

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

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA
S AKUTNÍ PANKREATITIDOU**

Bakalářská práce

JIŘÍ BARVA, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Praha 2013



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

Barva Jiří
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 6. 7. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou

Specific Nursing Care of Patients with Acute Inflammation of Pancreas

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 1. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou“ jsem vypracoval samostatně, pod odborným vedením vedoucího bakalářské práce. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb. o právu autorském a o právech souvisejících s právem autorským ve znění pozdějších předpisů).

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2013

.....
Barva Jiří

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych poděkoval vedoucímu bakalářské práce PhDr. Haně Belejové, PhD. za cenné připomínky, rady a odborné vedení práce.

Za ochotu a cenné rady při psaní bakalářské práce bych také rád poděkoval vedoucímu lékaři chirurgické jednotky intenzivní péče Nemocnice Boskovice panu doktoru Josefu Snášelovi.

ABSTRAKT

BARVA, Jiří. *Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc). Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD. Praha 2013. 63 s.

Bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacienta s akutním zánětem slinivky břišní.

Teoretická část je zaměřena na definici onemocnění, dělení, patofyziologii a průběh onemocnění, diagnostiku a základní principy léčby. Dále také popisuje specifika ošetrovatelské péče u pacienta s tímto onemocněním.

Praktická část je zaměřena na zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta s akutní pankreatitidou, na důvody přijetí pacienta do nemocnice, na stručnou pacientovu anamnézu. Dále také obsahuje objektivní a subjektivní hodnocení pacientových aktuálních a potenciálních problémů, které jsou následně zpracovány do ošetrovatelských diagnóz.

Klíčová slova:

Akutní pankreatitida. Konzervativní a chirurgická léčba. Ošetrovatelská péče. Slinivka břišní.

ABSTRACT

BARVA, Jiří. *Specifics of the Nursing Care of Patient with Acute Inflammation of Pancreas*. The College of Nursing, o.p.s. Degree of qualification: Bachelor (Bc). Supervisor: PhDr. Hana Belejová, PhD. Prague 2013. 63 p.

The thesis deals with the Specifics of the Nursing Care of Patient with Acute Inflammation of Pancreas.

The theoretical part deals with the definition of the disease, dividing, pathophysiology and course of the disease, diagnosis, basic principles of treatment. It also describes the specifics of nursing care for patients with this disease.

The practical part is focused on processing the nursing process in a patient with acute pancreatitis, the reasons for the patient's admission to the hospital, the patient's concise history. It also provides an objective and subjective evaluation of the patient's current and potential problems, which are processed into nursing diagnoses.

Key words

Acute Inflammation of Pancreas. Conservative and surgical treatment. Nursing Care. Pancreas.

PŘEDMLUVA

Téma pro zpracování bakalářské práce jsem zvolil problematiku zánětů slinivky břišní; konkrétně problematiku akutního zánětu slinivky břišní neboli akutní pankreatitidu (dále jen AP). K výběru tohoto tématu mě vedla skutečnost, že jednou z vyvolávajících příčin je alkohol, se kterým se dnes a denně téměř každý člověk setká skoro na každém rohu a to nejednou za život a někdy i v nemalém množství.

S akutním zánětem slinivky břišní mám zkušenosti jak během vykonávané praxe při studiích na vyšší odborné škole, tak i během mé pracovní kariéry. Tento stav byl téměř vždy velmi komplikovaný a vyžadoval pohotovou reakci veškerého ošetřujícího personálu. Od července 2012 pracuji jako zdravotní sestra na oddělení chirurgické jednotky intenzivní péče v Boskovicích. Právě na odděleních intenzivní péče jsou tito pacienti hospitalizováni a já osobně už jsem měl příležitost setkat se s tímto stavem, který bohužel skončil s tím nejhorším možným výsledkem - úmrtím pacienta.

Akutní zánět slinivky břišní je sám o sobě velmi závažný stav s variabilitou příznaků a průběhu, který může skončit až smrtí, nebo způsobit velmi závažné a dlouhodobé komplikace, proto je nesmírně důležité správné posouzení vývoje onemocnění.

A proto bych chtěl touto prací poukázat na závažnost onemocnění, důležitost diagnostiky a důslednost léčby tohoto onemocnění, jehož výskyt bohužel nezadržitelně stoupá.

Věřím a zároveň doufám, že tato práce bude přínosem jako informační zdroj pro všechny, kdo ji budou číst, nebo potřebovat při psaní své práce. A také doufám, že přispěje ke zkvalitnění poskytované péče a prohloubí pracovní i osobní vztah mezi ošetřujícím personálem, pacientem a jeho rodinou.

OBSAH

ÚVOD	13
1 AKUTNÍ PANKREATITIDA	15
1.1 Historie	15
1.2 Definice akutní pankreatitidy	15
1.3 Incidence akutní pankreatitidy	16
1.4 Klasifikace akutní pankreatitidy	17
1.5 Etiologie akutní pankreatitidy	18
1.6 Příznaky a průběh akutní pankreatitidy	20
1.6.1 Průběh akutní pankreatitidy	21
1.7 Komplikace akutní pankreatitidy	22
1.8 Diagnostika akutní pankreatitidy	23
1.8.1 Laboratorní vyšetření	24
1.8.2 Zobrazovací metody	26
1.8.3 Diferenciální diagnostika	29
1.9 Léčba akutní pankreatitidy	30
1.9.1 Konzervativní terapie akutní pankreatitidy.....	31
1.9.2 Chirurgická terapie akutní pankreatitidy	35
2 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou	38
3 Ošetrovatelský proces u pacientky s akutní pankreatitidou	45
ZÁVĚR	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	76
SEZNAM PŘÍLOH	80

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALP - alkalická fosfatáza (enzym jaterní buňky)

ALT - alaninaminotransferáza (enzym jaterní buňky)

AP - akutní pankreatitida

ARDS - syndrom dechové tísně dospělých

AST - aspartátaminotranferáza (enzym jaterní buňky)

ATB - antibiotika

CRP - C - reaktivní protein (ukazatel zánětu)

CT - počítačová tomografie

CVT - centrální venózní tlak

DIC - diseminovaná intravaskulární koagulopatie

EKG - elektrokardiograf (výsledek - elektrokardiogram) - přístroj pro měření elektrické aktivity srdce

ERCP - endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

GMT - gama - glutamyltransferáza (enzym jaterní buňky)

HIV - Human Immunodeficiency Virus, vir ze skupiny retrovirů způsobující AIDS

i. v. - intravenózní - nitrožilní (podání léku,...)

MODS - multiorgánové selhání

NGS - nasogastrická sonda

p. o. - per os (perorální) - ústy (podání léku,...)

RTG - rentgen

SIRS - syndrom systémové zánětlivé odpovědi organismu

UZ – ultrazvuk

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces - ohraničený, později opouzdřený hnisavý zánět tkáně

Biliární - týkající se žlučového systému

Cullenovo znamení - žlutá nebo naředlá zbarvení podkoží okolo pupku

Duodenum (dvanáctník) - část tenkého střeva

Edematózní - oteklý, mající charakter otoku

Greyovo - Turnerovo zbarvení - žluté nebo naředlé zbarvení podkoží v tříslech

Cholelitiáza - tvorba a přítomnost žlučových kaménků konkrémentů v žlučových cestách a žlučníku

Intraacinární - 1. fáze procesu samonatrávení slinivky břišní

Oddiho svěrač - svěrač uzavírající společné vyústění žlučového a pankreatického vývodu do dvanáctníku

Pankreas - slinivka břišní

Pseudocysta - (nepravá cysta) - nově vytvořený dutý útvar v měkkých tkáních neobsahující epitel

Sentinelová klička - plynem naplněná klička duodena vzniklá obstrukcí zvětšenou hlavou pankreatu

Vaterská papila - místo v sestupné části duodena, kde ústí žlučovod (ductus choledochus) a vývod slinivky břišní (ductus pancreaticus)

Wirsungův vývod - ductus pancreaticus, vývod slinivky břišní ústící na Vaterově papile do dvanáctníku, v konečné části je spojen se společným žlučovodem

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Cholelitiáza (DOBIAŠ, 2012).....	19
Obrázek 2 Pleurální výpotek	26
Obrázek 3 Klasifikace AP dle CT obrazu - Balthazarova kriteria	28
Obrázek 4 Čtyřkvadrantová drenáž dutiny břišní u AP (ZBOŘIL, 2013)	36
Obrázek 5 Otevřená drenáž; provizorní uzavření zipem	37
Obrázek 6 Otevřená drenáž; neuzavřená laparotomie	37

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Penetrace různých antibiotik	33
---	-----------

ÚVOD

Samotná slinivka břišní jako orgán je stejně jako dějiny jejího poznávání velmi pozoruhodný. Tento orgán byl po řadu staletí tak dlouho zkoumán ve všech možných laboratořích, běžných podmínkách či obrázcích a i přes to všechno v dnešní době zůstávají neobjasněny některé pochody uvnitř slinivky a příčiny vzniku onemocnění.

