

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**Komplexní ošetrovatelské péče o pacienta
s diagnózou akutní pankreatitis**

Bakalářská práce

KAROLÍNA RÝDZIOVÁ

Praha 2011

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S DIAGNÓZOU AKUTNÍ PANKREATITIS**

Bakalářská práce

KAROLÍNA RÝDZIOVÁ

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

Vedoucí práce: doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD., RS

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha 2011



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

RÝDZIOVÁ Karolína
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 4. 2010 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou akutní
pankreatitis

*Comprehensive Nursing Care of the Patient with Diagnosis of Acute
Pancreatitis*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD.

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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2011

.....

ABSTRAKT

RÝDZIOVÁ, Karolína. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou akutní pankreatitis*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD., RS. Praha. 2011. s. 65.

Hlavním tématem bakalářské práce je Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou akutní pankreatitis. Skládá se z teoretické a praktické části. Teoretickou část jsme zaměřili na historii, klasifikaci, příčiny, diagnostiku a popis terapie pro pacienta s akutní pankreatitidou. Praktickou část jsme věnovali anamnéze konkrétního pacienta s daným onemocněním, průběhu hospitalizace, fyzikálního vyšetření sestrou, ošetrovatelského procesu dle Marjory Gordonové a sesterských diagnóz, tedy potřeb pacienta. V závěru jsme uvedli doporučení pro praxi.

Bakalářská práce nás obohatila novými zkušenostmi a to při komunikaci s pacientem, vypracování ošetrovatelského procesu a orientaci v ošetrovatelské dokumentaci.

Při ošetrovatelské péči o pacienta s diagnózou akutní pankreatitis jsme dosáhli optimálního zdravotního stavu pacienta.

Klíčová slova: Akutní pankreatitis. Klasifikace. Příčiny. Diagnostika. Terapie. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

RÝDZIOVÁ, Carolina. *Comprehensive Nursing Care of Patients Diagnosed with Acute Pancreatitis*. Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor. Tutor: Assoc. Mgr. Petronela Lauková, PhD., MS. Prague. 2011. 65 pages.

The main topic of this thesis is a comprehensive nursing care for patients diagnosed with acute pancreatitis. It consists of theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on the history, classification, causes, diagnosis and a description of therapy for a patient with acute pancreatitis. The practical part deals with nursing history of a particular patient with the disease, hospitalization periods, physical examination, nursing process by Marjory Gordon and nursing diagnoses, patient needs. In conclusion, we introduced the recommendations for practice.

Bachelor work provides with new experiences and communication with patients, the nursing process and the orientation in nursing documentation.

The nursing care of patients diagnosed with acute pancreatitis, we achieved optimal health of the patient.

Key words: Acute pancreatitis. Classification. Causes. Diagnosis. Therapy. Nursing care. Nursing process.

Předmluva

Dnešní doba je popoháněna silou peněz a budování vlastní kariéry. Člověk je k tomu svým způsobem nucen. Přitom většina lidí zapomíná na jednu hlavní věc a to zdraví. Existuje mnoho rad a pravidel pro zdravý životní styl a stav duševní pohody, ovšem záleží na každém z nás, kdy si uvědomí, že zdraví je to nejcennější, co máme a co nám dovoluje praktikovat naše plány. Mnoho onemocnění vznikne právě na podkladě špatného životního stylu a duševní nepohody. Můžeme sem zařadit i akutní pankreatitidu.

Další motivací při výběru toho tématu bylo několik případů onemocnění akutní pankreatitidou v rodině a okolí.

Při vypracování jsme čerpali jak z odborné literatury, dokumentace pacienta a praxe v nemocnici.

Cílem práce je seznámit čtenáře s diagnózou, ošetrovatelským procesem u pacientů s akutní pankreatitidou a ošetrovatelskou péčí, která je prováděna u takto nemocných osob.

Práce je určena pro studenty oboru všeobecná sestra, může být zároveň jako doplňkový materiál do předmětu interní, chirurgická a gastroenterologické péče o pacienty s akutní pankreatitidou. Dále je určena pro všechny zdravotní sestry, které si chtějí rozšířit informace o tomto onemocnění.

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD., RS. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Východiska sledované problematiky.....	13
1.1 Historie.....	13
2 Klasifikace akutní pankreatitidy.....	15
2.1 Etiologie a patogeneza.....	15
2.2 Klinický obraz.....	16
2.2.1 Bolest jako nejzávažnější subjektivní příznak pro člověka.....	16
2.3 Epidemiologie.....	17
3 Příčiny akutní pankreatitidy.....	18
4 Diagnostika akutní pankreatitidy.....	21
4.1 Laboratorní vyšetření.....	21
4.2 Zobrazovací metody.....	23
5 Terapie akutní pankreatitidy.....	25
5.1 Konzervativní terapie.....	25
5.2 Chirurgická terapie.....	29
6 Ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
7 Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou.....	34
8 Hodnocení ošetrovatelské péče.....	58
ZÁVĚR.....	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	60
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	
PŘÍLOHY	

Seznam použitých zkratek a symbolů

ALT.....	.....jaterní enzym
AP.....	.....akutní pankreatitida
ARDS.....	.....syndrom akutní respirační tísně
ARO.....	.....anesteziologicko – resuscitační oddělení
AST.....	.....jaterní enzym
CNS.....	.....centrální nervová soustava
CRP.....	.....C – reaktivní protein
CT.....	.....počítačová tomografie
ELISA.....	.....z angl. Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay
ERCP.....	.....endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
GMT.....	.....jaterní enzym
HIV.....	.....z angl. Human Immunodeficiency Virus, virus lidské imunitní nedostatečnosti
JIP.....	.....jednotka intenzivní péče
MR.....	.....magnetická rezonance
MRCP.....	.....MR – cholangiopankreatikografie
Obj.....	.....objektivně
př. n. l.....	.....před našim letopočtem
RIA.....	.....radioimunoanalýza
SIRS.....	.....angl. zkr. systémová zánětová odpověď organismu
Subj.....	.....subjektivně
USG.....	.....ultrasonografie

Seznam použitých odborných výrazů

Absces.....	dutina vyplněná hnisem
Alterace.....	změna
Aminotransferáza.....	jaterní enzymy, které svým zvýšením charakterizují poškození jater
Amyláza.....	enzym štěpící škroby na jednodušší cukry
Ascites.....	chorobné nahromadění tekutiny v břišní dutině
Autopsie.....	pitva pro studijní účel
Bilance.....	celkový přehled
Biliární.....	žlučový
C – reaktivní protein.....	je protein akutní fáze zánětu tvořený v játrech u různých zánětlivých chorob
Defensiva.....	obrana, odražení útoku.
Dilatace.....	rozšíření
Disrupce.....	roztržení, postižení a zánik orgánu
Eliminace.....	vyloučení
Etologie.....	nauka o chování živočichů a člověka
Etylalkohol.....	etanol, nejjednodušší alkohol, líh
Exacerbase.....	zhoršení nebo nové vzplanutí nemoci
Exokrinní.....	týkající se žláz se samostatným vývodem na povrch těla nebo do některého orgánu
Extracelulární.....	nacházející se mimo buňku
Exudát.....	výpotek, hlen, hnis
Hematokrit.....	je podíl erytrocytů na celkovém objemu krve
Hemodiluce.....	zředění krve zvýšením objemu tekutiny v cévách
Hemodynamika.....	studium vlivu fyzikálních vlastností krve a cév na tlak krve a její proudění cévami
Hemokoncentrace.....	zahuštění krve, které vzniká v důsledku dehydratace organismu
Hydrothorax.....	nahromadění tekutiny v hrudní dutině
Hypermetabolismus.....	zvýšená látková přeměna v živých tkáních

Hypertriglyceridemie.....	zvýšená hladina lipoproteinů
Hypotenze.....	snížení krevního tlaku
Hypovolemie.....	snížení množství krve
Hypoxie.....	snížení obsahu kyslíku v tkáních
Cholangitida.....	zánět žlučových cest, zejména intrahepatálních
Cholecystolitiáza.....	přítomnost žlučových kamenů ve žlučníku
Choledocholitiáza.....	přítomnost žluč. kamenů v žlučovém vývodu choledochu.
Ikterus.....	žluté zbarvení kůže a sliznic
Interdisciplinární.....	mezioborový
Intermitentně.....	střídavě
Intracelulární.....	uvnitř buňky
Intraperitoneální.....	v dutině břišní
Intravaskulární.....	přítomný uvnitř cév
Izokorie.....	stejná velikost zornic u obou očí
Izovolemie.....	stálý objem tělní tekutiny
Kalcium.....	vápník
Katabolismus.....	vede ke vzniku jednodušších látek z látek složitějších
Komorbidity.....	současný výskyt více nemocí
Leukocytóza.....	chorobné zmnožení bílých krvinek
Lipoprotein.....	jsou proteiny s navázanými lipidy jejichž funkcí je transport ve vodě nerozpustných lipidů vodním prostředím krve.
m. sphincter Oddi.....	sfinkter uzavírající společné vyústění žlučového a pankreatického vývodu do dvanáctníku duodena
Malabsorpce.....	porucha vstřebávání živin
Mentální deteriorace.....	rozpad osobnosti
Mikrocirkulace.....	oběh tekutiny (krve, tkáňové tekutiny, lymfy) na úrovni jednotlivých tkání, nezbytný pro správnou výživu buněk
Mikrolitiáza.....	tvorba krystalků
Multidisciplinární.....	spolupráce více vědních oborů při realizaci odborné a vědecko výzkumné činnosti

Nekróza.....	odumření tkáně nebo orgánu v živém organismu
O ₂	kyslík
Obstrukce.....	neprůchodnost
Oxygenace.....	okysličení
PaO ₂	parciální tlak kyslíku v tepenné arteriální krvi
Paralytický.....	ileus ochrnutí střevní motility
Perforace.....	protržení
Perfúze.....	průtok tekutiny určitým prostředím, např. krve játry, ledvinami, plícemi.
Peripankreatický.....	ležící v okolí slinivky břišní
Pseudocysta.....	také nepravá cysta, dutý útvar v měkkých tkáních, který na rozdíl od cysty neobsahuje epitel
Realimentace.....	obnovení výživy
Rekurence.....	opětovný výskyt
Retroperitoneální.....	je štěrbinovitý prostor za peritoneální dutinou.
Sepse.....	otrava krve
Tachykardie.....	zrychlená srdeční činnost
Tapotement.....	poklep, součást fyzikálního vyšetření
Viskozita.....	vazkost, přilnavost

Úvod

Akutní pankreatitida (AP), nebo – li akutní zánětlivé onemocnění slinivky břišní, představuje i pro dnešní moderní dobu velký terapeutický problém. Incidence toho onemocnění stále stoupá, zejména v důsledku vysokého spotřebu alkoholických nápojů a špatných stravovacích návyků.

Teoretická část se zabývá historií, klasifikací, příčinami, diagnostikou a terapií. Zaměřujeme se zde hlavně na terapeutickou část, která dává přednost zejména konzervativní terapii. Chirurgická terapie je současným klinickým problémem, co se týká indikace a načasování. Zvlášť se zde věnujeme bolesti, která zde hraje prvotní klinický příznak.

Praktická část se věnuje ošetrovatelskému procesu, zahrnující anamnézu, léčbě konkrétního pacienta, sestavení ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče.

Cíl této práce je zaměřen na zhodnocení celkového stavu pacienta, následně zlepšení jeho stavu a uspokojení jeho potřeb.

Zdrojem informací nám je odborná literatura, dokumentace, zdravotnický personál a samotný rozhovor s pacientem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Východiska sledované problematiky

1.1 Historie

Dějiny objevů v pankreatologii, jako dějiny vůbec, jsou podivuhodné. Žádný jiný významný orgán neunikal tak dlouho podrobnému prozkoumání. Už samotný název prodělal řadu změn, jak břišní či žaludeční žláza nebo malý žaludek. V řečtině znamená slovo pan – kreas cosi jako vše tělesné, také to bylo možné přeložit jako krásná dřevina. Není známo, jestli Hippokrates, zakladatel medicíny znal slovo pankreas, toto slovo však z jeho doby pochází. Co se týká objevů anatomie, fyziologie a patologie existovalo mnoho spekulací.

Kostka (2006, s. 15) uvádí, že v Babylóně roku 323 př. n. l. ve věku 33 let zemřel největší vládce tehdejšího světa Alexandr Veliký. Spekulací o jeho smrti bylo několik. Patřily mezi ně např. jed, malárie, pneumonie, infekční hepatitida, sebevražda, ale také právě akutní pankreatitida. Onemocnění začalo po konzumaci velkého množství alkoholu a opulentního jídla a projevovalo se náhlými břišními bolestmi, teplotou, horečkou, slabostí a profúzním pocením. Od 4. dne postupovalo mentální deteriorací, která přešla v kóma, dechové selhání a 14. den skončilo smrtí. O pankreatu a jeho onemocnění panovaly ve středověku pouze spekulativní představy.

První anatomické popisky pankreatu přisuzuje Špičák (2005, s. 15) Herophilovi a Erasistratosovi 3 století př. n. l. Jako první zobrazil pankreas podle Kostky (2006, s. 16 - 17) římský císař, lékař Bartolomeo Eustachio. Jeho anatomický atlas se dočkal publikace až 150 let po jeho smrti. Ze zobrazení je z hlediska pozdějších poznatků ovšem patrné, že jde o pankreas psa. Roku 1642 popsal Johann Georg Wirsung ductus pancreaticus maior. Později roku 1775 Reinier de Graff spolu s Giovanni Domenico Santorini ductus pancreaticus minor. Kromě toho popsali společné vyústění žlučových cest a pankreatického vývodu. Označení žlázy jako pankreas bylo zavedeno do literatury až v roce 1796 Samuelem Thomasem Soemmeringem, frankfurtským lékařem.

