

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

STUPEŇ KVALIFIKACE: BAKALÁŘ

JITKA BAJEROVÁ, DiS

Praha 2011

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S AKUTNÍ PANKREATITIDOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JITKA BAJEROVÁ, DiS

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, Ph.D.

Praha 2011

Schválení práce

## **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 ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 10. 2011

.....  
Jitka Bajerová, DiS

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Haně Belejové, Ph.D. za metodické vedení bakalářské práce a poskytnutí cenných rad a materiálových podkladů k práci. Děkuji také dalším konzultantům z řad pracovníků zdravotnického zařízení, v němž probíhal sběr informací.

## **Abstrakt**

BAJEROVÁ, Jitka. *Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, Ph.D. Praha. 2011. 37s.

Bakalářská práce se zabývá onemocněním slinivky břišní, akutní pankreatitidou, a ošetrovatelským procesem u pacienta s tímto onemocněním. Práce je rozdělena na dvě části.

V teoretické části je nastíněna základní charakteristika onemocnění, příznaky, komplikace, léčba a specifika ošetrovatelské péče.

V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces, u jednoho pacienta s akutní pankreatitidou, s využitím komplementárního modelu Virginie Hendersonové a NANDA taxonomie I.

Klíčová slova:

Akutní pankreatitida. Model V. Hendersonové. Ošetrovatelský proces. Ošetrovatelství. Péče.

## **Abstrakt**

BAJEROVA, Jitka. *The nursing process of a patient with acute pancreatitis*. Vysoka skola zdravotnicka, o.p.s. Level of qualification: Bakalar (Bc). Supervisor: PhDr. Hana Belejova, Ph.D. Praha. 2011. 37 pgs.

The bachelor thesis deals with the pancreas disfunctions, acute pancreatitis and with the nursing process of a patient suffering from this illness. The thesis is divided into two parts.

Basic characteristics of the disease, symptoms, complications, treatment and the specifications of the nursing care are all outlined in the theoretical part.

The nursing process of a patient with acute pancreatitis, using Virginia Henderson's complementary model (NANDA taxonomy I.), is worked out in the practical part.

Keywords:

Acute pankreatitis. V. Henderson's model. Nursing process. Nursing. Care.

## **Předmluva**

K napsání bakalářské práce mě přivedla osobní zkušenost s pacienty, s hlavní diagnózou akutní pankreatitida, hospitalizovanými na JIP interních oborů v nemocnici Přerov, kde již několik let pracuji. Toto onemocnění je pro mě zajímavé složitostí, svým proměnlivým vývojem a náročností na ošetrovatelskou péči.

Cílem mé bakalářské práce je nastínit onemocnění slinivky břišní a zpracování ošetrovatelského procesu u jednoho pacienta s touto diagnózou.

Materiál k zpracování této práce jsem získala ve vědecké knihovně v Olomouci, z dokumentace používané v nemocnici Přerov a hlavně osobním kontaktem s pacientem.

Práce je určena studentům oborů zdravotnický asistent a diplomovaná všeobecná sestra. Je vhodná i pro sestry pracující na interních odděleních, kde se často s těmito pacienty setkají.



# OBSAH

## SEZNAM ZKRATEK

## SEZNAM TABULEK

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ÚVOD.....</b>  | <b>11</b> |
| <b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>                                 | <b>12</b> |
| <b>1 Charakteristika akutní pankreatitidy.....</b>              | <b>12</b> |
| <b>1.1 Fyziologie .....</b>                                     | <b>12</b> |
| <b>1.2 Patofyziologie .....</b>                                 | <b>12</b> |
| <b>1.3 Formy akutní pankreatitidy .....</b>                     | <b>13</b> |
| 1.3.1 Lehká akutní pankreatitida (edematózní) .....             | 13        |
| 1.3.2 Těžká akutní pankreatitida (hemoragicko-nekrotická) ..... | 13        |
| <b>1.4 Příčiny .....</b>  | <b>13</b> |
| 1.4.1 Alkohol .....   | 14        |
| 1.4.2 Biliární .....  | 14        |
| 1.4.3 Pooperační .....  | 14        |
| 1.4.4 Úrazová.....  | 14        |
| 1.4.5 Ostatní .....   | 15        |
| <b>1.5 Příznaky .....</b>                                       | <b>15</b> |
| 1.5.1 Bolest .....  | 15        |
| 1.5.2 Nauzea, zvracení .....                                    | 15        |
| 1.5.3 Hypertermie .....   | 15        |
| 1.5.4 Změny na břišní stěně a peristaltiky .....                | 16        |
| 1.5.5 Dušnost .....   | 16        |
| 1.5.6 Ikterus .....   | 16        |
| 1.5.7 Oběhové změny .....                                       | 16        |
| <b>1.6 Diagnostické metody .....</b>                            | <b>17</b> |
| 1.6.1 Symptomatologie .....                                     | 17        |
| 1.6.2 Laboratorní screening .....                               | 17        |
| 1.6.3 Zobrazovací metody .....                                  | 17        |
| <b>1.7 Hodnotící kritéria .....</b>                             | <b>19</b> |
| 1.7.1 Ransonovo skórování schéma.....                           | 19        |
| 1.7.2 Glasgowské skóre .....                                    | 19        |
| 1.7.3 APACHE II.....  | 19        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1.8 Léčba .....</b>  | <b>20</b> |
| 1.8.1 Léčba bolesti .....   | 20        |
| 1.8.2 Minerálové a vodní hospodářství.....                                      | 20        |
| 1.8.3 Nutrice .....   | 21        |
| 1.8.4 Antibiotická profylaxe .....  | 21        |
| 1.8.5 Inhibiční léčba.....  | 21        |
| 1.8.6 Endoskopická papilosfinkterotomie - EPT .....                             | 22        |
| 1.8.7 Chirurgická léčba .....   | 22        |
| <b>1.9 Komplikace.....</b>  | <b>22</b> |
| 1.9.1 Časné.....  | 22        |
| 1.9.2 Pozdní .....  | 24        |
| <b>2 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou.....</b>  | <b>26</b> |
| <br>  |           |
| <b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>   | <b>29</b> |
| <b>3 Ošetrovatelský proces u pacienta s diagnózou akutní pankreatitida.....</b> | <b>30</b> |
| <br>  |           |
| <b>ZÁVĚR .....</b>  | <b>48</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>   | <b>49</b> |
| <b>SEZNAM PŘÍLOH</b>  |           |

## SEZNAM ZKRATEK

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>ABR</b> .....            | acidobazická rovnováha                            |
| <b>APTT</b> .....           | aktivovaný parciální tromboplastinový čas         |
| <b>ARDS</b> .....           | syndrom akutní respirační tísně                   |
| <b>BT</b> .....             | bilance tekutin                                   |
| <b>CT</b> .....             | počítačová tomografie                             |
| <b>CVT</b> .....            | centrální žilní (venózní) tlak                    |
| <b>CŽK</b> .....            | centrální žilní kanyla                            |
| <b>DF</b> .....             | dechová frekvence                                 |
| <b>EKG</b> .....            | elektrokardiografie                               |
| <b>ERCP</b> .....           | endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie |
| <b>FR</b> .....             | fyziologický roztok                               |
| <b>GIT</b> .....            | gastrointestinální trakt                          |
| <b>LD</b> .....             | lineární dávkovač                                 |
| <b>LDH</b> .....            | laktátdehydrogenáza                               |
| <b>NPB</b> .....            | náhlá příhoda břšní                               |
| <b>NPO</b> .....            | nic per os  |
| <b>PMK</b> .....            | permanentní močový katétr                         |
| <b>PO<sub>2</sub></b> ..... | parciální tlak kyslíku                            |
| <b>PŽK</b> .....            | periferní žilní kanyla                            |
| <b>SIRS</b> .....           | syndrom systémové zánětové odpovědi               |
| <b>SR</b> .....             | sinusový rytmus                                   |
| <b>ST</b> .....             | sinusová tachykardie                              |
| <b>UPV</b> .....            | umělá plicní ventilace                            |
| <b>VAS</b> .....            | vizuální analogová škála                          |

## SEZNAM TABULEK

|  |    |
|--|----|
| Tabulka 1 Balthazarova kritéria akutní pankreatitidy.....    | 18 |
| Tabulka 2 Přehled laboratorních hodnot ze dne 15.3.2011..... | 38 |

# ÚVOD

Typickým znakem 21. století je celková uspěchanost, velké pracovní nasazení, nedostatek odpočinku, spánku, zvýšení stresové zátěže a v neposlední řadě i nezdravý způsob života spojený s nevhodným stravováním, kouřením a konzumací alkoholu.

Lidé často nemají čas se najíst doma, v klidu, v rodinném kruhu, ale volí jednodušší a rychlejší možnost stravování ve fastfoodech nebo konzumují různé polotovary, které často neodpovídají výživovým hodnotám, a jsou velkou zátěží pro zažívací systém. Neuvědomují si, že jejich životní styl a životospráva se může projevit na jejich zdraví. Nepřemýšlí nad tím, co a v jakém množství konzumují a často jsou pak překvapeni vznikem nějakého onemocnění. Typickým příkladem je akutní pankreatitida, která často vzniká na podkladě dietní chyby nebo dlouhodobého špatného stravování. Velké množství tučného jídla v kombinaci s rodinnou predispozicí ovlivňuje vznik žlučových kamenů a tím se zvyšuje riziko komplikace v podobě akutní pankreatitidy. V nemalém procentu se toto onemocnění vyskytuje u alkoholiků, jehož příčinou je alkoholový exces v kombinaci s nevhodnou stravou.

Pacienty hospitalizované s akutní pankreatitidou z alkoholové příčiny provází během pobytu v nemocnici řada komplikací, které souvisí s jejich návykem na alkohol, či cigarety. Trpí abstinčním syndromem a v nejhorším případě deliriem tremens, které prodlužuje a komplikuje celkovou hospitalizaci.

Tito pacienti často nemoc bagatelizují a neberou v potaz snahy lékařů a sester edukovat je v prevenci opakování této nemoci, která spočívá ve zdravém způsobu stravování a úplné abstinenci. Proto se zpravidla po několika měsících vrací do nemocnice se stejnou diagnózou a mnohdy jejich nemoc probíhá již dramatičtěji a provází je řada komplikací.

Bohužel přes veškerou snahu lékařů a sester stran prevence onemocnění platí pořekadlo: „Každý svého štěstí strůjce“.

Cílem bakalářské práce je demonstrovat ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou toxometabolické etiologie se zaměřením na nejčastější ošetrovatelské problémy.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Charakteristika akutní pankreatitidy

### 1.1 Fyziologie

Tvorbu pankreatické šťávy a zevní sekreci pankreatu ovlivňují 3 mechanismy. Nervová stimulace jako reakce na zrakové a čichové podněty, produkce gastrinu při kontraktu potravy se stěnou žaludku, spolu s kyselostí žaludeční šťávy. A Třetí nejvýznamnější mechanismus je produkce a vylučování cholecystokininu a sekretinu do krve z duodena jako reakce na přítomnost aminokyselin a mastných kyselin v trávenině. Cholecystokinin ovlivňuje množství trávících enzymů a sekretin množství hydrogenuhličitanu a minerálů v pankreatické šťávě, díky čemuž je pankreatická šťáva silně alkalická.

Pankreatická šťáva je tvořena množstvím enzymů, které štěpí většinu potravy. Jejich působení je optimální v neutrálním nebo slabě alkalickém prostředí. Zahrnují pankreatickou amylázu – ta štěpí cukry a monosacharidy, pankreatickou lipázu, která rozkládá tuky na glycerol a mastné kyseliny a proteolytické enzymy, které štěpí bílkoviny na aminokyseliny. Mezi hlavní zástupce proteolytických enzymů můžeme zařadit trypsin, chymotrypsin a elastázu. Nezbytnou součástí pankreatické šťávy je i voda a hydrogenuhličitanové ionty – sodík a chloridy.

V momentě, kdy dosáhne potrava úrovně duodena, uvolní se Oddiho svěrač na Vaterské papile a pankreatická i žlučová šťáva vstoupí do střeva a zahájí štěpení (Mařatka, 1999; Ward, 2010).

### 1.2 Patofyziologie

Při akutní pankreatidě dochází k poškození a zániku zevně sekretorických buněk působením aktivních pankreatických enzymů přímo v pankreatu a ne v duodenu. Vzniká destrukce a autodigestce („samonatravení“) žlázového parenchymu pankreatu. Je to proces, který postihuje morfologii i funkci slinivky břišní. Je provázen variabilní systémovou odezvou postihující okolní i vzdálené orgány (Kaňková, 2009; Špičák, 2005).

### **1.3 Formy akutní pankreatitidy**

Akutní pankreatitida je náhle vzniklé akutní zánětlivé onemocnění slinivky břišní. Vzniká z plného zdraví a jejím vedoucím příznakem je silná až nesnesitelná bolest břicha.

Toto onemocnění se vyskytuje ve dvou formách. Mezi oběma formami akutní pankreatitidy není pevná hranice. Morfologicky hlavní rozdíl spočívá v přítomnosti a rozsahu tukových a pankreatických nekrotéz.

#### **1.3.1 Lehká akutní pankreatitida (edematózní)**

Je charakteristická lehkým, nekomplikovaným průběhem bez výskytu lokálních či vzdálených orgánových komplikací. Provází až 80 % všech akutních pankreatitid. Po onemocnění dochází k plné funkční reparaci slinivky břišní, včetně morfologické funkce.