Jedním ze závažných onemocnění slinivky břišní je akutní zánět slinivky břišní (akutní pankreatitida). Toto onemocnění, které má stále značné sociální, ekonomické i společenské dopady jak na jednotlivce samotného, tak na jeho blízké je i na začátku třetího tisíciletí stále závažným onemocněním s velkým rizikem mortality. Jedním z nejčastějších a nejdostupnějších vyvolávajících faktorů je častá konzumace alkoholu. Bohužel ze statistik nám vyplývá, že závislími na alkoholu jsou v České republice desítky tisíc lidí. U mužů je to něco okolo 25 % a u žen okolo 10 %. Za varující signál musíme brát skutečnost, že velmi rozšířená konzumace alkoholu je i mezi mladistvými do 18 let.

Nepodceňujme proto jakékoliv onemocnění slinivky břišní. Vždy bychom měli být hospitalizováni na lůžkovém oddělení nejlépe intenzivní péče, které se touto problematikou zabývá.

Cílem bakalářské práce je zjistit a definovat informace z odborných publikací o onemocnění spadající mezi akutní náhlé příhody břišní - o akutní pankreatitidě a seznámit s nimi širokou veřejnost. Dále také popsat proces péče o pacienta, který je přijat do nemocnice s akutní pankreatitidou, kam spadá parenterální příjem tekutin, kontroly hladiny cukru v krvi (hypoglykemie a hyperglykemie), mimo jiné také popsat složky a fáze pankreatické diety. V neposlední řadě je našim cílem také vypracovat ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou a specifikovat jeho nejdůležitější ošetrovatelské diagnózy. Mimo to také stanovit určitá doporučení, kterými by se měl pacient nejen po dobu hospitalizace ale i po propuštění domů řídit.

V první velké kapitole bakalářské práce se dozvíme, co to vlastně akutní pankreatitida je, jaké jsou její příznaky, jak ji diagnostikujeme, jaké jsou její projevy a v čem spočívá její léčba.

Druhou velkou kapitolu jsme věnovali specifikům ošetrovatelské péče u pacientů s AP; konkrétněji poloze a uložení pacienta, jeho monitorování na oddělení, osobní

hygieně, dále problematice vyprazdňování, hydratace a výživy - zde hlavně popisujeme pankreatickou dietu. Mimo jiné také kvalitu spánku, tišení bolesti, pacientovy psychosociální potřeby a domácí péči.

Pro závěrečnou část bakalářské práce jsme zvolili vypracování ošetrovatelského procesu u pacienta s akutní pankreatitidou, ve kterém jsme zahrnuli důvody pacienta k přijetí do nemocnice, stručnou pacientovu anamnézu z cílených oblastí (výživa, užívané léky, návyky,...). Dále také objektivní a subjektivní hodnocení pacientových aktuálních a potenciálních problémů, které jsou poté zpracovány do ošetrovatelských diagnóz. Nechybí tu ani kapitola „Doporučení pro praxi“, kterou jsme zpracovali v základním duchu celé problematiky a to v rozpoznání dané nemoci a cílené léčbě. Jsou zde také ve zkratce sepsány doporučení pro pacienta, členy rodiny a zdravotnický personál.

1 AKUTNÍ PANKREATITIDA

Akutní zánět slinivky břišní neboli akutní pankreatitida (dále jen AP) je primárně neinfekční zánětlivé onemocnění slinivky břišní vznikající nejčastěji z plného zdraví, které má i přes časté pokroky v diagnostice a léčbě stále vysoké měřítko mortality (ZAZULA, 2005).

1.1 Historie

Již ve 2. století před naším letopočtem se lékaři snažili popisovat slinivku břišní jako orgán takový. Její celosvětové latinské označení pankreas ji dal už lékař Galenos (pan – všečen, kreas – maso; orgán, který neobsahuje dutiny). Až roku 1720 Abraham Vater poprvé dokázal, že pankreatický vývod slinivky břišní je spojen se žlučovými cestami. Odtud je známa Vaterská papila. V roce 1869 Paul Langerhaus popsal kulaté buňky, které se ve slinivce vyskytují v hojném počtu. Těchto 1 – 2 milionů drobných buněčných okrsků byly po něm nazvány jako Langerhansovy ostrůvky. Roku 1899 Ruggero Oddi objevil při pozorování rozšířeného žlučovodu po cholecystektomii u psa svěrač, který dnes nese jméno po jeho objeviteli - Oddiho svěrač. Charles Classen v roce 1942 jako první popsal onemocnění slinivky břišní. Teprve až v 60. – 70. letech 20. století nastal rozvoj diagnostických metod, jako je ultrazvuk a později i počítačová tomografie (CT) v léčbě onemocnění slinivky břišní. Za nepostradatelnou diagnostickou metodu v dnešní době řadíme endoskopickou retrográdní cholangiopankreatografii (KOSTKA, 2006).

1.2 Definice akutní pankreatitidy

„Akutní pankreatitida, jak je definována Atlantskou klasifikací, je akutní zánět exokrinního pankreatu“ (ZADÁK, 2007, s. 208).

AP je onemocnění, které může vyvolat řada faktorů, jejímž společným patologickým jmenovatelem je předčasná aktivace pankreatických enzymů uvnitř buněk pankreatu, které jsou schopny štěpit bílkoviny a jejich uvolňováním do vmezeřené tkáně slinivky břišní (KOSTKA, 2006).

1.3 Incidence akutní pankreatitidy

Ze statistiky uveřejněné na serveru svod.cz má všeobecný výskyt zánětů slinivky břišní za období 2000 až 2010 stále vzestupnou tendenci. Jinak tomu není i u mortality této nemoci. Regionální incidence zánětů slinivky břišní v ČR přepočtená na 100 000 osob za rok 2000 až 2010 poukazuje na nejvyšší výskyt zánětů v Plzeňském kraji. Na druhou stranou nejnižší incidence je v Ústeckém, Středočeském, Libereckém a Moravskoslezském kraji (DUŠEK, 2005).

V boskovické nemocnici se za rok 2012 nejčastěji vyskytovala akutní pankreatitida idiopatická, biliární a alkoholová. Celkový počet těchto pacientů byl 82, kde idiopatická AP byla zjištěna a potvrzena u 16 žen a 38 mužů nejčastěji ve věku nad 51 let (22 mužů a 8 žen). Biliární AP byla zaznamenána u 23 žen a 2 mužů ve věku nad 50 let. Alkoholová AP byla prokázána u 3 mužů ve věkovém rozmezí 31 - 40 let. Z čehož vyplývá, že za rok 2012 bylo prokázáno 82 případů AP, z nichž však 4 případy (3 muži a 1 žena) skončily úmrtím (dle statistiky z roku 2012 Nemocnice Boskovice s.r.o.).

Výskyt tohoto onemocnění bohužel v celosvětovém měřítku stoupá. Toto onemocnění je celosvětovým problémem. Jen ve Spojených státech stoupl počet hospitalizovaných během dvou desetiletí o 100 % a v Nizozemsku o 75 % (ŠPIČÁK, 2005).

Všeobecně je výskyt AP častější u mužů mezi 30. a 50. rokem, ale přibývají případy, kdy se AP vyskytne i mezi mladšími. V 50 % je příčinou především dlouhodobá konzumace tvrdého alkoholu, ve 30 % je příčinou onemocnění žlučových cest a ve 20 % jde o nekrotizující zánět slinivky břišní. V současné době se pohybuje mortalita kolem 5 %; u nekrotické formy mezi 10 až 20 %, a pokud se vyvine oběhové selhání, pak až kolem 50 % (ABRAHAMS, 2006).

1.4 Klasifikace akutní pankreatitidy

Kostka (2006) udává, že klasifikace zánětů slinivky břišní se z historického hlediska vyvíjela dvěma hlavními směry - **morfologickým a klinickým**. První pokus o klinické rozdělení pankreatitid datujeme z roku 1812. Morfologický směr byl založený zpočátku na sekčních později pooperačních a bioptických patologických nálezech, kdežto směr klinický byl založený na nálezech, kdy nebyly dostupné morfologické údaje a nemocní tak byli klasifikováni podle jednotlivých příznaků. Na morfologickém podkladu byly založeny klasifikace, jako např. **Harlessova**, která rozdělila AP na akutní, subakutní a chronickou. Další klasifikací byla klasifikace **Schmackpfefferova** z roku 1817. Ta dělila AP na exudativní, supurativní, gangrenózní a induktivní a **Fitzova** klasifikace z roku 1889 dělila AP na hemoragickou, supurativní, gangrenózní a s tukovými nekrózami (KOSTKA, 2006).

Za původní klasifikaci pankreatitid považujeme tzv. **první marseillskou klasifikaci** z roku 1964, která brala v potaz morfologické poznatky. Díky ní byla pankreatitida rozdělena na akutní, akutní recidivující, chronickou progresivní a chronickou recidivující. Velký důraz kladla na odlišení akutní pankreatitidy od chronické, při níž se jedná o nezvratný a progresivní charakter patologických změn slinivky (BUREŠ, 2003).

S vývojem moderních vyšetřovacích metod jako je ultrasonografie (dále jen UZ), počítačové tomografie (dále jen CT) a endoskopické retrográdní cholangio-pankreatografie (dále jen ERCP) došlo k dalším pokrokům a poznatkům (ŠPIČÁK, 2006).

