocí fonendoskopu) její břicho. Nabídla jsem pacientce jemnou masáž břicha, pacientka souhlasila a já jsem otevřenou dlaní přejížděla pacientce po břiše ve směru hodinových ručiček. Seznámila jsem pacientku s možností zavést rektální rourku, aby větry snáze odešly. Doporučila jsem pacientce cviky, které může na lůžku provádět, aby se jí lépe rozběhly větry. Hovořila jsem s pacientkou o vhodné životosprávě, kterou by měla dodržovat, až ustoupí její akutní obtíže. Doporučila jsem pacientce užívat po propuštění do domácího ošetřování probiotika na podporu správné střevní mikroflóry.

Hodnocení: Cíl byl splněn, pacientka verbalizuje zlepšení, dle jejích slov nějaké větry odešly. Zlepšil se i subjektivní pocit tlaku v břiše. Pacientka cítí zlepšení v poloze na boku s pokrčenýma nohama. Pohledem je břicho nad úrovní, na pohmat mírně bolestivé, poslechem jsou slyšitelné střevní zvuky.

Diagnóza číslo 6.

Riziko infekce (00004) v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétrem.

Cíl: U pacientky nevznikne infekce do konce hospitalizace.

Priorita: nízká

Plán intervencí:

Sleduj okolí periferního žilního katétru (nepřetržitě) - všeobecná sestra

Pátrej po projevech infekce (vždy) - všeobecná sestra

Dodržuj aseptické postupy při převazu a aplikaci intravenózních léků (vždy) - všeobecná sestra

Seznam pacientku s možnými komplikacemi (do 10 min) - všeobecná sestra

Realizace: Po zavedení periferního žilního katétru jsem informovala pacientku o možnosti vzniku infekce. Seznámila jsem ji s možnými komplikacemi a poučila ji, pokud by se komplikace vyskytly, aby okamžitě upozornila sestru. Kontrolovala jsem periferní katétr a při každé aplikaci jsem pátrala po projevech infekce. Dodržovala jsem aseptické postupy.

Hodnocení: Cíl byl splněn, během hospitalizace na JIP se u pacientky nevyskytly projevy infekce.

Diagnóza číslo 7.

Riziko vzniku tromboembolické nemoci v souvislosti se zhoršenou pohyblivostí (00085).

Cíl: Zabránit vzniku tromboembolické nemoci do konce hospitalizace.

Priorita: vysoká

Plán intervencí:

Informuj pacientku o příčinách vzniku tromboembolické nemoci (ihned) - všeobecná sestra, lékař

Seznam pacientku s prevencí vzniku tromboembolické nemoci (ihned) - všeobecná sestra

Odeber dle ordinace lékaře krev na hematologické vyšetření a sleduj jejich výsledky (ihned) - všeobecná sestra

Za použití bandáže Elastpore Universal založ pacientce vysoké bandáže na obě dolní končetiny (do 2 hodin) - všeobecná sestra

Kontroluj predilekční místa (každé 2 hodiny) - všeobecná sestra

Zajisti pro pacientku návštěvy fyzioterapeuta (do 6 hodin) - všeobecná sestra

Realizace: Vysvětlila jsem pacientce, co je to tromboembolická nemoc, jaké jsou její příznaky a jaká jsou preventivní opatření, aby toto onemocnění nevzniklo. Za použití elastické bandáže Elastpore Universal jsem založila pacientce na obě nohy vysoké bandáže. V souvislosti s možným vznikem otlaků jsem každé 2 hodiny kontrolovala pacientce paty. Dle ordinace lékaře aplikuji podkožně Clexane. Zajistila jsem pro pacientku fyzioterapeuta, který naučil pacientku rehabilitační cviky na lůžku.

Hodnocení: Cíl byl splněn, u pacientky se nevyskytly projevy tromboembolické nemoci.

Diagnóza číslo 8.

Riziko infekce (00004) v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katétrem.

Cíl: U pacientky nevznikne infekce do konce hospitalizace.