Dochází k intersticiálnímu edému bez poškození pankreatické tkáně. Ojedinele jsou přítomny drobné peripankreatické či intrapancreatické tukové nekrózy bez přítomnosti parenchymální nekrózy. Přítomnost tukových nekrotéz závisí na množství tukové tkáně v pankreatu, která stoupá s věkem.

#### **1.3.2 Těžká akutní pankreatitida (hemoragicko-nekrotická)**

Provází ji závažný klinický průběh s multiorgánovým selháváním nebo lokálními komplikacemi jako je nekróza, absces nebo pseudocysta.

Morfologicky lze nalézt nekrózu pankreatické tkáně spolu s tukovými nekrotézami kolem a uvnitř pankreatu. V pankreatickém parenchymu se střídají nekrotická ložiska s nepostiženými úseky, kde je přítomný pouze edém. Mortalita u této formy je větší než u edematózní formy a stoupá při infekci přítomných nekrotéz (Lata, 2010; Kostka, 2006; Špičák, 2005).

### **1.4 Příčiny**

Příčiny vzniku akutní pankreatitidy jsou různé a někdy pravý důvod onemocnění ani není zjištěn. Mezi nejčastější příčiny můžeme zařadit alkohol a onemocnění žlučových cest. Další neméně důležité příčiny jsou pooperační poškození slinivky a úraz.

### **1.4.1 Alkohol**

Alkoholická příčina akutní pankreatitidy se více vyskytuje u mužů mladšího a středního věku, alkoholiků, kteří konzumují ve větší míře alkohol v kombinaci s potravinami bohatými na tuky. U alkoholiků nemusí jít vždy o akutní formu, ale může se u nich vyskytovat už dlouhodobě chronická pankreatitida, při jejichž exacerbaci klinicky i průběhem plně odpovídá akutní formě.

Alkohol stimuluje žaludeční kyselou sekreci a může přímo ovlivňovat metabolické procesy a sekreci pankreatických buněk. Vede k aktivaci pankreatických enzymů přímo v buňkách pankreatu, které poté způsobí v žláze k autodigestivní efekt.

### **1.4.2 Biliární**

Častěji postihuje ženy, s maximem do věku 45–55 let, s přidruženým onemocněním žlučových cest s tvorbou konkrementů.

Za fyziologických podmínek je tlak v pankreatickém vývodu vyšší než v žlučovém vývodu. Při přítomnosti kamenů ve žlučových cestách dochází k jejich zaklínění ve Vaterské papile, a tím dochází k edému, zvýšení tlaku a zpětnému toku pankreatických šťáv a žluči do pankreatu. Žluč má pro pankreas toxický efekt a vyvolává zánětlivou reakci.

### **1.4.3 Pooperační**

Pooperační pankreatitida představuje závažnou komplikaci operačních výkonů na orgánech v dutině břišní. Vzácně se vyskytuje i po operacích na vzdálených orgánech jako např. při transplantaci srdce či aortokoronární bypasse.

Je znám i vznik akutní pankreatitidy po endoskopických vyšetřeních, zejména po ERCP. Při tomto vyšetření je pankreas vystaven řadě inzultů – spasmu Oddiho svěrače a edém Vaterské papily.

### **1.4.4 Úrazová**

Při akutní pankreatidě z úrazové příčiny bývá průběh velmi dramatický. Jedná se převážně o tupá poranění břicha. U dětí k tomu dochází při pádech z kola na řídítka nebo na hůlku lyží, u dospělých po nárazu na volant při autonehodě.

### **1.4.5 Ostatní**

Mezi méně časté až vzácné příčiny akutní pankreatitidy můžeme zařadit metabolické a hormonální poruchy, virové infekce a léky jako např. ACE inhibitory, statiny. Až u 30 % se příčina onemocnění neobjasní, jedná se tedy o idiopatickou akutní pankreatitidu (Lata, 2010; Kostka, 2006; Špičák, 2005).

## **1.5 Příznaky**

Dominantním příznakem akutní pankreatitidy je bolest břicha, často doprovázená nauzeou, zvracením a po několika hodinách i zvýšenou teplotou či dušností. Objektivně můžeme na nemocném rozpoznat i změny na dutině břišní, ikterus a oběhové změny.

### **1.5.1 Bolest**

Bolest je typickým příznakem akutní pankreatitidy. Má obvykle náhlý začátek a plné intenzity dosahuje za 30 – 60 minut, kdy může setrvat na konstantní výši po několik hodin či dnů. Je lokalizována v epigastriu a v okolí pupku, zhoršuje se v poloze na zádech, proto často postižený vyhledává úlevovou polohu na boku s ohnutými zády a koleny přitáženými k břichu, nebo může ležet nehybně ve strachu před zhoršením bolesti při pohybu. Při velkém pankreatickém exudátu může být bolestivé celé břicho i s podbříškem, s vystřelováním do zad. Při biliární příčině je bolest lokalizována mnohdy více doprava, až pod pravý žeberní oblouk. Bezbolestné mohou být nejtěžší ataky, kdy dochází k celkové alteraci a encefalopatii.

### **1.5.2 Nauzea, zvracení**

Nauzea doprovází převážnou většinu nemocných. U některých dochází i k zvracení, které je zprvu reflexně, později je příznakem žaludeční a střevní parézy. Tento stav je důsledkem toxémie a pokračujících změn vodního a minerálního hospodářství. U mírných forem může být zvracení velmi slabé nebo i zcela chybět.

### **1.5.3 Hypertermie**

Obvykle se vyskytuje v časně fázi onemocnění. Při zvýšené teplotě nemusí být vždy přítomna infekce v pankreatu. Teplota kolísá kolem 38 – 38,5 °C a ve fázi sepse může vystoupat i na 40 °C.



#### **1.5.4 Změny na břišní stěně a peristaltiky**

Dochází k distenzi břicha, vzednutí a ztužení břišní stěny. Vzácně může být hmatná rezistence při peripankreatickém infiltrátu či pseudocystě.

U těžké pankreatitidy mohou být přítomny známky peritoneálního dráždění, způsobené volnou tekutinou v dutině břišní při pankreatogenním ascitu.

Ojedinelými příznaky závažné pankreatitidy jsou hematomy ve slabinách (Greyovo-Turnerovou znamení) nebo v okolí pupku (Cullenovo znamení). Bývají sdruženy se známkami krvácení do retroperitonea.

Střevní peristaltika bývá často obleněná, případně vymizelá. Nezřídka dochází i k její zástavě a následnému paralytickému ileu s naplněním střevních kliček vzduchem a tekutinou.

#### **1.5.5 Dušnost**

Dušnost je způsobena jednak snížením bráničního pohybu při bolesti, tak i vtlačení bránice nahoru. Oslabené dýchání může vyvolat pleurální výpotek či plicní komplikace jako jsou atelaktázy, záněty. Těžkou formu akutní pankreatitidy někdy doprovází i postižení plic v rámci rozvíjejícího se SIRS organismu, kdy může vyústit i v ARDS, kdy je nutná ventilační podpora či UPV.

#### **1.5.6 Ikterus**

Tento příznak nebývá vždy typický pro akutní pankreatitidu. Častěji se vyskytuje u biliární pankreatitidy, která je spojena s cholangitidou či choledocholithiázou. Může být i obstrukční povahy při tlaku zvětšené hlavy pankreatu na společný žlučovod.

#### **1.5.7 Oběhové změny**

U lehkých, nekomplikovaných forem bez výpotku je obvykle přítomna tachykardie bez významnějších změn TK. U těžších forem se vyskytuje hypertenze, tachykardie, zarudnutí v obličeji. Později jako důsledek pokračující hypovolémie a toxémie se rozvíjí známky šoku, které mohou vyústit v úplné zhroucení oběhu (Lata, 2010; Kostka, 2006; Špičák, 2005).

## **1.6 Diagnostické metody**

Diagnostické metody slouží k samotné diagnostice akutní pankreatitidy a k určení stupně postižení pankreatu, od čehož se vyvíjí i následná léčba.

### **1.6.1 Symptomatologie**

Podezření na akutní pankreatitidu vzniká většinou při prudké abdominální bolesti. Její vnímání může být setřelé u viscerální neuropatie či psychiatrického onemocnění. Vedle bolesti jsou ostatní příznaky méně časté.

Zásadní význam má i odlišení akutní pankreatitidy od jiných náhlých příhod. Proto je nutné doplnit důkladně anamnézu, provést nativní snímek břicha a doplnit laboratorní hodnoty, převážně hodnotami amyláz a lipáz (Lata, 2010).

### **1.6.2 Laboratorní screening**

Laboratorní vyšetření u akutní pankreatitidy zahrnují takové testy, které s vysokou pravděpodobností diagnózu potvrdí nebo vyloučí, a také ostatní laboratorní vyšetření, monitorující změněné orgánové funkce při akutní pankreatitidě.

Hlavním diagnostickým kritériem je určení pankreatických enzymů. Nejčastěji je v séru stanovena celková amyláza a lipáza. Méně častěji využívané a o to dražší jsou metody stanovení RIA a ELISA, které stanoví hodnoty pankreatické elastázy.

Celková amyláza se dále dělí na pankreatickou amylázu a slinnou izoamylázu. Její hladina se začíná zvyšovat za 2-12 h od začátku symptomů, vrcholu dosahuje za 12- 72 hodin a k normálu se většinou vrací za 3 – 5 dnů.

Pankreatická lipáza stoupá během 4 – 8 hodin od začátku onemocnění a vrcholu dosahuje za 24 hodin, poté hladina pozvolna klesá v průběhu dalších 14 dnů.

Mezi nespecifické laboratorní hodnoty, ale přesto používané můžeme zařadit jaterní testy, kdy stanovujeme hladiny bilirubinu, ALT, AST, ALP a GMT. Dále je to hladina glykémie, krevní obraz, sérové kalcium, kalium, chloridy, CRP, hodnoty acidobazické rovnováhy a krevních plynů (Lata, 2010; Kostka, 2006; Špičák, 2005).

### **1.6.3 Zobrazovací metody**

Mají nezastupitelný význam v diagnostice akutní pankreatitidy. Díky těmto metodám lze zobrazit anatomii pankreatu, přítomnost nekrózy, abscesu či cystoidu, tekutiny, určit nebo vyloučit biliární příčinu.

### **Nativní snímek břicha**

Pro diagnostiku má podpůrný význam, pouze nález plynem naplněné kličky duodena tzv. sentinelové kličky je pro diagnostiku akutní pankreatitidy zcela typický.

### **Ultrasonografie**

Používá se v časných fázích onemocnění, hlavně k potvrzení či vyloučení biliární etiologie. S odstupem času dobře zobrazuje kolekce tekutin a cystoidy a abscesy. Lze ji využít k odběrům vzorků nekrotické tkáně a tekutiny na mikrobiologické vyšetření. Toto vyšetření může limitovat plynná náplň střeva při paralytickém ileu či obezita pacienta.

### **Počítačová Tomografie**

Provádí se hlavně k diagnostice onemocnění, ale má svůj význam i k určení jeho stádia. Dále lze určit stupeň a rozsah nekrózy, kolekci tekutin, která doprovází těžší formy onemocnění a také přítomnost pseudocysty či abscesu.

K určení stádia postižení se využívá kritéria dle Baltazara (tabulka 1). Infekce a mortalita kritérií A až C je nízká, zatímco D, E a skóre nad 7 svědčí pro těžkou pankreatitidu.

*Tabulka 1 - Balthazarova kritéria akutní pankreatitidy*

|   | Skóre |
|---|-------|
| <b>Nativní CT</b>   |       |
| <b>A</b> – normální pankreas  | 0     |
| <b>B</b> – fokální nebo difúzní zvětšení pankreatu                              | 1     |
| <b>C</b> – nehomogenní pankreas či peripankreatický zánět                       | 2     |
| <b>D</b> – zvětšený pankreas s kolekcí tekutiny v předním pararenálním prostoru | 3     |
| <b>E</b> – kolekce tekutiny alespoň ve dvou kompartmentech                      | 4     |
| <b>CT s kontrastem</b>  |       |
| Nekróza 0%  | 0     |
| Nekróza 30% a méně  | 2     |
| Nekróza 30 – 50%  | 4     |
| Nekróza nad 50%   | 6     |
| <b>CT stupeň (0-4) + nekróza (0-6) = celkové skóre</b>                          |       |

Zdroj: ZAZULA, R.; WOHL, P., 2005, strana 148

## **Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie - EPT**

Její význam je diagnostický a léčebný. Primárně je indikována u akutní pankreatitidy s podezřením na biliární obstrukci. Odstraněním konkrementu pomocí EPT se odstraní i vyvolávající příčina (Lata, 2010; Kostka, 2006; Špičák, 2005).

### **1.7 Hodnotící kritéria**

Po stanovení diagnózy akutní pankreatitidy je důležité stanovit prognózu onemocnění, která určuje další terapeutický postup. Akutní pankreatitida může probíhat od velmi lehkých forem až po těžkou, končící do 24 hodin smrtí. Proto byla vyvinuta skórovací schémata, která dopomáhají stanovit prognózu a předpokládaný průběh onemocnění a tím umožní včasnou a adekvátní léčbu a péči na jednotkách intenzivní péče či specializovaných centrech.