Během druhé marseillské konference v roce 1984 byl vyčleněn termín akutní pankreatitida, který se projevuje atakami, ale také chronická forma s rozmanitou symptomatologií. Pouze o rok později byla tzv. Ulmská neboli Begerova klasifikace. Ta rozlišovala akutní pankreatitidu na edematózní a nekrotizující. Nekrotizující forma může být se sterilními nekrózami nebo s infikovanými nekrózami, což velmi významně ovlivňuje průběh i prognózu nemoci (KOSTKA, 2006).

V roce 1992 se čtyřicet mezinárodních expertů z 15 zemí z šesti lékařských odvětví (anatomie, gastroenterologie, patologie, vnitřní lékařství, radiologie, chirurgie) v Atlantě věnovali řešení akutní pankreatitidy a jejímu obtížnému rozlišení od prudkého záchvatu chronické pankreatitidy. Bylo doporučeno, abychom považovali opakovaný

návrat příznaků pankreatitidy za akutní formu až do případného potvrzení diagnózy pankreatitidy chronické. Také byly pevně vyjádřeny pojmy jako nekróza, pseudocysta a absces. Dále byla definována lehká a těžká forma akutní pankreatitidy, klinický a patologický obraz a lokální komplikace, podle kterých můžeme kteroukoliv pankreatitidu přesně definovat (ŠPIČÁK, 2005).

„Klasifikace (modifikace pankreatitidy dle Begera):

- Intersticiálně edematózní pankreatitida
- Nekrotizující pankreatitida
- Absces pankreatu
- Pseudocysty po akutní pankreatidě“ (ZEMAN, 2001, s. 219).

1.5 Etiologie akutní pankreatitidy

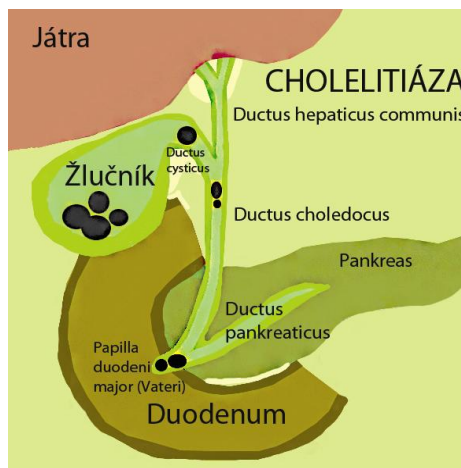
Dle ZAZULY (2005) je AP z 50 - 60 % vyvolána nejčastěji cholelitiázou. Další příčinou AP je častá konzumace alkoholu (20 - 40 %). A v 10 - 30 % může být příčina neznámá. Mimo jiné existují i vzácnější etiologie AP, mezi které řadíme příčinu iatrogenní (podráždění slinivky při ERCP, operační biopsii,...), dále i příčinu lékovou (časté užívání diuretik, estrogenů, cytostatik,...). V neposlední řadě stojí za zmínku i vývojové anomálie pankreatu, peptický vřed duodena s penetrací do pankreatu a také infekce, jako je například E. Coli, Legionella, hepatitida A, C, HIV (ZAZULA, 2005).

Kostka (2006) uvádí, že akutní zánět slinivky břišní může vyvolat celá řada faktorů. Naprosto převažující jsou příčiny **biliární, alkoholické a idiopatické**.

Biliární pankreatitida je klasická pankreatitida, která se po odstranění vyvolávající příčiny zklidní. To u alkoholické pankreatitidy je situace zdaleka nejasná, jelikož není zcela jasné, zda se jedná o AP od samého začátku, nebo jde o akutní vzplanutí již stávající chronické pankreatitidy, vzniklé na podkladě dlouhodobé konzumace alkoholu. Obě tyto skupiny tvoří však 70 - 80 % případů léčených na intenzivních péčích v nemocnicích (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

Akutní biliární pankreatitida je častou komplikací cholelitiázy. Za nejvýznamnější místo, kde se může konkrement zachytit a vyvolat tak záchvat akutní biliární pankreatitidy, je společné vyústění společného žlučovodu a vývodu slinivky břišní ústící na Vaterské papile do dvanáctníku (tzv. Wirsungův vývod).

Následně tak vzniká přechodná nedostatečnost Oddiho svěrače a dochází ke zpětnému toku žluče ze žlučových cest do pankreatických vývodů, což má za následek přetlak a předčasnou aktivaci pankreatických enzymů uvnitř slinivky, které vedou k samonatrávení vlastní žlázy (DÍTĚ, 2005).



Zdroj: Cholelitiáza. In: pfyziollfup.upol [online]. © 2012 pfyziollfup.upol. [vid. 1. 2. 2013].

Dostupné z: <http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki2/?p=4371>

Obrázek 1 Cholelitiáza (DOBIAŠ, 2012)

Alkoholická pankreatitida je důsledkem mnohaleté konzumace alkoholu (často nad 15 let) a postihuje spíše muže mladšího a středního věku. Alkohol přímo poškozují tkáň pankreatu, ale také stimuluje sekreci pankreatických lipáz - kyselý žaludeční obsah zvyšuje tvorbu sekretinu a cholecystokininu a tím produkci již zmíněných pankreatických lipáz (LUKÁŠ, 2005).

Dle Špičáka (2005) je míra poškození pankreatu dána především hladinou alkoholu v krvi. Buňky poškozují jen vysoké koncentrace alkoholu. Alkohol jako takový je metabolizován v játrech a v malém množství i ve slinivce. Toxicky působí metabolit, který vzniká v játrech (ŠPIČÁK, 2005).

K **idiopatickým akutním pankreatitidám** řadíme všechny případy akutní pankreatitidy, u kterých nebyla zjištěna příčina. Přestože idiopatická akutní pankreatitida je z neznámých příčin, Zadák (2007) uvádí mikrolitiázu s tvorbou krystalů jako jednu z nejčastějších příčin, tudíž se opět jedná o biliární etiologii. Tyto mikrokonkrementy mají velikost do 3 mm v průměru a proto nejsou patrné při ultrazvukovém vyšetření. Pouze u malé části pacientů zůstává příčina této choroby zcela neobjasněna (ZADÁK, 2007).

Mezi vzácnější etiologie vzniku AP můžeme také mimo jiné zařadit lékovou etiologii. Ta byla popsána v souvislosti s podáním přibližně 70 léků, ale v potaz musíme brát i náhodnou shodu účinků podávaných léků. Za nejvýznamnější důkaz považujeme recidivu onemocnění při opětovném nasazení léku. Špičák (2006) ve své knize uvádí přehled některých léků, u kterých je zjištěna příčinná souvislost vzniku pankreatitidy. K *prokázané souvislosti* se řadí léky jako např. azathioprin, diuretika (furosemid), chlorothiazid, cis - platina, cytostatika a další. *Pravděpodobná příčinná souvislost* je u kortikoidů, phenforminu a u ampicilinu, cotrimazolu, histaminu, metyldopy, metronidazolu či sulfasalazinu je *příčinná souvislost možná* (ŠPIČÁK, 2006).

1.6 Příznaky a průběh akutní pankreatitidy

Jako každé onemocnění, tak i AP doprovázejí příznaky subjektivní a objektivní. Dominujícím příznakem je akutně vzniklá bolest v nadbřišku, pásovitého charakteru, která se nejčastěji propaguje i do zad, spíše pod pravý oblouk žeberní. Tyto bolesti jsou také velmi často doprovázeny nevolností a následným zvracením, bez pocitu úlevy. Nemocný se snaží zaujímat úlevovou polohu (tzv. klečící Mohamedán). Dále pozorujeme příznaky jako oslabená střevní a žaludeční peristaltika, meteorismus napětí až stažení břišní stěny. V počátečním stádiu a hlavně pokročilejším stádiu onemocnění (edematózní forma) můžeme u pacienta pozorovat příznaky jako je tachypnoe, hypotenze, tachykardie, jež mohou vyvrcholit rozvojem ledvinového a později i oběhového selhání. U závažných stavů se ve vzácných případech této nemoci objevují žlutá nebo našedlá zbarvení podkoží v tříselech (tzv. Greyovo-Turnerovo znamení) nebo okolo pupku (tzv. Cullenovo znamení). Obvyklým příznakem vzniku akutní pankreatitidy, i u neinfekčních příčin, je také vzestup tělesné teploty. Dle závažnosti zdravotního stavu pacienta se může objevit i pleurální výpotek. U pacientů jsou také postupně patrné psychické změny (zmatenost, neklid, nespoupráce). Celý tento stav může bohužel přes rozvoj šokového stavu a destrukci pankreatu vyústit v úmrtí pacienta (ZEMAN, 2001).

Ferko (2002) doplňuje, že bolest má sice náhlý začátek, ale nikoli zcela nenadálý, z plného zdraví, tak jak tomu bývá u jiných náhlých příhod. Intenzita bolesti má trvalý charakter, přetrvává po řadu hodin a dokonce až dnů. Pacient tuto bolest nejčastěji

lokalizuje okolo pupku, její intenzita se zvětšuje v poloze na zádech, zřejmě v důsledku útlaku splachnických nervů edematózní slinivkou. Ke zvýšení intenzity bolesti také dochází po požití jídla a alkoholu. U těžších forem je bolest často velmi intenzivní až zcela zničující. Pacienty je považována za jednu z nejtěžších bolestí, které doprovázejí onemocnění orgánů dutiny břišní. Zachytíme-li nemoc v počáteční fázi, obvykle nám chybí jasně vyjádřené peritoneální dráždění. Toto dráždění právě vyvolá až volná tekutina - pankreatogenní ascites - v dutině břišní (FERKO, 2002).