Priorita: nízká

Plán intervencí:

Sleduj barvu, koncentraci a zápach moči (průběžně) - všeobecná sestra

Pátrej po projevech infekce (vždy) - všeobecná sestra

Seznam pacientku s možnými komplikacemi (ihned) - všeobecná sestra

Informuj pacientku, aby obtíže hlásila sestře (ihned) - všeobecná sestra

Vhodnými toaletními prostředky pečuj o zevní genitál pacientky (vždy při ranní a večerní hygieně) - všeobecná sestra, ošetřovatel

Realizace: Po zavedení permanentního močového katétru jsem informovala pacientku o možnosti vzniku infekce. Upozornila jsem pacientku, pokud by cítila jakékoli obtíže, aby se na mne ihned obrátila. Sledovala jsem barvu moči, pátrala jsem po přítomnosti patologických příměsí. Při večerní toaletě jsem věnovala zvýšenou pozornost hygieně genitálu, k hygieně jsem použila hypoalergenní mýdlo určené pro intimní hygienu.

Hodnocení: Cíl byl splněn, během hospitalizace na JIP se u pacientky nevyskytly projevy močové infekce, moč byla jantarové barvy.

6.8 Edukační proces u pacientky s akutní pankreatitidou

Téma edukace: dietní režim po pankreatitidě

Cíl edukace: Pacientka verbalizuje znalost pankreatické diety.

Metoda edukace: diskuze, přednáška, nácvik

Forma edukace: individuální

Edukátor: všeobecná sestra, nutriční terapeut

Místo konání edukace: pacientčino lůžko

Pomůcky: leták o pankreatické dietě

Edukační plán

Ochota doplnit deficitní vědomosti (00161) v souvislosti s pankreatickou dietou, projevující se verbalizací zájmu znát vhodné potraviny.

Cíl: Pacientka verbalizuje znalost pankreatické diety.

Priorita: střední

Výsledná kritéria: Pacientka zná nutnost dodržovat pankreatickou dietu (do 10 min)

Pacientka zná životní styl po pankreatitidě (do 1 dne)

Pacientka si dokáže sestavit jídelníček (do 1 dne)

Plán intervencí:

Zjistí úroveň znalostí o dané problematice - všeobecná sestra

Vysvětlí nutnost změny životního stylu po pankreatitidě - všeobecná sestra

Sestav jídelníček - nutriční terapeut

Ukaž leták o pankreatické dietě - všeobecná sestra, nutriční terapeut

Zdůvodni nutnost dodržování diety - všeobecná sestra

Zodpověz pacientce všechny dotazy týkající se pankreatické diety - všeobecná sestra, nutriční terapeut

Realizace: Hovořila jsem s pacientkou o jejím onemocnění a ptala jsem se, zda ví, jaká dietní opatření budou v jejím případě nutná. Vysvětlila jsem pojem pankreatická dieta a nutnost jejího dodržování během hospitalizace i po propuštění do domácího ošetřování. Ukázala jsem pacientce leták s vhodnými potravinami. Nutriční terapeut pomohl pacientce sestavit jídelníček na 14 dní. Odpovídala jsem pacientce na dotazy týkající se pankreatické diety. Seznámila jsem pacientku s možnými riziky, pokud nebude pankreatickou dietu dodržovat.

Hodnocení: Cíl byl splněn, pacientka ochotně spolupracovala. Edukace proběhla bez problémů. Pacientka získala nové informace a dokáže je prakticky aplikovat.

7 NÁVRHOVÁ ČÁST

V této části práce bych chtěla navrhnout opatření, která by mohla pomoci předcházet opakovanému výskytu tohoto onemocnění.