Počátkem 19. století byly první pokusy o dělení akutní pankreatitidy. Kostka (2006, s. 18 - 19) uvádí klasifikace Christina Friedricha Harlesse z roku 1812, která připomíná o 150 let pozdější marseilleskou klasifikaci.

Harless rozdělil pankreatitidy na akutní, subakutní a chronickou. Mezi příznaky akutní a subakutní zařadil prudkou žízeň, teploty s večerními exacerbacemi a zástavu pasáže stolice. Tato forma může přecházet v hnisání a absces. Mezi příznaky chronické pankreatitidy zařadil tlak v oblasti žaludku, bolesti zad zhoršující se po jídle, nechutenství až odporem k jídlu, sklonem ke zvracení a průjmům. Paul Langerhans v roce 1869 popsal nakupené kulaté buňky, které byly po něm nazvány Langerhansovy ostrůvky. Koncem 19. století začíná nárůst poznatku, kdy v roce 1890 zjistily, že po totální pankreatektomii vznikne diabetes mellitus. V anglicky mluvících zemích je za průkopníka bádání o pankreatu považován Reginald Huber Fitz, který rozlišil 3 základní typy akutní pankreatitidy na: formu hemoragickou, supurativní a gangrenózní. Dochází zde také k rozvoji chirurgie pankreatu. Roku 1901 William Stewart Halstead, známý americký chirurg upozornil na význam zaklíněného žlučového kamenu na Valterově papile a retrográdní odtok žluči do ductus pancreaticus maior.

I české dějiny týkající se objevů pankreatologie mají co nabídnout. Za otce české pankreatologie můžeme označit Karla Herforta, zakladatele a přednostu až legendárního Interního oddělení Fakultní polikliniky dnešní Všeobecné fakultní nemocnice na Karlově náměstí. Herfort byl jedním ze zakladatelů Evropského pankreatitického klubu. Navrhl klasifikaci chorob pankreatu, vytvořil interdisciplinární tým a vypracoval nové diagnostické a léčebné postupy. Jeho žákem byl Přemysl Frič, který byl také nástupcem profesora Herforta ve funkci i oboru. Přemysl Frič dobudoval a moderně vybavil Interní oddělení VFN na Karlově náměstí. Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie zde byla zavedena již v roce 1971 a velmi časně se zde prováděly sonografie a komplexní diagnostika malaabsorpčního syndromu. Mezi ostatní chirurgy zabývající se pankreatologií patří např. Vladimír Vojtíšek, Jan Šváb, Jan Leffler, Marie Pešková aj.

Všechny tyto práce a mnohé další položily základ rozvoji pankreatitické chirurgie ve 20. století. Od spekulací o smrti Alexandra Velikého až po exaktně přesné popisy dnešní doby se klene mozaika postupného poznávání pankreatu a jeho chorob (Kostka, 2006, s 19 - 21; Špičák, 2005, s. 22).

2 Klasifikace akutní pankreatitidy

2.1 Etiologie a patogeneze

Akutní pankreatitida je zánětlivé onemocnění, které postihuje různým stupněm změn morfologii, vývoj a poruchu četných funkcí pankreatu, případně selháním řadu dalších orgánů (Zazula, 2005). Patofyziologický děj spočívá v předčasné aktivaci trávicích enzymů způsobující samonatrávení pankreatu. Jejich aktivace spočívá např. ve zvýšeném tlaku v pankreatickém vývodu a duodenopankreatickém reflexu, přímý vliv etylalkoholu a některých farmak nebo intracelulární aktivace enzymů (Zazuly, Wohla, 2005) a (Adamse, Harolda, 2000). Přesné vysvětlení dějů předčasné aktivace není ale podle Zazuly, Wohla (2005) dosud známa.

Jde relativně o časté onemocnění, které se i přes využití možností moderní medicíny vyznačuje stále poměrně vysokou mortalitou. Pro AP je charakteristická nepředvídatelnost, kdy i lehký průběh se může zejména při podcenění změnit v kritický stav. Neexistuje nezávažná pankreatitida. Každá prokázaná pankreatitida musí být od prvopočátku po stanovení diagnózy léčena intenzivně a bez prodlení. [cit. 2010-11-03]. Dostupné z WWW: <http://edukafarm.cz/clanek_tisk.php?id=226>.

Vyznačuje se významnou úmrtností (10 – 50 %), zpravidla má náhlý a krátký průběh, kdy během několika dnů nastává buď uzdravení či smrt. Může odeznít, bez trvalých orgánových poškození. Také může ale přejít do chronické pankreatitidy (Adams, Harold, 2000, s. 298).

Akutní pankreatitidu dělíme, jak se můžeme dočíst v publikaci Zazuly et al. (2005, s. 200) a Kostky (2005, s. 53) dnes nejčastěji používanou, Atlantskou klasifikací, z roku 1992. Zde se dělí AP na lehkou a těžkou formu. Shodlo se na ní 40 mezinárodních autorit z 15 zemí, 6 lékařských disciplín z odvětví anatomie, patologie, gastroenterologie, vnitřního lékařství, chirurgie a radiologie. Tato klasifikace představovala zásadní zlom. Byla první, klinicky použitelnou pro všechny. Umožňuje stanovit diagnózu AP během jednoho až dvou dnů, srovnávat interinstitucionální data a poskytuje konsenzus v terminologii. Stále používanou, uvádí Zazula et al. (2005, s. 200) klasifikaci Begerovou, nebo – li Ulmskou z roku 1985. Ostatní jako např. marseillská klasifikace jsou již minulostí.

Rozdělení klinického průběhu podle Navrátila (2008, s. 278) a Lukáše (2005, s. 121)

- a) Lehkou formu (edematózní, intersticiální), která se vyskytuje v 80 % případů. Ve většině případů se vyznačuje lehkým průběhem, dobře odpovídající na konzervativní léčbu. Je provázena minimální orgánovou dysfunkcí a ve většině případů dochází k plné funkční reparaci pankreatu.
- b) Těžkou formou (nekrotizující), která se vyskytuje ve 20 % případů. Vyznačuje se těžkým komplikujícím klinickým průběhem. Dochází zde k multiorgánovému selhání se vznikem k lokální komplikaci (nekróza, absces, akutní pseudocysta). Vyžaduje mnohatýdenní – až mnohaměsíční hospitalizaci na JIP. Zde se mortalita pohybuje v rozmezí 10 – 30 %.

2.2 Klinický obraz

Akutní pankreatitidu řadí Kostka (2006) do zánětlivých náhlých příhod břišních nebo jsou si hlavní příznaky podobné. Nemocný přichází k lékaři v různém časovém odstupu a tím jsou limitovány naše terapeutické snahy.

Adams, Harold (2000), Lukáš a kol. (2005) sem zahrnují: náhle vzniklou bolest v levém horním břišním kvadrantu, vyzařující dozadu do oblasti páteře a levé lopatky; tuhost břicha z ochranného stažení břišních svalů; bolestivost při rychlém povolení tlaku na břišní stěnu; nauzea; zvracení i bez úlevy; nedostatečný odchod plynů při paralytickém ileu; teploty v úvodu nebývají vysoké, jejich zvýšení signalizuje infekční komplikace; ARDS, někdy je přítomen ascites a hydrothorax spojený se zhoršeným dýcháním; ikterus při obstrukci žlučových cest. V těžkých případech je nemocný celkově alterován, zarudlý v obličeji, na břicho mohou být příznaky peritoneálního dráždění a příznaky zpomalené peristaltiky. V nejtěžších případech se rozvíjí šokový stav s hypotenzí, tachykardií, bledost a pocení. V podkoží se mohou objevit fialové skvrny, oblasti třísel nazývané Turnerovo znamení a kolem pupku Cullenovo znamení (Tabulka 1 – Nejčastější příznaky u akutní pankreatitidy, viz. příloha).

2.2.1 Bolest jako nejzávažnější subjektivní příznak pro člověka

Podle mezinárodní asociace pro studium bolesti je „ bolest velmi nepříjemná senzorická a emociální zkušenost, která souvisí se skutečným nebo potenciálním poškozením tkání nebo je popisována ve smyslu takového poškození“ (Boroňová, 2010, s. 148). Jedná se o nepříjemný subjektivní pocit, prožívá ho člověk sám a jeho intenzitu nemůže nikomu sdělit. Právě bolest přivádí většinou pacienta k lékaři a lékaře

k diagnóze. Při hodnocení pacienta musí sestra získat anamnézu bolesti, provést fyzikální vyšetření a to vše se zaměřením na fyziologické a etologické pacientovi odpovědi na bolest (Boroňová, 2010).

U akutní pankreatitidy je bolest základním a vedoucím objektivním příznakem, který začíná obvykle několik hodin po působení základního etiologického faktoru, což je v tomto případě v našich civilizačních podmínkách nejčastěji alkohol a cholelitiáza. Má obvykle náhlý začátek, ale nikoli zcela nenadálý. Intenzita stále stoupá a vrcholu dosahuje za 30-60 min. Potom má trvalý charakter, přetrvává hodiny až dny. Zasahuje v oblasti epigastria a kolem pupku, kde ke zhoršení dochází v poloze na zádech a až v 50 % zasahuje pásovitě podél žeberních oblouků do zad. Nemocní zaujmají v těchto případech úlevovou polohu tzv. klečícího mohamedána na všech čtyřech. Při biliární pankreatitidě pociťuje pacient bolest více vpravo až pod žeberní oblouk. Bolest u těžké formy je mnohdy zcela zničující a spolu s bolestmi při ischemii střeva je považována za nejtěžší ze všech bolestí, které doprovází onemocnění břišních orgánů. K zesílení také dochází při konzumaci jídla a alkoholu (Kostka, 2006, s. 59; Lukáš a kol., 2005) (Hodnocení bolesti – obrázek č. 1, 2 viz. příloha).

2.3 Epidemiologie

Údaje o výskytu AP charakterizuje velká geografická a časová variabilita. Příčin tohoto onemocnění je celá řada. Skutečné rozdíly jsou ve výskytu choroby, podmíněné etiologickými faktory, jiné změny v diagnostice, klasifikaci a způsobů sběrů dat. V jednotlivých světových oblastech se také velice liší spotřeba alkoholu a výskyt cholelitiázy. Diagnostika AP se v posledních 10–15 letech výrazně zlepšila, kvalita je však regionálně různá. Souvisí to hlavně se špatným životním stylem. Jedná se právě o vysokou spotřebu alkoholu, dále pak vysoká spotřeba kalorické potravy s velkým obsahem živočišných tuků. Výskyt nových případů AP za rok v zemích Evropy a severní Ameriky se udává mezi 10 – 23 novými případy na 100 000 obyvatel. V České republice relevantní údaje chybí. V letech 1992 – 1993 byly nashromážděny údaje ze 3 pražských chirurgických klinik. Zde bylo hospitalizováno v tomto období 111 nemocných s AP, z nichž bylo 41 biliární, 30 alkoholické a 40 jiné etiologie. V následném období, do roku 1996, bylo opět nashromážděno několik - set dat, konkrétně od 560 nemocných, ze 4 chirurgických klinik. Z nichž bylo 40 % biliární, 44,6 % idiopatické, 9,1 % alkoholické a 6,3 % jiné etiologie (Špičák, 2005, s. 70).

3 Příčiny akutní pankreatitidy

Pankreatitida, jak říká Zadák (2003) má mnoho příčin, které ovlivňují celkový obraz i průběh onemocnění. Je tedy nutné tomuto onemocnění od počátku věnovat pozornost objasnění etiopatogenetickému mechanismu.

Podle Klenera et al. (2002, s. 252), Zazuly a Wohla (2005, s. 148) mezi nejčastější příčiny můžeme zařadit:

- cholelitiáza 50 – 60 %
- alkohol 20 – 40 %
- idiopatická AP 10 – 30 %

Dále uvádí: hypertriglyceridemie; léky – azathioprin, diuretika, estrogeny, cytostatika aj.; anomálie pankreatu – pankreas divisum, cysta duodena; peptický vřed s penetrací do duodena; infekce – bakteriální, virová, paraziti; ampulom a jiné nádory vaterské papily; hyperkalcemie; iatrogenní poškození; hereditární.

U dětí může být vznik AP spojen s poraněním dutiny břišní, jedná se především o tupá poranění, např. pád na řídítka jízdního kola, na hůlku od lyží, kdy může dojít až k disrupci žlázy, ale ne až k přerušení pankreatického vývodu (Lukáš, 2005).

Sám také věk a komorbidita jsou negativním pro průběh nemoci. Zbylé příčiny zahrnují infekce (např. příušnice a spálu) ale může být součástí i infekce HIV a některá endokrinní onemocnění (Adams, Harold, 2000).

Nesmíme opomenout správný životní styl, kde je rizikovým faktorem obezita. Jak se můžeme dočíst v publikaci Skipwortha a Pereira (2008) tak obezita nepříznivě ovlivňuje AP, i když patogenní mechanismy nebyly stále zatím dostatečně objasněny.