Špičák (2005) uvádí přehled procentuálního výskytu nejčastějších příznaků u AP, ze kterého vyplývá, že z 90 - 95 % se u pacientů vyskytuje bolest břicha, nauzea v 70 - 90 % případů, výskyt zvracení je v 60 - 85 %. Velmi častý je také paralytický ileus (70 - 90 %). Za zmínku určitě stojí i výskyt tachykardií a to v 65 - 85 % a respirační insuficience ve 20 - 50 % případů (ŠPIČÁK, 2005).

Nejedlá (2004) doplňuje dezorientaci, jako jeden z dalších příznaků, který je způsobený v důsledku vyplavování a následně hromadění toxinů do krve z rozpadlé slinivky (NEJEDLÁ, 2004).

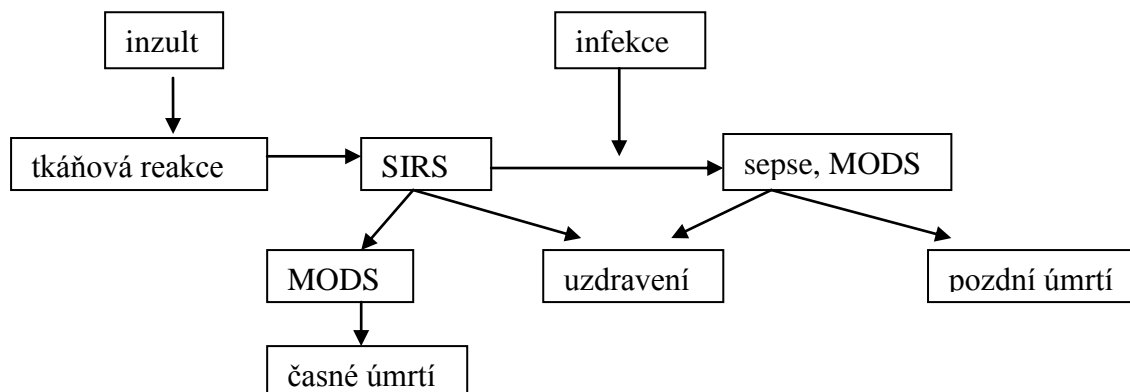
1.6.1 Průběh akutní pankreatitidy

Průběh nemoci se odvíjí dle závažnosti pankreatitidy, avšak i přes intenzivní terapii se může stav dále rozvíjet a zhoršovat. Některé symptomy jsou pro pankreatitidu typické (bolesti břicha v okolí pupku, zvracení bez pocitu úlevy,...), tudíž nám značně pomáhají ke stanovení diagnózy a příčiny choroby a jsou tak velmi přínosné ke zvolení následné terapie. Ve většině případů však během 24 hod. můžeme s určitou mírou jistoty říci, o jakou formu se jedná. Výjimečně se může z lehké pankreatitidy postupně vyvinout těžká forma AP (HRABOVSKÝ, 2001).

Akutní pankreatitida se může dle Špičáka (2006) vyvíjet buď jako nejčastěji **lehká forma** nebo jako **forma těžká**. Jak již bylo naznačeno, o průběhu velké většiny případů (80 - 90 %) je rozhodnuto již během prvních 24 hodin (záleží však na laboratorních hodnotách). Těžká AP má dvě fáze, které zhruba 2 týdny probíhají pod obrazem systémové zánětlivé odpovědi (SIRS). K tomuto stavu přispívá i vysoká aktivita protizánětlivých mediátorů, které se hlavně podílejí na vzniku plicních, kardiovaskulárních a i renálních komplikací. Na sklonku třetího týdne se může objevit i pankreatická nekróza, kterou však vylučuje pankreatická infekce. Tento stav je dále charakterizován postupným zhoršováním zdravotního stavu a následným rozvojem

multiorgánového selhání - MODS. Patologický obraz AP zahrnuje celou škálu mikroskopických změn přes tukové nekrózy až po rozsáhlé pankreatické nekrózy s hemoragiemi (ŠPICÁK, 2005).

Průběh akutní pankreatitidy lépe znázorňuje schéma (ŠPICÁK, 2005).



1.7 Komplikace akutní pankreatitidy

Z patofyziologického pohledu můžeme proces samonatrávení slinivky a případně jeho další postup rozdělit do čtyř fází.

1. fáze - intraacínární
2. fáze - lokální zánět
3. fáze - systémové zánětlivé odpovědi
4. fáze - rozvoj mimopankreatických komplikací (KOSTKA, 2006).

Dle Zazuly (2005) probíhá většina onemocnění jen v prvních třech fázích. Rozvoj čtvrté fáze onemocnění, spojené s místními (infikovaná pankreatická nekróza, vytvoření pseudocysty) nebo systémovými komplikacemi, je spojen s výrazně horší prognózou (ZAZULA, 2005).

Mezi komplikace akutní pankreatitidy řadíme především šok, infekci, infekci nektróz, vývoj pseudocyst slinivky břišní či akutní krvácení. Mimo i jiné může také dojít k tvorbě gastrointestinálních a pankreatických píštělí či k vývoji multiorgánové dysfunkce (KOSTKA, 2006).

Komplikace AP mohou nastat během vývoje onemocnění v jakémkoliv orgánovém systému. Zeman (2001) uvádí přehled těchto systémových komplikací u AP.

„Prohlubující se AP má tyto systémové komplikace:

- plicní - atelektázy, pneumonie, hypoxie, syndrom akutní respirační tísně dospělých (ARDS);
- kardiovaskulární - tachykardie, hypotenze, arytmie, šokový stav;
- renální - oligurie, azotemie;
- hematologické - diseminovaná intravaskulární koagulopatie (DIC);
- metabolické - hyperglykémie, hypokalcémie, hypertriglycerolemie, acidóza“
(ZEMAN, 2001, s. 220).

Mezi **místní komplikace** těžké akutní pankreatitidy patří dle Zazuly (2005) **nekróza pankreatu**, která se většinou vyvíjí během prvních čtyř dnů od počátku onemocnění. Tato nekróza může být postupem času infikována bakteriemi střevního původu a je pak označována jako infikovaná nekróza. Mezi další místní komplikace řadíme také vznik **pankreatické pseudocyty**, což je nahromadění tekutiny (pankreatického sekretu) v prostoru, který má granulační či fibrózní stěnu. Tento sekret se zde nahromadil v důsledku trvalého úniku z pankreatického vývodu. Jako navazující komplikací na tento stav může být následná ruptura a vyprázdnění do peritoneální dutiny. Jednou z dalších komplikací, která se objevuje v časně fázi onemocnění, můžeme zařadit výskyt **akutní kolekce tekutiny**, která je lokalizována v okolí pankreatu a není ohraničena granulační či fibrózní tkání. Další komplikací je **pankreatický absces**, což je ohraničené ložisko hnisu v břišní dutině, někdy obsahující plyn bez současné pankreatické nekrózy. Vyvine se obvykle do 4 – 6 týdnů po vzniku infekce lokalizované v oblasti pankreatu (ZAZULA, 2005).

1.8 Diagnostika akutní pankreatitidy

Diagnostika akutní pankreatitidy je poměrně obtížná, jelikož onemocnění samo o sobě má velmi pestrý klinický obraz. O pozitivním průkazu AP vycházíme z důkladné anamnézy, klinického vyšetření, biochemického a hematologického vyšetření, které doplňujeme RTG vyšetřením břicha, plic, ultrazvukem a počítačovou tomografií. Ty však mají větší význam při stanovení etiologie a prognózy onemocnění (KOSTKA, 2006).

Stejně jako je tomu u jiných onemocnění, tak i u AP klademe důraz na důkladně odebranou **anamnézu**, subjektivní a objektivní hodnocení **klinického obrazu, laboratorních a přístrojových vyšetření**. Součástí diagnostiky je u každého nemocného i snaha o určení etiologie a prognózy. Při rozboru klinického obrazu je důležité, abychom příznaky hodnotili co nejaktuálněji. To samé platí i pro laboratorní vyšetření, která mohou s odstupem času vykazovat nesrovnalosti oproti prvním dnům onemocnění, jako je například pokles pankreatických enzymů - amyláz a lipáz. Lékař by také měl brát v úvahu různé souvislosti mezi jednotlivými příznaky. Zcela zásadní je však odlišení AP od dalších život ohrožujících náhlých příhod břišních, jako je například perforovaný žaludeční či duodenální vřed, prasklé aortální aneurysma, perforovaný Mckelův divertikl či střevní strangulace (ŠPIČÁK, 2005).

