

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U KLIENTKY V TERMINÁLNÍ FÁZI CA PANCREATU

Bakalářská práce

LENKA KURÁŇOVÁ

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

Vedoucí práce: MUDr. Kvitová Ivana

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-05-31

Praha 2011

Prohlašuji, že jsem svou 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 31.5.2011

.....

podpis

ABSTRAKT

KURÁŇOVÁ, Lenka. *Komplexní ošetrovatelská péče u klientky v terminální fázi Ca pankreatu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: MUDr. Kvitová Ivana. Praha 2011. s.60

Hlavním tématem mé bakalářské práce je komplexní péče u klientky v terminální fázi Ca pankreatu. Teoretická část práce popisuje závažnost tohoto onemocnění, incidenci, příčiny vzniku, složitou diagnostiku a léčbu. Důležitou a zároveň nezbytnou částí práce je také prevence. Ca pankreatu je jedním z nejzhoubnějších maligních onemocnění vzhledem k dlouhému bezpříznakovému období a rychlému rozvoji nemoci. Nemocní často přicházejí k lékaři velmi pozdě, nemoc postupuje rychle a chirurgická léčba není v mnoha případech indikována. Jestliže jsou všechny možnosti léčby vyčerpány a zdravotní stav se stále zhoršuje, nastupuje léčba symptomatická, která spočívá v ovlivnění všech nežádoucích projevů nemoci/bolesti, nevolnosti, dušnosti.../. Paliativní péče v terminálním stádiu nemoci je poskytována vysoce individuálně, podle přání a možností nemocného. V ČR máme různorodé možnosti této péče v rámci hospicových zařízení, paliativních lůžek v nemocnici, popřípadě domácí paliativní péče v rámci pečovatelské služby. Praktická část práce je psaná formou ošetrovatelského procesu, popisuje konkrétní nemocnou se všemi jejími bolestmi, smutky či stesky, je zaměřena na léčbu nádorové bolesti opioidy s méně obvyklým způsobem podání cestou epidurálního katétru a lineárního dávkovače.

Klíčová slova: Komplexní péče. Terminální fáze. Incidence. Maligní onemocnění. Paliativní péče. Hospic. Opioid. Epidurální katétr. Lineární dávkovač.

ABSTRAKT

KURÁŇNOVA, Lenka. Comprehensive nursing care for clients with end-stage pancreatic cancer. College of Health, o.p.s, level of qualification: Bachelor. Supervisor: MUDr. Kvitová Ivana. Prague 2011th p.60

The main theme of my thesis is a comprehensive care program for clients with end-stage pancreatic carcinoma. The theoretical part describes the severity of the disease, incidence, causes, diagnosis and treatment difficult. Pancreatic carcinoma is one of the most deadly malignancies due to long periods without symptoms and the rapid development of the disease. Patients often come very late to the doctor, the disease progresses rapidly and surgical treatment is indicated in many cases. If all treatment options have been exhausted and health continues to deteriorate, the onset symptomatic therapy, which consists of all the adverse effects of the disease /pain, nausea, shortness of breath/. Palliative care in terminal stages of illness is provided by a highly individualized according to patient's wishes and possibilities. In the Czech Republic we have a variety of options under hospice care facilities, palliative beds in the hospital or home palliative care within care services. The practical part is written in the form of the nursing process, describes a specific ill with all its pains, sadness and grief is focused on the treatment of cancer pain with opioids less common route of administration by the epidural catheter and linear feeders.

Keywords: Comprehensive Care. The terminal phase. Incidence. Malignant disease. Palliative care. Hospice. Opiates. Epidural catheter. Linear dose.

PŘEDMLUVA

Karcinom pankreatu je jedno z nejzhubnějších maligních onemocnění vůbec, jeho zhubnost spočívá v dlouhém asymptomatickém období, pozdní diagnostice a rychlé progresi. Incidence tohoto onemocnění každoročně stoupá.

Tato práce vznikla ve snaze přiblížit čtenářům nejen závažnost tohoto onemocnění, ale hlavně seznámit s velmi podceňovanou paliativní péčí v terminální fázi onemocnění, jejími možnostmi v ČR.

Výběr tématu byl ovlivněn mým zaměstnáním. Pracuji jako staniční sestra v hospici Citadela ve Valašském Meziříčí. I když mou hlavní náplní dne je spíše koordinační činnost, každý den se setkávám také s velkou bolestí, smutkem, bezradností a pláčem. Právě cestou této práce chci ukázat pozitivní zkušenosti práce s onkologicky nemocnými, ve většině případů terminálně nemocných. Podklady pro práci jsem čerpala nejen z knižních, časopiseckých a internetových pramenů, ale také z vlastní zkušenosti.

Práce je určena odborné veřejnosti, studentům zdravotnických škol, spoustu odborných i praktických rad v ní mohou najít také zdravotní sestry popřípadě lékaři.

Touto cestou chci vyslovit velké poděkování vedoucí bakalářské práce MUDr. Ivaně Kvitové za podnětné rady a připomínky, gramatické a pedagogické usměrnění, podporu, ochotu a spoustu času, kterou mé práci věnovala.

ÚVOD

„Dej mi klid, abych přijala, co nemohu změnit.

Dej mi odvahu, abych změnila, co změnit mohu.“

Karcinom pankreatu je právem pokládán za jedno z nejzhubnějších maligních onemocnění vůbec vzhledem k dlouhému asymptomatickému období a velmi progresivnímu průběhu nemoci. Je také považován za onemocnění s nejvyšší letalitou ze všech malignit zažívacího traktu. Procento postižených každoročně stoupá, v naší zemi se incidence karcinomu pankreatu pohybuje kolem 16 případů na 100000 obyvatel za rok a je prakticky shodná s úmrtností. Diagnostika karcinomu pankreatu je velmi obtížná, v mnoha případech špatně uskutečnitelná vzhledem k rychlému vývoji nemoci a pozdnímu příchodu nemocného k lékaři. V závislosti na typu a stádiu onemocnění se karcinom pankreatu léčí chirurgicky, kombinací chemoterapie a radioterapie, u pokročilého onemocnění, kdy již nelze ovlivnit průběh nemoci, je poskytována léčba symptomatická v rámci specializovaných paliativních jednotek, hospiců či domácí hospicové péče. Jako terminální fázi onemocnění označujeme poslední týdny, dny, hodiny života, kdy dochází k nezvratnému selhání lidského organismu. Stanovení diagnózy „umírání“ vytváří nový klinický kontext péče. Cílem je nemocného nejen doprovázet, ale také tlumit všechny negativní příznaky nemoci a umožnit klidnou a důstojnou smrt v doprovodu svým nejbližších. Praktická část práce popisuje konkrétní nemocnou se všemi nežádoucími příznaky doprovázejícími toto závažné onemocnění, s bolestmi, steskami a úzkostmi provázejícími toto závažné onemocnění v terminální fázi.

TEORETICKÁ ČÁST



„Život je silnější než smrt, naděje je silnější, než zoufalství.“

George Bernard Shaw

1 Obecná onkologie

1.1 Patologie nádorů a jejich šíření v organismu

Zhoubné nádory lze definovat jako skupinu nemocí, jejichž společným znakem je nekontrolovatelný růst buněk a tkání. Normální mechanismus kontrolující růst buněk je trvale poškozen. Konečným výsledkem je nárůst buněčné hmoty nádoru, který napadá a ničí normální tkáň. Nádory rozdělujeme na maligní, benigní a semimaligní.

- Benigní nádory mají ohraničený růst, zůstávají na místě svého vzniku, nemetastazují. Často nemají větší negativní účinek na organismus, ale mohou působit potíže útlakem okolních struktur.
- Maligní nádory rostou zpravidla rychle, šíří se infiltrativně do okolí a vytvářejí vzdálená ložiska -metastázy. Pokud se včas neléčí, způsobují smrt organismu. Morfologicky se nádorový růst projevuje způsobem expanzivním, infiltrativním nebo invazivním.

Šíření nádoru v organismu

Je v podstatě možné třemi způsoby:

- Pokračujícím místním růstem, který zachvacuje někdy i rozsáhlé partie těla, případně šířením v tělních dutinách nebo jinými preformovanými prostory, kde volný pohyb buněk nemá anatomických překážek
- Metastazováním lymfatickými cestami neboli zakládáním vzdálených ložisek v průběhu lymfatických cest, které však nakonec ústí do krevního systému, takže šíření maligních buněk lymfatickými cestami může přejít v šíření cestou krevní
- Metastazováním krevními cestami

1.2 Klinická klasifikace zhoubných nádorů

Nádory klasifikujeme podle histologické struktury, biologických vlastností a podle anatomické lokalizace. Je stanovený mezinárodní klasifikační systém, hodnotící rozsah zhoubného onemocnění. Tento systém je používán téměř pro všechny typy nádorů, neplatí však pro krevní choroby, které mají své specifické klasifikace. Klasifikační

system označováný jako TNM klasifikace určuje anatomický rozsah nádorového onemocnění pomocí hodnocení do tří kategorií:

- **T** – rozsah primárního tumoru
- **N** – stav regionálních uzlin
- **M** – přítomnost (či nepřítomnost) metastáz

Rozsah nádorového procesu v jednotlivých kategoriích TNM systému je určován přidáním čísla za písmeno. Čím vyšší je číslo, tím je rozsah nádoru či jeho šíření v dané kategorii vyšší.

Všeobecná pravidla klasifikace

Všechny případy musí být histologicky ověřeny, pro každou lokalizaci nádoru jsou dvě klasifikace :

- předléčebná klinická klasifikace stanovená na základě klinického, rtg, endoskopického nebo jiného vyšetření ještě před rozhodnutím o definitivní léčbě
- pooperační histopatologická klasifikace, která vychází z předléčebné klinické klasifikace, jež je po provedeném definitivním výkonu doplněna či pozměněna na základě peroperačně získaných výsledků a poznatků histopatologického vyšetření léčebně resektovaného operačního preparátu

Jednou stanovené kategorie TNM musí zůstat nezměněny. Po stanovení TNM kategorií mohou být jednotlivé případy onemocnění tříděny do klinických stádií. Jsou-li pochybnosti o správném určení kterékoliv kategorie u daného případu zhoubného nádoru, pak platí zásada, že se použije nižší, méně pokročilé hodnocení.

Nedostatky TNM klasifikace

Klasifikace je statická a nevšímá si biologických vlastností zhoubného nádoru, případně o nich podává informace jen nepřímo. Klasifikace rovněž nehodnotí vztah mezi nádorem a hostitelem, stejně jako nebere zřetel na celkový stav nemocného.

1.3 Prevence

Nejúspěšnějším způsobem boje s nemocí je její předcházení – prevence.

1.3.1 Primární prevence

Znamená zabránit kontaktu s činitelem vyvolávajícím chorobu, respektive zvyšovat odolnost organismu proti působení tohoto činitele. Protože se na vzniku nádoru podílí řada faktorů prostředí i životního stylu, je primární prevence zaměřena na eliminaci těch faktorů, které zvyšují riziko rozvoje nádoru. Prakticky představují rizikové faktory pro rozvoj nádorů zejména kouření, nadměrné pití alkoholu, nedostatek pohybu, konzumace uzenin, nedostatek vlákniny v potravě, expozice některým chemikáliím (karcinogenům), expozice ionizujícímu záření a vrozené dispozici. Svou největší částí jde primární prevence mimo zdravotnický systém.

1.3.1 Sekundární prevence

Znamená včasný záchyt onemocnění ve stádiu, které je léčitelné a mnohdy i vyléčitelné. Základem sekundární prevence je aktivní vyhledávání nádorových onemocnění, nejlépe plošně v celé populaci. Mezi programy vyhledávání nádorových onemocnění patří zejména:

- pravidelné gynekologické prohlídky - vyhledávání nádorů děložního čípku
- samovyšetření prsu a mammografie - vyhledávání nádorů prsu
- test na krev ve stolici - vyhledávání nádorů tlustého střeva
- palpáce per rectum - vyhledávání nádorů tlustého střeva a prostaty
- vyšetřování PSA v krvi - vyhledávání nádorů prostaty
- pravidelné stomatologické prohlídky- vyhledávání nádorů v dutině ústní

Sekundární prevenci obvykle provádí lékař prvního kontaktu, tedy praktický lékař nebo jiný ambulantní lékař.

2 Speciální onkologie – Ca pankreatu

2.1 Definice onemocnění

Karcinom pankreatu je v celé historii moderní medicíny právem pokládán za špatně diagnostikovatelné a fatální onemocnění s minimem léčebných úspěchů. Představuje v současnosti čtvrté až páté nejčastější nádorové onemocnění a jeho incidence neustále vzrůstá. Navzdory snahám o zlepšení diagnostiky a terapie tohoto onemocnění je výsledná prognóza nemocných s karcinomem slinivky břišní nepříznivá - 5leté přežití se udává většinou kolem 5 % . Důvodem pro tato nepříznivá statistická data je především dlouhé bezpříznakové období. V době stanovení diagnózy je nemoc již většinou v pokročilém stadiu a kurativní chirurgický výkon není možný. Invazivní růst, časné metastazování a rezistence k radioterapii a chemoterapii jsou dalšími důvody pro celkově neuspokojivou situaci.