#### **1.7.1 Ransonovo skórování schéma**

Vzniklo v roce 1974 a je nejznámější a dosud nejužívanější v předpovědi průběhu akutní pankreatitidy. Spočívá v hodnocení pěti kritérií při přijetí. Tyto kritéria jsou věk, leukocyty, glykémie, LDH, AST. Po 48 hodinách se hodnotí zbylých šest kritérií jako je pokles hematokritu, vzestup sodíku v moči, pokles sérového kalcia, pokles  $paO_2$ , deficit base a sekvestrace tekutin. Skóre více jak tři v průběhu 48 hodin po přijetí znamená obvykle prudký průběh onemocnění. Mortalita stoupá s počtem splněných kritérií.

#### **1.7.2 Glasgowské skóre**

Toto skóre vytvořil pankreolog C. Imrie, kdy vyšel z modifikované verze Ransonova schématu. Do 48 hodin po přijetí se hodnotí 8 kritérií a to věk, leukocyty, glykémie, natrium v moči, parciální tlak  $O_2$ , albumin, kalcium, LDH. Hodnoty nad 3 obvykle znamenají špatnou prognózu.

#### **1.7.3 APACHE II**

APACHE skóre bylo vyvinuto za účelem hodnocení a monitorování kriticky nemocných. Nejužívanější je verze z roku 1989 APACHE II. Nevýhodou je složitost a časová náročnost při vyplňování, výhodou je možnost získání údajů ihned po přijetí a kdykoliv monitorovat průběh a vývoj onemocnění. Tento systém se skládá z fyziologických hodnot (teplota, tlak, dech, pulz, stav vědomí, krevní plyny,

elektrolyty, hematokrit, leukocyty, kreatinin), z hodnocení věku a jiného chronického onemocnění, které může výrazně ovlivnit průběh nemoci. Skóre větší než 7 znamená již hranici mezi mírnou a těžkou formou akutní pankreatitidy (Kostka, 2006; Špičák, 2005).

## **1.8 Léčba**

Základní strategie léčby je stálé monitorování a pravidelné hodnocení klinického stavu. Dále je to léčba bolesti, bilančních poruch minerálového a vodního metabolismu, nutriční screening a dostatečná nutrice, antibiotická profylaxe, inhibiční a chirurgická léčba a léčba komplikací (Dítě, 2005).

### **1.8.1 Léčba bolesti**

Pro léčbu bolesti u akutní pankreatitidy je v první řadě nejdůležitější stanovit její charakter a intenzitu. K tomu se používají různé škály stanovení intenzity bolesti. Analgetika se podávají v prvních dnech kontinuálně, často jsou opiátového typu, poté se dávky postupně snižují až do úplného vysazení.

Je možná i epidurální analgezie, jejíž indikace je individuální. Výhodou oproti opiátovým analgetikům je lepší zachování úrovně vědomí a poloha v polosedě, která má příznivý vliv na ventilaci (Lata, 2010; Kostka, 2006; Špičák, 2005).

### **1.8.2 Minerálové a vodní hospodářství**

Důvodem ztrát tekutin je v menší míře zvracení a ve větší míře sekvestrace tekutin zejména do retroperitoneálního a peritoneálního prostoru, která může v prvních pár hodinách onemocnění dosáhnout i několika litrů.

Nemocní s akutní pankreatidou bývají při přijetí výrazně dehydratovaní, až v hypovolemickém šoku a vyžadují intenzivní doplnění intravaskulárního objemu. Krystaloidy jsou vhodnější u lehké formy, naopak koloidy se využívají u těžké pankreatitidy pro jejich dobrý účinek v obnovení a udržení objemu i přes to, že se v něm udrží pouze pár hodin. Množství podaných roztoků činní v prvních hodinách až dnech několik litrů, řádově 5 – 8. Je nutné sledovat hemodynamické hodnoty a přesnou diurézu, nejlépe přes permanentní močový katétr.

Zároveň se sledují laboratorní hodnoty iontů a acidobazické rovnováhy. Dle aktuálních hodnot se korigují hladiny iontů včetně kalcia, magnézia a fosfátů. Zvýšené

hodnoty glykémie vyžadují podávání inzulínu, nejlépe kontinuálně (Lata, 2010; Kostka, 2006; Špičák, 2005).

### **1.8.3 Nutrice**

Perorální příjem tekutin a stravy zvyšuje pankreatickou sekreci, proto má nemocný do úprav laboratorních hodnot a klinického stavu nastaven režim nic per os (NPO). Zároveň se provádí nutriční screening a vyhodnocují se u pacienta nutriční rizika a riziko malnutrice. Dle výsledků screeningu a formy onemocnění se stanovuje plán optimálního zajištění nutrice nemocného.

U lehké formy akutní pankreatitidy a při normální pasáži střev postačí po několik dnů doplnění tekutin a iontů parenterální cestou. U této formy by hladovění nemělo trvat déle než 2 – 5 dnů, poté by měla následovat dieta bohatá na sacharidy se středním obsahem bílkovin a tuků. S normalizací laboratorních parametrů je možné přejít na racionální dietu.

U těžké akutní pankreatitidy a pankreatitidy s poruchami pasáže je indikována totální parenterální výživa, která je podávána výhradně přes centrální žilní kanylu. Jejím rizikem je elektrolytová dysbalance a katérová seps. Vhodná je i enterální výživa, která příznivě ovlivňuje střevní dysfunkci a vede k obnovení střevní pasáže. Enterální sonda se zavádí do jejunu pomocí endoskopu nebo naslepo u spolupracujícího pacienta. Dávkování enterální výživy je zpočátku menší, s postupným navyšováním dle aktivity střevní pasáže a tolerance pacientem (Špičák, 2005; Dítě, 2005; Marečková, 2004).

### **1.8.4 Antibiotická profylaxe**

Léčba antibiotiky je indikována u těžké nekrotizující pankreatitidy, naopak u lehké není vhodná. Stabilní antibiotický režim není dosud stanoven. Terapeuticky účinné jsou antibiotika, na něž jsou příslušné bakterie citlivé a současně musí proniknout do parenchymu žlázy. Vhodná je i cílená léčba dle výsledku mikrobiologického vyšetření z nekróz pankreatu při punkci pod CT kontrolou. Léčba antibiotiky by se měla zahájit nejpozději do 48 hodin od začátku onemocnění a měla by trvat minimálně 14 dní (Lata, 2010; Kostka, 2006).

### **1.8.5 Inhibiční léčba**

Zahrnuje různorodá opatření směřující k zastavení, útlumu pankreatické sekrece a mediátorů pankreatického zánětu i extrapancreatických projevů a komplikací.

Nasogastrická sonda přináší symptomatickou úlevu při zvracení, abdominální distenzi a ileu. Zavádí se při těžké pankreatitidě, protože při zbytečném zavedení u lehké formy může dráždit.

Mezi další metody inhibiční léčby můžeme zařadit peritoneální laváž, hemofiltraci a výměnu plasmy, které se používají k eliminaci kolujících toxinů. Tyto metody jsou vždy přísně indikované a nepoužívají se standartně, ale pouze na specializovaných pracovištích (Špičák, 2005).

### **1.8.6 Endoskopická papilosfinkterotomie - EPT**

Provádí se u akutní biliární pankreatitidy. Principem je zavedení endoskopu, následné rozříznutí vlastní papily a Oddiho svěrače a získání širšího ústí v oblasti vstupu do choledochu k případné další terapii. Tímto zákrokem lze provést extrakci konkrementů, zavedení stentu či terapii pseudocyst. Efektivita zákroku je dána intervalem mezi vznikem akutní pankreatitidy a provedením zákroku. Provádí se na specializovaných pracovištích (Lata, 2010).

### **1.8.7 Chirurgická léčba**

Důvodem k chirurgické léčbě bývá zpravidla infikovaná nekróza či léčba komplikací. Časná operace v průběhu prvního týdne je indikována pouze při prudkém průběhu s multiorgánovým selháním neodpovídající na konzervativní léčbu. Principem operace je šetrné odstranění nekrotické tkáně s uchráněním funkčního pankreatu. Lze provést odstranění nekrotéz doprovázené drenáží nebo postupné vybavování nekrotické tkáně při udržování otevřeného přístupu do dutiny břišní s využitím systému Ethizip.

Další terapeutickou možností je kontinuální lokální laváž dutiny břišní s odstraňováním nekrotických mas a toxinů uvolněných z pankreatu do dutiny břišní. Lze ji provádět i endoskopicky (Lata, 2010; Dítě, 2005).

## **1.9 Komplikace**

Komplikace onemocnění se mohou projevit na samotné slinivce břišní nebo ovlivnit některý tělní systém, jako je kardiovaskulární, respirační či renální. Můžeme je rozdělit z hlediska jejich průběhu a době vzniku na časně a pozdní.

### **1.9.1 Časné**

Projevují se převážně v časné, akutní fázi onemocnění, v průběhu několika hodin až dnů.

#### **Infekce pankreatu**

Pankreatická infekce je jednou ze závažných komplikací onemocnění, jehož průběh může značně zkomplikovat, prodloužit a změnit způsob léčení. Do pankreatické infekce můžeme zařadit infikovanou nekrózu, pankreatický absces a infikovanou pseudocystu. Při těchto infekcích, zvláště u infikované nekrózy, dominuje klinický obraz sepse a bolestí břicha.

Pankreatická nekróza se infikuje v závislosti na rozsahu nekrózy. K infekci je náchylná nekróza postihující více jak 50 % parenchymu. Zdrojem infekce může být jakékoliv infekční ložisko v organismu a její šíření může být hematogenní, lymfogenní nebo přímé. Při jejím výskytu se jednoznačně indikuje chirurgická léčba.

Pankreatický absces vzniká častěji u traumatické etiologie onemocnění. Vyvíjí se ze subakutní pankreatické nekrózy a může být lokalizován intrapancreaticky i peripankreaticky. Léčba spočívá v chirurgické nebo endoskopické intervenci.

#### **Krvácení**

Při této komplikaci je akutní pankreatitida též označována jako hemoragicko-nekrotizující. Dochází při ní k narušení pankreatických či peripankreatických cév aktivovanými pankreatickými enzymy. Může dojít ke krvácení do retroperitonea, colon transversum, omentální burzy či přímo do pankreatu. Menší, protrahované krvácení se projevuje jen melénou či anemizací a nevyžaduje chirurgickou intervenci, pouze konzervativní postup s doplněním oběhu infuzemi a transfuzemi. Velké, akutní krvácení se manifestuje náhlým zhoršením abdominální bolesti s vzedmutím břicha a příznaky hemoragického šoku. Často vyžaduje chirurgickou intervenci.

Někdy vzniká i krvácení do GIT, jehož příčinou je nejčastěji peptický vřed, poté i erozivní gastritida a jícnové varixy. Na krvácení z peptického vředu může nasedat i další komplikace a to perforace vředu.

#### **Trombóza**

Nejčastěji postihuje v. portae, lienální a horní mezenterickou žílu. Ve většině případů probíhá asymptomaticky. Trombóza lienální žíly doprovází více chronickou pankreatitidu a jejím řešením je splenektomie. Trombóza portální žíly se projevuje



portální hypertenzi a je způsobena útlakem z okolí pseudocystou. Při léčbě se užívá konzervativní terapie antikoagulanciemi, při jejím selhání balónková dilatace.

### **Ischémie střeva**

Vzniká šířením zánětlivého procesu z pankreatu do okolí s postižením vyživujících cév. Nejčastěji je postižen kolon, zejména levý. Diagnóza je velmi obtížná, protože příznaky náhlé příhody břišní jsou překryty příznaky právě probíhající akutní pankreatitidy. Komplikací je perforace střeva s vysokou pravděpodobností vzniku zánětu pobřišnice.

### **Ostatní komplikace**

U akutní pankreatitidy lze najít řadu laboratorních odchylek. Typickým nálezem je hypokalcemie, hyperglykémie, hyperlipidémie a koagulační poruchy. Je navozen hyperkoagulační stav, který se většinou klinicky neprojevuje. Lze prokázat roztroušené mikrotromby, ale bez známek diseminované intrvaskulární koagulopatie.

Respirační insuficience se vyskytuje u infikované nekrózy až u 74 % a je definována  $PO_2 < 60$  mm Hg přetrvávající i přes přívod kyslíku. Nejtěžším plicním postižením je ARDS.

Renální insuficience se vyskytuje v menším měřítku než respirační, ale i přesto se považuje za nepříznivé prognostické znamení. Hlavní příčinou insuficience je šok a oběhové změny.

V průběhu akutní pankreatitidy se mohou objevit kardiální komplikace ve smyslu arytmií a změn na EKG napodobující koronární příhodu (Špičák, 2005; Kostka, 2006).

## **1.9.2 Pozdní**

Jejich výskyt bývá po několika týdnech od vzniku onemocnění, často až po propuštění do domácí péče.

### **Pseudocysta**

Jedná se o kolekci pankreatické šťávy, jejíž ohraničení tvoří stěna z granulační a fibrózní tkáně. Vykytuje se u akutní nekrotizující pankreatitidy. Její formování trvá 4 a více týdnů od začátku onemocnění. Pseudocysta se může vyskytovat v kterékoli části pankreatu a její obsah je čirý, bělavý či tmavě zbarvený. Ve větší míře obsahuje pankreatické enzymy a je obvykle sterilní. Projevuje se tupými bolestmi břicha, a v zádech, přičemž klinika akceleruje při zvětšování pseudocysty. Pseudocysta se může zkomplikovat infekcí, rupturou, krvácením, biliární či střevní obstrukcí. Při léčbě se

přihlíží k velikosti pseudocysty, symptomatologii a přidruženým komplikacím. Pseudocysty s velikostí nad 5cm a s výraznou symptomatologií vyžadují aktivní léčbu.