1.8.1 Laboratorní vyšetření

Spolehlivěji se lékař o akutní pankreatidě dozví z krve, kde jsou zvýšené hladiny některých trávicích enzymů slinivky břišní (amyláz a lipáz) v krvi a moči. Dalším možným ukazatelem mohou být jaterní testy (ALT, AST, ALP, GMT), zánětlivý faktor CRP. Dále odběry krevního obrazu, koagulace, celkové bílkoviny, albuminu, glykémie, krevní tuky, hemokultura, hladina iontů (ZEMAN, 2001).

Nejspolehlivějšími ukazateli pro onemocnění slinivky břišní jsou sérová amyláza, lipáza, trypsin a amyláza v moči. Sérová amyláza (pankreatický izoenzym) má fyziologickou hodnotu 0,3 - 3,25 $\mu\text{kat/l}$. Lipáza jako specifický pankreatický enzym má fyziologickou hodnotu 0,12 - 1,0 $\mu\text{kat/l}$. Trypsin - enzym zvyšující se při pankreatidě by měl být do 0,2 $\mu\text{g/l}$ a amyláza v moči by se měla pohybovat v rozmezí 0,67 - 17,5 $\mu\text{kat/l}$ (LANGMEIER, 2009).

1.8.1.1 Amyláza a lipáza v séru a moči

„Sérová amyláza existuje ve dvou formách, jako pankreatická izoamyláza (40 %) a slinná izoamyláza (60 %). Její hladina se při AP začíná zvyšovat za 2 - 12 hodin od začátku symptomů, vrcholu dosahuje za 12 - 72 hodin a k normálu se obvykle vrací do 3 - 5 dnů“ (KOSTKA, 2006, s. 63).

Co se týče amylázy v moči, tak její vzestup se objevujeme dříve než vzestup v plazmě. Proto je při diagnostice také nezbytné, abychom vyšetřili i amylázu v moči (ZADÁK, 2007).

Pankreatická lipáza stoupá během 4 - 8 hodin od počátku onemocnění. Vrcholných hodnot dosahuje zhruba za 24 hodin a v průběhu dalších 14 dnů pozvolna klesá. Všeobecně lze říci, že pankreatická lipáza, už jen díky své specifitě (50 - 99 %), je více ceněna a to hlavně především při detekci alkoholové pankreatitidy. Kostka (2006) dále uvádí, že oba tyto enzymy - jak sérová amyláza, tak i lipáza - mají zásadní důležitost pro diagnózu AP (KOSTKA, 2006).

1.8.1.2 Jaterní testy

Vyšetření jaterních enzymů je spíše pomocným vyšetřením, kdy vyšetřujeme hladiny sérového bilirubinu, ALT, AST, ALP a GMT. Hodnoty těchto enzymů jsou pravidelně nad horní hranicí normy. Pro zvýšenou hladinu bilirubinu svědčí buď obstrukce způsobená tlakem edematózní hlavy pankreatu nebo kamínek ve společném žlučovodu. Je-li patrné zvýšení zejména ALP, jedná se s největší pravděpodobností o biliární pankreatitidu. Mírné zvýšení jak AST, tak ALP je typické u alkoholické pankreatitidy (KOSTKA, 2006).

1.8.1.3 Glykémie

Pro akutní pankreatitidu je typickým příznakem hyperglykémie, což je trvale zvýšená hladina cukru v krvi nad 15 mmol/l. Vyskytuje se přibližně v 25 - 75 % případů. Hlavní příčinou může být buď trvalý pokles cirkulujícího inzulínu v důsledku poškození či až zničení větší části β -buněk Langerhansových ostrůvků (ZADÁK, 2007).

1.8.1.4 C - reaktivní protein

Známku probíhajícího zánětu v organismu nám signalizuje C - reaktivní protein v séru (CRP), který je také zvýšen u řady chorob. Nicméně rovněž také slouží k odhadu závažnosti pankreatitidy. Zvýšená hladina CRP u AP je důsledkem vyplavení cytosinu a působením na jaterní buňku. Významná je hladina CRP nad 150 mg/l během 48 hodin, která značí těžkou pankreatitidu (ŠPIČÁK, 2005).

1.8.1.5 Hematologické vyšetření krve

Mezi další pomocná laboratorní vyšetření také spadá hematologické vyšetření krve, kde pozorujeme leukocytózu, která je závislá na míře zánětu v organismu. Za varovný signál považujeme hodnotu $16\ 000/\text{mm}^3$. Pro diagnózu AP nemá prakticky žádný význam. Dále provádíme také vyšetření sedimentace, která je značně zvýšena, ale patří také mezi nespecifické příznaky, pouze nám signalizuje probíhající zánět v těle.

Nesmíme opomenout hladinu hemoglobinu a hematokritu, jejichž snížená hodnota upozorňuje na možné krvácení (ZADÁK, 2007).

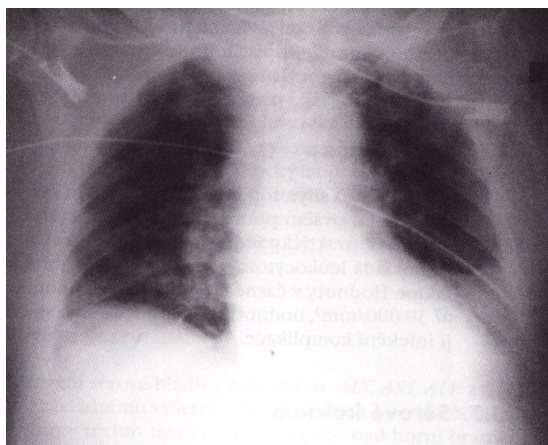
1.8.2 Zobrazovací metody

Nedílnou součástí diagnostiky AP jsou i zobrazovací metody, mezi které řadíme hlavně rentgen (RTG) - převážně nativní snímek, dále ultrasonografií (UZ), počítačovou tomografií (CT), magnetickou rezonanci (MR), endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografií (ERCP), ale i EKG vyšetření, které poukazuje na patologii úseku ST a T při těžké AP, které mohou simulovat akutní srdeční infarkt (ZADÁK, 2007).

Kostka (2006) uvádí, že hlavně díky sonografii (UZ) a výpočetní tomografii (CT) došlo k pokroku při diagnostice a následné léčbě AP. Zejména CT vyšetření zajišťovalo přesnou diagnostiku choroby a rozsah postižení pankreatu (KOSTKA, 2006).

1.8.2.1 RTG vyšetření

Prostý RTG snímek břicha a hrudníku nás může informovat o nespecifických změnách, které při AP probíhají (kolekce tekutiny v peritoneální dutině, nejčastěji ale v levé pleurální či dokonce v perikardiální dutině). Dále na snímku můžeme zjistit ileus, vznik pseudocyst a typické posunutí žaludku z fyziologické pozice a také typický levostranný pleurální výpotek (ZADÁK, 2007).



Zdroj: KOSTKA, 2006, s. 68

Obrázek 2 Pleurální výpotek

Nativní snímek břicha a hrudníku by měl být proveden u každého nemocného s podezřením na AP. V diagnostice má sice význam podpůrný, ale o to více důležitý,

jelikož na něm můžeme najít některé nálezy, které jsou pro AP typické - tzv sentinelová klička, což je plynem naplněná klička duodena vzniklá kvůli obstrukci zvětšenou hlavou pankreatu (KOSTKA, 2006).

1.8.2.2 Ultrasonografie (UZ)

Ultrazvukové vyšetření by mělo být provedeno jako jedno z prvních zobrazovacích vyšetření v počátečním stádiu. Slouží především k potvrzení (vyloučení) biliární etiologie. Ultrazvuku lze i nadále využít při odběru punkčních vzorků z pankreatu či při drenáži (ŠPIČÁK, 2005).

Dle Zemana (2001) je UZ v současnosti považován za nejlepší metodu pro pozorování vývoje onemocnění, jako jsou změny velikosti orgánu, přítomnost konkrementů, či rozvoje pankreatické nekrózy (ZEMAN, 2001).

Kostka (2006) dodává, že do jisté míry limitující překážkou je plynná náplň střeva při paralytickém ileu a obezita (KOSTKA, 2006).

1.8.2.3 Výpočetní tomografie (CT)

Vyšetření pomocí počítačové tomografie se ukázalo u AP jako jedno z nejcennějších zobrazovacích vyšetření. Nejen že díky němu můžeme sledovat průběh onemocnění v čase, určit stádium poškození slinivky, ale hlavně u obéznějších lidí je „jedinou“ spolehlivou zobrazovací metodou. S touto metodou je také velmi často spojena aplikace kontrastní látky, pro lepší zobrazení průchodnosti či prokázání přítomnosti kamenů ve žlučových cestách. Kontrastní látku obvykle podáváme jako intravenózní bolus následovaný kontinuální infuzí. Poté je provedeno sekvenční zobrazení slinivky, na kterém se např. pankreatická nekróza nezvýrazní díky špatné nebo až nulové perfuzi (ŠPINAR, 2008).

CT vyšetření je také nepostradatelnou součástí pro stanovení tzv. Balthazarových kritérií akutní pankreatitidy, kde jednotlivá písmena A, B, C, D a E poukazují na stupeň poškození pankreatu. Pacienti se stupněm A a B mívají většinou lehký a nekomplikovaný průběh. Infikovaná tekutinová ložiska byla však objevena u 12 % nemocných se stupněm C, u 17 % se stupněm D a až v 61 % se stupněm D (ZAUZLA, 2005).