1) Edukace pacienta je důležitou součástí ošetrovatelské péče. Měla by probíhat ve třech lekcích. V první lekci spolupracuje zdravotní sestra a lékař, který sdělí pacientovi základní informace o předpokládané léčbě, vyšetřovacích metodách. Zdravotní sestra edukuje pacienta ohledně režimu na daném oddělení. Druhá lekce je zaměřená na životní styl po prodělané pankreatitidě. Zdravotní sestra spolupracuje s nutričním terapeutem, který pacienta poučí o potravinách, které jsou v tomto období nevhodné. Třetí lekce se týká informací před propuštěním. Lékař sdělí pacientovi informace týkající se propuštění, informuje ho o možných komplikacích, které mohou nastat a co dělat v případě jejich vzniku. Zdravotní sestra nabídne pacientovi leták, který obsahuje základní informace o dietě, kterou bude pacient po propuštění dodržovat (viz Příloha 5).

2) Edukace ošetrovatelského týmu o správné péči, nových postupech a pomůckách. V jihlavské nemocnici není gastroenterologické oddělení, proto jsou nemocní přijímáni na chirurgické nebo interní oddělení. Řešením je edukovat ošetrovatelský personál pomocí odborných seminářů. Nemocných s pankreatitidou neustále přibývá, proto by sestry měly znát zásady správné péče o pacienta s tímto onemocněním.

3) Vytvoření informační brožury, která bude obsahovat hlavní zásady pankreatické diety. Obsah brožury směřuje nejen k ošetřujícímu personálu, ale i k nemocným s akutní pankreatitidou.

4) Vytvoření svépomocné skupiny klientů po prodělané pankreatitidě. Skupina by se scházela jedenkrát měsíčně, případně podle potřeby klientů. Součástí schůzek by bylo nejen setkávání lidí se stejnou nemocí, ale též výměna informací a zkušeností. Tato skupina by se měla scházet společně s edukátorkou, nejlépe s všeobecnou sestrou příslušného nemocničního oddělení. Zde vycházíme z předpokladu, že klienti pracovníka již znají a mají k němu vytvořený pozitivní vztah.

ZÁVĚR

Problematika ošetrovatelské péče o pacienta s pankreatitidou je velice rozsáhlé téma. Ošetrovatelská péče má mnohá úskalí, a to hlavně z důvodu, že pacient musí změnit životní styl a stravovací návyky. V některých případech bude pacient tato opatření dodržovat celoživotně.

Teoretická část práce byla zaměřena na komplexní zpracování problematiky akutní pankreatitidy, včetně vyvolávajících činitelů, příznaků onemocnění, diagnostických metod a základní léčby. Základní snahou bylo jasné a přehledné shrnutí základních potřeb nemocného. Všichni pacienti nemají stejnou formu nemoci, příčina může být odlišná a podle toho se odvíjí také potřeby nemocného. Pozornost byla také věnována edukaci, která se stává nedílnou součástí ošetrovatelské péče.

Praktická část práce se věnovala ošetrovatelskému procesu u konkrétní pacientky. Pomocí Nanda domén jsou zpracovány ošetrovatelské diagnózy. Součástí praktické části je i edukační proces zaměřený na znalost pankreatické diety. Pokud dojde k akutní dekompenzaci stavu v souvislosti s nedodržením léčebného režimu, zvyšuje se spotřeba zdravotní péče, dochází k prodloužení doby hospitalizace a nárůstu nákladů na péči. Jsem přesvědčena, že tyto události lze ovlivnit včasnou a důslednou osvětou v oblasti zdravého životního stylu.

V návrhové části jsou opatření, která by mohla zlepšit kvalitu poskytované péče o pacienty s akutní pankreatitidou.