### **Pišťel**

Vyskytuje se u těžké nekrotizující pankreatitidě po následné nekrosectomii a drenáži infikovaného ložiska. Je to vzácná komplikace, častější výskyt je u chronické pankreatitidy alkoholického původu. Léčba je konzervativní, při neúspěchu se přistupuje k chirurgické léčbě (Špičák, 2005; Kostka 2006).

## **2 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou**

Prvním krokem před zahájením ošetrovatelské péče o pacienta je odebrání sesterské anamnézy, fyzikální vyšetření sestrou a zhodnocení úrovně sebeděče a soběstačnosti v základních činnostech. K tomu se užívají různé testy a klasifikace, např. Barthelův test základních všedních činností; klasifikace funkčních úrovní sebeděče podle M. Gordonové.

Při ošetrování zaujímá sestra holistický přístup a zohledňuje bio-psycho-sociální potřeby pacienta..

Pacienti s akutní pankreatitidou jsou přijímáni na standardní ošetrovací jednotku chirurgického nebo interního oddělení. Pacienti v těžkém stavu s projevy septikémie, rozvratu vnitřního prostředí, šokového stavu, s projevy poruchy hemokagulace a renálního selhávání jsou přijímáni na JIP nebo ARO.

### **Monitorace:**

- fyziologické funkce, úroveň vědomí, zornice, chování, účinky terapie,
- bolest – charakter, intenzita, lokalizace, zda pacient zaujímá úlevovou polohu, účinky analgezie,
- invazní vstupy, jejich funkčnost a možné příznaky infekce,
- laboratorní výsledky a výsledky vyšetření,
- bilance tekutin, hodinová diuréza, popř. hodnoty centrálního žilního tlaku.

### **Poloha a pohybový režim:**

- poloha bez omezení, při bolestech úlevová,
- v akutní fázi režim klidový, později neomezený pohyb a rehabilitace dle ordinace lékaře,
- u nesoběstačných pacientů zajistí sestra pravidelné polohování a prevenci dekubitů,
- zajistit bezpečnost klienta při poruše vědomí,
- zvýšený dohled u pacientů – alkoholiků při rozvíjejícím se abstinčním syndromu.

### **Hygiena a oblékání**

- zhodnotit úroveň soběstačnosti v této oblasti,
- v akutní fázi provádí hygienu sestra s nebo bez účasti pacienta,
- postupné zapojení pacienta do hygieny dle zdravotního stavu,
- péče o žaludeční sondu nebo enterální sondu - denně výměna fixace, prevence otlaku nosního chřípí, zajistit průchodnost nosní dírky pro dýchání.

### **Spánek a odpočinek:**

- zajistit klidný spánek a odpočinek úpravou prostředí,
- tolerovat spánkovou inverzi, možnosti dezorientace, ale i vulgárnosti,
- respektovat úlevovou polohu,
- zajistit bezpečnost - postranice, signalizace, pravidelná kontrola,
- dle ordinace aplikovat sedativa, hypnotika.

### **Výživa:**

- zhodnotit úroveň výživy a hydratace pacienta (hmotnost, výška, stav sliznic, kůže, nehtů),
- zajistit aplikaci parenterální nebo enterální výživy dle ordinace lékaře,
- nic per os režim, do zvládnutí akutního stavu (dle hodnot amyláz a CT nálezu) poté dieta čajová, pankreatická dieta s následným přechodem na 4/S,
- po obnovení příjmu tekutin a stravy sledovat nauzeu, zvracení, toleranci stravy a tekutin,
- po obnově per os příjmu zhodnotit úroveň sebezpečí v oblasti výživy, případně zajistit tuto potřebu za pacienta.

### **Vyprazdňování:**

- zhodnotit úroveň soběstačnosti v této oblasti,
- sledovat peristaltiku a odchod plynů, často se objevuje stolice až po zatížení GIT stravou,
- zaznamenat množství a charakter stolice,
- zpočátku na lůžku – podkládána podložní mísa, u nesoběstačných přiložení pleny nebo podložky,
- při zavedeném PMK sledovat množství, charakter a příměsi v moči.

**Bolest:**

- dle hodnotící škály vyhodnotit bolest,
- naučit pacienta zvládat bolest bez použití medikamentů – vhodná poloha, odvedení pozornosti, klidné, tiché prostředí,
- dle ordinace lékaře aplikovat analgetika a sledovat jejich účinek.

**Psychosociální potřeby:**

- klient je vystaven velké bolesti - podrážděnost, agresivita, vulgárnost, bezradnost, strach ze smrti, neschopnost bolesti snášet,
- zajistit klid, empatie, zájem, dostatek informací,
- dle potřeby zajistit psychologa nebo psychiatra.

**Domácí péče:**

- dodržování životosprávy,
- dispenzarizace v gastroenterologické ambulanci, pravidelné užívání léků,
- kontrolní odběry biologického materiálu,
- eliminace stresu, zákaz alkoholu, kouření (Trachtová, 2001; Juřeníková, 1999).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části jsem zpracovala ošetrovatelský proces u pacienta s hlavní diagnózou akutní pankreatitida, u kterého jsem se podílela na ošetřování v rámci jeho hospitalizace na JIP interních oborů v nemocnici Přerov.

K získání potřebných informací jsem využila lékařskou a sesterskou dokumentaci, anamnestický rozhovor s pacientem a vlastní pozorování. K zhodnocení stupně soběstačnosti a rizika pádu a dekubitů jsem použila Barthelův test základních všedních činností, rozšířenou stupnici Nortonové a zjištění rizika pádu, které se používají v dané nemocnici.

Při zpracování získaných informací jsem využila komplementární model Virginie Hendersonové a stanovila jsem ošetrovatelské problémy a plán ošetrovatelské péče dle NANDA taxonomie I.

### 3 Ošetřovatelský proces u pacienta s diagnózou akutní pankreatitida

#### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

|   |  |
|---|--|
| <b>Jméno a příjmení:</b> D. P.                            | <b>Pohlaví:</b> muž                                |
| <b>Datum narození:</b> 1981                               | <b>Věk:</b> 29                                     |
| <b>Adresa bydliště a telefon:</b> Prosenice, okres Přerov |  |
| <b>Adresa příbuzných:</b> Dtto                            |  |
| <b>RČ:</b> 1981   | <b>Číslo pojišťovny:</b> pojištěn                  |
| <b>Vzdělání:</b> vyučený truhlář                          | <b>Zaměstnání:</b> od 7/ 2010 veden na úřadu práce |
| <b>Stav:</b> svobodný                                     | <b>Státní příslušnost:</b> ČR                      |
| <b>Datum přijetí:</b> 14.3.2011                           | <b>Typ přijetí:</b> neodkladné                     |
| <b>Oddělení:</b> JIP interních oborů, nemocnice Přerov    | <b>Ošetřující lékař:</b> MUDr P. J.                |

**Důvod přijetí udávaný pacientem:** Bolesti břicha, pocit na zvracení, zvracení.

**Medicínská diagnóza hlavní:** K 85 Akutní pankreatitida toxometabolické etiologie

**Medicínské diagnózy vedlejší:** bilaterální fluidothorax s bilaterálními drobnými kondenzacemi; abúzus alkoholu s deliriem tremens; fumátor

#### Vitální funkce při přijetí

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <b>TK:</b> 140/85                           | <b>Výška:</b> 180 cm            |
| <b>P:</b> 100                               | <b>Hmotnost:</b> 91 kg          |
| <b>D:</b> 25                                | <b>BMI:</b> 27,8                |
| <b>TT:</b> 36,9°C                           | <b>Pohyblivost:</b> bez omezení |
| <b>Stav vědomí:</b> při vědomí, orientovaný | <b>Krevní skupina:</b> A+ poz.  |

**Nynější onemocnění:** 14. 3. 2011 přichází pacient přímo, bez doporučení obvodního lékaře, na interní ambulanci pro bolesti břicha. Udává, že předchozí týden popíjel pivo a vodku a poté od pátku (11. 3.) do soboty měl přechodné bolesti břicha bez zvracení. V neděli (13. 3.) se měl dobře, dal si pivo. V pondělí nastala recidiva bolesti, které ho vzbudily, vypil čaj a následně ho vyzvracel. Proto se dostavil do nemocnice.

## ANAMNÉZA

### **Rodinná anamnéza:**

*Matka:* cirhóza hepatis toxonutritivní etiologie

*Otec:* neznámý

*Sourozenci:* 2 starší sestry, dosud zdraví

*Děti:* nemá

### **Osobní anamnéza:**

*Překonané a chronické onemocnění:* dosud bez vážného onemocnění

*Hospitalizace a operace:* 11/ 2000 akutní apendicitida, operačně řešeno

*Úrazy:* 8/2006 pád z kola, fraktura ulny dx

*Transfúze:* dosud nepodány

*Očkování:* tetanus 4/2010

### **Léková anamnéza:**

Chronicky nemedikuje, ojediněle ibuprofen tbl 400mg při různých bolestech

### **Alergologická anamnéza:**

*Léky:* neguje

*Potraviny:* neguje

*Chemické látky:* neguje

*Jiné:* pyl

### **Abúzy:**

*Alkohol:* 4 – 6 piv denně, příležitostně destiláty

*Kouření:* 20 cigaret denně

*Káva:* nepije

*Léky:* neguje

*Jiné drogy:* neguje

### **Urologická anamnéza:**

Samovyšetřování semeníků neprovádí, dosud bez urologického onemocnění.



### **Sociální anamnéza:**

*Stav:* svobodný

*Bytové podmínky:* bydlí s matkou v bytě 2+1

*Vztahy, role, a interakce v rodině:* ve společném soužití s matkou nejsou žádné konflikty či jiné obtíže. Mimo rodinu má přítelkyni již 1 rok a spoustu kamarádů jak z fotbalu, tak ze sboru hasičů, se všemi vychází dobře, nemá konflikty.

*Záliby:* fotbal, akční filmy, rocková muzika

*Volno časové aktivity:* aktivity v rámci dobrovolného hasičského sboru v místě svého bydliště, místní fotbalová liga, posezení s kamarády u piva

### **Pracovní anamnéza:**

*Vzdělání:* vyučen truhlářem

*Pracovní zařazení:* od 7/2010 veden na úřadu práce

*Ekonomické podmínky:* pobírá sociální dávky

### **Spirituální anamnéza:**

Nevěřící, do kostela nechodí ani o Vánocích či jiných církevních svátcích.

### **BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ – 15.3.2011**

|                          |                          |         |
|--------------------------|--------------------------|---------|
| Příjem potravy a tekutin | s pomocí                 | 5 bodů  |
| Oblékání samostatně      | bez pomoci               | 10 bodů |
| Koupání                  | samostatně nebo s pomocí | 5 bodů  |
| Osobní hygiena           | samostatně nebo s pomocí | 5 bodů  |
| Kontinence moči          | plně kontinentní         | 10 bodů |
| Kontinence stolice       | plně kontinentní         | 10 bodů |
| Použití WC               | s pomocí                 | 5 bodů  |
| Přesun na lůžko – židli  | samostatně bez pomoci    | 15 bodů |
| Chůze po rovině          | s pomocí 50 m            | 10 bodů |
| Chůze po schodech        | s pomocí                 | 5 bodů  |

**Hodnocení stupně závislosti:**

**80 bodů - lehká závislost**

### ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ - 15.3.2011

|                       |                  |        |
|-----------------------|------------------|--------|
| Schopnost spolupráce  | úplná            | 4 body |
| Věk                   | <30              | 3 body |
| Stav pokožky          | vlhká            | 2 body |
| Přidružené onemocnění | ↑TT              | 3 body |
| Fyzický stav          | zhoršený         | 3 body |
| Stav vědomí           | bdělý            | 4 body |
| Aktivita              | sedačka          | 2 body |
| Mobilita              | částečně omezena | 3 body |
| Inkontinence          | není             | 4 body |

**Vyhodnocení: 28 bodů - bez rizika**

### ZJIŠTĚNÍ RIZIKA PÁDU – 15.3.2011

|                  |                       |        |
|------------------|-----------------------|--------|
| Pohyb            | neomezený             | 0 bodů |
| Vyprazdňování    | vyžaduje pomoc        | 3 body |
| Medikace         | neužívá rizikové léky | 0 bodů |
| Smyslové poruchy | žádné                 | 0 bodů |
| Mentální status  | orientován            | 0 bodů |
| Věk              | 18 – 65               | 0 bodů |
| Pád v anamnéze   | ne                    | 0 bodů |