Cholelitiáza

Kostka (2006, s. 28) hovoří o cholelitiáze jako nejčastější vyvolávající příčinu AP. Souvisí s přítomností kamenů, které obvykle nacházíme ve žlučníku nebo žlučových cestách. Mezi rizikové faktory patří počet kamenů, jejich velikost, ale také anatomické poměry, zejména jeho šířka. Ženy převažují v poměru 3:1, věk nemocných se obvykle udává mezi 40 – 70 rokem. Prevencí vzniku je včasná cholecystektomie a vyléčení žlučových cest.

Alkohol

Nepochybně poškozuje pankreas a je nejčastější příčinou chronické pankreatitidy. Při hodnocení vlivu zde Špičák (2005) zvažuje určité metodické faktory, které mohou být příčinou rozporných faktorů. Těmi jsou např. různá pokusná zvířata, člověk či druh alkoholu a jeho způsob podání. Hranice mezi ohrožující a bezpečnou konzumací alkoholu není dána. Jde patrně o multifaktoriální onemocnění s variabilním genetickým pozadím, které by mohlo vysvětlit geografické nebo interindividuální rozdíly charakteru alkoholismu a průběhu onemocnění. Podle Zazuly (2006) alkoholická pankreatitida je důsledkem mnohaletého abúzu, který postihuje častěji muže mladšího a středního věku. Kostka (2006, s. 30) ve své publikaci uvádí, že denní příjem kolem 60 g alkoholu po dobu více než 10 let navodí alkoholickou pankreatitidu ve 20 – 30 %.

Idiopatická akutní pankreatitida

Rodomil Kostka (2006) sem řadí všechny případy, u nichž nebyla příčina ani podrobným vyšetřením zjištěna. Můžeme tedy soudit, že jde o nesourodou skupinu, kde záleží na tom, jaká vyšetřovací metoda bude při pátrání po příčině AP použita. Vyšetřením odhalíme zpravidla žlučové bláto nebo mikrolitiázu.

Pooperační pankreatitida

Dle Špičáka (2005) a Kostky (2006) jde o závažnou komplikaci operačních výkonů. Nejčastěji postihuje orgány dutiny břišní, ale také se vyskytuje vzácně v pooperačním období na vzdálených orgánech, tedy anatomicky nesouvisející s pankreatem. Je také definována jako abdominální bolest v pooperačním období, s nejméně dvojnásobným zvýšením amylázy v séru. Jelikož jsou abdominální bolesti součástí i nekomplikovaného pooperačního průběhu, tak je její diagnostika velice obtížná. Tato pankreatitida souvisí nejčastěji s biliopankreatickými, žaludečními či kardiálními operacemi.

Potraumatická pankreatitida

Jak uvádí Kostka (2006), tak tato pankreatitida vzniká při úrazech břicha, to má za následek zhmoždění žlázy. Máme různé stupně poškození, dle intenzity úrazového mechanismu. Od edematózních forem přes středně těžké zhmoždění s hemoragiemi a exudátem až k těžkým nekrózám. Dle Špičáka (2005) poranění může vzniknout např. tupým mechanickým poškozením, ke kterým dochází při automobilových nehodách, právě díky kompresím proti páteři, dále také pádem z kola apod.

Iatrogenní akutní pankreatitida

Tato skupina tvoří zvláštní jednotku, vznikající po vyšetření, např. biopsii či invazivních endoskopických vyšetření. Těmi jsou především ERCP/ EPT. Jejich četnost udává Kostka (2006, s. 34) do 5 %.

Hereditární pankreatitida

Představuje relativně vzácné dědičné dominantní onemocnění, charakterizované epizodami AP od dětství. První příznaky se vyskytují v 10 a 14 letech. Téměř u 40 % nemocných se rozvine exokrinní pankreatická insuficience a polovina pacientů onemocní cukrovkou. U některých nemocných se vyskytují akutní či rekurentní ataky, projevující se jako těžká nekrotizující pankreatitida. U jiných pacientů může mít naopak průběh pozvolný, charakteristický pro chronickou pankreatitidu. Zde si nemocní stěžují na často na bolest, ke které se může přidat průjem, steatorea, malabsorpce apod. Můžeme se ale setkat i komplikacemi, jako je pseudocysta, či dilatace pankreatických vývodů apod (Kostka, 2006; Špičák, 2005, s. 64).

4 Diagnostika akutní pankreatitidy

Diagnostika AP během posledních dvou desetiletí zaznamenala značný pokrok. Projevuje se pestrým klinickým obrazem. Podle Zazuly, Wohla (2005, s. 148) a Juliuse Špičáka (2005) vychází diagnostika z anamnézy, klinického obrazu, laboratorních a zobrazovacích metod, které mají zásadní význam. Cílem je určit závažnost a etiologii onemocnění a následný terapeutický postup. Toto onemocnění by mělo být s atakou AP stanoveno během 48 hodin.

V drtivé většině případů, vzniká podezření na AP při prudké abdominální bolesti. Zde je ale třeba se pozastavit a vzpomenout několik autoptických studií, u nichž bylo prokázáno, že u více než 40 % nemocných zemřelých v důsledku AP nebyla před smrtí stanovena správná diagnóza a pouze přibližně u 10 % z nich byla bolest.

Při rozboru celkového klinického obrazu věnujeme pozornost typickým vlastnostem. U starších žen je nejčastější příčinou AP cholelitiáza, kde ale u většiny případů biliární kolika pankreatitidu nepředchází. U mladších mužů je to alkohol, kdy k manifestaci pankreatitidy dochází obvykle s odstupem 12 – 72 od pijáckého excessu. Opakované ataky AP mívají spíše mírnější průběh. U operovaných nemocných vede k podezření na pooperační pankreatitidu. U dětí v naší civilizační oblasti jsou nečastější příčinou infekce, vrozená anomálie a tupé abdominální trauma (Špičák, 2005, s. 155).

„Stanovení správné diagnózy je obvykle založeno na následujících klíčových postupech: získání podrobné anamnézy a pečlivé provedení fyzikálního vyšetření, provedení nativního rentgenu k vyloučení perforace žaludku či střeva, vyšetření amyláz nebo lipáz“ (Špičák, 2005, s. 155).

4.1 Laboratorní vyšetření

Kostka (2006) ve své publikaci uvádí, že jsou to takové vyšetření, které s vysokou pravděpodobností AP potvrdí nebo vyloučí. Z praktického hlediska má zde stále zásadní význam pouze vyšetření sérové amylázy a lipázy, doplněné vyšetřením amylázy v moči. Tato vyšetření jsou jednoduchá, rychlá a levná. Dražší metody, dle Špičáka (2005) jako jsou RIA nebo ELISA se používají jen ve speciálních situacích.

V diagnostice AP mají zásadní význam dle Kostky (2006, s. 63 - 67) Zazuly a Wohla (2005, s. 149) a Zazuly et al. (2005) tyto laboratorní nálezy:

- **Amyláza** - v séru a v moči je základním markerem AP, který nemusí souviset s její tíží a prognózou nemocného. Sérová amyláza existuje ve dvou formách, jako pankreatická izoamyláza (40%) a slinná izoamyláza (60%). Samotný nález hyperamylázemie neznamena ještě AP, stejně jako její absence AP nevylučuje.
- **Lipáza** - je specifitější než amyláza. Nevylučuje se močí. Výhoda stanovení lipázy spočívá v déletrvajícím elevaci. Patognomické je dvojnásobné zvýšení nad normální hladinu. Aktivitu lipázy také nalzáme v řadě dalších tkání, jako např. jazyk, jícen, žaludek, játra, střevo, plíce, tuk či mléko.
- **Poruchy kalcemie** – mohou být na obě strany. Hyperkalcemie může být příčinou vzniku a hypokalcemie je poté spíše prognostickým ukazatelem.
- **Jaterní testy** - vyšetření sérové hladiny bilirubinu, ALT, AST, ALP a GMT patří k základním vyšetření při podezření na AP. Hodnoty testů jsou pravidelně nad horní hranici normy a pro vlastní diagnózu AP mají význam pouze pomocný. Příčinou jsou například obstrukce žlučových cest, nebo jde o poškození jaterní buňky jako reakce na probíhající těžký zánět nebo také hypoxii.
- **Glykémie** - u AP často kolísá, ale málokdy je porucha glykoregulace trvalého charakteru, nebo k udržení normální glykémie stačí 10 % zachované funkční endokrinní tkáně. Těžší poruchy se mohou vyskytnout například u rozsáhlých nekrotizací pankreatu, ale ty jsou ovšem dosti vzácné. Na kolísání glykémie, kde je častěji pozorována hyperglykémie, se podílejí spíše cirkulační a hormonální změny a reakce při stresu.
- **CRP** - v diagnostice AP se užívá už řadu let. Ve většině prací je ceněn pro svou rychlost, jednoduchost a levnost laboratorního stanovení. Hraniční hodnota se podle jednotlivých studií liší. Podle Hoskovce, Varga a spol. (2003, s. 265) je toto vyšetření třeba opakovat, nebo vysoká hladina v počátečních hodinách hospitalizace nemusí predikovat těžkou formu AP, stejně jako nízká hodnota v prvních 48 hodinách nezaručuje, že jde jen o lehkou formu AP.
- **Krevní obraz s diferenciálním rozpočtem, leukocytóza**
- **Krevní plyny** – jsou významné tam, kde se klinicky rozvíjí obraz dechové tísně a rozhoduje se o umělé plicní ventilaci. Odběr je vždy arteriální.

4.2 Zobrazovací metody

Julius Špičák (2005) ve své publikaci hovoří o důležité součásti diagnostiky u AP, které umožňují např. zobrazení anatomii pankreatu, absces či cystoidu, kolekci tekutin, pankreatitické nekrózy, určení biliární etiologie a možnost tkáňových odběrů případně doplnění terapeutickou intervencí. Tyto metody se dnes běžně používají ve všech ať velkých, tak malých pracovištích a jejich význam je nedocenitelný.

V diagnostice AP mají zásadní význam dle Špičáka (2005) a Kostky (2006) tyto zobrazovací metody:

- **Nativní snímek břicha a hrudníku-** je to vstupní vyšetření. Mělo by být provedeno u každého nemocného s podezřením na AP. Nálezy jako tzv. sentinelová klička, neboli – li plynem naplněná klička duodena v důsledku obstrukce zvětšenou hlavou pankreatu je pro diagnózu AP zcela specifická. Také se provádí k vyloučení perforace trávicí trubice. Dalším nálezem může být cholelitiáza.
- **USG-** je základním zobrazovacím vyšetřením. Abdominální USG žlučníku, jater a pankreatu jsou zcela neinvazivní. Spočívá v rozpoznání cholecystolitiázy. V pankreatu posuzujeme plynou náplň ve střevních kličkách. Díky plynatosti je ale oblast nepřehledná. Od počátku onemocnění dobře zobrazí kolekci tekutin, dále také cystoidy a abscesy. Lze ji využít k odběrům vzorků nekrotické tkáně a tekutin na mikrobiální vyšetření. V diagnostice biliární pankreatitidy odhalí kámen ve žlučníku a společném žlučovodu.
- **CT-** má nepochybně největší význam ze všech zobrazovacích metod. Zásadní význam má v časné fázi pro potvrzení diagnózy, dále pak v pokročilejší fázi pro průkaz pankreatitické nekrózy a v poslední fázi slouží k průkazu lokálních komplikací, jako jsou pseudocysta a absces. Pro průkaz pankreatitické nekrózy se provádí vyšetření s i. v. aplikací kontrastní látky, tzv. dynamické CT. Také slouží ke klasifikaci nemoci určení tíži a dalšího průběhu onemocnění. Nevýhodou vyšetření jsou vysoké náklady, mnohde ještě špatná dostupnost a RTG radiace.

- **ERCP-** je indikováno při podezření na akutní biliární pankreatitidu. V praxi se jedná o laboratorní známky obstrukce, dilatace žlučových cest podle břišní USG, cholecystolitiázu, choledocholitiázu a akutní cholangitidu, podezření na vrozenou anomálii – pancreas divisum. ERCP má být při AP indukován uvážlivě a zkušeným endoskopistou. V indikovaných případech je současně i terapeutickou metodou. Při tomto invazivním vyšetření může dojít k různým komplikacím a to ke krvácení, perforaci, infekci či pankreatidě.
- **MRCP-** jedná se o novější neinvazivní vyšetření, které podá informace o biliárním systému.

V diagnostice nesmí chybět ani multifaktoriální skóre. Je velice rozšířené a jeho užití sahá podle Špičáka (2005, s. 160) až do předcházejícího desetiletí. Mezi nejznámější a v klinické praxi nejvíce užívané řadí Klener et al. (2002), Zazula a Wohl (2005) Ransonova kriteria (Tabulka č. 2, viz., příloha) a od nich odvozené Glasgowské skóre (Tabulka č. 3, viz., příloha). Další skóre APACHE bylo vyvinuto za účelem hodnocení a monitorování kriticky nemocných. Špičák (2005, s. 161) uvádí rok 1985, kdy je vyvinut APACHE II. Tento skórovací systém byl vyvinut za účelem hodnocení a monitorování kriticky nemocných. Skládá se z aktuální fyziologie – teplota, puls, tlak, dech, stav vědomí, krevní plyny, elektrolyty, hematokrit, kreatinin. Dalšími ovlivňujícími kritérii jsou věk a chronické zdravotní problémy. Nevýhodou je podle Kostky (2005) poměrná složitost při vyplňování. Naopak výhodou proti Ransonovým kritériím je možnost získání údajů ihned po přijetí a kdykoli v dalším průběhu nemoci. Žádný z těchto skórovacích systémů nespĺňují dle Švába (2007) posouzení okamžitého stavu onemocnění a jeho průběhu.