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit ošetrovatelskou péči u pacienta s akutní pankreatitidou. Domnívám se, že cíle práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADAMS, B., HAROLD, C. E. 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Z angl. orig. přel. MUDr. Ivana Suchardová. Praha: Grada Publishing, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. AUTORSKÝ KOLEKTIV. *Idiopatická pankreatitida*. 2007. s. 51-52, ISSN 1210-6755.
3. AUTORSKÝ KOLEKTIV. 2003. Strategie chirurgické léčby akutní nekrotizující pankreatitidy. In ZAZULA, R. et al. *Ročenka intenzivní medicíny 2003*. Praha: Galén, 2003, s. 252. ISBN 80-7262-227-7.
4. DOENGES, M., MOORHOUSE, M. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. MUDr. Ivana Suchardová. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
5. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. 2006. *Přehled anatomie*. Vdala Univerzita Karlova v Praze. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.
6. KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 80-247-1830-9.
7. KOHOUT, P., LIŠKOVÁ, M., MENGEROVÁ, O. *Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická*. Praha: Forsapi, c2007. 132 s. ISBN 80-903820-3-9.
8. KOSTKA, R. 2006. *Akutní pankreatitida*. Praha: Galén, 2006. 233 s. ISBN 80-7262-427-X.
9. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovaťelstvo I*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-270-0528-0.
10. KRISTOVÁ, J., TOMÁŠKOVÁ, Z. 2002. *Komunikácia v ošetrovaťelstve*. Martin: Osveta, 2002. 164 s. ISBN 80-8063-107-7.
11. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovaťelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

12. MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. *Nanda domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 86 s. ISBN 80-7368-030-0.
13. MASTILÁKOVÁ, D. 2005. *Úvod do ošetrovatelství I. díl - Systémový přístup*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
14. SIEBERNAGEL, S., VANG, F. 2001. *Atlas patofyziologie člověka*. Z angl. orig. přel. prof. MUDr. Stanislav Trojan. Praha: Grada Publishing, 2001. 390 s. ISBN 80-7169-968-3.
15. SOLAŘ, S., ZAVORAL, M., ZÁVADA, F. 2005. Principy léčby akutní pankreatitidy. In ZAZULA, R. et al. *Ročenka intenzivní medicíny 2005*. Praha: Galén, 2005, s. 197-208. ISBN 80-7262-344-3.
16. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. 2000. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén, 2000. 396 s. ISBN 80-7262-042-8.
17. ŠPIČÁK, J. et al. 2005. *Akutní pankreatitida*. Praha: Grada publishing, 2005. 216 s. ISBN 80-247-0942-2.
18. TRACHTOVÁ, E. et al. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
19. WOHL, P., ZAZULA, R., TYLL, T. 2003. Akutní pankreatitida. In ZAZULA, R. et al. *Ročenka intenzivní medicíny 2003*. Praha: Galén, 2003, s. 203-209. ISBN 80-7262-227-7.
20. ZÁVODNÁ, V. 2002. *Pedagogika v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2002. 117 s. ISBN 80-7169-705-2.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

amp.	-	ampule
AP	-	akutní pankreatitida
apod.	-	a podobně
Ca ²⁺	-	vápník
cm	-	centimetr
BMI	-	body mass index (index tělesné hmotnosti)
D	-	dech
DM	-	diabetes mellitus (úplavice cukrová)
FR	-	fyziologický roztok
g	-	gram
gtt.	-	kapek (guttae)
HcT	-	hematokrit
hod	-	hodina
i.m.	-	intramuskulárně (podané do svalu)
j.	-	jednotka
JIP	-	jednotka intenzivní péče
kg	-	kilogram
l	-	litr
mg/l	-	miligram na litr
min	-	minuta
ml	-	mililitr
mm	-	milimetr
mmol/l	-	milimolu na litr
NANDA	-	North American asociacion for nursing diagnosis (Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku)
NGS	-	nasogastrická (zavedená nosem) sonda
P	-	puls
PaO ₂	-	parciální tlak kyslíku v tepenné krvi
RHB	-	rehabilitace
RTG	-	rentgen
s.c.	-	subkutánně (podané podkožně)
sec	-	sekunda

SIRS	-	syndrom systémové zánětlivé odpovědi (Systemic Inflammatory Response Syndrome)
SpO ₂	-	saturace kyslíku
st.n.l.	-	století našeho letopočtu
tbl	-	tableta
TK	-	tlak krevní
TT	-	tělesná teplota
USG	-	ultrasonografie