2.2 Anatomie

Slinivka břišní- pancreas je protáhlá, šedorůžová žláza. Slinivka břišní je 14-18cm dlouhá, 3-9cm široká a jen 2-3cm tlustá. Má hmotnost asi 60-90gramů. V břišní dutině leží téměř horizontálně, táhne se napříč- od dvanáctníku doleva ke slezině. Je velmi dobře upevněná nejen k zadní stěně trupu, ale je i zřepředu fixována napříč probíhajícím úponem mesocolon transversum. Průběh mesocolon transversum rozděluje pankreas na horní a dolní část. K upevnění slinivky břišní přispívá také uložení caput pancreatis v konkavitě dvanáctníku a opření těla v místě flexura duodenojejunalis. Tvarově lze na slinivce rozlišit objemnou hlavu slinivky břišní – caput pancreatis – a plynule navazující oploštělé úzké tělo slinivky břišní – corpus pancreatis- vybíhající v ocas slinivky břišní – cauda pancreatis. V zažívacím traktu není úsekem, kterým prochází potrava, ale plní v něm funkci trávicí a endokrinní. Pankreas představuje komplex dvou typů žláz spojených v jeden orgán. Součástí trávicího ústrojí je exokrinní pankreas, vylučující do dvanáctníku sekret bohatý na trávicí enzymy. Endokrinní pankreas patří k systému žláz s vnitřní sekrecí. Tvoří jej asi jeden milion Langerhansových ostrůvků, velkých 0,1-0,5mm, roztroušených v exokrinní tkáni. Celková jejich hmotnost je asi 1gram

a reprezentují asi 1,5% objemu celé slinivky břišní. Nejvíce ostrůvků je v ocasu, nejméně v hlavě pankreatu. Soubor ostrůvků tvoří endokrinní žlázu, produkující hormon inzulin, glukagon, somatostatin a gastrin. Inzulin je nejvýznamnějším hormonem produkovaným slinivkou břišní, je zodpovědný za přísun glukózy do buněk, jeho působením dochází ke snížení hladiny cukru v krvi. Celková denní produkce inzulinu u zdravého jedince je 20-40 jednotek za 24 hodin. Mezi cílové tkáně inzulinu patří játra, svaly a tuková tkáň. Při nedostatku dochází k vážným poruchám organismu – diabetu mellitu (cukrovka). Exokrinní část pankreatu patří mezi tuboalveolární serózní žlázy. Má jemně hrbolatý povrch, který vstupuje i do hmoty žlázy a jemnými septy ji rozděluje na nestejně velké lalůčky –lobuly. Vývodné cesty slinivky břišní začínají úzkými vsunutými vývody, které se spojují ve vývody intralobulární a interlobulární a ústí do společného vývodu - ductus pancreaticus. Ductus pancreaticus jde celou délkou pankreatu, probíhá lehce vinutě, zhruba v dlouhé ose pankreatu. V caput pancreatis se zatáčí dolů a v různém vztahu ke žlučovodu proráží stěnu dvanáctníku a ústí na papila duodeni major.

Slinivka břišní má velmi bohaté cévní zásobení. Lymfatické cévy i uzliny pankreatu jsou četné, regionální uzliny leží především podél art.lienalis. Mají spojky s lymfatickým řečištěm žaludku, tračnicku a jater, což je předpoklad pro časně zakládání dceřiných ložisek.

2.3 Epidemiologie

Karcinom pankreatu je onemocnění s nejvyšší letalitou ze všech malignit zažívacího traktu. Přes 90% nemocných umírá během 1.roku, méně než 5 % přežívá 5let. Střední doba života od stanovení diagnózy je celosvětově pouze 6 měsíců. Medián přežití po resekci činí 18 měsíců.V naší zemi se incidence karcinomu pankreatu pohybuje kolem 16 případů na 100000 obyvatel za rok a je prakticky shodná s úmrtností. Podle dřívějších statistik byli karcinomem pankreatu častěji postiženi muži, ale dle aktuálních údajů je v současné době výskyt obdobný u obou pohlaví. Kritický věk pro výskyt nádoru pankreatu je mezi 60-79 lety u mužů a 65 – 79 lety u žen, nicméně často vidíme nádor také u jedinců ve věku 40-50let.

2.4 Dělení nádorů pankreatu podle histologického typu

Karcinom pankreatu se vyskytuje v několika histologických typech s poněkud odlišnou prognózou. Nejzhojnější duktální adenokarcinom je nalézán ve více než 95% případů karcinomu exokrinního pankreatu. Vzácně se vyskytují cystické adenokarcinomy, acinární karcinom a intraduktální papilárně mucinózní karcinom. Vzhledem k vzácnému výskytu těchto relativně příznivějších typů karcinomu pankreatu, které nejsou předoperačně prakticky nikdy spolehlivě odlišeny od duktálního karcinomu, se obecně pojmem karcinom pankreatu rozumí pojem duktální adenokarcinom.

2.5 Etiologie

Vývoj nádorové nemoci

Etiologie karcinomu pankreatu je dosud nejasná. Základem nádoru je nádorová buňka, ta vzniká z normální buňky procesem zvaným kancerogeneze. Vývoj běžné buněčné populace se řídí určitým programem (od vzniku, zrání, plnění specifické činnosti až k programové smrti buňky). Proces může být narušen kancerogenními vlivy jak zevního, tak vnitřního prostředí. Výsledkem tohoto multifaktoriálního procesu jsou zprvu izolované nádorové buňky, které ještě dokáže zdravý organismus za vhodných podmínek likvidovat. V opačném případě se klon karcinomových buněk nekontrolovatelně dělí a roste. Na kancerogenezi se podílí též cévní aparát (neoangiogeneze), různé iniciační, promoční a protekční kofaktory. Nádor sám se stává schopným zakládat dceřinná ložiska na nejrůznějších místech těla, tzv. metastázy. Postupně převládá jeho negativní vliv na organismus a začíná ohrožovat základní funkce svého nositele.

Rizikové faktory

Mezi potenciální rizikové faktory patří kouření (u kuřáků je dva až třikrát větší pravděpodobnost vzniku karcinomu slinivky než u nekuřáků), strava bohatá na tuky, cholesterol, vysoký body mass index, nedostatek ovoce a zeleniny, věk

(pravděpodobnost vzniku karcinomu slinivky stoupá s věkem, většina těchto nádorů vzniká u lidí ve věku přes 60let), diabetes mellitus(častější výskyt), vliv chronické pankreatitidy a onemocnění žlučových, mužské pohlaví, genetické vlivy. Konzumace kávy a alkoholu nemá prokazatelný vztah k výskytu karcinomu pankreatu.

2.6 Diagnostika

Diagnostika karcinomu pankreatu může být velmi obtížná. Cílem diagnostických opatření je spolehlivě prokázat či vyloučit patologické ložisko v pankreatu, přesně je lokalizovat a posoudit jeho velikost a vztahy k okolí. Nedílnou součástí diagnostiky je prokázat či vyloučit vzdálené projevy nádoru, především jaterní metastázy. Vedle spolehlivosti jsou zásadními požadavky na diagnostiku také dostupnost a rychlost. Výsledkem by mělo být rozhodnutí, zda je nebo není indikace k chirurgické léčbě. Moderní trendy diagnostiky směřují ke zlepšení průkazu již malých lézí. Nejvyšším cílem je průkaz časného karcinomu pankreatu(ložiska menší než 1cm a omezená pouze na epiteliální vrstvu pankreatického vývodu), u nichž je reálná možnost úplného vyléčení chirurgickou cestou. Nemocní s klinickým podezřením na nádor pankreatu jsou vyšetřováni následujícími metodami:

- **transabdominální ultrasonografie- UZ(vyšetření ultrazvukem)**

Je metodou první volby vzhledem k nízké ceně, rychlé dostupnosti, nulové zátěži nemocného a poměrně velké výtěžnosti informací. U symptomatických nemocných je citlivost průkazu přímých i nepřímých známek tumoru pankreatu 80-90%. Karcinom pankreatu se v UZ obraze nejčastěji jeví jako nehomogenní masa se smíšenou kresbou a neostrými, nepravidelnými okraji. Senzitivita UZ pro přímé zobrazení tumoru pankreatu je u tumoru nad 3cm 95%, 1-3cm 81% a u tumorů menších než 1cm klesá na 50%. Pomocí triplexní UZ lze posoudit vztah tumoru k cévním strukturám. Přesnost tohoto posouzení se pohybuje mezi 80-90 %. Pomocí UZ lze také popsat event. jaterní metastázy a ascites jako nepřímou známku peritoneální karcinomatózy. UZ lze zastihnout i nádorové postižení lymfatických uzlin. Tato zobrazovací technika umožňuje provést také tzv. perkutánní aspiraci k získání cytologického materiálu.

Cílem dalších vyšetření je potvrdit nebo vyloučit podezření na tumor slinivky vyslovené při UZ a v případě pozitivní diagnózy blíže určit jeho histologický typ.

- **Spirální kontrastní CT**

Je indikováno k upřesnění nálezu zjištěného při UZ a případně tam, kde máme klinické známky tumoru a negativní výsledek UZ. Má vysokou rozlišovací schopnost. Jeho pomocí lze nádor přímo detekovat až v 95% případů. Senzitivita je však závislá na jeho velikosti. U tumorů menších rozměrů výrazně klesá. Karcinom pankreatu se na kontrastním CT zobrazuje nejčastěji jako nehomogenní hypodenzní masa. Pomocí CT lze rovněž posoudit vztah tumoru k důležitým cévám a přítomnost retroperitoneální nebo peripankreatické lymfadenopatie. CT je stejně jako UZ schopno zobrazit nepřímé známky tumoru pankreatu včetně přítomnosti ascitu.

- **Endoskopická ultrasonografie (EUS)**

Nezatěžuje nemocného ani vyšetřujícího zářením. Zavádí se ohebný endoskop s optikou přes dutinu ústní do žaludku, popřípadě duodena (kde je lepší viditelnost pankreatu). Senzitivita EUS se pohybuje kolem 97%. Maligní nádory se zobrazují jako cysticko-solidní masy. EUS je vhodná k popisu vztahu tumoru k přilehlým cévám a odhalení lymfadenopatie (s výjimkou posouzení paraaortálních uzlin). Umožňuje navíc provedení aspirační biopsie tenkou jehlou. Přesnost tohoto odběru je 60-100%, záleží na zkušenostech patologa a na množství odebraného materiálu. Navíc negativní výsledek malignitu nevylučuje. Předoperační biopsie není nutná v případě jasné indikace k operaci nebo naopak u pacientů s lokálně inoperabilním nálezem či generalizací onemocnění, u kterých není plánovaná další chemoterapie. Speciální modifikací EUS je intraduktální ultrasonografie, která je indikovaná v případě stenóz pankreatického vývodu a žlučovodu, kde ostatní vyšetření nevedla k objasnění původu stenózy. EUS je současně metodou číslo jedna pro předoperační hodnocení lokoregionální operability karcinomu pankreatu. Vzhledem k její omezené schopnosti diagnostikovat vzdálené metastázy, je však nutno ji kombinovat s doplňkovými zobrazovacími metodami.

- **Endoskopická retrográdní cholangiopancreatografie (ERCP)**

Umožňuje rentgenové zobrazení tumorem změněných pankreatických vývodů a ductus choledocus a také získání pankreatické šťávy, která může obsahovat nádorové buňky. Typickým nálezem tohoto vyšetření je pro karcinom hlavy pankreatu korespondující stenóza terminálního choledochu a pankreatického

vývodu, jehož senzitivita je udávána na 85% .Výhodou invazivního ERCP vyšetření je možnost terapeutické intervence v návaznosti na vyšetření zajištěním dočasné biliární drenáže stentem. Význam předoperační biliární drenáže je hodnocen stále více kriticky a čistě diagnostické provedení ERCP u potenciálně operabilního tumoru pankreatu je stále méně indikováno.

- **Magnetická rezonanční cholangiopankreatografie (MRCP) a MR angiografie**

Nahrazuje diagnostické provedení ERCP. Umožňuje velmi přesnou diagnostiku. Efektivita těchto vyšetření je velmi závislá na technických parametrech přístroje a na zkušenostech vyšetřujících . Tato metoda není běžně dostupná. V současnosti není v diagnostice tumoru pankreatu standardně indikována.

Závěrem následuje předoperační staging, respektive posouzení resekability tumoru pankreatu.

2.7 Klinický obraz

Počínající nádor slinivky břišní je většinou symptomatický. Obecně platí, že asi 30% nádorů pankreatu je diagnostikováno až v pokročilém stavu nebo po úmrtí. Klinický obraz karcinomu hlavy pankreatu se obvykle ve svém počátku liší od obrazu karcinomu, který vychází z těla a kaudy.

Karcinom hlavy pancreatu může svým útlakem působit vznik ikteru, který není příliš obvyklý u karcinomu caudy pankreatu.

S rostoucím tumorem se objevují nechutenství až odpor k jídlu, hlavně k masu, nauzea až zvracení(20-30% případů), nadýmání, úbytek na váze, méně často průjem. Bolest břicha je buď stálá nebo intermitentní, vzácně se podobá kolice. Je lokalizována v epigastriu, v pravém či levém podbříšku. Šíří se podél levého oblouku žeberního nebo do zad. Budí nemocného i v noci. Někdy sílí hodinu až dvě po jídle. Zvětšuje se v poloze na zádech, proto si nemocní lehají na břicho nebo sedí v předklonu.

Bolesti se vysvětlují tlakem nádoru na okolní nervové pleteně a tlakem stagnující pankreatické šťávy ve vývodech. Žloutenku má 50% nemocných. Může být doprovázena svěděním kůže. Čím nádor vyrůstá blíže ductu choledochu, tím se žloutenka objeví dříve. Je vyvolána útlakem nebo prorůstáním tumoru. Žloutenka

pozvolna narůstá a neustupuje. Vzácněji jsou příčinou žloutenky metastázy v játrech. Fyzikálním vyšetřením lze nahmatat nejen zvětšená játra, ale i stázy žluče nebo metastáz, ale také hmatný dilatovaný žlučník. Rezistence v nadbřišku je hmatná u 20% nemocných a je většinou již známkou inoperability nádoru. Nadbříšek bývá napjatý.

Typickým příznakem většiny nádorových onemocnění je progresivní ubývání sil a hmotnosti nemocného.

Karcinom těla a ocasu pankreatu má poněkud odlišný klinický obraz. V popředí jsou anorexie, rychlý úbytek váhy a mučivá bolest v epigastriu, která nemá vazbu na jídlo. Časté jsou bolesti v levém hypochondriu, které se propagují do zad. Bývají přítomny migrující tromboflebitidy dolních končetin. Žloutenka se objevuje spíše až v poslední fázi onemocnění, může vzácně i chybět.