5 Terapie akutní pankreatitidy

Akutní pankreatitida, jak hovoří Julius Špičák (2005) je rychle se rozvíjející onemocnění. Je charakteristické pestrými etiologií a variabilním průběhem. Podrobná znalost problematiky je základem terapeutického úspěchu. Je nutno poznamenat, podle Romana Zazuly et al. (2005), že léčebný přístup je vždy velice individuální. Věk, komorbidity, aktuální stav, etiologie AP, to vše ovlivňuje stav nemocného.

Jde o velice závažné onemocnění, vyžadující dlouhodobou hospitalizaci. Léčba je velice náročná a prognóza i přes všech dosažený pokrok značně nejistá (Salačová E., Tlášková J. 2006).

Mezi základní principy léčby AP zahrnuje Dítě et al. (2005) hospitalizaci se stálým monitorováním, pravidelným kontrolováním klinického stavu, léčba bolesti, příslušné nutriční opatření, bilanční léčbu poruch minerálního a vodního metabolismu, dostatečný přívod tekutin, nazogastričnou sondu, antibiotickou profylaxi infekčních komplikací, chirurgickou léčbu nekrotizující pankreatitidy a léčbu lokálních komplikací.

5.1 Konzervativní terapie

Při každé potvrzené AP jak říká Šváb (2007) je indikován konzervativní přístup. Kostka (2006, s. 91) uvádí, že AP nemá žádný jednotný klinický ani morfoloický obraz a proto také neexistuje žádný spolehlivý léčebný postup, který by změnil průběh AP. Jedinou výjimkou, jak sám uvádí je ERCP/EPT vyšetření při obstrukci papily konkrementem při biliární pankreatitidě. Také je třeba si uvědomit, že nemocný přichází na interní či chirurgické oddělení v různém časovém odstupu a tím jsou limitovány naše terapeutické snahy. Bývá to několik hodin až několik dnů. Obvykle přichází až ve druhé fázi zánětu, nebo – li extracelulární. Zatímco první fáze, nebo – li intracelulární už proběhla. Naše terapeutické úsilí je tedy zaměřeno na druhou fázi, tedy na zmírnění poškození pankreatu, zabránění vzdáleným komplikací, především selhávání vzdálených orgánů a synapsí.

Terapie lehké akutní pankreatitidy

V publikaci Kostky (2006, s. 92) se můžeme dočíst, že lehká forma AP probíhá klinicky lehce už od samotného začátku, obvykle nevyžadují intenzivní péči. Většina nemocných je oběhově stabilní, ale i tak je nutné od samotného začátku sledovat kardiovaskulární systém. Uzdravení probíhá nekomplikovaně v průběhu několika dnů. Léčba bývá většinou pouze podpůrná, ale je nutné od samého začátku vědět, zda bude onemocnění probíhat příznivě, což je většinou zřejmé během prvních 48 hodin na základě anamnézy, vstupního fyzikálního vyšetření, stupně bolesti, teploty, zvracení a z výsledku zobrazovacích metod a skórovacích systémů – Ransonovo, APACHEA, CRP a ost.

Nemocní jsou většinou hospitalizováni na standartním interním nebo chirurgickém oddělení se základním monitorováním fyziologických funkcí, tedy arteriálního krevního tlaku, pulsu, teploty a bilance příjmu a výdeje tekutin. Nutná je dostatečná náhrada tekutin a iontů. Podáváme analgetika. Obvykle je zaveden periferní žilní katétr. Při rychlém ústupu obtíží není nutné podávat úmělou stravu, jen u některých je zavedena nasogastrická sonda. Perorální příjem můžeme zahájit po odstranění bolesti a úpravě pasáže (Zazula et al., 2005).

3. základní principy terapeutického opatření podle Kostky (2006) – eliminace orálního příjmu tekutin a stravy, udržení adekvátní hydratace intravenózních přísunem vody a odstranění bolesti.

Terapie těžké akutní pankreatitidy

Zde příklání Zazula a Wohl (2005) důležitost nepřetržité kvalitní, intenzivní multidisciplinární péče. Nemocný je hospitalizován na komplexně vybaveném oddělení, tedy ARO či JIP. Důležitá je zde rychlá dostupnost ERCP, s možností léčby cholelitiázy, dále CT, intervenční radiolog a v neposlední řadě specializovaná abdominální chirurgie.

3 cíle konzervativní terapie u těžké AP podle Rodomila Kostka (2006) – zabránit selhávání základních vitálních funkcí a vzdálených orgánů (kardiovaskulární, respirační, CNS, jaterní, hemokoagulační, renální); omezit rozvoj nekrotického procesu; zabránit sekundární infekci pankreatických a peripankreatických nekróz.

Základní terapie těžké AP podle Dítěte et al. (2005), Kostky (2006) a Špičáka (2005) :

Léčba hypoxie

Vedle hypovolemie je nejvýznamnějším faktorem podílejícím se na vysoké mortalitě. Hypoxii léčíme zabezpečením volných dýchacích cest a podáváním kyslíku. Nemocní dostávají interminutně zvlhčený kyslík maskou nebo nosní sondou. Je zde nutné pravidelně sledovat O_2 saturaci a paO_2 .

Léčba hypovolemie

Nemocní bývají při přijetí na oddělení výrazně dehydratováni a vyžadují intenzivní doplnění intravaskulárního objemu. Závažnost změn může vyústit až do těžkého šoku končící smrtí. Proto je základním a prvořadým cílem léčba oběhové nedostatečnosti a perfúzních poruch. Léčba tedy vyžaduje invazivní monitoraci hemodynamiky a doplnění intravaskulárního objemu a iontů. Krystaloidy dostačují pouze u lehké AP, jejich úlohou je náhrada ztrát. Jejich nevýhodou je rychlý únik z intravaskulárního prostoru. Koloidní roztoky mají větší účinnost pro zlepšení a udržení hemodynamiky a oxygenace a slouží k expanzi plazmatického objemu, setrvávají déle v oběhu než krystaloidní roztoky. Z koloidů je vhodný zejména dextran. Obvykle kombinujeme podání krystaloidních a koloidních roztoků.

Tlumení bolesti

Je nezbytnou součástí léčby těžké AP. Tradiční je užívání ve vysokých dávkách opiátová analgetika (tramadol, pentazocin, fentanyl). Vyhýbáme se morfinu, který má spastické působení na m. sphincter Oddi. Podle potřeby se kombinují se sedativy. Dobrou úlevu od bolesti poskytuje epidurální anestezie.

Hemodiluce

Smyslem je prevence vzniku pankreatické nekrózy. Izovolemické hemodiluce dosahujeme dextranem 70. Jeho podání slouží k rychlému snížení hematokritu a tedy i hemokoncentrace a krevní viskozity s obnovením dostatečné mikrocirkulace.

Inokonstriční a inodilatační terapie

Patří do inotropních látek, které zvyšují sílu srdeční kontrakce, tím se zvyšuje srdeční výdej což, poskytuje tělu lepší zásobení okysličenou krví. Cílem je zvýšení perfúze a udržení perfúzních gradientů. Předpokladem účinku je dostatečná náplň

cévního řečiště. Tyto látky podáváme zpravidla lineárním dávkovačem. Mezi inokonstrikční látky patří – noradrenalin, adrenalin, dopamin. Mezi inodilatační látky můžeme zařadit – dopexamin, dobutamin a izopreterenol.

Výživa

Akutní pankreatitida se běžně manifestuje poruchami pasáže, které se mohou zhoršovat při příjmu potravy. Těžký stav poruchy pasáže bezpochyby vylučuje běžný perorální příjem a nutriční intervence je zásadní součástí léčby. Nemocní jsou z důsledku sepse a SIRS v hypermetabolickém stavu, je tedy nutné zabezpečit dostatečnou nutriční podporu s cílem zredukovat katabolismus a umožnit tak tkáňové hojení. Složení nutriční podpory vychází z potřeb energie, základních živin, iontů, vody, stopových prvků a vitamínů.

U lehké a středně těžké AP by hladovění, podle tolerance potravy, nemělo trvat déle než 2– 5 dnů. K perorální dietě můžeme přikročit při známkách obnovené pasáže, dobrým vodítkem je návrat chuti k jídlu. Není nutné vyčkávat na normalizaci pankreatických enzymů. Měla by následovat bohatá dieta na sacharidy se středním obsahem bílkovin a tuků. S normálními laboratorními parametry je možné přejít na racionální výživu. Zde by se mělo ale také respektovat proporcionální zastoupení, všeobecná a individuální tolerance k jednotlivým pokrmům (Špičák, 2005, s. 181).

Parenterální výživa (PEV) je indikována u těžké AP a pankreatitidy s poruchami pasáže a s intolerancí perorálnímu příjmu potravy. Je naprosto zbytečná u lehké AP po odeznění bolesti a při normálním pasáži. PEV se podle Martiny Duškové a Ivany Ponikelské (2001) zahajuje po úpravě hypovolémie. Ve většině případů užíváme vaky all in on, ale také komerční přípravky nebo přípravky bez tukových emulzí. PEV má být dle Kostky (2006) rezervována pro nemocné, kteří EV netolerují nebo u nich dochází ke zhoršení stavu.

Podporu Enterální výživy (EV) potřebují nemocní s těžkou AP, kde očekáváme vyloučení orálního příjmu po dobu nejméně 10 dnů. Podle Zazuly et al. (2006) je fyziologičtější, zachovává integritu sliznice a udržuje slizniční bariéru, redukuje riziko metabolických komplikací (např. hyperglykémie). Odpadá zde riziko katérových sepsí a dalších infekčních komplikací. Tam kde neočekáváme chirurgický výkon se zavádí nazojejunální sonda. Obvykle se EV zavádí kontinuálně. To je považováno za dobrou prevenci některých tolerančních obtíží, jako průjemy, nauzea, zvracení, a rovněž

snižuje riziko aspirace. EV má stále významnější místo v léčbě AP než PEV a to pro svůj restituční účinek na střevní sliznici a prevenci závažných infekčních komplikací.

5.2 Chirurgická terapie

Jak se můžeme dočíst v publikaci Špičáka (2005, s. 196), tak léčba AP se od počátku 20. století několikrát zásadně změnila. V prvních desetiletí panoval názor vyjádřený Moynihanem, že léčba bez operace je vzácná. Přežití operace bylo ale velmi výjimečné. Zlepšením diagnostiky, neboli – zavedením vyšetřením amyláz, je průběh onemocnění velice různý, kdy se může nemocný s lehkou formou AP vyléčit spontánně. Léčba se tedy rychle přiklonila ve prospěch konzervativního postupu a v letech 1940 – 1965 se operace považovala za zcela nevhodnou. Postupem času se ale zjistilo, že u části nemocných vede těžká forma nevyhnutelně k úmrtí. Poté Wats z Birminghamu a Kivilaasko z Helsink propagovali u těchto nemocných pankreatické excize a i přes letalitu přesahující 50 % našli obhájce, že bez operace by bylo přežití zcela výjimečné.

Současným pohledem Kostky (2006, s. 133) se lehká edematózní forma AP léčí téměř výhradně konzervativně s nulovou mortalitou a těžká nekrotizující forma AP vyžaduje často chirurgickou intervenci s mortalitou kolísající od 10 – 50 %.

Klinickým oříškem jak tvrdí Zazula (2005) je indikace a načasování chirurgické intervence.

Také Kostka (2006) řeší v zásadě 3 základní problémy: Které pacienty operovat (indikační problém)? Kdy je nejvhodnější doba k operaci? Jaký operační výkon zvolit?

Mezi současné indikace k chirurgické terapii těžké AP řadí Kostka (2006)

- Infekce pankreatu – infikovaná nekróza, absces, infikovaná pseudocysta.
- Komplikace AP – akutní krvácení (intraperitoneální, retroperitoneální, gastrointestinální, ze stěny pseudocysty apod.); perforace žaludku, duodena nebo střeva; střevní ischemie; obstrukce GIT (žaludek, duodenum, kolon).
- Syndrom intraabdominální hypertenze.

Vhodná doba na chirurgickou intervenci se řídí správným načasováním, která nejsou jednotná. Existují dva názorové směry načasování: časná chirurgická intervence, která představuje období prvního týdne od začátku onemocnění. Zde zastánci časného přístupu tvrdí, že časná intervence představuje jedinou naději na přežití u nemocných s prudkou AP, protože infekce nekrózy výrazně zvyšuje mortalitu – přinejmenším trojnásobně. Naopak zastánci pozdní chirurgické intervence, kterými jsou Pafko, Kabát a Jeník (2006, s. 104) nepovažují indikaci k nefrektomii v prvním týdnu za správnou. Řídí se pravidlem, že čím později je operace indikována, tím úspěšnější bude. Je totiž naděje, že s postupujícím časem dojde k oddělení nekróz od okolní vitální tkáně a k jejich snadnému odstranění. V poslední době se přiklání pozitivní názory k pozdní chirurgické intervenci, tedy nejdříve 3 – 4 týdny od začátku onemocnění Kostka (2006, s. 137).