**Vyhodnocení: 3 body - bez rizika**

### Utřídění informací podle teorie V. Hendersonové ze dne 15.3.2011

| <b>Asistence, pomoc při POTŘEBĚ</b> | <b>Objektivně</b><br>(pozorování sestrou)  | <b>Subjektivně</b><br>(síla, vůle, vědomosti)   |
|-------------------------------------|--|---|
| <b>1. pomoc při dýchání</b>         | <p>Dýchání spontánní, frekvence 28/min., rytmus pravidelný, bez šelestů, povrchní, bez kašle či produkce sputa, zaujímá Fowlerovu nebo úlevovou polohu, bez nutnosti používání pomůcek k udržení polohy.</p> <p>Dechová frekvence zvyšující se v úměrnosti s bolestí, inhaluje kyslík brýlemi, bez známek narušené výměny plynů. Plně informován o držení těla zlepšující výměnu plynů.</p> <p>Prostředí přiměřené vlhkosti, teploty, bez zápachu.</p> | <p>Doma neměl problémy s dechem, nyní se mu při bolestech hůře dýchá, má pocit ztíženého dechu a musí vydat větší úsilí při dýchání.</p> <p>Kouří již 15 let, nyní 20 cigaret denně, má chuť na cigaretu. Nikdy neprováděl dechová cvičení či dechovou gymnastiku, nevidí důvod v tom nyní začínat. Držení těla má správné, nepotřebuje a nechce nikterak měnit své návyky.</p> |
| <b>2. přijímání jídla a pití</b>    | <p>NPO režim, dodržuje, povoleny zapíjet tablety, bez polykacích potíží, bez zvláštních kulturních návyků. Zajištěn parenterální přívod tekutin. Zavedenou enterální pumpou kape enterální výživa kontinuálně 20ml/hod.</p> <p>Bez nutnosti spolupráce s dietní sestrou, pacientovi již nastíněna budoucí dietní opatření.</p>   | <p>Nemá chuť k jídlu, spíše pocity na zvracení a suchost v ústech. Chápe důvody NPO režimu, nemá k tomuto omezení výhrady. Mírně ho „svědí v nose“ zavedená enterální sonda. Budoucí dietní opatření ho mírně „šokovala“, ale myslí si, že bude schopen a pokusí se je dodržovat. Nejvíce mu bude chybět pivo.</p>  |
| <b>3. vylučování</b>                | <p>Dnes nebyla stolice, ale pacient bude schopen se vyprazdňovat na</p>  | <p>Doma potíže se stolicí neměl, pomocné prostředky</p>   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>podložní mísu či pokojové WC. Břicho je vzedmuté, plyny neodchází, zatím bez nutnosti použití pomocných prostředků. Zaveden PMK č. 16 od 14. 3. pro vedení přesné bilance tekutin. Pacient má pozitivní bilanci 2000ml/24 hodin. Pacient se zvýšeně potí z důvodu febrilií a bolesti, pot má nakyslý zápach, pokožka je vlhká, bez rizika dekubitů dle škály Nortonové. Zajištěno soukromí pro případné vyprazdňování – samostatný pokoj.</p> | <p>k vyprázdnění nikdy neužíval. Nyní má pocit plného břicha a zaražených větrů, bolí ho, už neví jak si má lehnout, aby se mu ulevilo. Se zavedeným PMK nemá potíže, nevadí mu, chápe nutnost jeho zavedení. Pociťuje nepohodlí z důvodu zvýšeného pocení, „cítím sám sebe jak smrdím“. Mrzí ho, že pro bolesti a klidový režim se nemůže adekvátně umýt nebo absolvovat sprchu.</p> |
| <p><b>4. při pohybu a udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení, ležení, při změně polohy</b></p> | <p>Pacient má polohovatelné lůžko s antidekubitární matrací. Zvládá sám ovladačem měnit polohu lůžka. Trvale zajišťováno suché a vypnuté prádlo, měněno co 4 hodiny pro zvýšené pocení. V lůžku se otočí sám, hledá si úlevovou polohu. Bez motorického omezení, má klidový režim v lůžku.</p>   | <p>Polohovatelné lůžko se mu líbí, „to bych chtěl i doma“, vyhovuje mu, zdá se mu i pohodlné. Oceňuje častost měnění ložního prádla, při jeho propocení pociťuje nepohodlí. Nemůže najít správnou polohu, která by mu ulevila od bolestí a zaražených větrů.</p>  |
| <p><b>5. při odpočinku a spánku</b></p>  | <p>Pacient spí přerušovaně, ruší ho provoz oddělení a bolesti. Léky na podporu spánku nepodávány, zvyky před usínáním nemá. Po probuzení se cítí velmi málo odpočinitý. Zajištěno suché a čisté prádlo, před spaním umožněno vyčištění zubů a</p>  | <p>Doma potíže se spánkem neměl, ani léky nemusel užívat. Cítí se unavený a nevyspalý, přes den se mu chce spát, ale kvůli provozu oddělení nemůže usnout, na personál se nezlobí, chápe, že dělají svoji práci.</p>  |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | během dne provádí výplachy dutiny ústní stopanginem.<br>Bolesti tišeny analgetiky a doporučovány úlevové polohy  | Vyplachování pusy mu zmírňuje pocity žízně a sucha v puse.<br>Bolesti jsou stále intenzivní, úlevovou polohu stále mění a vyhledává, nemůže najít tu pravou  |
| <b>6. při výběru oblečení, oblékání a svlékání</b>                    | Pacient zcela soběstačný při oblékání. Pouze zajištěno suché pyžamo - anděl dle potřeby.   | Zcela sám zvládne oblékání, nevyhovuje mu pouze nutnost nemocničního pyžama – anděla.  |
| <b>7. při udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot</b> | Pacient oblečen do anděla, dle zvyku oddělení. Prostředí je klimatizováno, teplota udržována v hodnotě 22 °C, bez výskytu průvanu. Tělesná teplota měřena 3x denně a při febriliích měřena za 1 a 2 hodiny po aplikaci antipyretik. Na febrilie aplikovány antipyretika a fyzikální chlazení – ledy do třísel. | Nepocit'uje na sobě zvýšenou teplotu, pouze se více potí.<br>Klimatizované pracoviště mu vyhovuje jen z části, uvítal by přísun čerstvého vzduchu, má rád chladnější prostředí. Ledy v tříslech „příjemně chladí“.                           |
| <b>8. při udržování čistoty, úpravy těla, ochrana pokožky</b>         | Hygiena prováděna na lůžku, s dopomocí sestry, vlasy si nečeše z důvodu krátkého sestřihu, umyty pro zvýšené pocení. Nehty čisté, ale neupravené, nos a zuby si umývá sám, bez nutnosti pacienta nabádat k těmto úkonům. V nemocnici nejsou poskytovány kosmetické procedury.                                  | Pomoc sestry s hygienou oceňuje, na druhou stranu je mu trapně a stydí se. Je zvyklý pravidelně na sprchu a 1x denně si čistit zuby. Holí se 1x týdně, obvykle v pátek. Kosmetické procedury nepotřebuje, ani mimo nemocnici je nevyhledává. |
| <b>9. při odstraňování rizik z okolí,</b>                             | Pacient nevyžaduje náboženskou intervenci. Zajištěna prevence  | Plně nechápe pracovní postupy sester a pomůcky   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>ochrana před násilím, nákazou</b>                            | nozokomiálních nákaz, používány jednorázové pomůcky. Bez smyslového deficitu, ale z důvodu možného deliria pacient edukován o riziku pádu a zajištěn zvýšený dohled, prevence pádu či poranění.  | k tomu užívané, ale důvěřuje jim. O riziku pádu srozuměn, ale nemá pocit, že by byl nějak ohrožen pádem či poraněním.   |
| <b>10. při komunikaci</b>                                       | Pacienta navštěvuje starší sestra, informována o zdravotním stavu, s personálem probírá pacientův zdravotní stav a budoucí dietní režim a životosprávu.  | Návštěvy sestry mu nejsou moc příjemné, mají sice dobrý vztah, ale stydí se za to, jak „dopadl“.  |
| <b>11. při vyznávání náboženské víry, přijímání dobra a zla</b> | Nevěřící, nevyžaduje žádnou duchovní intervenci.   | Nevěřící, nemá žádné rituály. Ze svého onemocnění nikoho neobviňuje, včetně sebe; „prostě se to stalo“  |
| <b>12. při práci a produktivní činnosti</b>                     | Pacient ponecháván v klidu, zbytečně nezatěžován. Zapojován pouze do sebeobslužných činností dle svých možností – do hygieny, výplachů dutiny ústní, nabádán k otáčení v lůžku. Rehabilitace zatím neindikována  | Nemá sílu ani chuť k jakýmkoliv aktivitám. Obsloužit se sám mu nevádí, pouze mu to dělá potíže pro bolest a únavu, ale nechce být plně odkázán na personál.   |
| <b>13. při odpočinkových (rekreačních) aktivitách</b>           | Doma prováděl veškeré aktivity bez omezení. Mezi jeho záliby patří sbor dobrovolných hasičů a rocková muzika, rád si zajde s kamarády o víkendů na pivo. Nyní edukován o striktním zákazu alkoholu. Pacientovi navrhnutá televize a poslech rádia, jiné neumožněny z důvodu klidového režimu a celkové | Zatím neví, zda bude schopen omezit či plně přestat s pitím alkoholu, pivo má rád. Bude to více řešit později, až po propuštění domů. Je rád, že může poslouchat rádio a využívat ho i jako zvukovou kulisu. Na televizi nemá náladu. |

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
|                      | schvácenosti pacienta.   |  |
| <b>14. při učení</b> | Plně informován o prevenci onemocnění, životosprávě, zákazu alkoholu a kouření.<br>Informace podal lékař a sestra v průběhu ošetřování, vždy při vhodné příležitosti. Nabídnu možností kontaktu s nutričním terapeutem před propuštěním. | Má pocit dostatku informací, všemu plně nerozumí, je to pro něj nové a informací je hodně, bude mu déle trvat, než si to v hlavě „přebere“. zatím není schopen říct nakolik bude nový režim schopný dodržovat. |

## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 15.3.2011

### Ordinovaná vyšetření:

Gastroskopie se zavedením enterální sondy, nález v žaludku přiměřený věku

Odebrány hemokultury anaerobní a aerobní

*Tabulka 2 - Přehled laboratorních hodnot ze dne 15.3.2011*

| Parametry                      | Vstupní hodnota | Hodnota 15.3.2011 | Referenční meze – nemocnice Přerov |
|--------------------------------|-----------------|-------------------|------------------------------------|
| <b>Biochemie</b>               |                 |                   |                                    |
| Kalium (K)                     | 4,5             | 3,98              | 3,6 – 4,6 mmol/l                   |
| Natrium (Na)                   | 136             | 137               | 136 – 145 mmol/l                   |
| Chloridy (Cl)                  | 103             | 103               | 96 – 110 mmol/l                    |
| Vápník (Ca)                    | 2,44            | 2,22              | 2,15 – 2,58 mmol/l                 |
| Urea                           | 4,06            | 2,11 ↓            | 3,11 – 7,97 mmol/l                 |
| Kreatinin                      | 69              | 69                | 49 – 90 mmol/l                     |
| Bilirubin                      | 15,8            | 24,2 ↑            | 4,7 – 24 mmol/l                    |
| Amyláza (AMS)                  | 3,73 ↑          | 4,06 ↑            | 0,45 – 1,967 mmol/l                |
| Alaninaminotransferáza (ALT)   | 0,50            | 0,56              | 0,17 – 1,13 mmol/l                 |
| Alkalická fosfatáza (ALP)      | 1,22            | 1,24              | 0,60 – 1,80 mmol/l                 |
| Aspartátaminotransferáza (AST) | 0,59            | 0,60              | 0,23 – 0,75 mmol/l                 |
| Gamaglutamyltransferáza (GMT)  | 3,05 ↑          | 4,23 ↑            | 0,20 – 1,30 mmol/l                 |

|                           |         |         |                                |
|---------------------------|---------|---------|--------------------------------|
| C-reaktivní protein (CRP) | 20,03 ↑ | 97,43 ↑ | 0,19 – 9,14 mmol/l             |
| Glukóza                   | 5,5     | 6,5 ↑   | 3,5 – 5,6 mmol/l               |
| Celkové bílkoviny (CB)    | 64      | 58 ↓    | 62,4 – 77,9 mmol/l             |
| Albumin                   | 38      | 30,3 ↓  | 36,5 – 48 mmol/l               |
| <b>Koagulace</b>          |         |         |                                |
| INR                       | 0,96    | 0,98    | 0,7 – 1,3 s                    |
| APTT                      | 29      | 30,2    | 24 – 38 s                      |
| fibrinogen                | 234,4   | 341,1   | 1,3                            |
| <b>Krevní obraz</b>       |         |         |                                |
| Leukocyty                 | 11,7 ↑  | 11,4 ↑  | 4 – 10 x 10 <sup>9</sup> /l    |
| Erytrocyty                | 5,31    | 5,38    | 4 – 5,8 x 10 <sup>12</sup>     |
| Hemoglobin                | 173     | 177 ↑   | 135 – 175 x 10 <sup>9</sup> /l |
| Hematokrit                | 0,521 ↑ | 0,514 ↑ | 0,400 – 0,500                  |
| Trombocyty                | 167     | 154     | 150 - 400                      |

Zdroj: Medea, nemocnice Přerov

### **Invazivní vstupy:**

Centrální žilní kanyla cestou vena subclavia dx (od 14.3.)

Permanentní močový katétr č.16 (od 14.3.)

Nasojejunální sonda č.10 (od 15.3.)

### **Konzervativní léčba:**

**Dieta:** NPO režim

**Pohybový režim:** klidový

**RHB:** neindikována

### **Výživa:**

- Enterální

Isosource 20ml/hodinu, 24:00 – 6:00 noční pauza

- Parenterální

AMINO MIX 2 Novum 1500ml + SMOFlipid 250ml kontinuálně na 24 hod.  
od 8:00 – 8:00 (16.3.)