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

emulgované - vzniklé mechanickým rozptýlením dvou vzájemně nemísitelných kapalin

enterální - střevní

explorace - výzkum, terénní průzkum

hypovolémie - snížené množství krevního objemu

cholecystektomie - operační odstranění žlučníku

cholelitiáza - tvorba a přítomnost žlučových kaménků v žlučových cestách a žlučníku

intracelulární - uvnitř buňky

intrapapilární - uvnitř papily/ bradavky

intravenózně - podané do žíly

intermitentně - střídavě, přerušovaně

kompartment - součást celku, částečně nebo úplně oddělená

konkavita - prohlubeň

lumen - vnitřek trubicového orgánu

mortalita - úmrtnost

pankreatogenní - vzniklý vyvolaný v souvislosti se slinivkou břišní

peripankreatické - okolo pankreatu

penetrující - pronikající určitou vrstvou

perforace - proděravění

proteolytický - vztahující se k proteolýze, proteolytický enzym

pseudocysta - nepravá cysta

reflux - zpětný tok

respirační - dýchací

retroperitoneum - část břišní oblasti, která je uložena za břišní dutinou vystlanou pobřišnicí

sanace – vyhojení, uzdravení

spasmus - křeč, sevření

subkapsulární - uložený pod pouzdrém

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dvanáctník a slinivka břišní