Nejvhodnějším technickým chirurgickým řešením je šetrné, ale dostatečné odstranění nekrotické tkáně s uchráněním funkčního pankreatu. Mezi základní chirurgické léčby patří nekrektomie, neboli – odstranění ložiska infikované nekrózy, spojená s různým typem drenáže a laváže. S rozvojem endoskopických a zobrazovacích metod se diskutují rovněž různé méně invazivní postupy, jako perkutánní drenáž a endoskopické metody (Špičák, 2005; Kostka 2006).

6 Ošetrovatelská péče o pacienta s akutní pankreatitidou

Biologické potřeby

Vnímání zdravotního stavu

- sběr anamnestických údajů provádíme podle stavu pacienta, další potřebné informace získáváme od doprovodu.

Poloha a pohybový režim

- zajisti pro pacienta úlevovou polohu, kdy je nejčastější poloha u AP na všech čtyřech a dále klid na lůžku.

Sleduj

- bolest, žádoucí a nežádoucí účinky analgetik a spozmolytik
- fyziologické funkce (známky oběhového a respiračního selhání)
- podporuj individuální úlevovou polohu,
- intenzivní protišoková léčba, oxygenace
- nic per os!
- péče o dutinu ústní
- nauzeu, zvracení, odchod plynů či jejich zástavu, v případě zvracení zavádíme nazogastrickou sondu
- pokud má pac. nazogastrickou sondu, sleduj její správnou polohu a samospád, množství a charakter žaludečního obsahu, proplach sondy podle ordinace lékaře fyziologickým roztokem
- vyprazdňování moče a stolice, bilance tekutin- nezapomínej na odpady ze sondy nebo zvracením.
- periferní žilní katétr a jiné vstupy.
- infuzní roztoky + ATB podávané dle ordinace lékaře
- výsledky laboratorních vyšetření – výsledky hlas lékaři
- výskyt dekubitů a opruzenin

- ved' záznam v dokumentaci
- psychický stav.

Hygienická péče

- zhodnot' úroveň hygieny a soběstačnosti v této oblasti
- dle zdravotního stavu a věku aktivizuj pacienta k soběstačnosti při provádění hygienické péče
- v akutním stadiu proved' hygienickou péči na lůžku
- zajisti ošetření nazogastrické sondy dle ošetrovatelských standardů.

Výživa

- v akutním stadiu nic per os,
- dle ordinace lékaře podej infuzní terapii- parenterální přívod tekutin, parenterální výživu
- dle ordinace lékaře zajisti postupné zatěžování stravou, dle dietního opatření
- edukuj pacienta o nutnosti dodržování dietního režimu.

Vyprazdňování

- zajisti úroveň sebepéče v této oblasti
- zajisti dostatek pomůcek k lůžku, doprovod na wc
- ved' záznam bilance tekutin
- sleduj vyprazdňování moče- množství, frekvenci a příměsí
- sleduj odchod plynů, meteorismus, vyprazdňování stolice.

Rehabilitace

- mobilizuj pacienta dle stavu a věku
- doporuč pacientovi správné techniky, které pomáhají eliminaci bolesti- správné dýchání, úlevová poloha, nezatěžování břišní stěny nevhodnými pohyby.

Spánek a odpočinek

- zhodnot' úroveň aktivity a spánku
- zajisti klid a příjemné prostředí k odpočinku

- kontroluj intenzitu bolesti
- toleruj spánkovou inverzi, ale i možnou dezorientaci a vulgárnost nebo agresivitu pacienta
- sleduj funkčnost invazivních vstupů při vyhledávání vhodné úlevové polohy
- aplikuj léky dle ordinace lékaře- analgetika, hypnotika, sedativa
- dbej na bezpečnost pacienta.

Psychosociální potřeby

Pro pacienta je důležitá informovanost o svém zdravotním stavu, jeho prognóze, možných komplikacích a terapii. Pokud se pacienta setkává poprvé s tímto onemocněním, většinou v souvislosti s dietní chybou, např. kombinace tuků a alkoholu, neuvědomuje si závažnosti rizika, která mohou nastat. V akutním stadiu kvůli bolesti, nevolnosti či podrážděnosti nemáme prostor pro vhodnou komunikaci s pacientem. Bohužel po odeznění hlavních příznaků pacienti mají tendenci onemocnění zlehčovat a v řadě případů odmítají i další nezbytná vyšetření, nedodržují dietní a další důležitá opatření- absolutní ZÁKAZ alkoholu. Posléze onemocnění přechází část do chronického stadia a pacient je opakovaně hospitalizován, bohužel s často doprovázejícím negativním chováním. Sestra by měla podat nemocnému dostatečné množství informací o jeho nemoci a zdravotním stavu v souladu s informacemi od lékaře, zdravém životním stylu a zvládnutí stresových situací. Do této terapie se snažíme začlenit i rodinné příslušníky.

Domácí péče

- pacient odchází do domácí léčby poučen o pravidelném užívání léků- substituční léčba pankreatickými fermenty, spasmolytika, analgetika a důležitosti dodržování dietního opatření- omezení cukrů, tuků a alkoholu a dodržování zdravého životního stylu
- pacient navštíví do 3 dnů svého ošetřujícího lékaře, který ho bude edukovat o následné rekonvalescenci.

(Slezáková, 2007), dále [cit. 2011 – 01 - 12]. Dostupné z WWW: <http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/osetrotelstvi/op_u_klienta_s_akutni_pan_kreatitidou>

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou

Ošetrovatelský proces

Kozierová, Erbová, Olivierová (1995) hovoří o ošetrovatelském procesu jako o systematické, racionální metodě plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Cílem je určit zdravotní stav pacienta, aktuální nebo potenciální problémy ošetrovatelské péče o zdraví, naplánovat uspokojení zjištěných potřeb a vykonat specifické ošetrovatelské zásahy pro jejich uspokojení.

Identifikační údaje:

Muž: X. Y.

Rok narození: 1968

Sociální situace: vedoucí čerpací stanice, žije sám

Příjem: 12. 11. 2010 17:08

Diagnóza při přijetí: K859 Akutní pankreatitida NS

Lékařská anamnéza:

NO: Přivezen RZP. Od 6 hodin od rána bolesti břicha, které lokalizuje v oblasti epigastria. Bolesti křečovité s iradiací do levé lumbální krajiny, jsou spíše trvalé. Nauzea, pocit meteorismu, stolice naposledy včera, alkohol naposledy před 2 dny – 2 piva

RA: otec DM, jinak neudává.

PA + SA: vedoucí čerpací stanice, žije sám.

AA: prach, pyl, roztoči.

Abusus: Kouří 20 cigaret denně. Alkohol příležitostně – 2 krát týdně 2 piva.

OA: operace strabismu v dětství.

FA: Lanzul občasně.

Subjektivně: Pacient si stěžuje na křečovitě bolesti, prostupující levou stranou do zad. Bolesti udává spíše trvalé. Má pocit na zvracení, nadmutí. Na vylučování moče a stolice si nestěžuje. Na stolici byl naposledy včera.

Objektivně: TK: 200/110, P: 84/ min, TT: 36,7, výška: 187 cm, Hmotnost: 100 kg
Pacient při plném vědomí, orientovaný časem a místem, spolupracuje, bez cyanosy, bez ikteru, dobré výživy, hraniční hydratace, bez dušnosti v klidu.

Hlava: Mesocephalická, zornice izokorické, bulby ve středním postavení, skléry bílé, spojivky prokrvené, uši a nos bez výtoku, hrdlo klidné, jazyk povleklý, pláží se ve střední čáře.

Krk: Uzliny a štítná žláza nezvětšena, náplň krčních žil nezvětšena, pulsace karotid symetrická.

Hrudník: Souměrně klenutý, poklep plný, jasný, dýchání je oboustranné, čisté, sklípkové v celém rozsahu. Akce srdeční pravidelná, II ohraničené ozvy.

Břicho: Měkké, bez defense. Poklepově diferenciatně bubínkový. Palpačně bolestivé v nadbřišku, více vlevo, bez rezistence, bez peritoneálního dráždění, poslechově ticho. Játra a slezina nehmatná. Tapotment oboustranně negativní. Bez jizev a kýl.

DK: Bez otoků, varixů a známek TEN. Hybnost bez omezení, bez patrné poruchy prokrvení.

Závěr při přijetí: Křečovitě bolesti v oblasti epigastria, prostupující do levé lumbální krajiny, které jsou spíše trvalé.

1. den hospitalizace 12. 11. 2010

D: nic per os

Pohybový režim: leží

TT: V 36,7 °C

Medikace:

Infuzní terapie 150ml/hod.

1. 1000 ml R1/1
2. 1000 ml 5% G
3. 1000 ml R1/1
4. 1000 ml 5% G

Analgin 1 amp v 100 ml F1/1 á 6 hod.

i.m.:

Tramal 100 mg při bolesti

Ostatní ordinace:

TK, P a 2 hodiny do odvolání. TK – 17:45 185/105 83´

19:45 150/85 76´

21:45 135/75 75´

23:45 125/70 75´

- zavedena kanyla
- pacient byl edukován o chodu oddělení a klidovém režimu při onemocnění.
- realimentace
- na ambulanci před přijetím USG břicha, RTG nativ břicha, kompletní laboratoř.
- výsledky: leu 14,6; AMS 4,94; GMT 5,2; bilirubin 24,3; CRP 5,7.

: UZ břicha – prosáknutí peripankreatického tuku, 2 pseudocysty v oblasti hlavy pankreatu, dilatace d. hepatocholedochus.

2. den hospitalizace 13. 11. 2010

Dieta: nic per os, pouze čaj

Pohybový režim: leží, chůze na WC

TT: R 36,5 °C

V 36,7 °C

Medikace:

Infuzní terapie 150ml/hod.

1. G 10% 500 ml + 10 ml KCL 7, 45% + 8 j HMR
2. Ringer 500 ml + 10 ml KCL 7, 45 %
3. G 10% 500 ml + 10 ml KCL 7, 45% + 8 j HMR
4. Ringer 500 ml + 10 ml KCL 7, 45 %

Algifen 1 amp v 100 ml F1/1 max. á 8 hod., při bolestech.

Ostatní ordinace

- KO, JT, AMS, CRP, ionty
- Výsledky – KO – leu 9, 1; ery 5, 00; hemoglobin 15, 4; hematokrit 0, 452; objem ery 90, 4; hmotnost ery 30, 8; Hb koncent. v ery 34, 1; distribuční křivka ery 14, 0; trombocyty 212; objem destičky 6, 5; distribuční křivka destiček 16, 7; prokalcitonin 0, 140.

JT – ALP 1, 03; AST 0, 43; ALT 0, 39; GGT (GMT) 3, 60.

AMS 2, 79. CRP 178, 8.

Ionty – Na 139; K 4, 5; Cl 107.

Pacient je samostatný, ochotný spolupracovat. Hygiena s dopomocí, wc samostatně, bez problému. Stolica nebyla.

Při vizitě lékaře – eupnoe, afebrilní. Břicho měkké, palp. minimálně bolestivé v epigastriu, bez známek peristaltického dráždění. Peristaltika slyšitelná, ale zpomalená. DK bez otoků a známek TEN.

3. den hospitalizace 14. 11. 2010

Dieta: O – tekutá, tekutiny, jinak nic per os

Pohybový režim: Přechází

TT: R 36,7 °C

V 36,8 °C

Stolice: –

Medikace:

Infuzní terapie 150ml/hod.

1. G10% 500 ml + 10 ml KCL 7, 45% + 8 j HMR
2. Ringer 500 ml + 10 ml KCL 7, 45%

Algifen 1 amp v 100 ml F1/1 max. á 8 hod., při bolestech.

Ostatní ordinace:

- JT, AMS, CRP
- Výsledky – JT – ALP 1, 18; AST 0, 56; ALT 0, 45; GGT 3, 60.
AMS 1, 55. CRP 135, 3.

Pacient je samostatný, ochotný spolupracovat. Hygiena a wc samostatně, bez problému.

Stolice nebyla.

Při lékařské vizitě – pac. se cítí dobře, bolesti ustoupily. Eupnoe, afebrilní. Břicho měkké, palp. minimálně bolestivé, bez hmatné rezistence, bez známek peritoneálního dráždění. Peristaltika klidná. DK bez otoků a známek TEN.

4. den hospitalizace 15. 11. 2010

Dieta: 0BrK Bramborová kaše, tekutiny, jinak nic per os

Pohybový režim: přechází

TT: R 36, 5 °C

V 36, 8 °C

Stolice: -

Medikace:

Infuzní terapie 150 ml/hod.

1. G10% 500 ml + 10 ml KCL 7, 45 % + 8 j HMR
2. Ringer 500 ml + 10 ml KCL 7, 45 %

Algifen 1 amp v 100 ml F1/1 max. á 8 hod., při bolestech.

Ostatní ordinace:

- JT, AMS, CRP, KO
- Výsledky – JT – ALP 1, 14; AST 0, 78; ALT 0, 66; GGT (GMT) 3, 75; celkový bilirubin 8, 3.
 - AMS 1, 25. CRP 54, 0.
 - KO – leu 4, 9; ery 4, 43; hemoglobin 13, 6; hematokrit 0, 404; objem ery 91, 2; hmotnost ery 30, 7; Hb koncent. v ery 33, 7; distribuční křivka ery 14, 4; trombocyty 202; objem destičky 7, 3; distribuční křivka destiček 17, 0; prokalcitonin 0, 150.
 - UREA 2, 3. KREA 77.

Pacient je samostatný, ochotný spolupracovat. Hygiena a wc samostatně, bez problému. Stolice nebyla.