### **Medikamentózní léčba:**



- **Per os:**

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Heminevrin tbl.     | 1-1-1                        |
| Probiofix cps       | 1-1-1                        |
| Venter tbl á 6 hodn | 6:00 - 12:00 - 18:00 - 24:00 |

- **Intra venózní:**

|                         |                              |
|-------------------------|------------------------------|
| Degan inj. 1 amp        | 6:00 - 12:00 - 18:00 - 24:00 |
| Cefotaxine 1g á 8 hodin | 0 - 16:00 – 24:00            |

Tralgit 100mg 1 amp ad 20ml FR iv. kontinuálně á 12 hodin

|                |  |
|----------------|--|
| Isolyte 1000ml | 8:00 – 16:00; 16:00 – 24:00;<br>24:00 – 6:00 |
|----------------|--|

|                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 10% Glukóza 500ml + 14j Humulin R | 8:00 – 20:00; 20:00 – 6:00 |
|-----------------------------------|----------------------------|

|                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| FR 500ml + KCl 7,49% 10ml | 8:00 – 20:00; 20:00 – 6:00 |
|---------------------------|----------------------------|

- **Per rektum**

|                    |       |
|--------------------|-------|
| Paralen 500mg supp | 0-0-1 |
|--------------------|-------|

### Situační analýza ze dne 15.3.2011

Druhý den hospitalizace je pacient tlakově stabilní, má sklon k hypertenzi, na skopu SR, ojediněle ST, dechová frekvence vyšší, saturace je v normě, inhaluje kyslík nosními brýlemi dle potřeby, má pocit namáhavého dechu.

Provedena gastrokopie se zavedením nasojejunální sondy. Je započat příjem výživy cestou enterální, enterální pumpou je aplikován Isosource 20ml/hodinu, pacient má povoleno zapíjet tablety, udává nauzeu, bez zvracení. Zajištěn parenterální přísun tekutin přes CŽK, kontinuálně měřen CVT, pohybuje se v nižších hodnotách, vedena BT, která je pozitivní.

Pacient pociťuje bolesti břicha dle VAS 4 - 6, břicho je vzedmuté, palpačně bolestivé, plyny neodchází. Pacient je schvácený, unavený, potřebuje dopomoc sestry při základních sebeobslužných činnostech, převážně v oblasti hygieny, kde má pocit diskomfortu z důvodu zvýšeného pocení.

Pacient je ohrožen rizikem infekce v souvislosti se zavedeným PMK a CŽK.

## **Stanovení sesterských diagnóz ze dne 15.3.2011 a jejich uspořádání podle priorit:**

### **1 Akutní bolest z důvodu zánětlivého infiltrátu v dutině břišní projevující se bolestivým výrazem v obličeji**

#### *Cíl:*

- zmírnění bolesti

#### *Výsledná kritéria:*

- pacient se orientuje ve VAS stupnici a používá ji / do 3 hodin
- zná metody snižující bolest – úlevové polohy / do 1 hodiny
- udává zmírnění bolesti / do 24 hodin

#### *Priorita:*

- vysoká

#### *Intervence:*

- podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj případné vedlejší účinky / sestra
- prováděj pravidelně kontrolu účinku analgetik / sestra, lékař
- vysvětlí a nauč pacienta se orientovat ve VAS stupnici / sestra
- pravidelně prováděj hodnocení bolesti a její zápis do dokumentace / sestra, lékař
- vysvětlí a doporuč úlevové polohy, odvedení pozornosti / sestra, ošetřovatelka
- při vzniku bolesti jiného typu informuj lékaře / sestra

#### *Realizace:*

- pacientovi vysvětlena VAS stupnice
- doporučeny úlevové polohy, nabídnuta televize a rádio jako zvuková kulisa k odvedení pozornosti
- aplikována analgetika dle ordinace lékaře
- bolest hodnocena a zaznamenávána do dokumentace á 1 hodinu

#### *Hodnocení:*

- pacient se orientuje ve VAS stupnici
- úlevovou polohu zaujímá vždy jen na chvíli, v lůžku se neustále otáčí a hledá vhodnou polohu, má puštěné rádio, televizi odmítl
- udává jen minimální zmírnění bolesti
- po 24 i 48 hodinách bolest dle VAS 4
- po 72 hodinách bolest dle VAS 2
- cíl byl splněný částečně, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

## **2. Změny dýchání z důvodu bolesti břicha projevující se ztíženým dechem**

### *Cíl:*

- normální/účinné dýchání

### *Výsledná kritéria:*

- pacient bez dušnosti, s normální dechovou frekvencí / do 48 hodin
- pacient není cyanotický / po dobu hospitalizace
- pacient dýchá bez zapojení pomocných dýchacích svalů / do 48 hodin
- pacient udává zlepšení kvality dechu / do 48 hodin

### *Priorita:*

- střední

### *Intervence:*

- sleduj charakter dýchání, frekvenci, hloubku, rytmus / sestra
- dle ordinace lékaře aplikuj kyslíkovou terapii / sestra
- uprav pacientovu polohu k zlepšení ventilace / sestra, ošetřovatelka
- doporuč pacientovi, aby dýchal pomaleji a hlouběji / sestra
- při potřebě podávej analgetika – podporuje hlubší dýchání a odkašlávání / sestra
- nauč pacienta dechovým cvikům a relaxaci / sestra, fyzioterapeut

### *Realizace:*

- prováděna monitorace dechových parametrů, včetně laboratorních hodnot, aplikována kyslíková terapie nosními brýlemi
- pacientovi doporučena poloha v sedě či polosedě s pokrčenými dolními končetinami
- analgetika aplikována dle ordinace kontinuálně
- pacientovi doporučeno pomalé a hlubší dýchání
- dechová rehabilitace dle lékaře neindikována

### *Hodnocení:*

- pacient doporučenou polohu zaujímá vždy jen na chvíli z důvodu bolesti
- snaží se pomalu a hluboce dýchat
- po 24 hodinách dochází jen k mírnému zlepšení, dechová frekvence 30/min.
- po 48 hodinách již udává pacient zmírnění dechového úsilí, dechová frekvence 24/min.
- po 72 hodinách neudává namáhavý dech, frekvence 22/min
- cíl byl splněný

### **3. Deficit sebedpěče v oblasti hygieny z důvodu bolesti projevující se verbalizací pacientem.**

#### *Cíl:*

- potřeba v oblasti hygieny saturovaná

#### *Výsledná kritéria:*

- pacient kladně verbalizuje uspokojení potřeby / během hospitalizace
- pacient verbalizuje pocit pohodlí a spokojenosti z tělesné čistoty / během hospitalizace
- je postupně schopen sebedpěče v oblasti hygieny – osobní toalety, vyčištění zubů, umytí vlasů / do 48 hodin

#### *Priorita:*

- střední

#### *Intervence:*

- zajisti celkovou hygienickou péči minimálně 2x denně / sestra, ošetřovatelka
- pečuj o hygienu genitálií, okolí permanentního močového katétru a análního otvoru / sestra, ošetřovatelka
- po vyprázdnění zajisti důkladnou očistu / sestra, ošetřovatelka
- prováděj mytí vlasů 1x týdně, při zvýšeném pocení i častěji / sestra, ošetřovatelka
- prováděj péči o dutinu ústní / sestra, ošetřovatelka

#### *Realizace:*

- pacient edukován o způsobu provádění hygieny na JIP pracovišti
- zajištěna v lůžku hygiena sestrou téměř v celém rozsahu, včetně umytí vlasů, z důvodu zvýšeného pocení hygiena provedena 4x za 24 hodin
- dutinu ústní si pacient zvlhčuje vyplachováním stopanginem s vodou, čistí si zuby 2 x denně, vždy po nabádání sestrou
- prováděna výměna ložního prádla po 4 hodinách

#### *Hodnocení:*

- pacient má zajištěnu potřebu hygienické péče v celém rozsahu
- cítí se čistý, verbalizuje spokojenost a pocit čistoty
- po 48 hodinách pacient stále částečně závislý na péči sestry
- cíl byl splněný částečně, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

#### **4. Nauzea z důvodu pankreatické choroby projevující se kyselou chutí v ústech a říháním**

*Cíl:*

- zmírnění nauzey

*Výsledná kritéria:*

- pacient udává zmírnění / do 3 hodin od ošetřovatelských intervencí
- pacient udává vymizení nauzey / do 6 hodin od ošetřovatelských intervencí
- pacient zná a užívá techniky zmírňující nauzeu / po dobu hospitalizace

*Priorita:*

- střední

*Intervence:*

- edukuj pacienta o technikách zmírňujících nauzeu / sestra
- zajisti vhodnou polohu a přísun čerstvého vzduchu / sestra, ošetřovatelka
- při déle trvajících potížích informuj lékaře / sestra
- zvlhčuj dutinu ústní / sestra

*Realizace:*

- pacientovi doporučena poloha v sedě nebo polosedě
- zajištěn přísun čerstvého vzduchu – pouze klimatizace
- pacient si sám vyplachuje dutinu ústní stopanginem s vodou, ale k tomuto nabádán
- aplikovány antiemetika, prováděno hodnocení účinku za 1 hodinu po aplikaci

*Hodnocení:*

- pacient udává zmírnění problému pouze po aplikaci medikamentů
- cíl byl splněný částečně, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

#### **5. Hypertermie z důvodu zánětlivého procesu projevující se tachykardií a zvýšeným pocením a naměřenými hodnotami**

*Cíl:*

- pokles teploty

*Výsledná kritéria:*

- nemocný má tělesnou teplotu v rozmezí 36–37 ° C / do 24 hodin
- je bez projevu komplikací souvisejících s hypertermií / po dobu hypertermie

*Priorita:*

- střední

*Intervence:*

- aplikuj antipyretika dle ordinace lékaře a zaznamenej jejich účinek / sestra
- pravidelně sleduj TT a zaznamenávej do dokumentace / sestra
- zajisti suché a čisté prádlo / sestra, ošetřovatelka
- k fyzikálnímu chlazení použij vaky s ledem a zábal / sestra, ošetřovatelka

*Realizace:*

- TT pravidelně monitorována a zaznamenávána, odebrány hemokultury k zjištění příčiny hypertermie
- zajištěn dostatek suchého prádla, výměna prováděna po 4 hodinách
- pacient fyzikálně chlazen v tříslech vaky s ledem
- aplikována medikace dle ordinace lékaře

*Hodnocení:*

- po 24 hodinách pokles TT, subfebrilie
- pacient je bez projevu komplikací souvisejících s hypertermií
- cíl byl splněný částečně, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat mimo fyzikálního chlazení.

## **6. Riziko infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů**

*Cíl:*

- pacient nemá příznaky infekce

*Výsledná kritéria:*

- pacient zná rizikové faktory infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy / po dobu hospitalizace
- aktivně se podílí na prevenci vzniku infekce / po dobu hospitalizace
- pacient je bez projevů infekce / po dobu hospitalizace

*Priorita:*

- střední

*Intervence:*

- při zavádění invazivních vstupů pacienta edukuj o riziku a projevech infekce / sestra, lékař
- sleduj místa zavedení invazivních vstupů / sestra
- dodržuj aseptické postupy ošetřování invazivních vstupů / sestra
- sleduj funkčnost, délku zavedení invazivních vstupů / sestra
- sleduj TT a pravidelně zaznamenávej do dokumentace / sestra

- při počínajících známkách infekce informuj lékaře / sestra

*Realizace:*

- pacient edukován při zavádění invazivních vstupů
- 1x denně prováděn aseptický převaz centrální žilní kanyly a dezinfekce okolí vstupu permanentního močového katétru
- monitorována tělesná teplota a funkčnost zavedených vstupů

*Hodnocení:*

- pacient bez projevů infekce, invazivní vstupy funkční
- cíl byl splněný, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat

## **Celkové zhodnocení pacienta z 21.3.2011 – Osmý den hospitalizace**

Pacient D. P. byl přijat 14.3.2011 na JIP interních oborů nemocnice Přerov pro akutní pankreatitidu toxometabolické etiologie provázenou nauzeou a bolestmi břicha. Dosud se s ničím neléčil, přiznal alkoholový exces a pozitivní anamnézu alkoholismu u matky.

Na JIP byl zaveden PMK, provedena kanylace CŽK cestou vena subclavia vpravo a zahájena parenterální rehydratace s vedením hodinové diurézy a hodnocením CVT. Invazivní vstupy po dobu zavedení asepticky ošetřovány a bez známek infekce.

Druhý den provedena gastroscopie se zavedením nasojejunální sondy a zahájena enterální výživa, pacient ji toleroval, přesto měl nauzeu. Pátý den hospitalizace povolen hořký čaj, poté nasazena pankreatická dieta, kterou pacient toleroval jen s ojedinělou nauzeou. Objevily se febrilie a vzestup CRP, řešeno antipyretiky a antibiotickou profylaxí, s potupným efektem, čtvrtý den hospitalizace již afebrilní.

Vstupně udával pacient silné bolesti břicha, dle VAS 6 – 8, aplikovány opiáty a poté nasazena analgetika kontinuálně s postupným snižováním. Doporučena úlevová poloha, kterou pacient toleroval vždy jen na chvíli, neustále měnil polohy. Po 72 hodinách VAS 2, poté již bez bolestí břicha a bez nutnosti analgetik.