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

Zdroj: ZAZULA, 2005, s. 148

Obrázek 3 Klasifikace AP dle CT obrazu - Balthazarova kritéria

Nevýhodou CT vyšetření je, že morfologické změny na pankreatu nemusejí být v počátečním stádiu vyjádřeny. Stává se, že u lehkých případů AP mohou být CT snímky normální. Dále to jsou vysoké náklady a mnohdy ještě obtížná dostupnost a RTG radiace. U všech nemocných, u kterých je naplánované CT vyšetření s podáním kontrastní látky, je nutné, aby bylo v jejich anamnéze pátráno po alergiích; a to i u těch, kteří ji neudávají, se preventivně podává Hydrocortison (KOSTKA, 2006).

1.8.2.4 Magnetická rezonance (MR)

Dle Špičáka (2005) je úloha MR ve vyšetření AP zatím zcela nevyjasněná, jelikož na jedné straně až donedávna bylo toto vyšetření pro akutní stav téměř nedostupné (v našich podmínkách je tomu i nadále) a na straně druhé se stále rozvíjí. Dále se jako problém spojený s tímto vyšetřením objevuje transport kriticky nemocných pacientů se všemi drény, katétry, infusními sety, monitory a ventilační podporou do těsného tunelu. I přes to všechno je magnetická rezonance pro svou výbornou rozlišovací schopnost bez radiace a aplikace velkého množství kontrastní látky jednou z nejkvalitnějších zobrazovacích metod vůbec. Na rozdíl od CT aplikujeme pouze 10 ml kontrastní látky (ŠPIČÁK, 2005).

1.8.2.5 Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP)

„Nástřík vývodných žlučových cest kontrastní látkou pomocí cévky zavedené přes Vaterskou papilu v duodenu“ (MIKŠOVÁ, 2006, s. 69).

Jednoduše spočívá v tom, že se ústy přes jícen a žaludek zavede do tenkého střeva hadicový přístroj s kamerou, pomocí které lékař v tenkém střevě najde vývod pankreatu a žlučovodu do střeva. Do tohoto vývodu zasune endoskopem speciální tenký vodič, přes který pak aplikuje do žlučových cest a slinivky břišní kontrastní látku pro jejich znázornění, nebo může odstranit žlučové kameny ze žlučovodu (ŠTEFÁNEK, 2008).

Tato zobrazovací metoda má význam jak v diagnostice, tak v léčbě u biliární pankreatitidy. Jako primární vyšetření je indikována u pacientů s podezřením na biliární obstrukci (dilatace žlučovodu, kameny ve žlučníku,...). Má tedy význam jak diagnostický, tak i terapeutický - odstranění konkrementu. Avšak i tímto vyšetřením jsou spojena určitá rizika, jako například krvácení (je to invazivní výkon), perforace, infekce či vznik pankreatitidy. Někteří lékaři se této metodě pokud možno snaží vyhnout. Při jeho provádění právě dochází k podráždění slinivky a vývodu žlučových cest, což může vést ke vzniku pankreatitidy. Není-li však zbytí, musí být i tato metoda provedena (ŠPINAR, 2008).

Zdravotní sestra má při tomto výkonu řadu povinností. Nejen že musíme zajistit přípravu pacienta *před samotným vyšetřením* (vysvětlíme význam, průběh vyšetření a požadavky, které budou na pacienta kladeny před, během a po vyšetření, zodpovíme jakékoliv dotazy pacienta, při využití anestezie vysvětlíme důvod, způsob a vedlejší účinky, dále hlavně zajistíme podpis informovaného souhlasu a výsledky odběru krve se zaměřením na sedimentaci, koagulační faktory, krevní obraz a dále dle zvyklostí pracoviště, mimo jiné sledujeme fyziologické funkce a zajistíme, aby byl pacient minimálně 8 hodin před vyšetřením lačný a v neposlední řadě aplikujeme léky dle ordinací lékaře - antihistaminika, analgetika, anxiolytika,...). *Během vyšetření* hlavně sledujeme celkový stav pacienta, ale také aby byl pacient při vyšetření ve správné poloze a mimo jiné také asistujeme lékaři při odběru vzorku bioptickými kleštěmi. Po výkonu monitorujeme fyziologické funkce, objektivní a subjektivní příznaky pacienta, dohlížíme, aby pacient nepřijímal potravu a tekutiny po dobu minimálně 2 hodin po výkonu, dále jej uložíme do vhodné polohy - nejlépe na levý bok (MIKŠOVÁ, 2006).

1.8.3 Diferenciální diagnostika

Během stanovování diagnózy akutní pankreatitidy musíme brát v potaz také ostatní diagnózy, které mohou „simulovat“ AP. Mohou jimi být akutní cholecystitida,

gastroenteritida, biliární a levostranná renální kolika, ileus, dále také perforovaný gastroduodenální vřed či ruptura aneuryzmatu břišní aorty, infarkt myokardu, volvulus nebo embolizace mezenterických cév (ZEMAN, 2001).

1.9 Léčba akutní pankreatitidy

Z hlediska správné a včasné léčby a tím i prognózy AP je vhodné dle Špičáka (2010) stanovit správnou a včasnou diagnózu, vyloučit jiné onemocnění, které se pod příznaky AP může projevovat, dále určit příčinu AP a rozlišit, zda se jedná o lehkou či těžkou formu AP. Nesmíme ani opomenout včasné rozpoznání místních nebo celkových komplikací (ŠPIČÁK, 2010).

Léčba AP je po všech stránkách velice obtížná a zdlouhavá. Základem cílené a úspěšné léčby je především podrobná znalost dané problematiky. V průběhu několika počátečních hodin je většinou nezávisle na etiologii rozhodnuto, zda se jedná o těžkou nebo lehkou formu AP. Nejpozději však do 48 hodin od přijetí na oddělení je nutné naplánovat a také určit diagnostické a terapeutické opatření spolu s metodami léčby. Terapie AP má dvě základní formy postupu - **konzervativní** a **chirurgickou** (ŠPIČÁK, 2005).

Charvát (in ZAZULA, 2006) uvádí, že léčba AP je především spíše konzervativní. Léčba chirurgická připadá v úvahu jen zhruba u 20 % pacientů s těžkou AP, kteří mají systémové nebo lokální komplikace způsobené nekrózou pankreatické tkáně (ZAZULA, 2006).

O rozvoji léčby nemocí slinivky břišní se zasloužil i náš český chirurg **Rudolf Jedlička (1869 - 1926)**, který se velkou měrou podílel o poznání pankreatických pseudocyst a jejich operačním řešení, které popsal ve své práci „Příspěvek k operačním metodám cyst pankreatických“ v roce 1921. Rudolf Jedlička založil i vlastní chirurgickou školu, zaváděl nové operační techniky (pankreatogastrostomie, resekce žaludku). Mimo jiné se spolu s Antonim Juraszem stal prvním lékařem, který provedl pseudocystogastroskopii. Mezi další české lékaře se bezpochyby řadí i **Karel Herfort (1906 - 2000)**, který byl a je považován za nestora a zakladatele československé pankreatologie. Mimo jiné navrhl klasifikaci pankreatických chorob a vypracoval nové diagnostické a léčebné postupy (KOSTKA, 2006).

1.9.1 Konzervativní terapie akutní pankreatitidy

Konzervativní léčba je dána především tím, že AP nemá žádný jednotný klinický ani morfologický obraz a proto také neexistuje žádný spolehlivý léčebný postup, který by zásadním způsobem ovlivnil průběh tohoto onemocnění. Přes tuto klinickou a i morfologickou nejednotnost rozlišujeme **2 klinicko - morfologické formy**, které se liší svým průběhem a tak i terapeutickým přístupem (ŠPIČÁK, 2010).

1) „**Lehká forma**, která postihuje kolem 80 - 85 % všech nemocných, probíhá klinicky lehce bez systémových komplikací a referovaná úmrtnost obvykle nepřesahuje 1 %. Morfologickým pojmem je obvykle intersticiální edém pankreatu a okolních tkání různého rozsahu; fokální ložiska tukové nekrózy mohou, ale nemusí být přítomna“ (KOSTKA, 2006, s. 91).

2) „**Těžká forma**, která postihuje 15 - 20 % všech nemocných probíhá klinicky těžce a mortalita kolísá dle různých studií obvykle od 20 do 50 % a v případě infekce dosahuje až 80 %. Morfologickým korelátem je obvykle nekróza pankreatu a tukové tkáně různého rozsahu“ (KOSTKA, 2006, s. 91).

Dle Zadáka (2007) tvoří stěžejní body léčby *tlumení bolesti, úprava iontové a vodní rovnováhy, doplnění náplně cévního systému, dále nutriční podpora - enterální a parenterální výživa a antibiotická terapie* (ZADÁK, 2007).

Dušková (2001) uvádí několik dalších bodů týkajících se léčby AP a doplňuje tak stěžejní body, které uvádí ve své knize Zadák. Mimo již zmíněné to je *bezprostřední hospitalizace na jednotkách intenzivní péče, trvalé monitorování a hodnocení klinického stavu, omezení perorálního příjmu potravy, se kterou je spojeno zavedení nasogastrické sondy, dále léčbu hypoxie a v neposlední řadě také i chirurgické řešení nekrotizující pankreatitidy a léčbu lokálních komplikací, jako je např. absces či píštěl* (DUŠKOVÁ, 2001).