Při lékařské vizitě – Bolesti ustoupily, nezvrací, volný odchod plynů. Afebrilní, eupnoe, břicho měkké, minimálně bolestivé v epigastriu. DK bez známek otoků a TEN.

5. den hospitalizace 16. 11. 2010

Dieta: 4S s přísným omezením tuku, tekutiny

Pohybový režim: přechází

TT: R 36,6°C

V 36,8°C

Stolice +

Medikace:

per os:

Tralgit gtt při bolesti 15-15-15

Pacient je samostatný, ochotný spolupracovat. Hygiena a wc samostatně, bez problému, stolice byla.

Při lékařské vizitě – bez obtíží, nauzeu nemá, volný odchod plynů, stolice 1krát. Afebrilní, eupnoe, břicho měkké, nebolestivé. DK bez známek otoků a TEN.

Fyzikální vyšetření sestrou

Hlava a krk

Subj.: „Občasně mívám bolesti hlavy, ale asi jako každý. Ibuprofen mi pomůže. Jinak žádné problémy nepocítuji.“

Obj.: Hlava symetrická, mízní uzliny nezvětšeny. Sliznice růžové. Oči: spojivky klidné, sklery bílé, hybnost bulvů volné. Jazyk se plazí ve střední čáře, vlhký, nepovleklý, chrup vlastní.

Hrudník a dýchací cesty

Subj.: „S dýcháním problémy nemám. Dušný nejsem. Kouřím cca 20 cigaret denně.“

Obj.: Puls i dýchání v normě. Při přijetí 12. 11. 2010 P 84'. Další dny stálá hodnota 70'. Dýchání bez obtíží po celou dobu hospitalizace 15/min.

Srdce - cévní systém

Subj.: „Se srdcem se neléčím. Krevní tlak mám vždy v normě. Nohy mi nikdy neotékaly a křečové žíly nemám.“

Obj.: Při přijetí TK 200/110 a P 84', posléze po kontinuálním měření TK i P v normě. TK 125/70, P 75. Varixy ne, otoky ne.

Břicho a GIT

Subj.: „Nikdy jsem žádné problémy neměl. Až nyní strašné bolesti v břiše, které prostupovaly do zad.“

Obj.: Pac. byl 12. 11. 2010 17:08 hod. přijat pro akutní bolesti břicha, které lokalizoval v oblasti epigastria s iradiací do levé lumbální krajiny. Bolesti charakterizoval křečovité, spíše s trvalou intenzitou. Nauzea, pocit meteorismu, stolice naposledy den před přijetím. 13. 11. 2010 se bolesti postupně snižovaly a od 14. 11. 2010 bolesti zcela ustoupily. Po celou dobu hospitalizace břicho měkké. Palpačně zpočátku bolestivé, posléze mírně bolestivé a od 14. 11. 2010 bolesti ustoupily. Po celou dobu hospitalizace bez peritoneálního dráždění. Při postupném zatěžování stravou volný odchod plynů, slyšitelné střevní zvuky a 16. 11. 2010 jednou na stolici.

Močo – pohlavní systém

Subj.: „Problémy s močením nemám. Bez jakékoli bolesti, pálení, řezání. Bez příměsí. Snažím se hodně pít, takže se dá říct, že chodím poměrně často, ale v noci ne.“

Obj.: Moč světle žlutá. Bez příměsí krve, hlenu, písku. Diuréza se zde neměří. Pac. bolesti neudává.

Kostro – svalový systém

Subj.: „Po žádné operaci či zlomeninách nejsem. Chodím bez problému.“

Obj.: Pac. žádné problémy neudává. Doposud neoperován. Bez zlomenin.

Nervovo – smyslový systém

Subj.: „V dětství jsem byl operován kvůli strabismu. Nyní vše bez problému. Občas mě bolí hlava, asi jako každého, Ibuprofen pomůže. Brýle ani naslouchadlo nepotřebuji. S čichem problémy nemám.“

Obj.: Orientace všemi základní směry zachována - časem, místem, osobou, situací. Brýle ani naslouchadlo nepotřebuje. Mluví jasně, zřetelně.

Endokrinní systém

Subj.: „Žádné problémy nemám. Se štítnou žlázou se neléčím.“

Obj.: Štítná žláza nezvětšena. Po celou dobu hospitalizace normální teploty.

Imunologický systém

Subj.: „Bez obtíží, prodělal jsem nachlazení a chřipky jako každý.“

Obj.: Pacient nevykazuje známky sníženého imunitního systému.

Kůže a její adnexa

Subj.: „Nikdy jsem na suchou pokožku či ekzémy netrpěl. Občas se natru nějakým krémem. Ani jsem neměl žádnou alergickou reakci.“

Obj.: Kožní turgor v přiměřený. Kůže vláčná, bez známek defektu. Růst vlasů v normě, bez lupů. Pokožka na dotek normální teploty. Bez varixů a otoků.

Posuzování podle vzorce M. Gordon

1. Doména: Vnímání zdraví

Subj.: „Musím říci, že mám po dlouhé době velký strach. Takové bolesti, co jsem zažil nepřeji nikomu. Po konzultaci s lékařem jsem zjistil, že za toto onemocnění si můžu vlastně sám. Můj životní styl se nedá hodnotit na 1. Teď se mi chování k vlastnímu tělu pěkně odměnilo. Kouřím tak 20 cigaret denně, pivo si dám denně, destiláty příležitostně a kávu si dopřeji 2 krát denně. Sportoval jsem naposledy před 10lety. Nyní většinu svého času trávím v práci. Pracuji jako vedoucí čerpací stanice. Zbytek volného času trávím posezení s přáteli, nebo doma nejčastěji sledování televize a surfování na internetu. Nikdy jsem jinak vážněji nestonal, v dětství jsem prodělal operaci kvůli strabismu, ale jiné zdravotní problémy jsem nemněl.“

Obj.: Pacient byl přijat s diagnózou akutní pankreatitida. Nikdy s ničím vážněji nestonal. V dětském věku prodělal operace kvůli strabismu, vše proběhlo bez obtíží. Pacient kouří 20 cigaret denně, pivo pije každý den, destiláty příležitostně. Sportu se už 10 let nevěnuje. Nyní většinu svého času tráví v práci. Pracuje jako vedoucí čerpací stanice.

2. Doména: Výživa – metabolismus

Subj.: „Jak jsem říkal, tak zdravého životního stylu se moc nedržím. Nejím pravidelně, ale jedno teplé jídlo přes den se snažím jíst. Nejraději mám pravou českou kuchyni. Snažím se jíst zeleninu i ovoce. Sladkým pokrmům se také nevyhýbám. Žádnou dietu jsem doposud nedodržel ani jsem v poslední době nezhubl. Občas užívám Lanzul na pálení žáhy a překyselení žaludku. Pitný režim se snažím dodržovat. Vypiji asi 2 – 3 litry denně. Nejčastěji Mattoni citron. A denně si dám pivo a kávu. Zde v nemocnici musím dodržovat dietu.

Obj.: Pacient nemá s příjmem výživy žádný problém. Dietu žádnou nedodrhuje. Žádný úbytek váhy v poslední době neudává. Výška 187 cm, hmotnost 100 kg, BMI 28,6 – nadváha. V nemocnici mu bylo ordinované dietní omezení, s postupným zatěžováním. S tím, že bude muset pokračovat ve zdravém životním stylu a stravovat se pouze potravinami určené k jeho onemocnění.

3. Doména: Vylučování

Subj.: „S močením problémy nemám. Žádné bolesti, pálení, řezání při močení nemívám. Inkontinentní nejsem. Na záchod chodím docela často, vzhledem k dostatečnému pitnému režimu. Co se týče stolice, obvykle jí mám pravidelnou. Chodím každý den, až tady v nemocnici, díky dietnímu opatření jsem nebyl 4 dny na stolici. Žádnými bolestmi či obtížným vyprazdňováním jsem nikdy netrpěl.“

Obj.: Pacient s močením problémy nemá, inkontinentní není. Žádné bolesti, pálení či řezání při močení nepocítuje. Moč žlutá, bez jakékoli příměsi krve, hlenu, písku. Na stolici si nikdy nestěžoval. Na zácpu či průjem nikdy netrpěl. V období hospitalizace kvůli dietnímu režimu nebyl na stolici 4 dny, poté po zatížení stravou byl 5 den jednou na stolici. Stolice tuhé konzistence, hnědé barvy, bez příměsi krve, hlenu.

4. Doména: Aktivita – cvičení

Subj.: „V adolescentním období jsem často sportoval. Měl jsem více času, ale hlavně jsem nebyl tak líný. Hrál jsem v basketbalovém týmu na základní škole, měl jsem rád všechny míčové hry. Jezdil jsem na kole, chodil jsem plavat. Mezi mé záliby patřil také rybolov. Nyní už asi 10 let nesportuji. Občas si jdu zaplavat, ale to opravdu vyjímečně. Jsem většinu času v práci a dá se říci, že mám sedavý způsob života.“

Obj.: Pacient se sportu moc nevěnuje. Sám o sobě říká, že už není aktivní typ člověka.

5. Doména: Spánek – odpočinek

Subj.: „Problémy s usínáním jsem nikdy neměl, žádné léky na spaní jsem nikdy neužíval. Spal jsem vždy tak 6 - 8 hodin denně. Většinou jsem se cítil vcelku odpočatý. Přes den jinak moc neodpočívám, když ano, tak většinou u TV či internetu. Na začátku hospitalizace, zřejmě díky bolesti a strachu z onemocnění jsem nemohl usnout. První 2 dny jsem se přes noc probouzel. Ráno a přes den jsem se necítil tak odpočatý.“

Obj.: Pacient neudává problémy se spánkem. Žádné léky nikdy neužíval. Až na začátku hospitalizace měl problémy s usínáním, častým nočním probouzením. Byla na něm viditelná značná únava.

6. Doména: Vnímání/citlivosti – poznávání

Subj.: „Nosím brýle na dálku. Nyní mě trápí hlavně bolesti břicha, nedostatek spánku.“

Obj.: Pacient je orientován všemi základními směry - osobou, místem, časem, situací. Nosí brýle na dálku. Naslouchadlo nepotřebuje. Komunikace bez problému. Trápí ho bolesti břicha, nedostatek spánku a odpočinku, zvýšená únava. Na analogové škále bolesti určuje stupeň 5.

7. Doména: Sebepojetí – sebeúcta

Subj.: „Beru se takového, jaký jsem, komplexy mám ze sebe asi jako každý. Nikdo není dokonalý. Sebevědomí mi trochu pokulhává, neboť jsem už dlouho bez partnerky.“

Obj.: Zpočátku se u pacienta projevil strach z onemocnění. Při rozhovoru reaguje nervózně.

8. Doména: Role – mezilidské vztahy

Subj.: „Žiji sám, v panelovém bytě. Partnerku nemám. S rodinou se moc nevidám, nepohodly jsme se. Děti nemám, ale už bych chtěl. Většinu času trávím v práci, docela mě to baví, nestěžuji si. Mám málo přátel.“

Obj.: Pacient žije sám v panelovém bytě. Bez partnerky, bezdětný. V práci je spokojen.

9. Doména: Sexualita – reprodukční schopnost

Subj.: „Nikdy jsem na testech plodnosti nebyl, žádný problém jsem zatím nepocítil. Děti nemám. Se sexualitou problémy nemám.“

Obj.: Pacient neudává žádné problémy. Děti nemá.

10. Doména: Stres (zátěžová situace) – jejich zvládnání, tolerance

Subj.: „V určitých situacích jsem nervózní. Žádné antidepresiva jsem nikdy neužíval. S drogami zkušenost nemám. Kouřím 20 cigaret denně. Až v průběhu hospitalizace se cítím ve větším stresu, napětí až úzkostí.“

Obj.: Viditelná zátěž z onemocnění, pacient je přecitlivělý a na současný stav reaguje nervózně a podrážděně. Zkušenosti s antidepresivy nemá. Drogy neužívá, ani s nimi nemá zkušenost. Kouří 20 cigaret denně.

11. Doména: Víra – životní hodnoty

Subj.: „Jsem ateista.“

Seznam ošetřovatelských diagnóz podle Marečkové (2006) a M. E. Doenges, M. F. Moorhouse (2001)

Aktuální:

1. 00132 Bolest akutní související s nynějším onemocněním projevující se vegetativní reakcí, zahrnující zvýšené pocení, hypertenzi, tachykardii, nauzeu, dále doprovázející antalgické polohy a gestikulace a negativní výrazy v obličeji.
2. 00134 Nauzea související s nynějším zdravotním stavem projevující se subjektivními stížnostmi na zvracení, bledost, zvýšeným pocením, tachykardií a celkovou přetížeností.
3. 00084 Hledání zdravého životního stylu související s dosavadním nesprávným životním stylem, jako je požívání alkoholu, kouření cigaret, špatný stravovací návyk, přepracování a žádný odpočinek projevující se únavou, špatnou náladou, častými bolestmi hlavy a zad až celkové přetížení.
4. 00095 Porušený spánek související se změnou prostředí, myšlením o svém zdravotním stavu, nedostatkem soukromí, zvýšeným odpočinkem během dne projevující se nespavostí, delšími intervaly usínání, častým nočním probouzením a nervozitou.
5. 00148 Strach související s nynějším zdravotním stavem a následné terapie projevující se zvýšeným napětím, podrážděností, nesoustředěností, pocitem suchosti v hrdle.
6. 00060 Přerušovaný život rodiny související se změnou místa bydliště a nedorozuměním projevující se samotou, smutkem, úzkostí.
7. 00093 Únava související s nedostačujícím spánkem projevující se nervozitou, špatnou náladou.