První tři dny hospitalizace byl pacient unavený, celkově slabý, se sníženou schopností sebeobsluhy, převážně v oblasti hygieny. Bylo nutné tuto potřebu zajistit v častých intervalech z důvodu zvýšeného pocení při teplotách a bolestech. Čtvrtý den hospitalizace začal pacient s rehabilitací, nejprve na lůžku s postupným obnovením schopností sebepéče.

Šestý den hospitalizace došlo k deliriu tremens se zrakovými halucinacemi a celkovým psychomotorickým neklidem, který se zvládl aplikací benzodiazepinů, ojediněle s nutností kurtace HKK, a zajištěním veškerých potřeb pacienta sestrou. Po 72 hodinách již pacient klidný, orientovaný, komunikoval a spolupracoval s personálem, obnovena schopnost sebeobsluhy. Osmý den hospitalizace přeložen ve stabilizovaném stavu na standardní oddělení.

Pacient byl po dobu hospitalizace na JIP tlakově a pulsově stabilní, s ojedinělými výkyvy při bolestech a teplotě. Prvních 72 hodin pacient pocítoval ztížený dech, dechová frekvence byla vyšší, s nutností kyslíkové terapie a úpravy polohy do polosedu. Po ústupu bolestí a febrilií došlo k úpravě dechových parametrů, pacient byl bez známek infekce dýchacích cest či cyanózy.



## ZÁVĚR

Onemocnění slinivky břišní, akutní pankreatitida, je typické svým náhlým začátkem, z plného zdraví, a variabilním průběhem. Může probíhat pod obrazem lehké formy, bez výrazných oběhových a systémových komplikací, kdy není nutná intenzivní monitorace na JIP či ARO odděleních. Na druhé straně může toto onemocnění doprovázet mnoho komplikací, jako je infekce pankreatu, krvácení, renální a respirační insuficience, porucha koagulace a v nejhorším případě obraz septického šoku.

S tímto onemocněním se zdravotní sestry dostanou více do kontaktu až v samotné praxi, při nástupu do zaměstnání. Nezřídka jsou překvapeni jejím dramatickým průběhem a vzniklými komplikacemi, které vyžadují intenzivní monitoraci celkového stavu. To ztěžuje jejich práci v oblasti ošetrovatelské péče.

Pacienti při těžké formě onemocnění mají delší a komplikovanější průběh onemocnění. Při jejich terapii je nutné zajistit více invazivních vstupů a celkově zintenzivnit komplexní ošetrovatelskou péči. Sestra by se měla při ošetrovatelské péči zaměřit převážně na prevenci infekce těchto vstupů, monitoraci vitálních funkcí a ve spolupráci s lékařem řešit jejich výkyvy. Dále by neměla opomenout riziko pádu, akutní zmatenost a s tím spojenou nespoupráci pacienta a sníženou soběstačnost, převážně při možném probíhajícím deliriu tremens.

Tato práce se zabývá pacientem, u kterého byla diagnostikována akutní pankreatitida na podkladě časté konzumace alkoholu a tučného jídla. Jednalo se o muže se špatným sociálním zázemím, který v průběhu hospitalizace prodělal i delirium tremens, které zkomplikovalo celkový průběh onemocnění a prodloužilo dobu léčení. Byly stanoveny nové diagnózy, které vycházely ze změněného psychického stavu. Jednalo se o riziko pádu a akutní zmatenost.

Ošetrování pacientů s touto diagnózou musí probíhat komplexně, přihlížet k bio-psycho-sociálním potřebám. Předpokládat, rychle a přesně řešit případné komplikace související s tímto onemocněním.

Cílem bakalářské práce bylo demonstrovat ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou toxometabolické etiologie se zaměřením na nejdůležitější ošetrovatelské problémy. Tento cíl se podařilo splnit.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DÍTĚ, Petr et al. 2005. *Akutní stavy v gastroenterologii*. Praha : Galén, 2005. 314 s. ISBN 80-7262-305-2
- KAŇKOVÁ, K. aj. 2009. *Patologická fyziologie pro bakalářské studijní programy*. Brno : Masarykova univerzita, 2009. 165 s. ISBN 978-80-210-4923-9
- JUŘENÍKOVÁ P., PETROVÁ V., HŮSKOVÁ J. 1999. *Ošetrovatelství I. část* Uherské Hradiště: Středisko služeb školám UH - vlastním nákladem, 1999. 216 s.
- KOSTKA, Rodomil. 2006. *Akutní pankreatitida : komplexní přístup*. Praha : Galén, 2006. s. 233. ISBN 80-7262-427-X
- LATA, J.; BUREŠ, J.; VAŇÁSEK, T. et al. 2010. *Gastroenterologie*. Praha : Galén, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7262-692-2
- MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha : Grada Publishing. 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
- MAREČKOVÁ, O.; MENGEROVÁ, O. 2004. *Nemoci slinivky břišní : dieta a rady lékaře*. Čestlice : Medica Publishing, 2004. 128 s. ISBN 80-85936-52-6
- MAŘATKA, Zdeněk. 1999. *Gastroenterologie*. Praha : Karolinum, 1999. 490 s. ISBN 80-7184-561-2
- NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací : text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň : Maurea. 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6
- OTÁSKOVÁ, J. a kol. 2007. *Praktické využití ošetrovatelských diagnóz v NANDA doménách*. České Budějovice : Nemocnice České Budějovice. 2007. 118 s. ISBN 978-80-239-9072-0
- ŠPIČÁK, Julius. 2005. *Akutní pankreatitida*. Praha : Grada Publishing, 2005. 216 s. ISBN 80-247-0942-2
- TRACHTOVÁ, E. a kol. 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4
- WARD, J. P. T.; LINDEN, R. W. A. 2008. *Základy fyziologie*. Praha : Galén, 2010. 164 s. ISBN 978-80-7262-667-0
- ZAZULA, R.; WOHL, P. 2005. Akutní pankreatitida. In *Medicína pro praxi : časopis odborných lékařů*. 2005. ISSN 1214-8687, 2005, roč. 2, č. 4, s 147-151

## **SEZNAM PŘÍLOH**

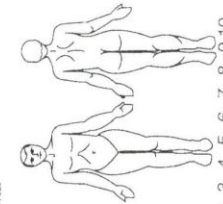
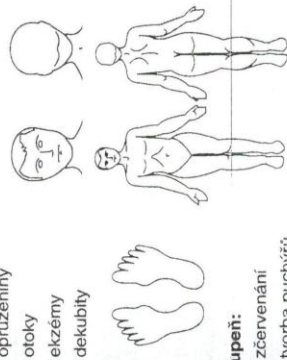
|  |     |
|--|-----|
| Příloha A - Ošetřovatelská anamnéza používaná v nemocnici Přerov           | I   |
| Příloha B - Hodnotící tabulky používané v nemocnici Přerov                 | II  |
| Příloha C - VAS : vizuální analogová škála bolesti dle Randallovy stupnice | III |
| Příloha D – Dětská škála bolesti   | IV  |
| Příloha E – Rešerš   | V   |

Příloha A - Ošetřovatelská anamnéza používaná v nemocnici Přerov

Ošetřovatelská anamnéza

Jméno: .....  
 Příjmení: .....  
 R.č.: .....

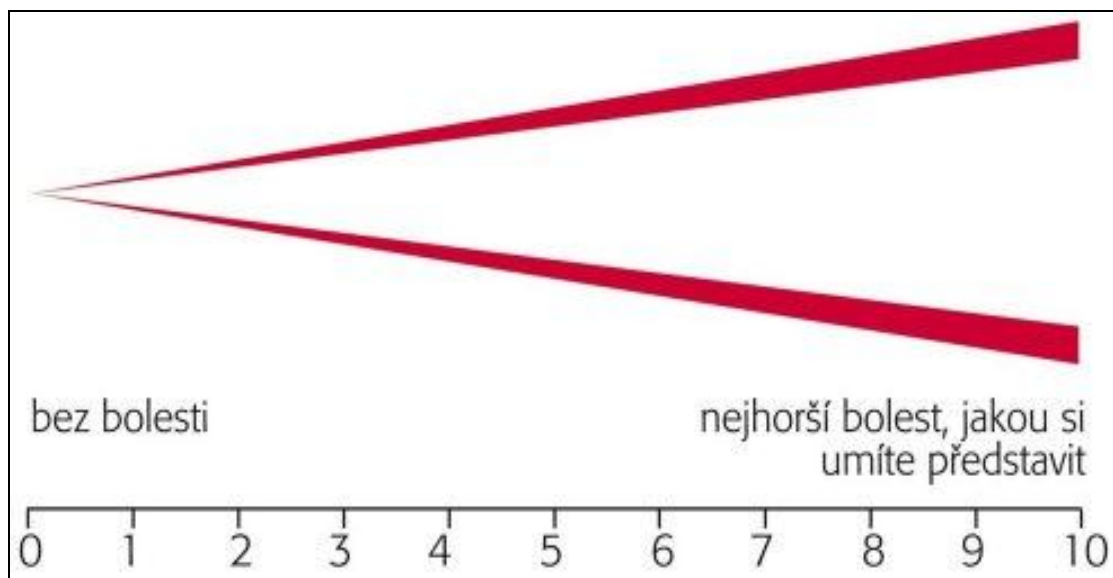
oddělení: .....

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <p><b>Příjem</b></p> <p>čas: .....</p> <p>datum přijetí: .....</p> <p>opakované přijetí <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>rodina informována <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Alergie</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Vědomí/orientace</b></p> <p><input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> orientován/a</p> <p><input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> dezorientován/a</p> <p><input type="checkbox"/> bezvědomí</p> <p><input type="checkbox"/> somnolence</p> <p><input type="checkbox"/> sopor</p> <p><input type="checkbox"/> koma</p> <p><b>Dýchání</b></p> <p><input type="checkbox"/> spontánní <input type="checkbox"/> spontánní s O<sub>2</sub> <input type="checkbox"/> UPV</p> <p>potíže s dýcháním</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> dušnost</p> <p><input type="checkbox"/> křídlová <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> noční</p> <p><input type="checkbox"/> cyanóza</p> <p><input type="checkbox"/> kůřák</p> <p><input type="checkbox"/> kašel</p> <p><input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> s expektorací</p> <p><b>Kontakt</b></p> <p><input type="checkbox"/> úplný, bez omezení</p> <p><input type="checkbox"/> částečný, ztlužený</p> <p><input type="checkbox"/> nelze navázat</p> <p><b>Psychický stav</b></p> <p><input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje</p> <p><input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> apatický</p> <p><input type="checkbox"/> zmataný <input type="checkbox"/> agresivní</p> <p><input type="checkbox"/> rozrušený</p> <p><b>Spánek</b></p> <p>narušený <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> | <p><b>Soběstačnost/pohyblivost</b></p> <p><input type="checkbox"/> soběstačný/á</p> <p><input type="checkbox"/> soběstačný/á s pomocí</p> <p><input type="checkbox"/> nesoběstačný/á (proved' Barthelův test)</p> <p>pomoc nutná při</p> <p><input type="checkbox"/> chůzi</p> <p><input type="checkbox"/> jídle, pití</p> <p><input type="checkbox"/> hygieně</p> <p><input type="checkbox"/> oblékání</p> <p><b>Bolest</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická</p> <p>lokalizace:</p>  <p>intenzita: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>(záloř záznam Hodnocení bolesti)</p> <p><b>Významný handicap</b></p> <p><input type="checkbox"/> problém se zrakem</p> <p><input type="checkbox"/> problém se sluchem</p> <p><input type="checkbox"/> problém s řečí</p> <p><input type="checkbox"/> amputace</p> <p><input type="checkbox"/> ochrnutí</p> <p><input type="checkbox"/> cizinec</p> <p><b>Pomůcky</b></p> <p><input type="checkbox"/> naslouchátko</p> <p><input type="checkbox"/> zubní protéza</p> <p><input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p><b>Výživa/hydratace</b></p> <p>problémy <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>příjem tekutin: BMI: .....</p> <p><input type="checkbox"/> enterální</p> <p>sonda zavedena dne: .....</p> <p><input type="checkbox"/> parenterální</p> <p>kanyla zavedena dne: .....</p> <p><input type="checkbox"/> diabetik <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> inzulin</p> <p>dietní omezení <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>dítěta č.: .....</p> <p>kontakt s nutričním terapeutem <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Vyprazdňování</b></p> <p><b>problémy s močením</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> retence</p> <p><input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p>MK zaveden dne: .....</p> <p><b>problémy se stolicí</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p><input type="checkbox"/> stomie</p> <p>poslední stolice dne: .....</p> <p><b>Kůže</b></p> <p>změny na kůži <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> opruzeniny</p> <p><input type="checkbox"/> otoky</p> <p><input type="checkbox"/> ekzémy</p> <p><input type="checkbox"/> dekubity</p>  <p><b>stupeň:</b></p> <p>1. zčervenání</p> <p>2. tvorba puchýřů</p> <p>3. hluboké poškození kůže a tkáně</p> <p>4. dekubitus na kost, nekróza</p> | <p><b>Rizika</b></p> <p>riziko pádu (proved' zjištění rizika pádu.) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>riziko poruchy kožní integrity (proved' hodnocení Norton) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>riziko malnutrice <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Schopnost edukace</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Sociální podmínky</b></p> <p>bydlí doma sám/a <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>je v péči: <input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> domova důchodců</p> <p><input type="checkbox"/> pečovatelské služby <input type="checkbox"/> charity</p> <p><input type="checkbox"/> jiné</p> <p>Kdo se o pacienta bude starat po propuštění</p> <p>předpokládá se kontakt se zdravotně sociálním pracovníkem <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>obvodní lékař: .....</p> <p><b>Osobní věci/cennosti</b></p> <p><input type="checkbox"/> má u sebe</p> <p><input type="checkbox"/> viz doklad o úschově</p> <p><b>Jiná sdělení</b></p> |
| <p>anamnézu odebrala: .....</p> <p>datum: .....</p> <p>čas: .....</p>   |  |  |   |