Tlumení bolesti - analgezie je stěžejním pilířem při léčbě AP. Má význam nejen pro zmírnění subjektivních obtíží nemocného, ale zároveň pomáhá eliminovat patologické reflexy, které vycházejí z nemocné tkáně. Ze třídy analgetik, které nejčastěji v léčbě bolesti používáme, to jsou především opiátové deriváty (Tramadol, Fortral, Dipidolor,...). V některých případech je efektivnější podávat analgetika kontinuálně v infuzích nebo pomocí epidurálního katétru, což má velkou výhodu především ve snížení rizika útlumu dechového centra v prodloužené míše. Většinou se podává směs bupivacainu, fentanylu a adrenalinu. Na jeden typ analgetika si musíme ale dávat

pozor - a to na **morfin**, který je přísně kontraindikován, jelikož způsobuje spasmus Oddiho svěrače. Je však prokázáno, že na něj působí i další řada analgetik, avšak morfin má účinek nejintenzivnější (MAREK, 2005).

Pacienti s AP jsou již v úvodních fázích nemoci dehydratováni, během prvních dnů mohou ztratit až 12 litrů tekutin, což vyžaduje adekvátní a **neodkladné doplnění veškerých tekutin** - krytí ztrát pomocí krystaloidních popř. koloidních roztoků. Pacientům podáváme infuze v rozmezí 3 - 5 litrů za den; toto množství postupně snižujeme. Hydratace je velice důležitá, jelikož díky ní můžeme zabránit systémovému zhroucení mikrocirkulace a následnému přechodu pankreatitidy do těžších stádií šoku a multiorgánové dysfunkce (ZADÁK, 2008).

Při těžké nekrotizující pankreatitidě je nutná intenzivní náhrada tekutin, kdy mnohdy pacientovi dodáváme i více než 10 litrů denně, samozřejmě za dostatečné hemodynamické kontroly pacienta. K zjištění míry doplnění objemu tekutin nejběžněji využíváme měření centrálního žilního tlaku (CVT), popřípadě měření tlaku v zaklíněné plicnici. Samotný proces hydratace se odvíjí dle sledování hodinové diurézy, krevního tlaku, laboratorních odchylek i tělesné hmotnosti (WORKMAN, 2006).

Enterální výživu postupně zvyšujeme a později nahrazujeme výživou parenterální. U těžké formy perorální přísun potravy oddalujeme a pokračujeme ve výživě parenterální. Po navrácení stravy dostane nemocný pouze vlažný čaj po lžičkách. Teprve třetí den, pokud došlo k trvalému zklidnění, můžeme začít nemocného stravovat podle přesně vypracovaného postupu stravování. V dietním systému je tento postup označen jako dieta při akutní pankreatitidě s označením „SP“. Tato pankreatická dieta má 4 stádia a ty odpovídají výživově jednotlivým fázím nemoci (KOHOUT, 2007).

U lehké pankreatitidy nejsou **antibiotika** profylakticky doporučena. Jejich použití je vyhrazeno pro případy vzniku abscesů, infekčních komplikací. U těžké akutní pankreatitidy byl prokázán příznivý efekt podávání karbapenemů profylakticky po dobu dvou týdnů (ZADÁK, 2007).

Antibiotická profylaxe je u AP indikována zejména u těžkých forem. Slouží hlavně k eliminačnímu účelu vzniku infekcí a nekróz či rozvoji sepse. Avšak i přes podávání antibiotik studie prokázaly častý výskyt infekcí i nekróz. Hlavním problémem u antibiotik je odolnost (rezistence) některých kmenů a tím pádem i špatná prognóza onemocnění. Což studie vedlo ke zjištění, že antibiotická profylaxe je pouze podpůrná, nikoli léčebná metoda AP (ŠPIČÁK, 2008).

Vezmeme-li v úvahu stále se zvyšující rezistenci na celé skupiny antibiotik, je tedy vhodné vzít v úvahu i otázky: Kdy s antibiotickou léčbou začít? Jak dlouho má profylaxe trvat? Jaká antibiotika podat? Či jakým způsobem je podávat? Zda je podat přímo do žíly nebo tepny, popřípadě do konečníku či úst (KOSTKA, 2006).

Mezi antibiotika, která jsou u AP nejčastěji podávána a mají velkou schopnost se ve slinivce koncentrovat v dostatečném množství, patří především Gentamycin, či Ciprofloxacin. Do určité míry je vhodný i Metronidazol či Biseptol (MAREK, 2005).

Řada literatur uvádí bezpočet klinických studií, které se zabývaly antibiotickou terapií u AP. Kdybychom je měli, porovnat, bylo by to velmi obtížné, jelikož každá studie byla zaměřena na průnik různých druhů antibiotik do tkáně pankreatu a tyto výsledky by nebyly statisticky hodnotitelné (KOSTKA, 2006).

Špičák (2005) ve své knize uvádí přehled antibiotik, které mají vysokou schopnost proniknutí do pankreatu. „Sami jsme se zabývali průnikem antibiotik do pankreatu u akutní experimentální pankreatitidy u krys. Zjistili jsme vysokou schopnost penetrace do pankreatu u cefoperazonu, který následoval ofloxacin, dále piperacilin, amoxicilin-klavulanová kyselina a konečně amikacin a navíc snad překvapivě to, že schopnost penetrovat do pankreatu je relativně málo ovlivněna nekrotizujícím zánětem“ (ŠPIČÁK, 2005, s. 189).

Tabulka 1 Penetrace různých antibiotik

	Amikacin	Amoxicilin	Piperacilin	Ofloxacin	Cefoperazon
normální pankreas	16 %	24 %	27 %	59 %	108 %
akutní pankreatitida	7 %	23 %	26 %	52 %	70 %

Zdroj: KOSTKA, 2006, s. 189

Kostka (2006) popisuje profylaktické užívání antibiotik, jako prevenci bakteriální infekce, který je nejzávažnějším rizikovým faktorem u pacientů s nekrotizující pankreatitidou a je s ní spojena až 80% mortalita. Pankreatická nekróza vzniká v průběhu několika dnů od začátku AP, k její infekci pak dochází ve druhém až třetím týdnu. Za hlavního původce bakteriální infekce pankreatu jsou považováni ve většině

případů mikroby střevního lumen. Šíření infekce však může probíhat i hematogenní cestou, prostřednictvím infikovaného ascitu (KOSTKA, 2006).

Antibiotickou léčbu zahajujeme bez ohledu na CT vyšetření nejpozději do 48, lépe do 24 hodin od počátku onemocnění. Jako nepřímý orientační parametr známek pankreatické nekrózy je C - reaktivní protein (CRP) nad 120 mg/l (LANGMEIER, 2009).

Hypoxie (nedostatek kyslíku ve tkáních) je spolu s hypovolémií jeden z nejvýznamnějších faktorů, který se podílí na vysoké mortalitě nemocných s AP. Spolehlivou metodou k léčbě hypoxie je zabezpečení volných dýchacích cest a podávání kyslíku buď kyslíkovými brýlemi, nebo kyslíkovou maskou. Popřípadě se přechází i k intubaci, která umožňuje dodávat kyslík ve vysoké koncentraci a brání aspiraci žaludečního obsahu. Všem nemocným s těžkou AP musíme podávat od počátku kyslík zvlhčený v dávce 6 - 8 l/min. A dále kontinuálně sledovat hodnotu saturace a parciálního tlaku kyslíku, který nesmí poklesnout pod 8 kPa. V takovém případě musíme zajistit u pacienta řízenou ventilaci (KOSTKA, 2006).

V léčbě AP bylo vyzkoušeno mnoho a mnoho léčebných postupů, jejímž cílem bylo zastavení cyklu samonatravení slinivky, zkrácení průběhu AP a prevence komplikací. Mezi **nepotvrzené a nové způsoby léčby** spadá například nazogastrické odsátí za účelem snížení dodávky kyseliny do duodena, které však u lehkých a středně těžkých onemocnění nemělo žádný přínos. Žádný přínos nemělo ani podání Cimetidinu, jehož cílem byla inhibice žaludeční sekrece, bez efektu bylo i hormonální potlačování pankreatické sekrece. Dosud neprokázaný přínos je u peritoneální laváže, která měla odstranit toxické látky z peritoneálního exsudátu (MARSHALL, 1993).

Konzervativní terapie těžké akutní pankreatitidy tvoří 3 cíle. Tím prvním je, že bychom měli zabránit selhávání základních vitálních funkcí a vzdálených systémů (kardiovaskulární, renální, respirační, jaterní,...) díky komplexní péči ze všech zdravotnických oborů. Druhým cílem je omezení rozvoje vzniku nekróz a následně třetí cíl, který si klade za prioritu, zabránit sekundární infekci pankreatických a peripankreatických nekróz. Všichni pacienti s těžkou AP mají být od začátku hospitalizace léčeni na JIP nebo na ARO s možnostmi kompletního monitorování, resuscitace a umělé plicní ventilace. Na těchto odděleních jsou pacienti léčeni komplexním přístupem ve spolupráci s gastroenterologem, intenzivistou a chirurgem, který v globále zahrnuje objemovou náhradu veškerých tekutin, léčbu hypoxie,

intenzivní tlumení bolesti a především enterální a parenterální výživu. Podmínkou je pečlivá klinická, laboratorní a CT diagnostika (KOSTKA, 2006).