Potenciální:

1. 00004 Infekce, riziko vzniku související se zavedením periferního žilního katétru.
2. 00054 Riziko osamělosti související s odloučením od rodiny a chybějícího partnerského vztahu.

1. Ošetrovatelská diagnóza:

Bolest akutní související s nynějším onemocněním projevující se vegetativní reakcí, zahrnující zvýšené pocení, hypertenzi, tachykardii, nauzeu, dále doprovázející antalgické polohy a gestikulace a negativní výrazy v obličeji.

Priorita:	Vysoká
Cíl:	Krátkodobý – zmírnění bolesti do 1 hod. Dlouhodobý – Odstranění bolesti do 3 dnů.
Výsledná kritéria:	Pac. je edukován o terapii bolesti. Pac. je edukován o podávaných medikacích dle ordinace lékaře. Pac. je edukován o úlevových polohách.
Intervence:	Proveď důkladně posouzení bolesti, včetně lokalizace, charakteru, nástupu/trvání, četosti, závažnosti a zhoršujících faktorů! (sestra, lékař) Posuď vnímavost pac., jeho chování, fyziologickou odpověď a povšimni si jeho postoje k bolesti! (sestra, lékař) Pozoruj neverbální projevy a další objektivní příznaky! (sestra, lékař) Asistuj při stanovení diagnózy! (sestra) Vezmi v úvahu jeho předchozí zkušenosti s bolestí a úspěšným či nepřínosnými metodami analgetické léčby! (sestra, lékař) Usiluj společně s pac. o prevenci bolesti! (sestra, lékař) Podávej analgetika dle ordinace lékaře! (sestra) Doporuč pac. dostatečný odpočinek! (sestra, lékař) Dokumentuj graficky vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu (sestra, lékař)

Realizace: 12.11. 17:45 Jsem důkladně posoudila bolest, včetně lokalizace, charakteru, nástupu/trvání, četosti, závažnosti a zhoršujících faktorů. Posoudila jsem vnímavost pac., jeho chování, fyziologickou odpověď a všimla si jeho postoje k bolesti. Pozorovala jsem neverbální projevy a další objektivní příznaky. Asistovala jsem při stanovení diagnózy. Vzala jsem v úvahu jeho předchozí zkušenosti s bolestí a úspěšným či nepřínosnými metodami analgetické léčby. Doporučila jsem pac. dostatečný odpočinek.

12.11. 18:00, 24:00 Podávala jsem Analgin á 6 hod. Pac. pocítuje zlepšení. Předepsán lékařem Tramal, pac. nechtěl. Dokumentovala jsem graficky vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu.

13.11. 22:00 Podala jsem Algifen. Pac. hlásí postupné snížení bolesti. Dokumentovala jsem graficky vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu.

14.11. Předepsán lékařem Algifen. Pac. nechtěl, hlásí snižování bolesti. Dokumentovala jsem graficky vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu.

15.11. Předepsán lékařem Algifen. Pac. nechtěl, cítí dobře, bolesti nepocítuje. Dokumentovala jsem graficky vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu.

16.11. Pac. hlásí mírnou bolestivost. V 8:00 hod jsem podala Tralgit. Pac. se poté cítí dobře, bolesti neudává. Dokumentovala jsem graficky vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu.

Hodnocení: Cíle byly částečně splněny. Pac. pocítuje značnou úlevu od bolesti, ale místo je stále mírně citlivé. Léčba musí ještě pokračovat.

2. Ošetrovatelská diagnóza

Nauzea související s nynějším zdravotním stavem projevující se subjektivními stížnostmi pocitu na zvracení, bledostí, zvýšeným pocením, tachykardií a celkovou přetížeností.

- Priorita: střední
- Cíl: krátkodobý – odstranění nauzey do 12 hodiny.
- Výsledná kritéria: Pac. cítí značnou úlevu. Nemá pocit na zvracení.
- Intervence: Rozpoznej situace, které pac. vzbuzují úzkost, pocit ohrožení nebo ošklivosti! (sestra, lékař)
- Postupuj dle ordinace lékaře a jeho dietních opatření, určené kvůli pac. zdravotního stavu a stanovené diagnóze! (sestra)
- Edukuj pac. o dietním režimu ordinovaným lékařem! (sestra)
- Postarej se o čisté a klidné prostředí. Vyvětrej pokoj. Dbej, aby prostředí nebylo narušeno zápachy! (sestra)
- Edukuj pac. o pravidelném čištění, vyplachováním dutiny ústní, aby se zabránilo nepříjemné chuti! (sestra)
- Pobízej pac k hlubokému, pomalému dýchání, podporujícímu relaxaci! (sestra)
- Sleduj a pravidelně zaznamenávej zlepšení či zhoršení nauzey! (sestra)
- Realizace: 12.11 17:45 Pac. byl při přijetí bledý, stěžuje si na nauzeu, zvýšené pocení a celkové přetíženost. Fyziologické funkce TK 200/100, P 84', D 15/min. Lékař naordinoval klid na lůžku, infuzní terapii, a měření základních fyziologických funkcí v intervalech 2 hodin až do odvolání.
- 12.11 18:30 Podala jsem 1000 ml R1/1, zajistila jsem čisté a klidné prostředí. Vyvětrala jsem pokoj. Podala jsem pac. na stolek skleničku s emitní miskou na průběžné vyplachování dutiny ústní. Edukovala jsem pac. hlubokém a pomalém dýchání a o nutnosti

buzení sestrou během noci kvůli ordinaci lékaře. Edukovala pac. o zákazu pití a stravování.

12.11 19:45 Změřila jsem fyziologické funkce. TK 150/85 76'. Vyvětrala jsem pokoj. Pac. pocit'uje zmírnění pocitu na zvracení.

12.11 21:30 Podala jsem infuzi 1000 ml 5% G. Vyvětrala jsem pokoj. Pac. se cítí mnohem lépe.

12.11 21:45 Jsem změřila základní fyziologické funkce TK 135/75 P75' D 16. Pac. se cítí mnohem lépe. Vyvětrala jsem pokoj.

12.11 23:45 Změřila jsem základní fyziologické funkce TK 125/70 P 75' D 15'. Vyvětrala jsem pokoj.

12.11 00:30 Podala jsem infuzi 1000 ml R1/1. Vyvětrala jsem pokoj. Vyvětrala jsem pokoj.

12.11 4:00 Podala jsem infuzi 1000 ml 5% G.

12.11 7:00 Pac. se cítí unaveně, kvůli průběžnému buzení sestrou. Hlásí, že pocit na zvracení ustoupil.

Hodnocení: Cíle splněny.

3. ošetřovatelská diagnóza

Hledání zdravého životního stylu související s nynějším onemocněním a dosavadním nesprávným životním stylem, jako je požívání alkoholu, kouření cigaret, špatný stravovací návyk, přepracování a žádný odpočinek projevující se únavou, špatnou náladou, častými bolestmi hlavy a zad až celkové přetížení.

Priorita:	střední
Cíl:	dlouhodobý – edukace správné životosprávy, relaxačních technikách, spánkovém kalendáři do 5 dnů, s tím, že pac. bude muset pokračovat a vyhledat odbornou instituci s tímto zaměřením.
Výsledná kritéria:	Pac. zná správnou životosprávu. Zná relaxační cviky. Umí si zaznamenat údaje do spánkového kalendáře.
Intervence:	Zjistí dosavadní způsob životního stylu! (sestra) Informuj se o stravování a alkoholu! (sestra) Zeptej se na užívání drog, kouření či jiné návykové látky! (sestra) Informuj se o běžných aktivitách během dne, odpočinku a časovém prolínání mezi aktivitou a odpočinkem! (sestra) Zjistí, zda měl snahu změnit svůj životní styl! (sestra) Zeptej se, zda navštívil někdy odbornou pomoc, např. specialistu ve výživě a fyzioterapeuta! (sestra) Zajisti konzultaci se specialistou ve výživě, fyzioterapeuta! (sestra) Pozoruj změny v chování a snahu o lepší životní styl! (sestra)
Realizace:	12.11 17:45 Zjistila jsem při sepisování anamnézy, že je pac. silný kuřák, pije pivo každý den, má rád tučná jídla. Většinu času tráví v práci, zbytek volného času většinou posezením s přáteli v oblíbeném podniku. Sportoval naposledy asi před 10 lety.

Je sám, s rodinou se vídá málo, partnerku nemá. V poslední době si stěžuje na zhoršené usínání, posléze únavu. Už přemýšlel o změně životního stylu, ale vždy se vrátil ke svému původnímu.

13.11 10:00 Zajistila jsem konzultaci se specialistou přes správnou životosprávu a fyzioterapeuta.

13.11 14:00 Pac. byl edukován o vhodných a nevhodných potravinách, o dietě při svém onemocnění, kterou bude muset dodržovat v domácí léčbě. Bylo mu připomenuto nebezpečí kouření a pití alkoholu směřováno právě na jeho onemocnění.

13.11 16:00 Pac. se naučil relaxační cviky, správně dýchat a správný postoj při sedu, chůzi, stoje. Byly mu doporučeny relaxační pomůcky a zdravotní matrace. Naučil se zaznamenávat údaje do spánkového kalendáře.

14.11 16:00 Prováděl pod dohledem fyzioterapeuta relaxační a dechové cviky.

15.11 16:00 Prováděl pod dohledem fyzioterapeuta relaxační a dechové cviky. Pac. neprojevoval známky únavy, ba naopak byl plný odhodlání ke změně životního stylu. Zajímal se o odborné instituce zaměřené na zdravotní cvičení, zejména zad, krční a bederní krajiny.

16.11 Prováděl sám relaxační cviky. Jeví známky odhodlanosti v pokračování zdravého životního stylu, relaxačních metod.

Hodnocení: Cíle splněny.

4. Ošetrovatelská diagnóza

Porušený spánek související se změnou prostředí, myšlením o svém zdravotním stavu, nedostatkem soukromí, zvýšeným odpočinkem během dne projevující se nespavostí, delšími intervaly usínání, častým nočním probouzením a nervozitou.

Priorita: střední

Cíl: krátkodobý – slovně vyjádřit poruchy spánku a přizpůsobit okolí tak, aby pac. nic nevyrušovalo ze spánku do 1 hodiny.

Dlouhodobý – zlepšení spánku a odpočinku. Zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti do 3 dnů.

Výsledná kritéria: Pac. se cítí odpočatý a plné energie. Pac. nemá problémy s usínáním. Pac. zná nefarmakologický postup k lepšímu spánku.

Intervence: Zjisti přítomnost faktorů včetně stavu přispívající k nespavosti!
(sestra)

Vyptej se na okolnosti, které ruší spánek a jak často se vyskytují!
(sestra)

Odstraň rušiče spánku! (sestra)

Posuď souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním či jeho příznaky – bolest! (sestra)

Zjisti, jak často trpí nemocný nedostatkem spánku! (sestra)

Zjisti pacientovo rituály a návyky běžné před spaním! (sestra)

Zjisti, kolik hodin průměrně pacientka spí! (sestra)

Pozoruj fyzické známky únavy – neklid, třes rukou, snížená fyzická energie, změna nálady! (sestra)

Edukuj pac. o režimu spánku, mezi časovou rovnoměrností odpočinku a aktivity během dne.

Před spaním se postarej o klidné prostředí a přiměřený komfort – vypnutí prostěradla a urovnání lůžka, vyvětranou místnost, hygiena před spánkem.

Vyzkoušejte různé způsoby, jak zlepšit spánek bez podání léku – masáž zad, teplá koupel, dechové cvičení, uvolňující relaxační cviky! (sestra)

Podávej léky proti bolesti dle ordinace lékaře! (sestra)

Realizace:

12.11 22:00 Odstranila jsem rušiče buzení, postarala jsem se o klidné prostředí a přirozený komfort.

13.11 7:00 Pacient se zdál unavený a stěžoval na časté probouzení v noci. Zeptala jsem se pac., jaké podněty ho rušily. Zhodnotila jsem, jakou mírou působí jeho zdravotní stav na spánek. Zda trpí i doma nedostatkem spánku a kolik hodin většinou spí. A zda má nějaké rituály před spaním. Pac. řekl, že spí 8 hodin denně, nikdy si na problémy s usínáním nestěžoval.

13.11.14:00 Jsem při komunikaci s pac. pozorovala projevy únavy, nervozity. Edukovala jsem pac. o režimu odpočinku a aktivity během dne.

13.11.22:00 Odstranila jsem rušiče buzení, postarala jsem se o klidné prostředí a přirozený komfort. Zeptala jsem se na jiné možnosti zlepšení spánku. Léky na spaní nechtěl.

14.11 07:00 Pac. se cítí částečně odpočatě. Stěžoval si znovu na buzení v noci.

14.11 22:00 Odstranila jsem rušiče buzení, postarala jsem se o klidné prostředí a přirozený komfort. Zeptala jsem se na možnosti zlepšení spánku. Léky na spaní nechtěl.

15.11 7:00 Pac. se cítí odpočatě.

15.11 22:00 Odstranila jsem rušiče buzení, postarala jsem se o klidné prostředí a přirozený komfort.

16.11 07:00 Pac. se cítí dobře, nejsou zde žádné projevy únavy.