2.8 Léčba

Léčbu karcinomu pankreatu je nutno přizpůsobit každému nemocnému individuálně. Způsob léčby onemocnění závisí na velikosti tumoru, stádiu onemocnění, celkovém stavu nemocného a přidružených nemocech, proto i rozhodování o vhodném léčebném postupu je komplexní. V závislosti na typu a stadiu onemocnění se karcinom pankreatu léčí chirurgicky, pomocí chemoterapie a radioterapie v kombinaci, u pokročilého onemocnění, kdy již nelze ovlivnit průběh nemoci, je poskytována léčba symptomatická.

2.8.1 Chirurgická léčba

Karcinom pankreatu lze vyléčit pouze chirurgicky, a to u nemocných s resektabilním tumorem. Přitom jen u 20% nemocných je po všech vyšetřeních stanoveno operabilní stádium. Tito nemocní jsou indikováni k operaci, avšak totální resekce tumoru se podaří jen u 20% z nich. U zbývajících se při operaci buď nalezne lokálně rozsáhlé onemocnění, které není totálně resektabilní nebo se prokáží metastázy, takže není naděje na totální odstranění maligního tumoru. K chirurgickému řešení se proto doporučují pouze nemocní s velmi dobrým celkovým stavem. Tyto okolnosti jsou důvodem

k pečlivému předoperačnímu vyšetření. Důležité je vyvarovat se zbytečné laparotomie s radikální resekci u inoperabilních nádorů.

Operace s kurativním cílem

Kurativní operace se provádí u lokálních nádorů, stadia I a karcinomu papily. Paliativní výkony jsou prováděny při postižení lymfatických uzlin na více místech, při přítomnosti vzdálených metastáz a stenózách žaludku nebo duodena. Základní radikální operací karcinomu pankreatu je duodenopancreatektomie podle Whipplea. Operace spočívá v resekci pravého oddílu pankreatu při zachování ocasu slinivky břišní s odstraněním celého duodena, žlučníku s ductus choledochus a částečnou resekci žaludku. Výkon je doplněn odstraněním regionálních mízních uzlin. Rekonstrukce po resekci zahrnuje vyústění nesekční plochy kaudy pankreatu zpravidla do pahýlu resekovaného žaludku a napojení ductus hepaticus communis a žaludku na jejunální kličku. Další možností operačního výkonu je totální resekce pankreatu s lymfadenektomií. Výkon je technicky jednodušší než parciální pancreatektomie, po výkonu však dochází ke kompletní endokrinní a exokrinní insuficienci pankreatu s rozvojem obtížně zvládnutelného diabetu. U některých karcinomů těla a ocasu slinivky je možné provést distální pancreatektomii s odstraněním těla a kaudy pankreatu, tato operace zahrnuje také splenektomii a lymfadenektomii.

Operace s paliativním cílem a paliativní endoskopické výkony

K chirurgické paliativní léčbě jsou indikováni nemocní, u nichž jsou při chirurgické exploraci s plánem resekce nalezeny vzdálené projevy nádoru či lokálně neodstranitelný tumor.

U neresekabilních nádorů s obstrukčním ikterem se provádí biliodigestivní anastomózy. Pokud nádor není resekabilní, dává se při obstrukčním ikteru přednost perkutánně či endoskopicky zavedenému stentu. Při známkách obstrukce duodena je nutné provedení gastroenteroanastomózy. Je-li u nemocného provedena laparotomie a zjištěn neresekabilní tumor slinivky břišní, je vhodné založit preventivně gastrojejunoanastomózu, a tak zabránit obstrukci duodena (zpravidla se objeví dříve než další život ohrožující komplikace). V poslední době nabývá na významu laparoskopie jako první krok u nemocných plánovaných k radikálnímu výkonu. Při nálezů metastáz

je pak možné laparoskopicky se pokusit o paliativní anastomózy. Pokud metastázy nejsou nalezeny, pokračuje se laparotomií. V případě inoperabilního onemocnění se doporučuje zvážit blokádu celiakálního plexu.

Paliativní chirurgická léčba nevede k úplnému vyléčení nemocných, ale prodlužuje dobu přežití. Jejím cílem je zlepšení kvality života a odstranění nejzávažnějších symptomů karcinomu pankreatu – obstrukčního ikteru, poruchy evakuace žaludku a bolesti.

Následná péče a sledování

Pooperační kontroly jsou zaměřené na záchyt a korekci komplikací souvisejících s onemocněním či výkonem. Intervaly jsou stanoveny individuálně podle situace nemocného. Za vhodné se považuje sledování nemocných v odstupu 3 měsíců, kdy se provádí klinické vyšetření, laboratorní vyšetření, ultrasonografie a při nejasných nálezech CT vyšetření. Z hlediska prognózy nemá dispenzarizace žádný význam, neboť léčba je i při výskytu recidiv pouze symptomaticky orientovaná. Radikální odstranění recidivy je prakticky nemožné. Posouzení pracovní schopnosti a zařazení do běžného života je vhodné i z psychologických důvodů přizpůsobit přání nemocného.

Úloha sestry v chirurgické onkologii

Úloha sestry u onkologických pacientů na odděleních všeobecné chirurgie i na specializovaných odděleních chirurgické onkologie je mimořádně důležitá. K úzkostem a obavám onkologicky nemocného pacienta z vyšetření a zejména jejich výsledků se přidává i obava z chirurgického výkonu a jeho případných následků. Nezbytnou podmínkou je správné vedení dokumentace a metodicky dobře zpracované informované souhlasy pro jednotlivé skupiny diagnóz a operačních výkonů. Plánovaný operační výkon je nemocnému vysvětlován trpělivě, od veškerého personálu stejně a v případě potřeby i opakovaně. Často nemocný svoji diagnózu prvně nepřijímá.

2.8.2 Nechirurgická léčba

Radioterapie nebo konkomitantní radiochemoterapie

Radioterapie je ozáření nádoru paprsky s vysokou energií, které poškozují nádorovou buňku a zabraňují jejich růstu a množení. Léčba lokálně pokročilého, avšak nemetastazujícího tumoru spočívá v použití chemoradioterapie. Zevní radioterapií je aplikována dávka 44-50 Gy a současně v prvním a čtvrtém týdnu 5-fluorouracil v dávce 500mg po dny ozařování bolusově. Chemoradioterapie má potenciál prodloužit dobu přežití. Samotná radioterapie neprodlouží dobu přežití, má pouze analgetický efekt. Na chemoradioterapii je možné také nahlížet jako na neoadjuvatní léčbu a předradit ji operačnímu řešení lokálně pokročilých tumorů, byť tento postup není doporučován pro standardní léčbu.

Chemoterapie

Samotná chemoterapie je na zvážení u nemocných s metastatickým onemocněním. V mnoha studiích jsou zkoušena nová protinádorová chemoterapeutika jak samostatně, tak i v kombinacích. K nim patří inhibitor topoizomerázy I, prozatím však bez významného efektu. Slibným se jeví gemcitabin, který prokazuje zvýšený medián přežití, avšak hlavně lépe kontroluje nádorové bolesti, proto je doporučován k paliativní péči. Karcinom pankreatu lze charakterizovat jako chemorezistentní tumor, u něž chemoterapie má jenom velmi malý efekt. Přínos chemoterapie u neoperabilních nemocných je tedy nevelký, pouze u části z nich chemoterapie dosahuje časově omezené remise. Chemoterapie, ve srovnání s nemocnými léčenými pouze symptomaticky, prodlužuje život jen hraničně, proto musí být indikována racionálně. Mnoho nemocných má větší prospěch ze správně vedené symptomatické a podpůrné léčby než z chemoterapie. Chemoterapie je podávána v cyklech, mezi jednotlivými sériemi následuje různě dlouhá doba na zotavení. Léčbu je možno ve většině případů podávat ambulantně, někdy také s nezbytně krátkou hospitalizací, což je závislé zejména na druhu podaného léčiva, způsobu podání a celkovém zdravotním stavu.

2.9 Terminální fáze onemocnění

Jako terminální fázi onemocnění – umírání – označujeme poslední týdny, dny a hodiny života, kdy dochází k nezvratnému selhání lidského organismu. Umírání není pouze patofyziologický proces. Jde současně o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi.

Příznaky a klinické projevy umírání

Zřetelným projevem vstupu nemocného do finální fáze onemocnění je postupné zhoršování celkového zdravotního stavu a prohlubování některých závažných symptomů provázejících onemocnění:

- Narůstající celková slabost a únava, nemocný nevstává z lůžka, prodlužují se periody denního spánku, stává se více závislým na cizí pomoci
- Ztráta zájmu o okolí, vzdalování se od vnějšího světa, často halucinace, neklid, dezorientace
- Ztráta chuti k jídlu, jeho odmítání, někdy nauzea, dysfagie, neschopnost cokoliv polknout
- Zhoršené nebo nepravidelné dýchání, chrčivé dýchání, kdy obvykle nemocný není schopen již vykašlat sekret z dýchacích cest
- Oligurie až anurie

Stanovení plánu léčby a péče o nemocného

Jako terminální fázi onemocnění můžeme hodnotit tehdy, pokud lékař u nemocného, jehož zdravotní stav se rychle zhoršuje, nenalezne onkologickou nebo jinou léčbu, která by mohla nepříznivý vývoj nemoci zvrátit. Rozhodnutí, že nemocný bude nadále léčen pouze symptomaticky, nikoliv kauzálně, je třeba přiměřeným způsobem prodiskutovat s nemocným. Rozhodnutí je třeba zdůvodnit a zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Stanovení diagnózy „umírání“ vytváří nový klinický kontext péče. Cílem je nemocnému umožnit klidnou a důstojnou smrt, nikoli tuto smrt za každou cenu oddálit. Všechny diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy pak musí být přehodnoceny podle toho, zda k dosažení důstojného umírání přispívají.

Léčba onkologické bolesti

Léčba bolestí u onkologických onemocnění musí být komplexní a multidisciplinární. Největší a nezastupitelnou úlohu představuje farmakoterapie.

Zásady farmakoterapie

Základem účinné farmakoterapie onkologické bolesti je užití třístupňového analgetického žebříčku. Jedná se o postupné nasazování analgetik podle intenzity bolestí od neopioidních analgetik přes slabé opioidy k silným opioidům. Zesílení analgetického účinku lze dosáhnout přidáním tzv. adjuvantí(koanalgetik) na všech stupních žebříčku. V určitých případech zvláště u neuropatické bolesti je léčba vedena i léky jiných skupin. Vzhledem k smíšenému typu bolesti je s výhodou využívána kombinace různých lékových skupin, kombinace analgetik ze skupiny neopioidních se slabými či silnými opioidy, někdy i kombinace různých léčebných technik včetně invazivních. Terapie by měla být přísně individuální a terapeutický žebříček chápán jako obecná pomůcka. Základem farmakoterapie pokročilých stádií karcinomu jsou opioidy podávané formou tablet, náplastí nebo injekcí.

Problémy s kolísáním účinné hladiny v důsledku intermitentního podávání analgetika můžeme v zařízení hospicového typu řešit podkožní kontinuální aplikací léku pomocí infuzních pump nebo lineárních dávkovačů. Jde o speciální programovatelná zařízení, která umožňují kromě nastavené kontinuální dávky ještě bolusovou aplikaci léku podle aktuálního stavu pacienta.

Při nedostatečné účinnosti farmakoterapie je nutno uvažovat o užití invazivních metod. Jedná se o metody spinální, lokální a regionální analgezie, neurolytické blokády, neuromodulační a neurochirurgické výkony. Jsou indikovány zejména u krutých, nesnesitelných, především neuropatických bolestí.

Další možnosti analgetické terapie

Do komplexního pojetí terapie bolestí onkologického původu lze zařadit i paliativní analgetickou radioterapii a chemoterapii. Nejčastější indikací aktinoterapie jsou kostní a mozkové metastázy(osteolytické metastázy páteře, pánve, dlouhých kostí či lebky).

Paliativní analgosedace

Když se nedaří zmírnit nemocnému tělesné utrpení, především bolest, dušnost a úzkost v krátkém čase léčbou, která neovlivňuje celkový stav vědomí, je třeba zvážit tzv. terminální analgosedaci. Jejím cílem je zmírnit vnímání utrpení prostřednictvím snížení úrovně vědomí na stupeň somnolence až kómatu. Obvykle se používají vysoké dávky benzodiazepinů nebo neuroleptik v kombinaci s morfinem. Rychlost podání se titruje do dosažení komfortu nemocného. Cílem paliativní sedace je zmírnit utrpení nemocného, nikoliv ukončit jeho život. Jedná se o postup hraniční, kterému musí předcházet kvalifikovaná snaha zmírnit utrpení nemocného bez ovlivnění stavu vědomí.

Mírnění psychického utrpení a spirituální podpora nemocného

Nejdůležitějším léčebným opatřením je a vždy zůstane autentická lidská blízkost rodiny a zdravotníků. Farmakoterapie je důležitou, ale nikoli jedinou možností. Je především třeba, aby si všichni uvědomili, kdo o umírajícího pečují, že psychologická a spirituální témata jsou pro nemocného minimálně stejně důležitá jako otázka tělesných symptomů. Celková atmosféra péče a způsob komunikace by měly vycházet z toho, co pacient považuje v dané chvíli za důležité a co chce řešit. Společně s nemocným a jeho rodinou stanovit priority péče. Rozhodně automaticky neplatí, že nejdříve je třeba je třeba vyřešit všechny tělesné obtíže a teprve potom přijde na řadu oblast psychosociální a spirituální. Mnoho tělesných obtíží v terminální fázi nemá řešení. Teprve dosažení určitého smíření a akceptace v oblasti psycho -spirituální může dát umírání a smrti charakter události, která je smutná, někdy tragická, ale přesto důstojná a hluboce lidská.

Role sestry v paliativní péči

Umírání je psychicky velmi náročný proces a přístup k umírajícímu ze strany zdravotníků je ovlivňován jejich chápáním umírání a smrti. Péče o umírajícího musí mít osobní charakter. Sestra v paliativní péči nemocného a jeho rodinu doprovází, proto je velmi důležité, aby výborně zvládala veškeré dovednosti k vykonávání této velmi náročné práce. Musí znát principy paliativní péče, otázky umírání a smrti, biologickou stránku, která provází umírání a smrt. Chce-li pracovat s umírajícími, musí mít velmi dobrý vztah k nemocným, empatii, pozitivní vztah k lidem, schopnost nedirektivního

přístupu, umět ovládat emoce, mít smysl pro humor. Osobnostně vyzrálá, dobře vyrovnaná se svou vlastní smrtelností. Musí umět dát prostor nemocnému, aby si stanovil sám svůj vlastní hodnotový systém a určil své vlastní priority. Sestra v paliativní péči potřebuje mít i výborné rodinné zázemí, zaměření nejen na pracovní povinnosti je dobrým předpokladem prevence syndromu vyhoření.