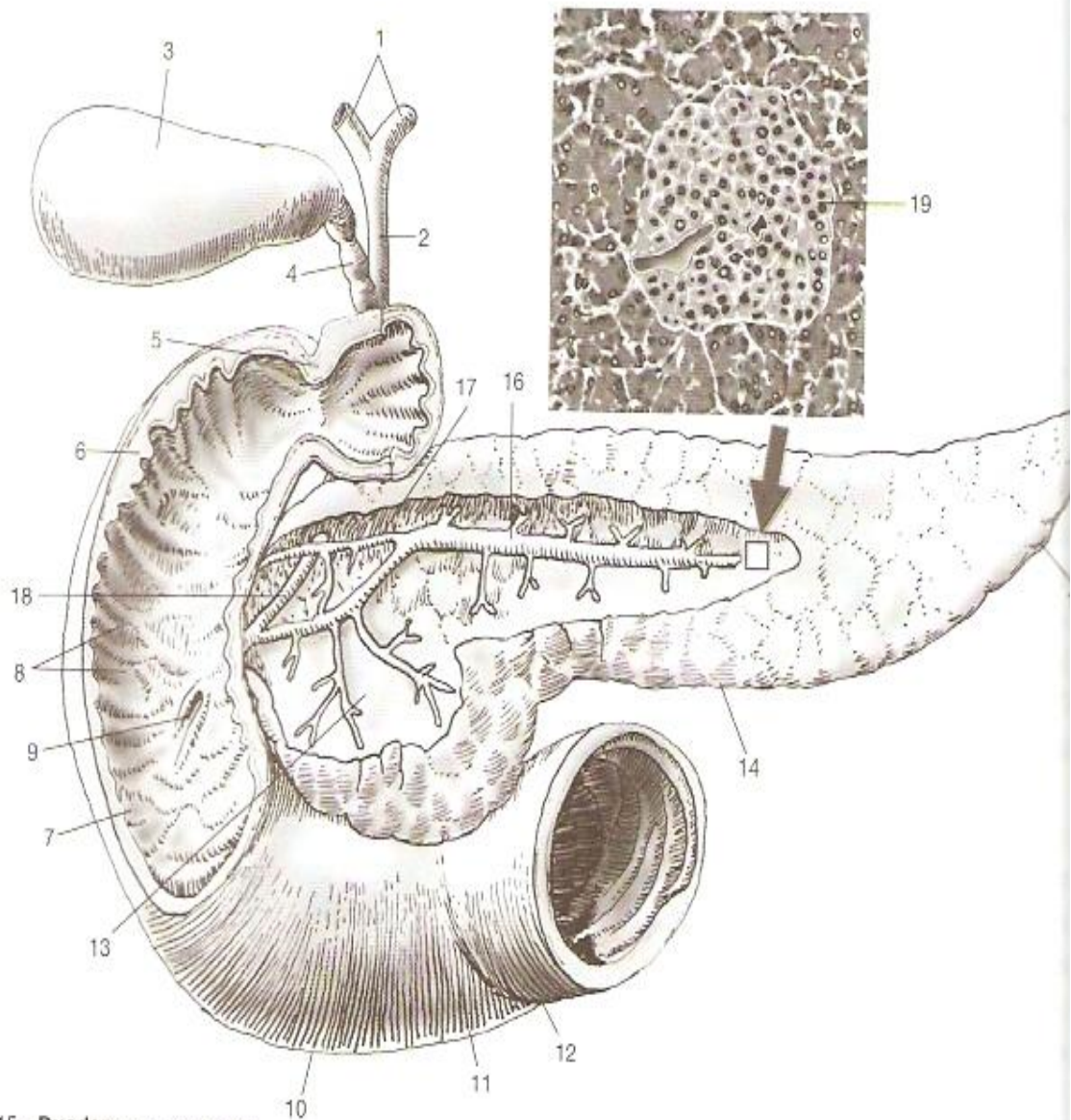
Příloha 2: Uložení slinivky břišní

Příloha 3: Skórovací systém vyhodnocení rizika vzniku proleženin podle Nortonové

Příloha 4: Hodnocení bolesti dle VAS (vizuální analogové škály)