Verze: 2 - 04



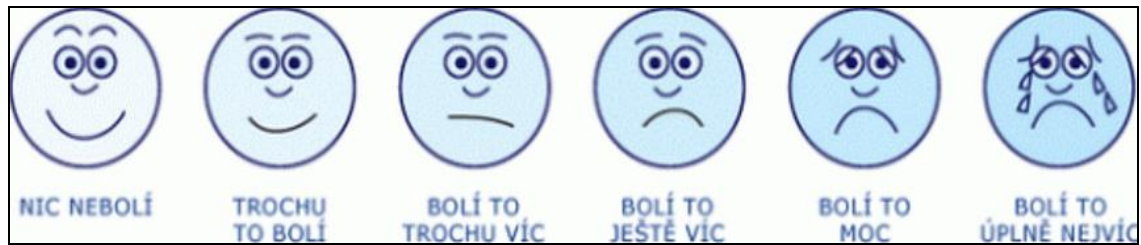
Příloha C - VAS : vizuální analogová škála bolesti dle Randallovy stupnice



|        |                         |
|--------|-------------------------|
| 0      | bez bolesti             |
| 1 - 2  | mírná bolest            |
| 3 - 4  | obtěžující bolest       |
| 5 - 6  | vyčerpávající bolest    |
| 7 - 8  | s námahou tolerovatelná |
| 9 - 10 | nesnesitelná bolest.    |

Zdroj: standard nemocnice Přerov – sledování, hodnocení a léčba bolesti

Příloha D – Dětská škála bolesti



Zdroj: standard nemocnice Přerov – sledování, hodnocení a léčba bolesti

Vědecká knihovna v Olomouci  
585 205 333  
Bezručova 3, pošt. schr. 9  
585 220 615  
Informační služby  
779 11 Olomouc  
e-mail: [is@vkol.cz](mailto:is@vkol.cz)

tel. :

fax :

**Bibliografický soupis**  
**č. RE 598 /2011**

Ošetřovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou

**Počet záznamů:** 62: (5 knih, 44 článků, 13 závěrečných prací)

**Časové rozmezí: 2001-2010**

**Datum: 4.11.2011**

**Jazykové vymezení: čeština**

**Zpracovala:** Mgr. L. Krátká

**Druh literatury:** knihy, články, závěrečné práce

**Zdroje:**

- katalogy VKOL (<http://kat.vkol.cz>)
- CD ROM BiblioMedica čechoslovaca
- databáze Národní knihovny ČR ([www.nkp.cz](http://www.nkp.cz))
  - ČNB Česká národní bibliografie
  - ANL Články v českých novinách, časopisech a sbornících
  - SKC Souborný katalog ČR
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- databáze Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (<http://www.nconzo.cz/web/knihovna/7>)

**Klíčová slova:** akutní pankreatitida ; zánět slinivky břišní ; ošetřovatelství ; sestra ; péče

**MDT:** 616.37-002.1

**Konspekt:** 616 - Patologie. Klinická medicína [14]



## KNIHY:

1. KOHOUT, Pavel. **Onemocnění slinivky břišní - dieta pankreatická** / Pavel Kohout, Marie Lišková, Olga Mengerová. -- 1. vyd.. -- Praha : Forsapí, c2007. -- 132 s. ; 21 cm. -- (Rady lékaře, průvodce dietou ; sv. 3). ISBN: 978-80-903820-3-9. *Signatura: 1-184.377*  
nemoci pankreatu ; dietoterapie ; dietní jídla ; kuchařské recepty ; příručky
2. KOSTKA, Rodomil. **Akutní pankreatitida : komplexní přístup** / Rodomil Kostka. -- Praha : Galén, 2006. -- 233 s. : il. (některé barev.). ISBN: 80-7262-427-X. *Signatura: 1-177.738*  
akutní pankreatitida ; příručky
3. MAREČKOVÁ, Olga. **Gastroenterologická problematika v nefrologii** / Olga Marečková, Vladimír Teplan, Otto Schüch. -- 1. vyd.. -- Praha : Galén, c2008. -- 212 s. : il. (některé barev.). ISBN: 978-80-7262-573-4. *Signatura: 1-223.351*  
nemoci ledvin ; komplikace (lékařství) ; nemoci trávicího ústrojí ; monografie
4. MOKRÁ, Alena. **Zdravá strava pro oslabenou slinivku : chutné recepty na každý den** / Alena Mokrá. -- Vyd. 1.. -- Brno : Computer Press, 2009. -- 31 s. ; ISBN: 978-80-251-2872-5. *Signatura: 1-219.304*  
nemoci pankreatu ; dietoterapie ; dietní jídla ; kuchařské recepty ; příručky
5. ŠPIČÁK, Julius. **Akutní pankreatitida** / Julius Špičák. -- Vyd. 1.. -- Praha : Grada, 2005. -- 216 s. : il. ISBN: 80-247-0942-2. *Signatura: 1-160.459*  
akutní pankreatitida ; příručky

## ČLÁNKY:

1. Postup u těžké formy akutní pankreatitidy - současný stav  
AU: Vyhnánek, František - Vyhnánková, Ivana  
*II 856.559*  
CI: *Anesteziologie & intenzivní medicína*, Roč. 19, č. 1 (2008), s. 47-53. ISSN: 1214-2158. Lit.: 33  
DE: PANKREATITIDA - DIAGNÓZA, FARMAKOTERAPIE, CHIRURGIE ; AKUTNÍ NEMOC ; ENTERÁLNÍ VÝŽIVA ; SMĚRNICE PRO LÉKAŘSKOU PRAXI JAKO TÉMA ; LIDÉ ; PŘEHLEDY
2. Svým způsobem zajímavý průběh akutní nekrotizující pankreatitidy s těžkými komplikacemi  
AU: Hampl, Zdeněk  
CI: *Causa subita*, Roč. 9, č. 3 (2006), s. 116-117. ISSN: 1212-0197.  
*II 863.399*

DE: PANKREATITIDA AKUTNÍ NEKROTIZUJÍCÍ - FARMAKOTERAPIE, KOMPLIKACE, TERAPIE ; CHYBNÁ ZDRAVOTNÍ PÉČE ; KAZUISTICKÝ PŘÍSTUP ; LIDÉ ; MUŽSKÉ POHLAVÍ

3. Akutní pankreatitida

AU: Skipwortha, James R. A. - Pereirab, Stephen P.

*II 873.892*

CI: *Current opinion in critical care*, Roč. 2, č. 2 (2008), s. 36-41. ISSN: 1802-3819. Lit.: 53

DE: AKUTNÍ NEMOC ; BIOLOGICKÉ MARKERY ; POTRAVNÍ DOPLŇKY ; LIDÉ ; NUTRIČNÍ STAV ; OBEZITA - KOMPLIKACE ; PANKREATITIDA AKUTNÍ NEKROTIZUJÍCÍ - DIAGNÓZA, FARMAKOTERAPIE, PREVENCE A KONTROLA ; RIZIKO - ZHODNOCENÍ

4. Komplexní systém léčby pacientů s těžkou formou akutní pankreatitidy na oddělení intenzivní péče (8. diskusní a vzdělávací gastroenterologické dny, Karlovy Vary, 27.11.-30.11.2002.) *103.852*

AU: Solař, S. - Zavoral, M. - Závada, Filip - Bavorová, K. - Fuksa, Z. - Fencel, Pavel - Ryska, M.

CI: *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*, Roč. 57, č. 5 (2003), s. A13-A14. ISSN: 1213-323X.

DE: PANKREATITIDA AKUTNÍ NEKROTIZUJÍCÍ - TERAPIE ; KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE ; LIDÉ

5. Akutní pankreatitida - diagnostika a terapie na čtyřech pražských chirurgických klinikách

AU: Hubaczová, Martina - Špičák, Julius- Antoš, František - Kasalický, Mojmír - Kostka, Rodomil - Visokai, Vladimír

*103.852*

CI: *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*, Roč. 55, č. 5 (2001), s. 167-172. ISSN: 1213-323X. Lit: 17, Souhrn: eng

DE: PANKREATITIDA - DIAGNÓZA, ETIOLOGIE, TERAPIE  
CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ ;  
HOSPITALIZACE ; CHOLECYSTEKTOMIE LAPAROSKOPICKÁ ;  
ANTIBAKTERIÁLNÍ LÁTKY - TERAPEUTICKÉ UŽITÍ ; MORTALITA ;  
RETROSPEKTIVNÍ STUDIE ; LIDÉ ; DOSPĚLÍ ; LIDÉ STŘEDNÍHO VĚKU ;  
STAŘÍ ; MUŽSKÉ POHLAVÍ ; ŽENSKÉ POHLAVÍ ; PŘEHLEDY ;  
SROVNÁVACÍ STUDIE

6. Význam CT s duální energií záření v hodnocení nekróz u akutní pankreatitidy  
*Ve studovně*

AU: Ferda, Jiří- Flohr, Thomas - Schmidt, Bernhard - Mírka, Hynek - Baxa, Jan - Bednářová, Alena - Ferdová, Eva - Koželuhová, Jana - Matějovič, Martin - Třeška, Vladislav - Kreuzberg, Boris

CI: *Česká radiologie*, Roč. 63, č. 1 (2009), s. 89-94. ISSN: 1210-7883. Lit.: 15

DE: PANKREATITIDA AKUTNÍ NEKROTIZUJÍCÍ - DIAGNÓZA, PATOLOGIE ; TOMOGRAFIE RENTGENOVÁ POČÍTAČOVÁ - METODY, PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ, VYUŽITÍ ; TOMOGRAFIE SPIRÁLNÍ POČÍTAČOVÁ - METODY, PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ, VYUŽITÍ ;

KONTRASTNÍ LÁTKY ; JOD - DIAGNOSTICKÉ UŽITÍ ; PROSPEKTIVNÍ STUDIE ; VÝSLEDKY A POSTUPY - ZHODNOCENÍ (ZDRAVOTNÍ PÉČE) - METODY, TRENDY, VYUŽITÍ ; PANKREAS - PATOFYZIOLOGIE, PATOLOGIE ; NEKRÓZA - DIAGNÓZA, KOMPLIKACE ; GASTROINTESTINÁLNÍ HEMORAGIE - DIAGNÓZA, KOMPLIKACE ; FINANCOVÁNÍ ORGANIZOVANÉ ; LIDÉ

7. Metabolická péče a umělá výživa u akutní pankreatitidy  
AU: Zadák, Zdeněk  
CI: *Farminews*, Roč. 5, č. 1/2 (2004), s. 14-17. ISSN: 1336-3328. Lit: 5  
*II 865.691*  
DE: PANKREATITIDA AKUTNÍ NEKROTIZUJÍCÍ - DIAGNÓZA, DIETOTERAPIE, TERAPIE ; NUTRIČNÍ PODPORA ; FOSFOR - PORUCHY METABOLISMU ; PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA ; ENTERÁLNÍ VÝŽIVA ; LIDÉ
8. Mladý pacient s fulminantní pankreatitidou / Tereza Jurčíková  
Periodikum *Florence*, 2009, , Roč. 5, č.3, s.16-17, ISSN 1801-464X  
*Ve studovně*  
akutní pankreatitida; kazuistika
9. Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení  
AU: Bělunek, Pavel  
CI: *Florence*, Roč. 5, č. 11 (2009), s. 17-20. ISSN: 1801-464X. Lit.: 9  
*Ve studovně*  
DE: LIDÉ ; OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE - METODY, VYUŽITÍ ; PANKREATITIDA - FARMAKOTERAPIE, OŠETŘOVÁNÍ, TERAPIE ; VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ - METODY, PRACOVNÍ SÍLY ; KLINICKÉ LABORATORNÍ TECHNIKY - METODY, VYUŽITÍ ; DIAGNOSTICKÉ TECHNIKY - TRÁVICÍ ÚSTROJÍ - KLASIFIKACE, VYUŽITÍ ; CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ - METODY, VYUŽITÍ ; ENTERÁLNÍ VÝŽIVA - METODY, OŠETŘOVÁNÍ, VYUŽITÍ ; MAGNETICKÁ REZONANCE - ZOBRAZOVÁNÍ - METODY, OŠETŘOVÁNÍ, VYUŽITÍ ; STAŘÍ ; MUŽSKÉ POHLAVÍ ; TERAPIE - VÝSLEDEK ; KAZUISTIKY
10. Péče o pacienta s akutní pankreatitidou  
AU: Salačová, Eva - Tlášková, Jiřina  
CI: *Florence*, Roč. 2, č. 5 (2006), s. 22-23. ISSN: 1801-464X.  
*II 872.818*  
DE: PANKREATITIDA AKUTNÍ NEKROTIZUJÍCÍ - DIAGNÓZA, TERAPIE ; HOSPITALIZACE ; OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE - METODY ; STAŘÍ ; KAZUISTICKÝ PŘÍSTUP ; LIDÉ ; MUŽSKÉ POHLAVÍ

Zdroj: vědecká knihovna Olomouc