Úloha sestry v paliativní péči:

- Poskytovat vysoce kvalifikovanou ošetrovatelskou péči nemocnému
- Citlivě ošetřovat nemocného s maximální podporou a možným zachováním soběstačnosti
- Sledovat symptomy onemocnění, účinek podaných léků, posuzovat zdravotní stav a pružně reagovat na náhlé změny
- Koordinovat péči v rámci multidisciplinárního týmu
- Plánovat péči individuálně ve spolupráci s nemocným a jeho rodinou
- Realizovat dohodnutý plán péče
- Ve spolupráci s nemocným definovat přijatelnou míru komfortu
- Přizpůsobit prostředí přáním klienta (fotky, obrazy, osobní věci, ke kterým mají určitý vztah)
- Pečlivě vést dokumentaci, která je jedním z nejdůležitějších předpokladů poskytování kvalitní péče

Plán péče

Vychází z celkového zhodnocení stavu, schopností a preferencí nemocného a jeho blízkých. Zhodnocení zahrnuje dokumentaci stavu onemocnění včetně diagnózy a prognózy, doprovodných zdravotních a psychických poruch, fyzických a psychologických symptomů, funkčního stavu, sociálních, duchovních a kulturních aspektů a preferenci plánu péče včetně podmínek potřebných pro přijetí do zařízení specializované paliativní péče.

2.10 Specializovaná paliativní péče a její možnosti

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytována nemocným a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní náplní tohoto pracovního týmu.

Rozlišení typů specializované paliativní péče:

- Mobilní paliativní péče poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí formou návštěv lékaře, sester, ošetřovatelů, dobrovolníků a dalších odborníků
- Hospic je samostatně stojící speciální lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především nemocným v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění, kdy důraz je kladen především na individualitu a vytvoření prostředí co nejbližšího pacientovi.
- Oddělení paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení pečuje o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a současně potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby a kompletnost nemocnice.
- Specializovaná ambulance paliativní péče zajišťuje ambulantní péči nemocným, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v zařízení sociálních služeb.
- Denní stacionář paliativní péče

Služby těchto zařízení by měly být dostupné ve všech formách péče a měly by být schopny poskytnout nemocnému podporu, ať je kdekoli: doma, v nemocnici, nebo v pečovatelském domě.

PRAKTICKÁ ČÁST



„Nikdy neměj strach ze stínů. Prostě znamenají, že někde na blízku svítí světlo.“

Ruth Rendellová

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTKY V TERMI NÁLNÍ FÁZI CA PANCREATU

Posouzení

1. Identifikační údaje

Jméno a příjmení	: X.Y.	Datum narození	: 1962
Rodné číslo	: 62...	Věk	: 48 let
Pohlaví	: žena	Bydliště	: X.Y.
Zaměstnání	: referentka obecního úřadu, nyní v pracovní neschopnost		
Národnost	: česká	Vzdělání	: středoškolské
Stav	: vdaná	Státní občanství	: ČR
Jméno příbuzného	: manžel, X.Y.	Bydliště příbuzného	: X.Y.
Datum přijetí	: 14.4.2011	Čas příjmu	: 10:30
Typ přijetí	: plánovaný	Účel příjmu	: paliativní
Oddělení	: hospic Citadela	Číslo pojišťovny	: 111
Ošetřující lékař	: X.Y.	Obvodní lékař	: X.Y.

Informovaný souhlas na léčbu: nemocná podepsala

Důvod přijetí udávaný pacientem :

„Jsem vážně nemocná, jsem slabá, mám silné bolesti, nemůžu být doma sama, manžel chodí do práce“

Medicínská diagnóza hlavní :

1. Zhoubný novotvar – hlava slinivky břišní – caput pancreatis s prorůstáním do stěny duodena a oblasti Vaterské papily

Medicínské diagnózy vedlejší :

2. Neprůchodnost žlučovodu, dilatace intrahepatálních a extrahepatálních žlučových cest , kachexia tumorosa
3. Jiná a neurčená břišní bolest
4. Ascites
5. Diabetes mellitus nezávislý na inzulinu s neurčenými komplikacemi

Vitální funkce při příjmu

TK	: 110/60 torrů	Hmotnost	: 49 kg
P	: 67/min , pravidelný	BMI	: 15
TT	: 36,7 °C	Stav vědomí	: při vědomí
D	: 15/min	Pohyblivost	: mobilní s dopomocí
Výška	: 169 cm	Krevní skupina	: 0 Rh pozitivní

Nynější onemocnění :

Nemocná s generalizací Ca pancreatu, s ascitem a kachektizací přijata k symptomatické terapii a analgetizaci. Nejí, málo pije, trpí obrovským nechutenstvím, zvrací po každém jídle nebo větším množství tekutin , má velké bolesti zad a břicha, které nelze v domácím prostředí zvládnout. Hospitalizace v nemocnici na multidisciplinární JIP od 10.4 – 14.4.2011/. Za hospitalizace zaveden epidurální katetr, nastavena opioidní terapie. Při příjmu zaléčená těžká anémie , podány 3 erymasy. Nyní /14.4.2011/ po předchozí domluvě přeložena do hospice k symptomatické paliativní terapii.

Nemocná prohlašuje, že byla dostatečným způsobem, srozumitelně informována o povaze svého onemocnění, jako i o možných komplikacích vzniklým s tímto závažným stavem a souhlasí s dalším postupem léčby

Poučena o domovním řádu, souhlasí.

Poučena o signalizačním zařízení.

Informační zdroje : Lékař, ošetřující personál, pacientka, dokumentace

2. Anamnéza

Rodinná anamnéza :

Matka : má Ca mammy
Otec : zemřel ve věku 68 let na Ca jater
Sourozenci : 1 sestra , zdravá
Děti : 2 / syn 21let, dcera 18let, oba zdraví/

Osobní anamnéza :

Překonané a chronické onemocnění: s ničím se neléčila, prodělala zarděnky, plané neštovice, příušnice, operace 0

Hospitalizace a operace : v minulosti nebyla hospitalizována

Úrazy : 0

Transfúze : v minulosti 0 , nyní 3 erymasy

Očkování : v dětství dle očkovacího schématu, v dospělosti 0

Chronická léková anamnéza :

Logest , hormonální antikoncepce, per os

Alergologická anamnéza :

Léky : neudává

Potraviny : neudává

Chemické látky : neudává

Abúzy:

Alkohol : příležitostně

Kouření : ne

Káva : ano , 2 x denně černá káva

Léky : ne

Jiné drogy : ne

Gynekologická anamnéza :

Děti	: 2	Menstruace	: pravidelná, bez potíží
UPT	: 0	Antikoncepce	: Logest
Aborty	: 0	Klimakterium	: 0
Menarche	: ve 13 letech	Samovyšetření prsou:	pravidelně po menzes
Gynekologické vyšetření	: půlročně		

Sociální anamnéza :

Stav	: vdaná		
Bytové podmínky	: žije s manželem a dětmi v domě, který společně vybudovali		
Vztahy, role, a interakce v rodině :	vážné problémy se synem, „jsem z toho špatná, měla jsem ho tak ráda a teď nevím, jak mu pomoci“.		
Mimo rodiny	: neudává		
Záliby	: vaření , zahrádka , houbaření		
Volnočasové aktivity:	jízda na kole , plavání , lyžování , „pokud mi zbývá čas“		

Pracovní anamnéza

Vzdělání	: středoškolské		
Pracovní zařazení	: referentka obecního úřadu		
Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého :	zaměstnaná dosud		
Vztahy na pracovišti	: velmi dobré		
Ekonomické podmínky	: přiměřené		

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky	: věřící , římsko-katolická církev		
----------------------------	------------------------------------	--	--

Psychologická anamnéza:

Pro pacientku je to nově vzniklá situace, závažné onkologické onemocnění jí bylo diagnostikováno před půl rokem. O své diagnóze je plně informována, není s onemocněním smířená, taktéž s jeho prognózou, kterou nechce přijmout .Je plačtivá, úzkostná, dělá si starost nejen sama o sebe, ale hlavně o rodinu a děti. Velké problémy jí dělá syn, neví si s ním rady, ale chtěla by mu pomoci. Pacientka si uvědomuje závažnost svého onemocnění, jejím velkým přáním je podívat se ještě domů.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 14.4. 2011

3. Popis fyzického stavu

<i>Assesment</i>	<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
Hlava a krk	„Ta mě snad jediná nebolí, ale mám v ní velký smutek“	Hlava normocefalická, aktuální neurologický nález v normě, bez lateralizace, poklepově nebolestivá, zornice izokorické, skléry a kůže ikterická, náplň krčních žil a štítná žláza nezvětšena, lymfatické uzliny nezvětšeny. Šíje bez opozice. Kůže na tváři bledá, výrazné známky kachexie. Rty suché, okoralé. Jazyk suchý, bez povlaku, plází středem. Nos bez deformit a sekrece. Zápach z úst nepřítomný. Vaena jugularis I.dex.– zaveden centrální žilní katetr /4.den/, sterilně kryto.
Hrudník a dýchací systém	„Hůře se mi dýchá, všechno mě bolí“	Hrudník symetrický bez deformit a bez kožních eflorescencí. Dýchání alveolární, bez vedlejších dýchacích fenoménů, auskultačně slyšitelné v celém rozsahu, počet dechů za min – 16, pravidelné.
Srdečně - cévní systém	„Žádné potíže nemám“	Srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené, frekvence 66/min., TK 110/60 torrů. Pulzace na dolních končetinách velmi špatně hmatná. Dolní končetiny s otoky bérců, akra chladná. Horní

		končetiny – otok radiokarpálního skloubení vpravo, na pohmat bolestivé.
Břicho a GIT	„Břicho mě strašně bolí, nemůžu se ho ani dotknout, při každém pohybu je to k nevydržení“	Břicho palpačně velmi bolestivé v epigastriu, tuhé, abd. nad niveau, jizva po operaci klidná, kůže napjatá, palpačně v levém mezogastriu hmatná rezistence velikosti cca dlaně. Střevní peristaltika auskultačně hůře vyšetřitelná. Velká distenze břicha při ascitu- výrazná progresse. Výrazný úbytek hmotnosti v krátkém časovém úseku. Stravu i tekutiny přijímá sama v minimálním množství, má nechutenství, nauzeu. Snížená frekvence stolice, trpí zácpou, nyní pátý den bez stolice.
Močovo-pohlavní systém	„Chodím na wc méně než dříve“	Genitál ženský, močení spontánní v malém množství vzhledem nízkému příjmu tekutin, moč je tmavá, zahuštěná, silně zapáchající. Palpačně fyziologická náplň močového měchýře, na dotyk nebolestivý.
Kosterně-svalový systém	„Chodit můžu, ale jsem slabá, musí mi někdo pomoci“	Pohyblivost omezená. Nemocná mobilní s pomocí druhé osoby, poučena o riziku pádu a nutnosti používat signalizační zařízení. Kosterní aparát bez deformit.. Páteř - zaveden epidurální katetr k opioidní terapii - průchodný,

		okolí klidné, překryto sterilním krytím, bez dislokace. DKK s otoky bérců, bez paréz, není známek trombóz, HKK – otok od RC skloubení.
Nervově-smyslový systém	„Používám brýle, ale jenom na čtení“	Při vědomí, meningeální, správná orientace místem, časem i osobou. Čich a sluch bez patologie. Zrak – používá brýle na čtení. Paměť bez patologie. Smyslová citlivost v normě. Při hovoru známky nervozity s prvky úzkosti, stesku, pláč. Reflexy výbavné.
Endokrinní Systém	„V nemocnici mi říkali, že mám vyšší cukr“	Diabetes II.typu na dietě v rámci základního onemocnění, dle dokumentace glykémie na lačno v rozmezí 7-9 mmol/l.
Imunologický systém	„Nevím co říct“	Lymfatické uzliny nezvětšené. TT – 36,6°C , infekc 0 , alergická anamnéza negativní.
Kůže a její adnexa	„Mám jizvu po operaci“	Kůže suchá, subikterická, turgor kožní snížený, v oblasti břicha napjatý, pocení přiměřené, dolní končetiny s otoky bérců, akra chladná, horní končetiny s otokem ruky od RC skloubení . Jizva po horní střední laparotomii klidná, zhojena per primam. Dekubity nepřítomné, náznak zarudnutí v sakrální krajině.

Poznámky z tělesné prohlídky

Při sběru anamnestických údajů a fyzikálním vyšetření se nemocná snaží maximálně spolupracovat. Při rozhovoru jsou viditelné známky silné bolesti, nemůže usedět, hledá úlevovou polohu, v očích má smutek, pláč, je velmi úzkostná, nemůže se smířit se svým onemocněním, na některé otázky nenachází slova a odpovídá „proč zrovna já?“

4. Aktivity denního života

		<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
Stravování	Doma	„S jídlem jsem neměla nikdy žádný problém, nebyla jsem vybíravá, vše mi chutnalo“	Dieta pankreatická, nemocná ji poctivě dodržovala.
	V nemocnici	„Nemám vůbec na nic chuť, ze všeho co sním, tak zvracím a je mi strašně špatně, zhubla jsem přes 20 kg“	Výrazná nauzea, zvracení, příjem stravy v minimálním množství, výběrová strava dle chuti pacientky, eventuálně sipping, Výrazný úbytek hmotnosti v krátkém časovém intervalu, kachexia tumorosa.
Příjem tekutin	Doma	„Bez problému, nejvíce mi chutná čistá voda, vypiju tak 2 l/den“	Nemocná dodržovala dostatečný pitný režim.