Příloha 5: Informační brožura

Příloha č. 1: Dvanáctník a slinivka břišní

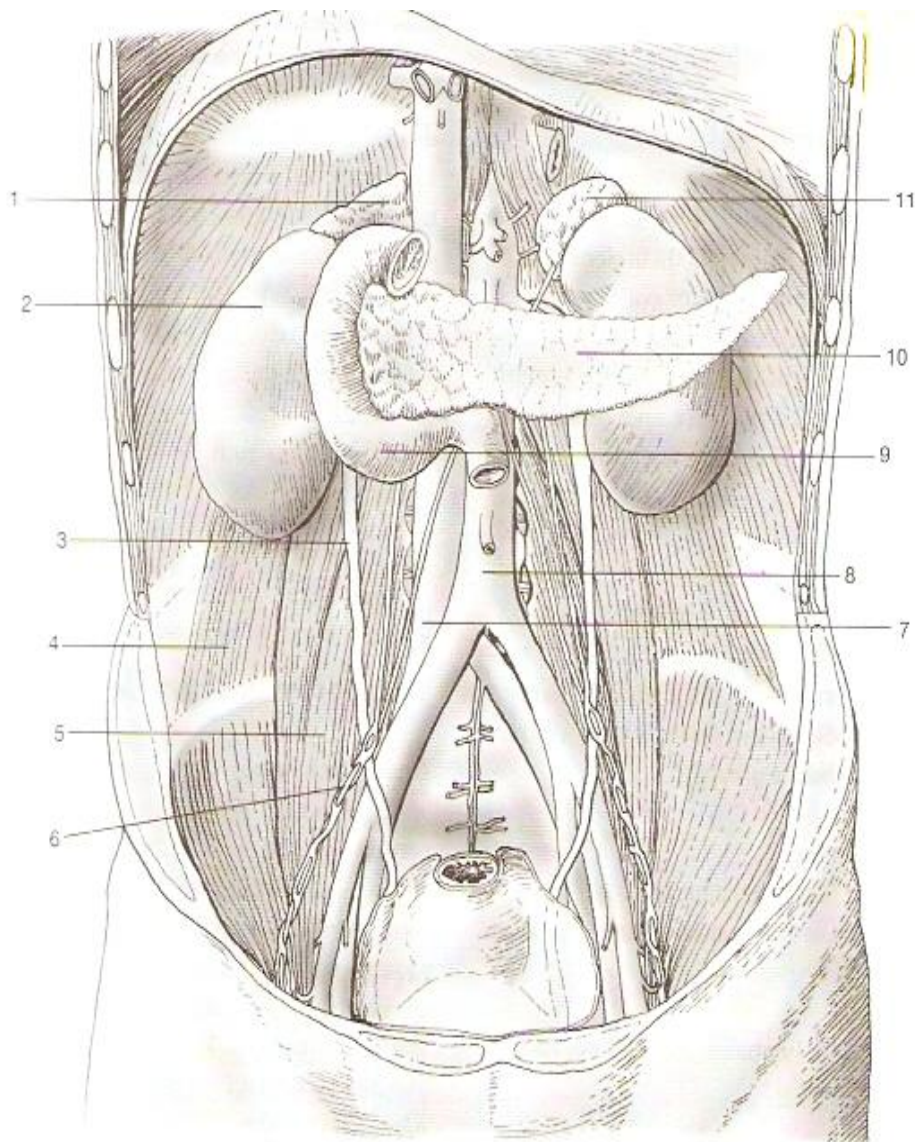


Obr. 10.15 Duodenum a pancreas

- | | |
|--|---|
| <p>1 – ductus hepaticus dx. et sin.
 2 – ductus hepaticus communis
 3 – žlučník
 4 – ductus cysticus
 5 – pylorus
 6 – pars superior duodeni
 7 – pars descendens duodeni
 8 – plicae circulares
 9 – vyústění ductus pancreaticus major
 spolu s ductus choledochus
 10 – pars inferior duodeni</p> | <p>11 – pars ascendens duodeni
 12 – flexura duodenojejunalis
 13 – caput pancreatis
 14 – corpus pancreatis
 15 – cauda pancreatis
 16 – ductus pancreaticus major
 17 – ductus pancreaticus minor
 18 – ductus choledochus
 19 – šipka ukazuje na čtverec,
 kde v mikroskopickém detailu
 je zobrazen Langerhansův ostrůvek</p> |
|--|---|

Zdroj: ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O., *Přehled anatomie*. 2006, Nakladatelství Karolinum

Příloha č. 2: Uložení slinivky břišní



Obr. 12.8 Retroperitoneum

- 1 - gl. suprarenalis dx.
- 2 - ren. dx.
- 3 - ureter dx.
- 4 - m. quadratus lumborum
- 5 - m. psoas major
- 6 - vasa testicularia / ovarica

- 7 - v. cava inferior
- 8 - aorta
- 9 - duodenum
- 10 - pancreas
- 11 - gl. suprarenalis sin.

Zdroj: ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O., *Přehled anatomie*. 2006, Nakladatelství Karolinum

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet
Úplná 4	<10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4	
Částečně omezená 3	<30 3	Alergie 3	DM, kachexie, ↑TT, Anemie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Částečně omezená 3	Občas 3	
Velmi omezená 2	<60 2	Vlhká 2	Trombóza, Obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2	
Žádná 1	>60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč + stolice 1	

Příloha č. 3: Skórovací systém vyhodnocení rizika vzniku proleženin podle Nortonové

Nebezpečí vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Zdroj: MIKŠOVÁ, Z., et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006.

AKUTNÍ PANKREATITIDA - DIETNÍ ZÁSADY

HLAVNÍ ZÁSADY

Vyloučené potraviny

- **smažené a přepalované potraviny**
- **tučné a nadýmavé potraviny**
- **alkohol**
- **cigarety**

Omezené potraviny

- **káva, černý čaj**
- **cukr**
- **tuk**

Vhodné potraviny

- ✓ **přílohy: brambory, rýže, těstoviny, houskový (ne kynutý) knedlík**
- ✓ **libová masa: králičí, kuřecí, krůtí, telecí, hovězí, drůbeží šunka**
- ✓ **ryby: pstruh, štika, treska**
- ✓ **mléčné výrobky: nízkotučné jogurty, sýry, tvaroh, mléko (do 2% tuků)**

- ✓ **zelenina: hlávkový, ledový salát, mrkev, brokolice (vařené pouze růžičky bez stonků), špenát**
- ✓ **ovoce: banány, ovocné přesnídávky (jablko, meruňka, broskev)**
- ✓ **med, džem bez zrníček**
- ✓ **nápoje: ovocný čaj, ředěný džus, ovocné šťávy, nesycená voda**

Zdroj: KOHOUT, P., LIŠKOVÁ, M., MENGEROVÁ, O., *Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická*. Praha: Forsapi, c2007