16.11 22:00 Odstranila jsem rušiče buzení, postarala jsem se o klidné prostředí a přirozený komfort.

Hodnocení:

Cíle splněny.

5 Ošetrovatelská diagnóza

Strach související s nynějším zdravotním stavem a následné terapie projevující se zvýšeným napětím, podrážděností, nesoustředěností, pocitem suchosti v hrdle.

Priorita:	střední
Cíl:	krátkodobý – Účinným jednáním, např. řešením problému a využíváním zdrojů prokázat pochopení do 1 hod. Dlouhodobý – Pochopit strach a diskutovat o něm, umět odlišit zdravý strach od nezdravého, snížit strach do 1 týdne.
Výsledná kritéria:	Snaží se jednat pozitivně. Snaží se nepřipouštět si strach ve velkém množství. O svých problémech více komunikuje.
Intervence:	Naslouchej pac. a jeho obavám! (sestra, lékař) Zjisti, jak pacient a jeho blízcí vnímají, k čemu dochází a jak to ovlivňuje jeho život! (sestra, lékař) Povšimni si stupeň ochromení strachem! (sestra, lékař) Uznej normálnost strachu, bolesti, zoufalství, napětí, ústaranost a nervozitu! (sestra, lékař) Všimni na kolik je pac. soustředěn a kam upírá pozornost! (sestra, lékař) Zjisti jaké léky pac. užívá, zda nepůsobí negativně na psychickou stránku! (sestra, lékař) Zjisti od pac. nebo anamnézy, popřípadě od jeho blízkých předchozí užívání antidepresiv. Dle stavu pac. zajisti konzultaci s psychologem! (sestra, lékař)
Realizace:	12.11 17:45 pac. při sepisování anamnézy jevil známky strachu, nervozity, zvýšeným napětím, podrážděním. Komunikoval ale bez problému. Antidepresiva neužívá. V lékové anamnéze neudává žádné chronické medikace, které by mohly ovlivňovat jeho duševní stav. Při dotazu na telefonní číslo na kontaktní osobu odvětil, že se s rodinou dlouho neviděl, tak neví, zda má smysl je kontaktovat a partnera/ku nemá. Při dotazu na spirituální služby

odvětil, že je ateista. Vše jsem si řádně zapsala, a jelikož měl pac. velké bolesti, tak mi jeho stav nedovoloval delší komunikaci, než bylo nezbytně nutné.

13.11.7:00 při ranní hygieně a výměny ložního prádla byl pac. více přívětivý a i přes, už snížené bolesti, ochotný spolupracovat. Zdůvěřil se ohledně své rodiny, se kterou se dlouho neviděl. Partnera/ku nemá, žije sám. Stěžoval si na přepracovanost a málo odpočinku. Přiznal se, že má strach ohledně svého zdravotního stavu a následné terapie. Snažila jsem se pozorně naslouchat a snížit jeho strach. Nabídla jsem mu odbornou pomoc psychologa. Pac. nenamítal.

13.11 10:00 Zajistila jsem konzultaci s psychologem.

13.11 14:00 Proběhla konzultace s psychologem, po které vypadal pac. vyrovnaněji a požádal o další sezení.

14.11 7:00 pac. mě při ranní výměny ložního prádla překvapil pozitivní náladou. Spolupracoval.

14.11 14:00 probíhalo další sezení. Pac. se poté svěřil, že kontaktuje rodinu o svém zdravotním stavu a že se bude snažit vztah mezi nimi urovnat.

14.11 18:00 při večerní úpravě lůžka mi s radostí sdělil, že další den ho přijede navštívit rodina.

15.11 14:00 proběhlo další sezení s psychologem a následně návštěva rodiny. Pac. působil pozitivně, vyrovnaně, plný sil a odhodlaný čelit onemocnění.

16.11 pac. pozitivně naladěný, cítí se dobře.

Hodnocení:

Cíle splněny.

8 Hodnocení ošetrovatelské péče

Na bakalářské práci spolupracoval 43letý pacient, přijatý pro akutní pankreatitidu na chirurgické oddělení FN Motol v Praze. Ošetrovatelskou péči jsme u něj prováděly 5 dnů. Po zhodnocení celkového stavu jsme stanovily 9 ošetrovatelských diagnóz, z nichž bylo 7 aktuálních a 2 potenciální. Ze 7 aktuálních diagnóz jsme rozpracovaly 5 diagnóz. Většinu jsme dokázaly odstranit zejména komunikací, získáním důvěry pacienta, klidným prostředím a podáváním ordinace lékaře. Akutní bolest jsme odstranily částečně podáním ordinací lékaře - analgetiky. Potenciální diagnóze, tedy riziko vzniku infekce jsme zabránily, ale v diagnóze riziko osamělosti musí pokračovat pacient sám.

Práci s pacientem bychom hodnotily jako dobrou, i přes počáteční strach a podrážděnost, způsobený onemocněním.

ZÁVĚR

Bakalářskou práci Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou akutní pankreatitida jsme zpracovávaly na chirurgickém oddělení FN Motol v Praze.

V teoretické části jsme se věnovaly historii, klasifikaci, příčinám, diagnostice a terapii.

Praktickou část jsme věnovaly anamnéze konkrétního pacienta s daným onemocněním, průběhu hospitalizace, fyzikálního vyšetření sestrou, ošetrovatelského procesu dle Marjory Gordonové. Sestavila jsem 9 sesterských diagnóz, 7 aktuálních, z nichž jsem 5 diagnóz rozebrala podle důležitosti. Dále 2 potenciální diagnózy.

V samotném závěru práce je seznam použité literatury a v příloze hodnocení bolesti, nejčastější příznaky AP, multifaktoriální skóre – Ransonovo a Glasgow.

Cílem této práce bylo informovat čtenáře o onemocnění akutní pankreatitidy a o potřebách nemocných a plánech k jejich uspokojení. Cíle ošetrovatelského procesu byly částečně splněny. Je nutné u aktuální sesterské diagnózy akutní bolest a potenciální diagnózy riziko osamělosti nadále pokračovat.

Sestra by měla být ve své práci aktivní, spolehlivá, naslouchavá, přátelská, vlídná, komunikativní, umět emocionálně podpořit a vzdělaná. Nezbytnou součástí její práce je sledovat bolest a jiné subjektivní příznaky. Měřit fyziologické funkce. Asistovat u vyšetření či výkonů lékařů. Zajistit klidnou atmosféru jak na oddělení, tak na pokojích a tím zajistit dostatečný odpočinek a spánek. Příjem a výdej tekutin, tedy dostatečná hydratace pacienta. Zajistit stravovací režim dle dietního opatření pro pacienta stanovený. Podávat ordinace lékařů. Sestra by měla podat nemocnému dostatečné množství informací o jeho nemoci a zdravotním stavu v souladu s informacemi od lékařů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADAMS, B; HAROLD, C. E. 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha : Grada Publish, 2000. ISBN 80-7169-893.
2. BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Praha: Maurea, s. r. o., 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
3. DÍTĚ, Petr et al. 2005. *Akutní stavy v gastroenterologii*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-305-2.
4. DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. 2001. *Kapesní průvodce pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publish, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
5. DUŠKOVÁ, Martina; PONIKELSKÁ, Ivana. 2001. *Úloha sestry v komplexní péči o nemocného s akutní pankreatitidou na JIP*. Gastroenterologie, č. 61, s. 50. Hradec Králové, 2001. ISSN 1210-0404.
6. HOSKOVEC, D.; VARGA, J.; JAROŠ, K.; a kol. 2005. *Ročenka intenzivní medicíny. 2005 Srovnání CRP a CT vyšetření v diagnostice těžké akutní pankreatitidy*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-227-7.
7. KLENER, Pavel et al. 2002. Svazek IV. *Vnitřní lékařství. Gastroenterologie, hepatologie*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-139-4.
8. KOSTKA, Rodomil. 2006. *Akutní pankreatitida. Komplexní přístup*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-427-X.
9. KOZIEROVÁ, Barbara. 1995. *Ošetrovatelství I*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
10. LUKÁŠ, Karel a kol. 2005. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publish, 2005. ISBN 80-247-1283-0.
11. MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. Praha: Grada Publish, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
12. NAVRÁTIL, Leoš a kol. 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publish, 2005. ISBN 978-80-247-2319-8.

13. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací. Text pro posluchače zdravotnických studijních oborů.* Praha: Maurea, s. r. o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
14. PAFKO, Pavel; KABÁT, Jaromír; JANÍK, Václav. 2006. *Náhlé příhody bříšní. Operační manuál.* Praha: Grada publish, 2006. ISBN 80-247-0981-3.
15. KUSÁ, Michaela. *OP u klienta s akutní pankreatitidou* .[online]. [cit. 2011 – 01 - 12]. Dostupné z WWW: <[cit. 2011 – 01 - 12]. Dostupné z WWW: <http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/osetrovatelstvi/op_u_klienta_s_akutni_pankreatitidou>.
16. SALAČOVÁ, Eva; TLÁŠKOVÁ, Jiřina. 2006. *Péče o pacienta s akutní pankreatitidou.* Florence 5. s. 22-23. Praha. ISSN 1801-464X.
17. SKIPWORTH, James. R. A.; PEREIRA. Stephen. P. 2008. *Current Opinion in Critical Care. Akutní pankreatitida.* České vydání. Praha: Medical Tribune, s. r. o., 2008. ISSN 1802-3819.
18. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II, pediatrie, chirurgie.* Praha: Grada Publish, 2007. ISBN 978–80-247–2040-1.
19. ŠPIČÁK, Julius. 2005. *Akutní pankreatitida.* Praha: Grada Publish, 2005. ISBN 80-247-0942-2.
20. ŠVÁB, Jan. 2007. *Náhlé příhody bříšní.* Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-485-0.
21. ZADÁK, Zdeněk. 2003. *Metabolická péče a umělá výživa u akutní pankreatitidy* [online]. Dostupné z WWW: <http://edukafarm.cz/clanek_tisk.php?id=226>.
22. ZAZULA, Roman et al. 2005. *Ročenka intenzivní medicíny 2005.* Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-344-3.
23. ZAZULA, Roman; WOHL, Pavel. 2005. *Akutní pankreatitida.* Medicína pro praxi. č. 4. S. 147-151. Praha: Solen, 2005. ISSN 1803-5310.

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 – Hodnocení bolesti

Obrázek 2 – Hodnocení bolesti

Tabulka 1 – Nejčastější příznaky u akutní pankreatitidy dle Špičáka (2005, s. 121)

Tabulka 2 - Ransonovo prognostické schéma dle Kostky (2006, s. 75)

Tabulka 3 - Modifikované glasgowské schéma dle Kostky (2006, s. 76)

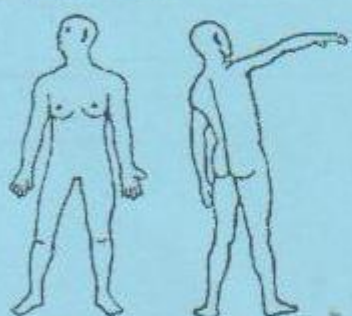
Obrázek 1 – Hodnocení bolesti

2. Bolest

ano
 ne

Akutní Chronická

Lokalizace



Numerická škála bolesti:

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Žádná Střední Nesnesitelná

pacient navštěvuje ambulanci bolesti

Obrázek 2 – Hodnocení bolesti

Vizuální analogová škála


VYBERTE ČÍSLO OD 0 DO 5, KTERÉ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:

Bez bolesti znervózňující bolest nesnesitelná bolest

0 1 2 3 4 5

nebo

VYBERTE OBLIČEJ, KTERÝ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



0 1 2 3 4 5

Ptejte se pacienta na INTENZITU * LOKALIZACI * ZAČÁTEK * DOBU TRVÁNÍ * ZMĚNY

Tabulka 1 - Nejčastější příznaky u akutní pankreatitidy

<i>Příznak, nález</i>	<i>Výskyt v %</i>
břišní bolest	90–95
nauzea	80–90
zvracení	60–85
paralytický ileus	70–90
horečka	50–80
ztužení břišní stěny	70–90
břišní vzedmutí	40–65
břišní rezistence	10–15
tachykardie	65–85
ikterus	10–30
tachypnoe	20–30
respirační insuficience	20–50
hypovolemie	30–40
šok	10–20
pleurální výpotek	10–20
kardiální insuficience	10–20
renální insuficience	10–20

Tabulka 2 - Ransonovo prognostické schéma

Při přijetí	<ul style="list-style-type: none"> • věk nad 55 let • leukocyty nad 16 000/mm³ • glykémie nad 11,0 mmol/l • LDH v séru nad 350 U/l (5,83 mmol/l) • AST více než 250 U/l (4,16 mmol/l)
Po 48 hodinách	<ul style="list-style-type: none"> • pokles hematokritu o více než 10 % • vzestup N urey o více než 5 mg/dcl (2,0 mmol/l) • pokles sérového kalcia pod 2 mmol/l • pokles paO₂ pod 60 mm Hg (8 kPa) • base deficit větší než 4 mmol/l • sekvestrace tekutin větší než 6 l

Tabulka 3 - Modifikované glasgowské schéma

Věk	> 55 let
Leukocyty	> 15 000/mm ³
Glykémie	> 10 mmol/l
N urey	> 16 mmol/l
PaO ₂	< 8,0 kPa
Albumin	< 32 g/l
Kalcium	< 2,0 mmol/l
LDH	> 600 U/l (10 mmol/l)