	V nemocnici	„Nemám žízeň, když toho víc vypiju, je mi strašně špatně a stejně to vyzvracím“	Příjem tekutin v minimálním množství, přibližně 500ml, suchá kůže i sliznice, objektivně nemá žízeň, má nauzeu i po malém množství tekutin zvrací. Nabízíme ledové kostky.
Vylučování moče	Doma	„Žádné problémy nemám“	Denní příjem tekutin dostatečný, vyprazdňování moč. měchýře bez potíží, moč fyziologického vzhledu i zápachu. Moč. infekty – 0.
	V nemocnici	Málo piju, takže velmi málo močím“	Močení spontánní ve velmi malém množství, moč nefyziologického vzhledu, tmavá, silně zapáchající. Nízká denní diuréza.
Vylučování stolice	Doma	„Vyprazdňuji se pravidelně bez potíží“	Defekace bez potíží, stolice formovaná, bez příměsí.
	V nemocnici	„Nemůžu se vyprázdnit, všechno mě to v břiše bolí a tlačí“	Objektivně zácpa, stolice nebyla již 5.den/vzhledem k základní diagnóze i mobility a podávání opioidů/.

Spánek a bdění	Doma	„Někdy nemůžu usnout“	Potíže spíše emočního charakteru a pracovního nasazení. Z anamnestických údajů ovlivněn také pitím černé kávy ve večerních hodinách.
	V nemocnici	„Nemůžu vůbec spát, všechno mě bolí“	Porucha spánku z důvodu bolesti a velké úzkosti. Nemocná toleruje zvýšenou úlevovou polohu. Spánek je nekvalitní, usíná v pozdních nočních hodinách, spí maximálně 2 hodiny bez probuzení.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Zvládám vše nejen sama o sebe, ale i celou rodinu, téměř veškerý čas trávím na zahradě nebo kolem domu, pořád je co dělat“	Bez potíží, aktivní žena se smyslem pro práci a pořádek.
	V nemocnici	„Jsem moc unavená, problém mi dělá jen dojít na wc“	Nemocná mobilní po místnosti s pomocí druhé osoby. Je velmi slabá, po několika krůčcích odpočívá a vyhledává úlevovou polohu.

Hygiena	Doma	„Postarám se o sebe sama“	Zcela soběstačná v péči o vlastní osobu.
	V nemocnici	„Musí mi někdo pomoci, sama nejsem schopna se umýt, mám strach, že ukloužnu, jsem slabá“	Klientka zcela odkázána na pomoc ošetřujícího personálu v zajištění všech prvků hygienické péče. Vysoké riziko pádu!
Samostatnost	Doma	„Jsem samostatná“	Vzhledem k nízkému věku zvládá všechny prvky sebeobsluhy bez jakýchkoliv problémů.
	V nemocnici	„Nezvládnu nic, problém mi dělá udržet hrnek v ruce, je mi špatně a jsem strašně slabá“	Komplexní péče ošetřujícím personálem v zajištění všech potřeb. Nemocná není schopna zvládnout základní prvky sebeobsluhy, Výhodou je přítomnost manžela, který ji velmi podporuje a napomáhá při zvládnání základních denních činností.

5. Posouzení psychického stavu

		<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
Vědomí		„Bez větších potíží“	Kontaktní, stav vědomí neomezen, uvědomuje si závažnost situace.
Orientace		„Někdy mám pocit, že se mi všechno plete a nemohu si vzpomenout“	Orientace místem, časem i osobou správná. Při rozhovoru a dotazech dobře spolupracuje, bez známek dezorientace.
Nálada		„Nemám náladu ani zájem, vím, že už to lepší nebude“	Velmi špatné psychické rozpoložení, nemocná nemá zájem o své okolí, je uzavřená sama do sebe, odmítá návštěvy blízkých i přátel. Jediným útočištěm je manžel a dcera, kteří se snaží nemocnou podpořit a uklidnit.
Paměť	Staropaměť	„Dřív jsem nikdy problémy s pamětí neměla“	Bez známek poruchy dlouhodobé paměti. Nemocná vypráví o svém mládí, o dětech o rodině.

	Novopaměť	„Pamatuji si, ale dříve to bylo lepší, teď občas teď zapomenu, co bylo včera“	Bez známek poruchy krátkodobé paměti, v rozhovoru se vrací k prvotním dotazům a myšlenkám.
	Myšlení	„Někdy si připadám jako ve snu a pak si uvědomím, jak vážně jsem nemocná“	Myšlení přesné, správné myšlenkové operace, velmi dobře vnímá okolní předměty a jevy, plně si uvědomuje závažnost situace.
	Temperament	„V poslední době jsem výbušná, vím o tom, často vyvolávám zbytečné spory s manželem, dětmi, potom toho lituji“	Jednání přiměřeného charakteru, prožívání nemoci v čase přiměřené, negativistický postoj k okolí, sebekritická.
	Sebehodnocení	„Domnívám se, že jsem pečlivá, mám ráda spravedlnost a pořádek, někdy jsem ale náladová, tvrdohlavá“	Nemocná má kritické myšlení, uvědomuje si své negativní vlastnosti. Uvedené pozitivní vlastnosti souhlasí, z pohledu vnímání nemoci je velmi trpělivá, má zájem spolupracovat.
	Vnímání zdraví	„Jsem nešťastná ze svého onemocnění, nikdy bych nevěřila, že to potká zrovna mě, vůbec nevím, co bude dál“	Nemocná si plně uvědomuje závažnost svého onemocnění, je informována o diagnóze i prognóze svého onemocnění,

		největší starost jí dělá rodina, kterou nechce opustit, miluje manžela i děti, i v době nemoci jsou jí velkou oporou.
Vnímání zdravotního stavu	„Mám strach, obávám se toho, co mě ještě čeká“	Nemocná je nesmířená se svým onemocněním, dělá si velké obavy z toho, co bude následovat.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Když mi sdělili, co mám za onemocnění, nemohla jsem tomu uvěřit, strašně jsem brečela, nemůžu tomu uvěřit ještě ani teď, vždyť jsem nikdy nebyla nemocná“	Nemocná prožívá velmi negativně své onemocnění, nemůže se smířit s tak závažnou diagnózou, která jí byla diagnostikována, je to nová situace a velmi krátká doba k pochopení.
Reakce na hospitalizaci	„Moc se mi u vás líbí, kdybych to věděla, už jsem tu dávno, je tu klid, v nemocnici jsem nemohla vůbec spát, pořád na pokoj někdo chodil a rušil mě, jsem ráda, že tu může být i manžel, v nemocnici ho pustili jedině, když byly návštěvy“	Objektivně je nemocná v našem zařízení velmi spokojená, pozitivně hodnotí jednolůžkový pokoj, přítomnost manžela, sociální zařízení na pokoji a velkou ochotu a laskavost personálu.

Adaptace na onemocnění	„Nemůžu tomu uvěřit“	Vzhledem ke krátkému časovému intervalu od diagnostikování tak závažného onemocnění není nemocná smířená.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Mám takový vnitřní třes, je mi strašně zle“	Nemocná je plačtivá, úzkostná, má velký strach a obavy z toho, co bude dál. Velkou starost jí dělá rodina, kterou nechce opustit.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„V nemocnici to bylo hrozné“	Objektivně nemocná popisuje zkušenost z předchozího zařízení, neochotu hodně zaneprázdněného ošetřujícího personálu, hluk na oddělení, nepříliš dobrou stravu. Velkým problémem bylo také poměrně vzdálené wc, na které docházela se strachem, zda-li takovou vzdálenost vůbec překoná.

6. Posouzení sociálního stavu

		<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
Komunikace	Verbální	„Mám sucho v ústech, hůře se mi mluví“	Řeč pomalá, problém s výslovností obtížných slov (pro suchost v ústech), slovní zásoba bohatá (vysoká úroveň inteligence), nemocná dobře spolupracuje, je velmi komunikativní.
	Neverbální	„Nevím“	Nemocná má útrpný, bolestivý výraz v obličeji chvílemi nucený úsměv, je velmi kachektická. Při komunikaci používá haptické prvky, při navázání tohoto kontaktu je viditelně klidnější.
Informovanost	O onemocnění	„Vím, co mám za onemocnění a jak je to vážné“	Nemocná je plně informována o charakteru svého onemocnění, jakož i o infaustní prognóze.

	O diagnost. metodách	„Doufám, že tady mi nic už dělat nebudete“	Nemocná je plně informována o oddělení paliativní péče a jeho možnostech, je si vědoma toho, že všechny možné diagnostické a léčebné postupy jsou již vyčerpány a kauzální léčba ukončena.
	O léčbě a dietě	„ Potřebuji pomoct, mám strašné bolesti“	Nemocná je plně informována o možnostech léčby bolesti, s aplikací opioidů souhlasí. Žádá úlevu od bolesti, která je nesnesitelná.
	O délce hospitalizace	„Vím, že se už odsud nikdy nevrátím , ale moc bych se chtěla podívat naposled domů“	Nemocná zná podstatu hospicové paliativní péče, závažnost onemocnění a nezvratnost svého osudu. Velkým jejím přáním je návštěva domova.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Nemám zájem o nic“	Vzhledem k vážnosti zdravotního stavu je tato role výrazně narušena.

Životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Připadám si odtažitá od rodiny, nemám chuť nikoho kromě manžela a dcery vidět“	Nemocná je svým chováním v době nemoci hodně uzavřená do sebe, v rozhovoru odsuzuje rodinu, přátele.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Nic mě nebaví, ani nemám sílu aby mě bavilo“	Nelze hodnotit, zdravotní stav nemocné je velmi vážný, volný čas a záliby nejsou vhodnými tématy k rozhovoru.

MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT :

Ordinovaná vyšetření : fyzikální vyšetření /aspekce, palpce břicha, sledovat otoky, dýchání, tělesnou teplotu, krevní tlak , pulz, ikterus, celkový stav nemocné/

Výsledky: otoky bérců, ascites, tachykardie, kachektizace

Konzervativní léčba :

Dieta : 9 výběr , sipping, ledové kostky

Pohybový režim : kategorie 3

RHB : 0

Výživa : perorální

Medikamentózní léčba :

- **Per os :**
 - antidepresivum **Citalec 10mg** Zentiva por tbl flm
30x10mg **1-0-0**
 - anxiolytikum **Neurol 0,5mg** por tbl nob30x0,5 mg **1-1-1**
 - hypnotikum **Hypnogen** por tbl flm 20x10mg **0-0-0-1 před spaním dle potřeby**

- **Intra venózní:**
 - antiemetikum **Cerucal** inj sol 10x2ml/10mg **1a i.v do CŽK při nevolnosti**

- **Per rectum :**
 - antiemetikum **Torecan** supp. 6x 6.5mg **1-1-1 před jídlem alespoň 30min.**

- **Jiná :**
 - epidurálně **Morphin biotika 1%** inj sol 10x1ml/10mg **co 8hod/5-13-21/ do epidurálního katetru**
 - subkutánně **Morphin biotika 1%** inj sol 10x1ml/10mg **při průlomové bolesti 10mg s.c. max. co 8hod.**

Chirurgická léčba : 0

SITUAČNÍ ANALÝZA :

48- letá nemocná , s generalizací Ca pankreatu byla přijatá na oddělení hospicové péče k symptomatické paliativní terapii s dg. zhoubný novotvar slinivky břišní s prorůstáním do stěny duodena a oblasti Vaterské papily. Měla zaveden centrální žilní katetr a epidurální katetr k analgetické terapii.

Je hospitalizovaná 2.den. Dobře orientovaná, velmi úzkostná, pláče, o závažnosti svého onemocnění je plně informovaná, není smířená se svým těžkým onemocněním a infaustní prognózou, obává se toho, co bude dál. Velkou starost jí dělá rodina, kterou nechce opustit. Má zavedený epidurální katétr k analgetické terapii a centrální venózní katétr do v. jugularis I. dextra. Je silně bolestivá, bolí jí záda a břicho typicky v pásovitě distribuci v obou podžebřích, i malý pohyb v lůžku jí vyvolává nesnesitelnou bolest. Dnes po několika bolusových dávkách opioidu během noci opět navýšena dávka, navedena na lineární dávkovač do epidurálního katétru k dosažení kontinuální analgesie. Krevní tlak 110/70 torrů, tělesná teplota 37,6°C. Nemůže se vyprázdnit, již 8.den nebyla na stolici. Močí spontánně ve velmi malém množství tmavou, zahuštěnou moč. Je mobilní s velkými obtížemi - s pomocí druhé osoby dojde na pokojové wc. Udává, že chůzi jí také znemožňují obrovské otoky dolních končetin a tenze břicha v důsledku ascitu. Nemocná je velmi kachektická, má problém s příjmem potravy i tekutin, trpí silnou nauzeou, i po malém množství tekutin zvrací. V noci nemůže spát, má potíže s usínáním a často se budí. Nemocná nezvládá ani základní prvky hygieny a péči o sebe samu, veškerá péče je zajištěna ošetřujícím personálem. V sakrální krajině zarudnutí 5x5cm bez poruchy integrity kůže. Výrazné otoky bérců. Na břicho zhojená jizva po operaci. Nemocná je uložena na elektrickém, polohovacím lůžku , součástí lůžka je aktivní antidekubitní matrace, hrazda a signalizační zařízení. Velmi pozitivně reaguje na přítomnost manžela, který je jí velkou oporou. Kromě něj a dcery nechce nikoho vidět.

Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit :

1. Bolest v souvislosti s onemocněním projevující se verbalizací , stupněm č.7/10 na škále bolesti.
2. Porucha příjmu potravy v souvislosti s nechutenstvím projevující se odmítáním stravy, úbytkem hmotnosti
3. Strach/ úzkost v důsledku situační krize, obavy z budoucnosti projevující se zvýšenou tenzí, plačtivostí a verbalizací pocitu beznaděje
4. Porucha příjmu tekutin v souvislosti s nedostatečným příjmem a nadměrnou ztrátou zvracením projevující se verbalizací , suchostí v ústech, poklesem krevního tlaku a kožního turgoru v horní polovině těla
5. Subfebrilie v důsledku onemocnění projevující se naměřenou tělesnou teplotou 37,6°C
6. Zvýšený objem tělesných tekutin v důsledku onemocnění projevující se otoky, verbalizací tenze v dolních končetinách
7. Porucha vyprazdňování stolice v důsledku snížené mobility, útlaku v dutině břišní a léčby opioidy projevující se nepravidelnou defekací.
8. Porucha spánku v důsledku bolesti, psychické zátěže projevující se pozdním usínáním a nekvalitním spánkem
9. Deficit sebepečce v důsledku snížené výkonnosti, slabosti projevující se neschopností vykonat základní lidské potřeby.
10. Únava v důsledku onemocnění a nadměrného psychického zatížení projevující se sníženou výkonností, neschopností zachovat denní režim.
11. Společenská izolace v důsledku aktuální zdravotní situace projevující odmítáním přátel, nezájmem o okolí
12. Porucha kožní integrity v důsledku operační rány, invazivních vstupů epidurální katétr, centrální venózní katétr/
13. Porucha tkáňové integrity v důsledku invazivních vstupů / epidurální katétr, centrální venózní katétr/

Potenciální sesterské diagnózy:

1. Riziko vzniku infekce v důsledku zavedených invazivních vstupů / epidurální katetr, centrální venózní katétr/
2. Riziko pádu, zranění v důsledku omezení hybnosti, poklesu TK, otoku DK, celkové slabosti a polékového útlumu
3. Riziko poruchy kožní integrity v oblasti predilekčních míst v důsledku snížené aktivity, kachexie
4. Riziko dehydratace v důsledku nízkého příjmu tekutin
5. Riziko zvýšení objemu tělesných tekutin v důsledku poruchy regulačních mechanismů

<p>Sesterská diagnóza: <i>Bolest v souvislosti se základním onemocněním projevující se verbalizací, stupněm č.7/10 na škále bolesti.</i></p>
<p>Cíl : Bolest se sníží na snesitelnou úroveň</p> <p>Priorita : Střední</p>
<p>Výsledné kritéria :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nemocná slovně vyjádří pocit úlevy od bolesti na přijatelnou úroveň ▪ Nemocná zná a chápe příčiny vzniku bolesti ▪ Nemocná klidně spí ▪ Je dosaženo co nejlepší kvality života
<p>Plán intervencí :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vytvoř vztah vzájemné důvěry a věř nemocné při její výpovědi o bolesti ▪ Společně s lékařem vysvětlí nemocné příčinu bolesti ▪ Monitoruj lokalizaci, její vyzařování, změny v průběhu dne a charakter bolesti ▪ Zhodnoť intenzitu bolesti dle VAS tabulky ▪ Zhodnoť vliv bolesti u nemocné na spánek, tělesnou a duševní aktivitu, na příjem stravy ▪ Společně s nemocnou a lékařem vytvoř plán na zvládnutí bolesti ▪ Podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, dostatečně zaznamenej ▪ Sleduj vedlejší účinky opioidů /útlum aktivity, dýchání, zvracení, zácpa../ ▪ Konzultuj s nemocnou a lékařem úroveň analgesie a pružně reaguj dle jejich potřeb ▪ Zhodnoť účinek provedených opatření na zmírnění bolesti, podle potřeby společně s lékařem a nemocnou uprav plán péče ▪ Pomoz nemocné vyhledávat úlevovou polohu pomocí manipulace s lůžkem a polohovacími pomůckami a zajistit tak pocit pohodlí ▪ Zjisti, co bolest zhoršuje nebo co pomáhá ▪ Dle možností zapoj nemocnou do plánu péče <p style="text-align: right;">-sestra u lůžka, lékař</p>
<p>Realizace :</p> <p>Ošetřovatelské intervence vykonává registrovaná sestra ve službě.</p> <p>Léčba bolesti je vysoce individuální a vyžaduje také velmi individuální přístup k nemocným. Tato nemocná má k tlumení bolesti zavedený epidurální katétr.</p>

Přístupujeme k nemocné s maximální ochotou a nasazením, cílem celého ošetřujícího týmu je nemocnou zbavit bolesti nebo alespoň dosáhnout uspokojivého výsledku, kdy bude bolest ve snesitelných mezích. Na úroveň analgesie usuzujeme z výpovědí nemocné, ale i verbálních a neverbálních projevů např. během manipulace, Společně s lékaři nastavujeme plán léčby bolesti. U této nemocné jsou přednostně užity opioidy, konkrétně morphin cestou epidurálního katétru. 1.den hospitalizace v našem zařízení používáme tzv. úvodní dávku /stanoví lékař konzultací s nemocnou, z předchozí dokumentace/ + možnost bolusové dávky v případě silné nárazové bolesti. úkolem ošetřujícího personálu je sledovat v pravidelných časových intervalech intenzitu, charakter, lokalizaci bolesti a dostatečným způsobem zaznamenat do dokumentace. U této nemocné je zřetelné, že počáteční dávka je nedostačující. Kromě nastavené základní dávky 10mg morfinu epidurálně co 8hod. měla během noci hned dvě bolusové dávky 10mg Morfinu s.c. a i tak hodnotí svou bolest na stupni č.4 dle VAS. Bolesti břicha má typicky pásovité v obou podžebřích. Objevují se pravidelně na konci dávkovacího intervalu. Toto je pro nás dostatečným ukazatelem a pro lékaře impulz k navýšení dávky. Druhý den hospitalizace u nás je proto navedena na lineární dávkovač k dosažení kontinuální analgesie. Výhodou dávkovače je malý rozměr, je snadno přenosný a nemocná se s ním může pohybovat v lůžku i po místnosti zcela bez obav, což hodnotí velmi kladně. Dávka do LD druhý den v 9hod. ráno činí 40 mg morfinu /ředíme do 20ml s aqou/. V 11:30 nemocná udává opět silné nesnesitelné bolesti, po domluvě s lékařem aplikujeme bolusový dopich 20 mg morfinu s.c. s dobrým efektem. V 16hod. udává nemocná celkové zlepšení stavu, vyjádří přání se osprchovat. Podle počtu dopichů případně lékař navýší celkovou dávku v lineárním dávkovači, možnost dopichů samozřejmě vždy zůstává.

Péče o epidurální katétr: denně převaz, kontrola okolí /klidné, bez macerace, bez zánětlivých změn/, sterilně kryto, kontrola funkčnosti a průchodnosti katétru, sledujeme na lineárním dávkovači podle množství vykapané dávky.

Subkutánní podání opioidu: vzhledem k častosti podání používáme subkutánní kanyly, zavádí se za aseptických podmínek /nejčastěji paže, předloktí, okolí pupku, horní část hrudníku, event. stehno/, sterilně kryty, sledujeme jejich průchodnost, okolí místa vpichu /bez zarudnutí, bez prosaku/, možnost využití je 72hod. od zavedení. Nemocná má tuto s.c. kanylu zavedenou v horní části paže.

Hodnocení :

Nemocná verbalizuje zmírnění bolesti na snesitelnou úroveň, dle hodnotící škály bolesti stupeň 2-3/10. Krátkodobý cíl splněn, pokračujeme v zavedených intervencích.

Epidurální analgezie

Epidurální analgezie znamená aplikaci analgetika, opioidu do tzv. epidurálního prostoru k odstupu míšních nervů. Tato technika je nákladnější než systémové podání analgetik, poskytuje však velmi kvalitní analgesii. Zkušenost je taková, že kontinuální epidurální analgesie je analgesie velmi kvalitní, ale vyžaduje také zvýšené nároky na ošetrovatelskou péči. Mezi dovednosti sestry patří péče o epidurální katétr a jeho zabezpečení. Kontroluje správné dávkování lineárních dávkovačů a doplňuje jejich obsah dle ordinace lékaře. Podle vizuální stupnice sleduje intenzitu bolesti. Přijímá stížnosti nemocného na bolest, posuzuje je a hodnotí, zda bolest zvládne v rámci svých kompetencí a ordinovaných léčiv nebo je nucena přivolat lékaře. Nutný je trvalý dohled nad nemocným, tento způsob podání může přinášet také různé komplikace

Okolnosti, za kterých by epidurální katétr neměl být používán:

- Nesouhlas nemocného
- Krvácivost(koagulopatie) nebo antikoagulační léky (např. warfarin)
- Infekce v blízkosti místa vpichu
- Infekce v krevním řečišti
- Nekorigované hypovolémie (nízký objem cirkulující krve)

<p>Sesterská diagnóza: <i>Porucha příjmu potravy v souvislosti s nechutenstvím projevující se odmítáním stravy, úbytkem hmotnosti</i></p>
<p>Cíl : Nemocná má zajištěný dostatečný nutriční příjem</p>
<p>Priorita : Střední</p>
<p>Výsledné kritéria :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nemocná slovně vyjádří pochopení jednotlivých překážek přiměřeného příjmu potravy ▪ Nemocná dobře spolupracuje s nutriční sestrou a společně stanovují plán výživy
<p>Plán intervencí :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proveď vstupní zhodnocení stavu výživy u nemocné ▪ Zjisti, jaké má stravovací návyky ▪ Monitoruj denní příjem potravy a tekutin a zaznamenávej do dokumentace ▪ Zajisti nemocné kontakt s dietní sestrou a společně s ní a lékařem naplánuj další postup ▪ Podávej léky dle ordinace a sleduj jejich účinek, pravidelně zaznamenávej do dokumentace ▪ Zhodnoť účinek antiemetické léčby a společně s lékařem plánuj další postup ▪ Doporuč nemocné častější menší porce jídla rovnoměrně rozložené po celý den ▪ Společně s nemocnou, lékařem a dietní sestrou hledej co nejlepší postupy k úpravě stravy na zmírnění nauzey ▪ Podávej stravu vždy vhodně upravenou, nepodávej jídla příliš sladká, kořeněná, tučná, příliš teplá nebo studená ▪ Vytvoř při jídle příjemnou atmosféru ▪ S aktivním zapojením nemocné dodržuj zvýšenou péči o dutinu ústní <p style="text-align: right;">-sestra u lůžka, lékař, dietní sestra</p>
<p>Realizace :</p> <p>Ošetrovatelské intervence vykonává registrovaná sestra ve službě.</p> <p>Nemocná v důsledku svého základního onemocnění trpí velmi silnou nauzeou, již po malém množství jídla nebo tekutin zvrací. Sestra hodnotí stav výživy, frekvenci zvracení a společně s dietní sestrou a lékařem plánuje další vhodný postup. Z naší zkušenosti máme vyzorováno, že nemocní s touto diagnózou mají chuť na kyselé nápoje, jídlo. I tato nemocná není výjimkou a velmi jí chutná voda s citrónem a ovocné ledové kostky. Kromě toho jí velice chutnají ovocné přesnídávky a šlehané tvarohy. Příjem stravy</p>

vzhledem k pestrosti výběru v našem zařízení a výborné spolupráci dietní sestry s nemocnou se během dvou hospitalizačních dnů zvyšuje a nemocná přijímá přibližně 1/3 porcí, což je pro ni velkým úspěchem.

Nauzea je tak silná, že je samozřejmě ovlivňována medikamentózně- antiemetiky , podáváme Torecan supp. 1/2hod. před jídlem + Cerucal 1a i.v. do CŽK při nevolnosti /za první den hospitalizace jsme aplikovali 3x , druhý den 1x/24hod./

Nutričními firmami velmi doporučované, moderní přístupy k výživě ve formě nutridrinků, fortimelů apod. nemocná odmítá, vyvolává jí to ještě větší nauzeu a nechutná jí to.

Péče o CŽK: Věna jugularis dextra, denně převaz, sterilně kryto, kontrola funkčnosti, průchodnosti, kontrola okolí /klidné, bez zarudnutí/

Hodnocení:

Nemocná přijímá 1/3 porce, aktivně spolupracuje s dietní sestrou a zapojuje se do plánu výživy individuálně před každým jídlem.

Cíl splněn, pokračujeme v zavedených intervencích.

Sipping

Sipping má výhodu oproti běžné stravě v tom, že je okamžitě připraven k použití, na trhu je široká škála příchutí s jasně definovaným energetickým a proteinovým obsahem. Přípravky mají definovaný obsah vitamínů i stopových prvků, jsou snadno vstřebatelné a mají dobrou biologickou dostupnost. Většina neobsahuje laktózu ani lepek. Některé obsahují vlákninu, některé jsou bez tuku. Snadno se popíjí slámkou. U většiny přípravků je bílkovina mléčného původu a sacharidy jsou zastoupeny ve formě maltodextrinu. Většina přípravků má sladkou příchut' nebo jsou také ve formě džusu nebo jogurtového nápoje, na trhu jsou i neutrální verze. Slané příchutě se neosvědčily. Správné použití sippingu je popíjet výživu v době mezi běžnými jídly. Tedy tak, aby tato výživa představovala něco navíc. Nejlépe chutnají vychlazené. Má minimum nežádoucích účinků. U téměř všech onkologicky nemocných v terminální fázi onemocnění by měl být tento zdroj výživy dobře tolerován, avšak skutečnost je jiná, často se setkáváme s odmítáním tohoto druhu výživy, nechutenstvím a někdy i průjmy.

<p>Sesterská diagnóza: <i>Strach/ úzkost v důsledku situační krize, obavy z budoucnosti projevující se zvýšenou tenzí, plačtivostí a verbalizací pocitu beznaděje</i></p>
<p>Cíl : Nemocná si uvědomuje příčiny svého strachu a prokazuje přiměřený rozsah pocitů</p> <p>Priorita : Střední</p>
<p>Výsledné kritéria :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nemocná vypadá uvolněně a uvede, že úzkost se zmírnila na snesitelnou míru ▪ Nemocná zhodnotí reálně danou situaci ▪ Nemocná je plně informována o léčebném a ošetrovatelském plánu
<p>Plán intervencí :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zjistí míru informovanosti nemocné o diagnóze a prognóze svého onemocnění ▪ Zjistí předchozí zkušenosti nemocné , mluv na nemocnou, aby slovně vyjádřila své pocity ▪ Sleduj verbální a neverbální reakce nemocné ▪ Povzbuzuj nemocnou, aby se podělila o své myšlenky, pocity, stesky ▪ Udržuj s nemocnou častý, přátelský kontakt, pokud je jí to příjemné, používej dotyk ▪ Společně s lékařem informuj nemocnou o léčebném a ošetrovatelském plánu ▪ Podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek, vše dostatečně zaznamenej do dokumentace ▪ Podporuj nemocnou, podávej zřetelně informace na kladené dotazy ▪ Zajisti schůzku s duchovním, psychologem , závěr zaznamenej do dokumentace ▪ Podle potřeby zapojuj do plánu péče také příbuzné ▪ Zajisti pocit důvěry a bezpečí <p style="text-align: right;">-sestra u lůžka, lékař, psycholog, psychiatr, duchovní</p>
<p>Realizace :</p> <p>Ošetrovatelské intervence vykonává registrovaná sestra ve službě.</p> <p>Vzhledem k tomu, že je tato situace pro nemocnou zcela nová, není vyrovnaná se svým závažným onemocněním. Myšlenka na to, že by měla zemřít je pro ni nepředstavitelná. Verbálně popisuje tuto skutečnost jako pocit zoufalství, beznaděje, má vnitřní třes, který nelze zmírnit, při rozhovoru pláče. Úkolem ošetrujícího personálu je navodit přátelskou atmosféru a zbavit alespoň částečně nemocnou strachu a obavy z budoucnosti. Z rozhovoru s nemocnou vyplývá, že jejím velkým snem je se podívat naposled domů. Ačkoliv je tato možnost všemi směry hospicové paliativní péče deklarována, přístup</p>

některých zdravotních pojišťoven je poněkud jiný a tuto možnost nenabízí. I přes všechna tato úskalí a vážný zdravotní stav nemocná domov navštíví a ta nepředstavitelná radost patrná v jejích očích ještě i po návratu zpět je pro nás pro všechny tím největším dárkem. Nemocná je věřící, velký význam má pro ni návštěva duchovních, kteří se s nemocnou nejen pomodlí, ale také si popovídají. Domluvena také konzultace s psychologem, kterou zprvu nemocná odmítla. Úroveň psychiky je samozřejmě ovlivňována také medikamentózně, podáváme psychofarmaka dle ordinace lékaře perorálně – Citalec 10mg 1-0-0 a Neurol 0,5mg 1-1-1 s dobrým efektem. Kombinaci psychofarmak určuje lékař ve spolupráci s psychiatrem, který pravidelně dochází. Nemocná je klidnější, dobře spolupracuje, dobře navázán vztah vzájemné důvěry. Velkou oporou jí je manžel, který je přítomen u nemocné téměř po celý den. Výhodou jsou jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro rodinné příslušníky, což nemocná hodnotí velmi kladně.

Hodnocení:

Nemocná je klidnější, méně plačtivá, kladně hodnotí návštěvu domova.

Cíl splněn, pokračujeme v zavedených intervencích.

Celkové hodnocení:

Pokračujeme ve všech zavedených intervencích. Celkový stav nemocné každým dnem progreduje, prioritou je pro nás tlumení bolesti, která je u nemocné velmi silná. Dávky v lineárním dávkovači se upravují individuálně dle stupně bolestivosti denně. Nemocná dobře reaguje na opioidní analgetizaci, spolupracuje, při průlomové bolesti využívá jednorázových bolusových dopichů morfinu. Prohlubuje se kachektizace, zvětšuje se ascites, otoky DK, nemocná močí v minimálním množství velmi tmavou moč, stává se zcela imobilní a vyžaduje kompletní ošetrovatelský servis ve všech oblastech péče. Zhoršuje se také dýchání, nemocná využívá kyslíkový koncentrátor, spíše s psychickým efektem. Psychický stav vzhledem ke stále zhoršujícímu se zdravotnímu stavu se také zhoršuje, nemocná je stále dobře orientovaná a jakékoliv změny zdravotního stavu prožívá velmi negativně, je úzkostná, plačtivá, se svou diagnózou se nedokáže smířit. Pocit, že nedokáže věci, které dříve běžně vykonávala je pro ni nepřekonatelný. V případě této nemocné je cílem celého multidisciplinárního týmu co nejlépe nemocnou doprovázet a tlumit všechny negativní projevy nemoci související s tak závažnou diagnózou a infaustní prognózou.

Doporučení pro praxi:

Terminálně nemocným poskytovat ošetrovatelskou péči v co nejvyšší kvalitě, s ochotou, láskou a porozuměním, respektovat jejich lidskou důstojnost a jedinečnost. Uspokojit nejen fyzickou stránku osobnosti, ale také psychickou, sociální a duchovní a uvědomit si, že chvíle, které nemocný s námi prožívá jsou chvílemi posledními. Plnit přání nemocných, pomáhat při všech činnostech, které nemocný vyžaduje. Respektovat nejen nálady nemocného, ale také neadekvátní požadavky a dát nemocnému klid, když ho vyžaduje.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo seznámit čtenáře se závažnou diagnózou karcinomu pankreatu a s komplexní ošetrovatelskou péčí o nemocné v terminální fázi onemocnění. Karcinom pankreatu patří mezi jedno z nejzhoubnějších maligních onemocnění vůbec, jeho zhoubnost spočívá v pozdní diagnostice, dlouhém asymptomatickém období a rychlém rozvoji nemoci, který lze i v době moderní medicíny jen velmi málo ovlivnit. Incidence tohoto onemocnění každoročně stoupá.

Péče o terminálně nemocné je v naší zemi nedostatečně zajištěná, z mého pohledu není umírajícím poskytována v rozsahu, jaký by nemocný potřeboval. Pracuji v hospici ve Valašském Meziříčí, denně se setkávám s umírajícími, ale také téměř denně slychávám větu: proč jsem tady nebyl/a již dávno? Touto prací v žádném případě nechci nadřazovat hospicovou péči nad akutní medicínu, pouze se zamýšlím nad tím, co vlastně umírající potřebuje. Radioterapii nebo chemoterapii dva dny před smrtí a s ní spojené všechny nežádoucí účinky, když už je mu tak špatně? Nebo další vyšetření, transfuze či nutriční podporu? Často si kladu otázku proč? Snad proto, že cílem medicíny je léčit nebo také z pohledu nemocného kdo doufá, raduje se ze spousty malých, ale dosažitelných cílů. A i kdyby byly takové krůčky stále kratší, naděje zůstává.

Náročnost péče o umírajícího nemocného spočívá ve vysoce individuálním přístupu a zajištění nejen biologických, ale také psychických, sociálních i duchovních potřeb nemocného. Cílem paliativní péče je usilovat o to, aby čas umírání a smrti byl vnímán jako čas, který patří k životu jako jeho neoddělitelná součást, jež může být prožita plně, pokojně a smířeně.

POUŽITÁ LITERATURA

Knižní zdroje:

1. ADAM, Z. ,VORLÍČEK , J. a kolektiv .2004. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. Praha: Grada Publishing , a.s.,2008. ISBN 978–80–247–2256–6.
2. ADAM , Z., VORLÍČEK , J., KOPTÍKOVÁ , J. a kolektiv .2003. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada Publishing ,a.s.,2003. ISBN 80-247-0677-6.
3. BUREŠ , J. , HORÁČEK , J. 2003. *Základy vnitřního lékařství*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-208-0.
4. DYLEVSKÝ, I., DRUGA, R., MRÁZKOVÁ, O. 2000. *Funkční anatomie člověka*. Praha: Grada Publishing , a.s. , 2000. ISBN 80-7169-681-1.
5. FAIT , T., VRABLÍK , M., ČEŠKA , R. a kolektiv .2008. *Preventivní medicína*. Praha:Maxdorf , 2008. ISBN 978-80-7345-160-8.
6. KONOPÁSEK , B. a kolektiv . 2006. *Onkologie pro praktické lékaře*. Praha: Grada Publishing ,a.s., 2006. ISBN 80-7262-287-0.
7. KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. *Vše o léčbě bolesti-příručka pro sestry*.Praha:Grada Publishing a.s., 2006. Přeloženo s anglického originálu „Pain management made incredibly easy“. ISBN 80-247-1720-4
8. MAREČKOVÁ , J., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, a.s.,2006. ISBN 80-247-1399-3.
9. SLÁMA , O., KABELKA , L., VORLÍČEK , J. a kolektiv . 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén , 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
10. SVAČINA , Š. 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada Publishing , a.s., 2008. ISBN 978- 80-247-2256-6.

11. VORLÍČEK , J., ABRAHÁMOVÁ , J. a kolektiv. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing , a.s., 2006. ISBN 80-247-1716-6.

Tištěné seriálové publikace:

12. FAINSINGER , R. 2009. *Měsíčník pro lékaře a farmaceuty*. Mírnění bolesti u umírajícího pacienta . roč.4, str.1-3.

13. LEFFLER , J. 2005. *Interní medicína pro praxi*. Karcinom pankreatu 2005, současný stav problematiky a léčby. roč.7-8, str. 360-363.

Elektronické dokumenty:

14. HLAVSA , J. 2005. *Role endoskopické ultrasonografie v předoperačním stagingu karcinomu pankreatu*.

Dostupné z WWW: < <http://www.hpb.cz/index.php?pId=07-2-3-06> >

15. KARÁSEK , P. 2008. *Zhoubné nádory slinivky břišní*.

Dostupné z WWW: < <http://www.linkos.cz/pacienti/pankreat-clanek.php> >

Příloha I Vizuální analogová škála - příklad

Obr. 1 – Stupnice pro hodnocení intenzity bolesti

VAS (vizuální analogová stupnice)

žádná bolest největší možná bolest

numerická

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

verbální

0..... žádná bolest
1..... mírná bolest
2..... středně závažná bolest
3..... závažná bolest
4..... těžká bolest
5..... nejzávažnější bolest

Tab. 3 – Periferní účinky morfinu

Zvýšená bronchiální sekrece

aktivace vegetativních parasymptických ganglií a zvýšení tonu struktur hladké svaloviny

Bronchokonstrikce a inhibice ciliálního pohybu

uvolnění histaminu a snížení aktivity sympatiku (základní účinek morfinu)

Zpomalené vyprazdňování žaludku

snížená motilita žaludku a pylorická konstrikce

Spastická zácpa

zvýšený tonus, segmentální spazmy, inhibice propulsní peristaltiky a vln inhibice sekrece vody a elektrolytů střevní mukózou

Porucha odtoku žluče a pankreatických šťáv

kontrakce hladké svaloviny Oddiho svěrače

Retence moče

zvýšený tonus sfinkteru močového měchýře

Uvolnění histaminu

kožní reakce, svědění, urtika, zarudnutí, bronchokonstrikce a pokles krevního tlaku

(Vies, P., 2005)

Příloha K Dávkování morfinu u dospělých, přepočtová tabulka dávek

Tab. 5 – Dávkování morfinu u dospělých

Akutní bolest	průměrná jednorázová dávka interval		Chronická bolest
aplikace			
pomalou i. v.	5–10 mg	4–6 hodin	0,02–0,05 mg/kg/h (počáteční rychlost) 34–84 mg/24 h u 70 kg pacienta, v nitrožilní infúzi
i. m. nebo s. c. obvyklá počáteční dávka je 10 mg pro osobu s hmotností 70 kg	10–30 mg	4–6 hodin	0,02–0,05 mg/kg/h (počáteční rychlost podkožní infúze)
epidurálně	1–4 mg	2krát denně	0,004–0,01 mg/kg/h
intratékálně	0,5–1,0 mg*	1–2krát denně	0,002–0,005 mg/kg/h

(*platí pro pacienty již opioidy léčené)

Tab. 8 – Ekvianalgetické dávky analgetik, orientační převodní dávky

morfin s. c. (i. m.) mg	10	20	30	40	50	60	80	100
morfin p. o. mg	30	60	90	120	150	180	240	300
TTS buprenorfin (Transec) µg/h	17,5		35	52,5		70	105	122,5
TTS fentanyl (Durogesic) µg/h		25		50		75	100	125
tramadol p. o. (Tramal) mg	150	300	450	600				
tramadol i. m./i. v. (Tramal) mg	100	200	300	400				
oxykodon p. o. (Oxycontin) mg	20 (15)	40 (30)	60 (45)	80 (60)	100 (75)	120 (90)	160 (120)	200 (150)
hydromorfon p. o. (Palladone) mg	4	8	12	16	20	24		
dihydrokodein p.o. (DHC Continus) mg	120	240	320					

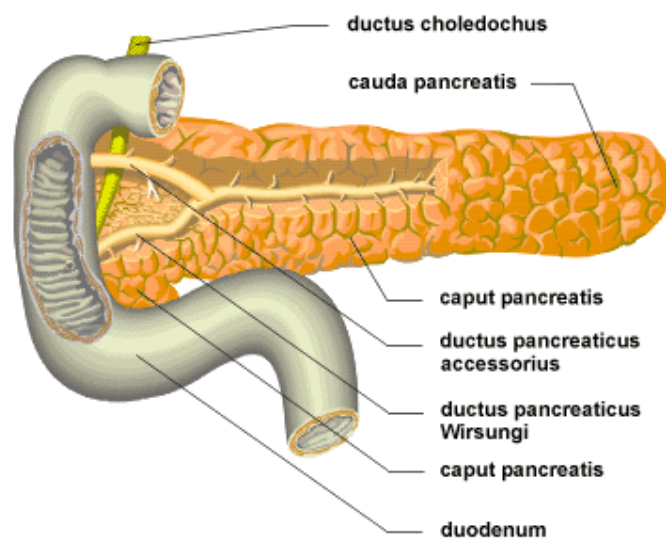
Upraveno podle časopisu Bolest, 2004, 7, Supplementum 1, s. 17 a SITTL, R., LIKAR, R., NAUTRIUP, P. Equipotent Doses of Transdermal Fentanyl and Transdermal Buprenorphine in Patients with Cancer and Noncancer Pain: Results of Retrospective Cohort Study. Clinical Therapeutics, 2005, Vol. 27, No. 2.

Příloha H Zavedený epidurální katétr



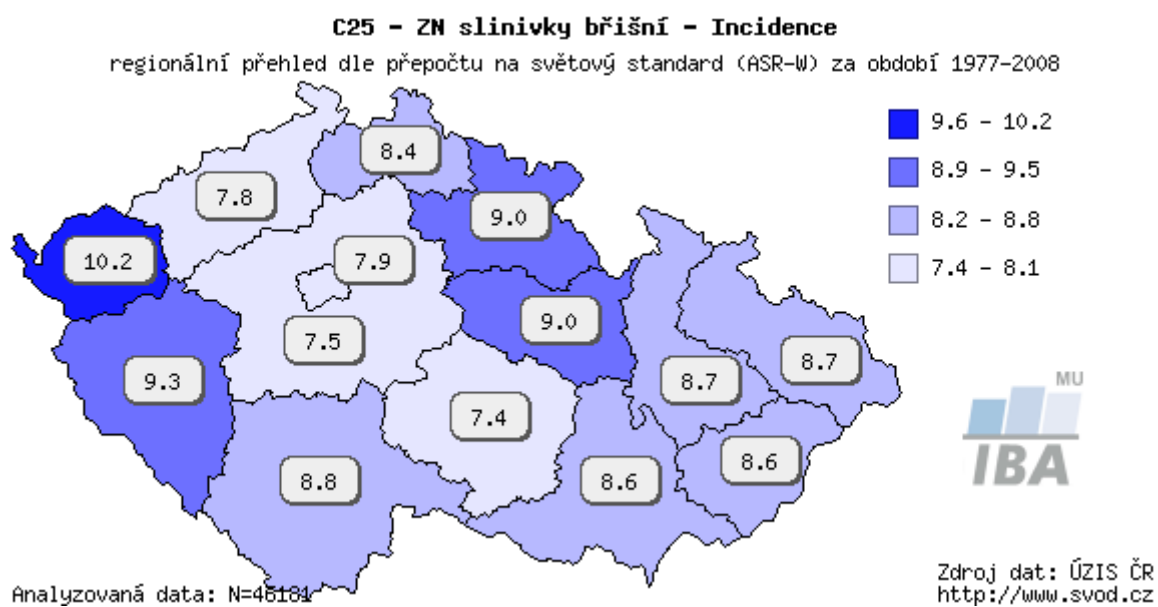
Zavedený epidurální katétr s jodovou dezinfekcí

Příloha A Anatomické poměry slinivky břišní

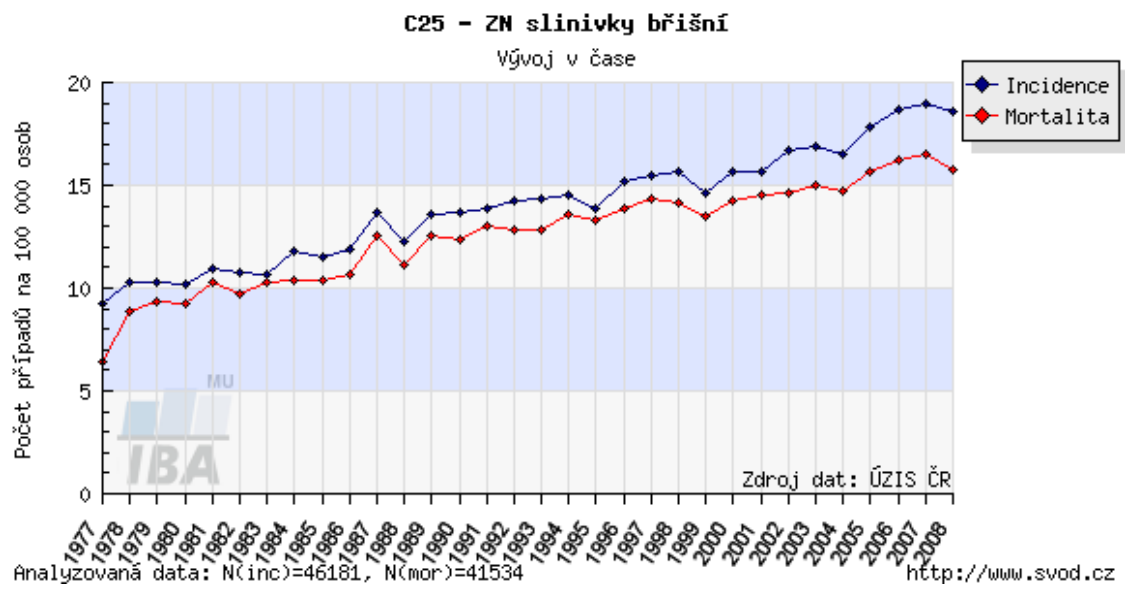


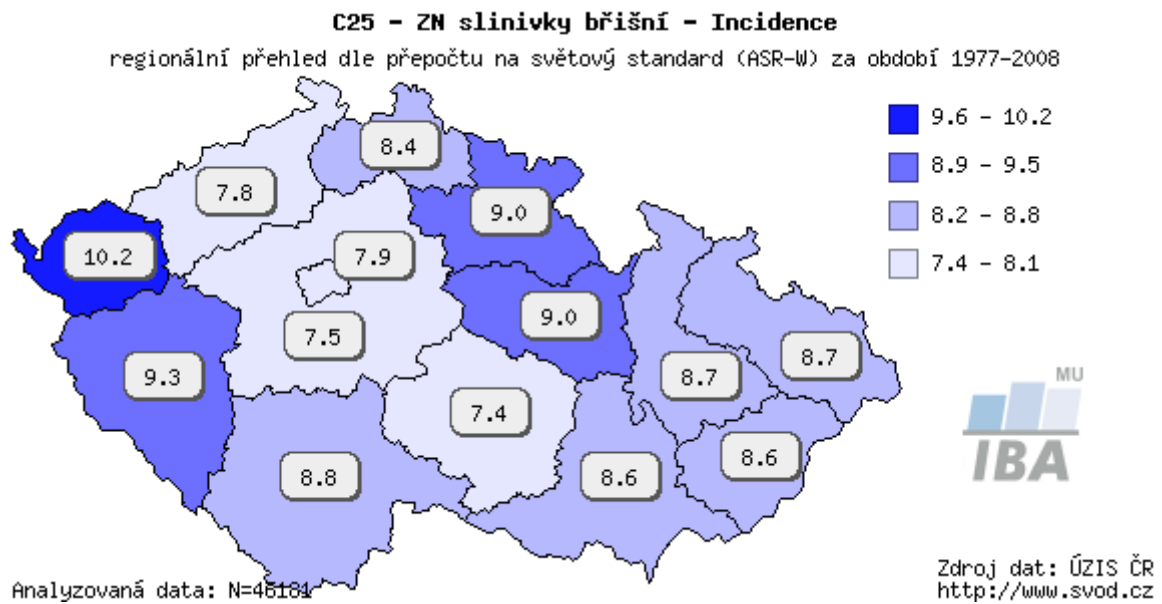
Anatomické poměry slinivky břišní

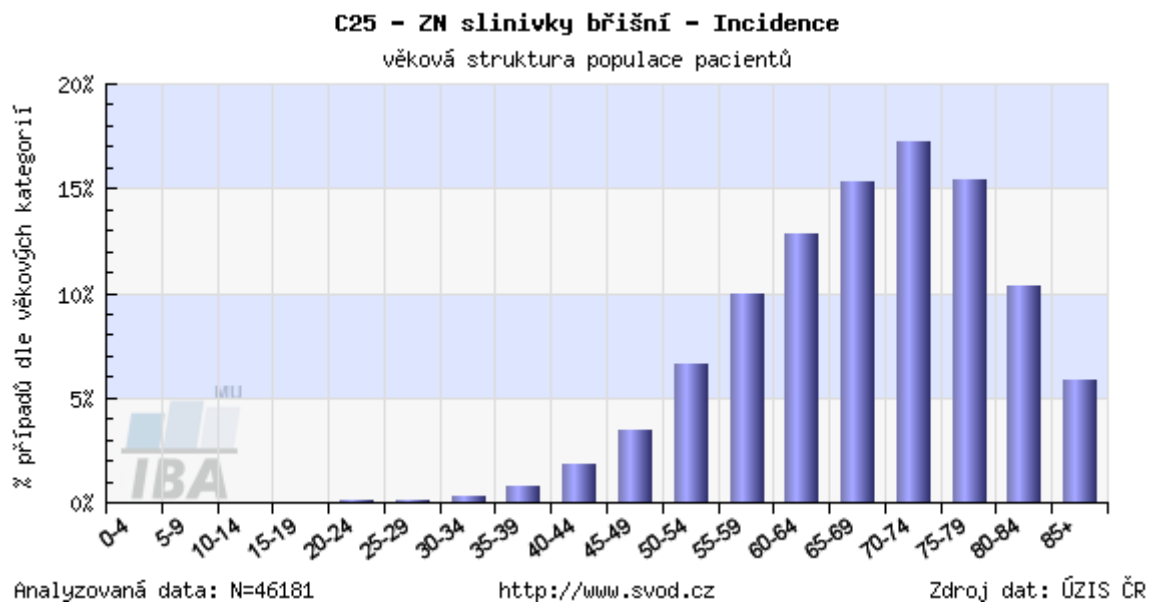
Příloha B Incidence nádorů slinivky břišní v ČR

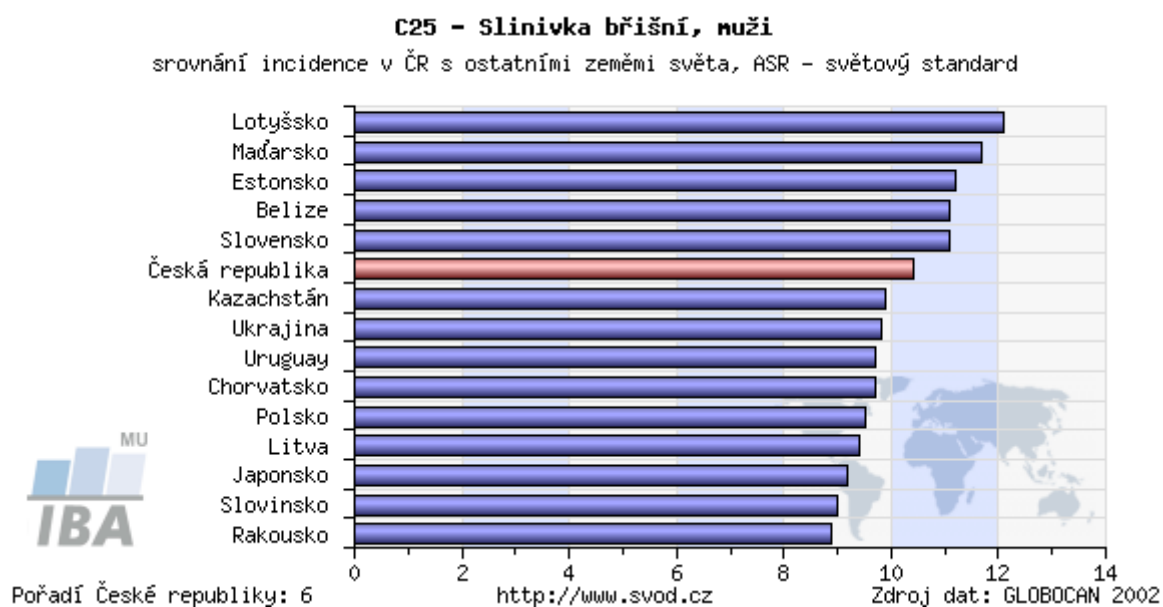


Příloha C Nádory slinivky břišní – vývoj v čase

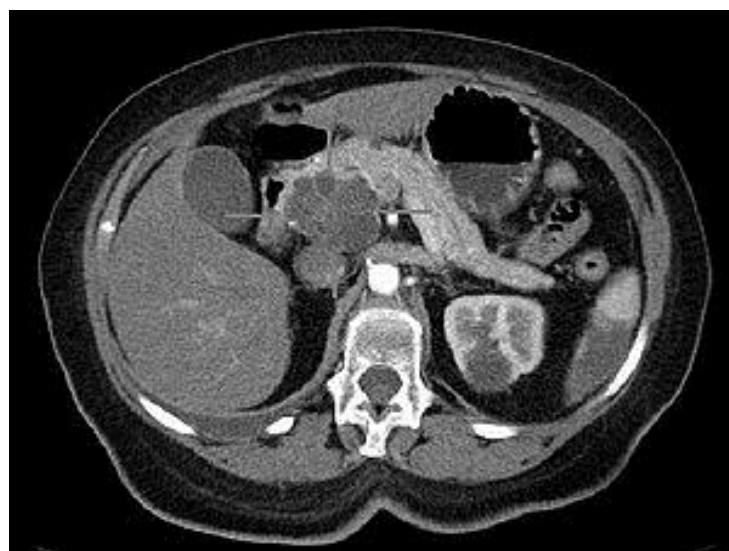
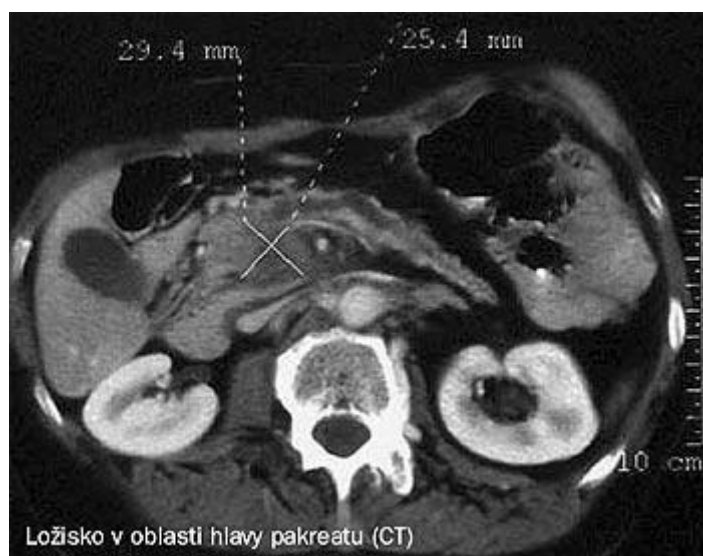








Příloha G Zobrazení nádoru slinivky břišní v CT obraze



Příloha L Hospic Citadela