1.9.2 Chirurgická terapie akutní pankreatitidy

Historický vývoj chirurgického řešení AP sahá až k roku 1886, kdy Nicholas Senn jako první doporučil časnou resekci slinivky břišní pro nekrotizující pankreatitidu s představou toho, že dojde ke zvýšení šancí na uzdravení. Na druhou stranu se postavil Reginald Fitz, který se k časnému chirurgickému zákroku vyjádřil tak, že tato intervence nemusí vést k očekávanému výsledku a je i velmi riziková s ohledem na mortalitu (KOSTKA, 2006).

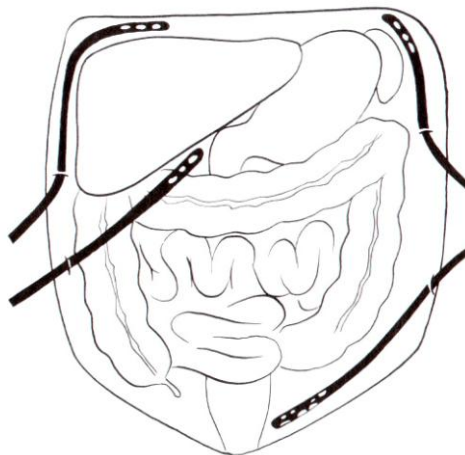
K samotnému chirurgickému výkonu se přistupuje po selhání konzervativní terapie nebo při rozvinutí komplikací těžké formy AP. Hlavní indikací je prokázání pankreatické nekrózy na CT a při punkci. Základním problémem však nadále zůstává výběr nemocných pro chirurgickou léčbu. Zda operovat jen při prokázaném zdroji intraabdominální sepse, nebo odstraňovat nekrózy profylakticky. S tímto problémem souvisí stanovení nejvhodnějšího načasování operace a volba chirurgického výkonu (LEFFLER, 2000).

K současným indikacím k chirurgické léčbě těžké AP spadá infekce pankreatu (infikovaná nekróza, absces, infikovaná pseudocysta). Dále to mohou být různé komplikace akutní pankreatitidy, jako akutní krvácení (intrapertoneální, retroperitoneální, gastrointestinální, ze stěny pseudocysty apod.), dále perforace žaludku, duodena nebo střeva či střevní ischemie nebo obstrukce gastrointestinálního traktu. K současným indikacím také patří i syndrom intraabdominální hypertenze (ŠVÁB, 2007).

Chirurgická (operační) terapie AP je především zaměřena na odstranění nekrotické tkáně, drenáži bakteriálně infikované nekrózy a evakuaci pankreatogenního ascitu. Obecným pravidlem je, že se s operací čeká co nejdéle, i když je zjištěna nekróza, protože je naděje, že se nekrotická tkáň uvolní od tkáně vitální a půjde snadněji odstranit. Základním pravidlem, přistoupí-li se k operaci, je šetrné odstranění infikované tkáně s maximálním možným zachováním vitální tkáně či tkáně, která je schopna zotavení. Standardním chirurgickým, v současné době všeobecně uznávaným chirurgickým výkonem, je debridement - odstranění nekróz spojené s kontinuální pooperační laváží. V nejzávažnějších případech se přechází k operačnímu výkonu

pomocí metody otevřeného břicha (laparotomie, Etizip atd.). Provizorní uzavření zipem se využívá za účelem opakovaných reexplorací dutiny břišní pro odstranění hnisavých a nekrotických ložisek. Proto se klasická laparotomie neuzavírá „pevným stehem“, tak jak běžná operační rána na břicho. V případě „klasické“ AP se samotná resekční technika používá velice zřídka, jelikož je spojená s velkou krevní ztrátou, pooperační letalitou a nemožností odhadu zdravé tkáně (ZEMAN, 2001).

Součástí téměř každého operačního výkonu v dutině břišní je využití drénů. Pro AP je typická čtyřkvadrantová drenáž dutiny břišní pomocí silných silikonových drénů na konci s několika otvory. Dva drény vkládáme do prostoru pod bránicí (subfrenický prostor), Třetí drén zavádíme do oblasti výskytu duodena a pankreatu a čtvrtý do Douglasova prostoru. Do všech drénů vkapáváme antiseptický roztok, poté napojujeme drény na odpad. Takto postupujeme cca 24 hodin. Poté se prodlužuje doba, kdy jsou drény nechány na odpad, až jsou na odpad napojeny trvale. Řídíme se hlavně dle stavu pacienta a charakteru sekretu. Kromě těchto čtyř drénů je možné u AP do dutiny břišní zavést další drény - do oblasti vzestupného a sestupného tračníku (ČAPOV, 2001).

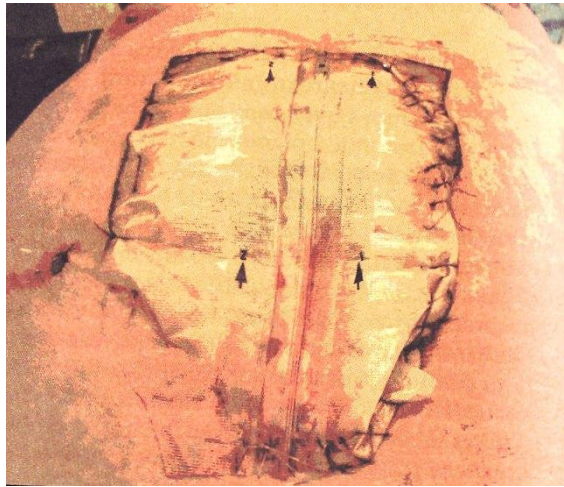


Zdroj: Čtyřkvadrantová drenáž dutiny břišní u AP. In: public.fnol [online]. © 2013 public.fnol. [vid. 5. 4. 2013]. Dostupné z: <http://public.fnol.cz/www/1chir/NPB/foto/Z20.html>

Obrázek 4 Čtyřkvadrantová drenáž dutiny břišní u AP (ZBOŘIL, 2013)

U nás na oddělení chirurgické jednotky intenzivní péče v Boskovicích se metoda otevřeného břicha následně krytá pomocí Etzipu téměř nevyužívá. Nejen kvůli finančním nákladům, ale hlavně kvůli jeho manipulaci, jelikož se musí tvarově přizpůsobit terénu a pak přišít k okolní tkáni, která je o to více traumatizovaná

a jakékoliv další sebemenší porušení kožního krytu může zvýšit riziko vzniku komplikací či zhoršení infekci v operační ráně.



Zdroj: KOSTKA, 2006, s. 140

Obrázek 5 Otevřená drenáž; provizorní uzavření zipem

Spíše se volí klasická laparotomie s následným zarouškováním operační rány pomocí roušek namočených v aseptickém roztoku, kdy je operační rána poté zašita „provizorními pevnými stehy“, které mohou být pro případnou další revizi kdykoliv rozpuštěny a dutina břišní vyčištěna.



Zdroj: KOSTKA, 2006, s. 139

Obrázek 6 Otevřená drenáž; neuzavřená laparotomie

2 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou

Samotná ošetrovatelská péče o pacienta s AP se odvíjí od důkladně odebrané sesterské anamnézy, komplexního fyzikálního vyšetření s posouzením aktuálního zdravotního stavu a od aktuálního zhodnocení pacientova stupně sebedpěče v běžných denních činnostech.

Akutní pankreatitida je velmi nevyzpytatelné a nebezpečné onemocnění. Proto by měli být všichni pacienti s tímto onemocněním důsledně sledováni a pod trvalým lékařským dohledem nejčastěji na jednotkách intenzivní péče.

Co se týče jednotlivých oblastí specifík ošetrovatelské péče (poloha, uložení pacienta, monitorování, osobní hygiena,...), snažili jsme se je blíže specifikovat k oddělení chirurgické jednotky intenzivní péče Nemocnice Boskovice, kde od července 2012 pracuji.

Poloha, uložení pacienta

Pacienti s akutní pankreatitidou jsou přijati na standardní oddělení, odkud jsou pak většinou přeloženi na oddělení s intenzivní péčí (většinou na chirurgickou JIP). V některých případech jsou přímo z příjmové ambulance přijati na oddělení intenzivní péče pro trvalé monitorování základních životních funkcí, jelikož se jejich zdravotní stav může velmi prudce zhoršit. Pacient uložený na lůžko často vyhledává úlevovou polohu, někdy zaujímá polohu i na všech čtyřech - klečící Mohamedán, je-li schopen sám polohu aktivně změnit. Nejen u imobilních, ale především u nich vyžaduje jejich zdravotní stav komplexní ošetrovatelskou péči ze strany celého zdravotnického personálu.

Lůžko bychom měli udržovat čisté, pohodlné, bezpečné a přístupné ze všech čtyř stran. Jedná-li se o imobilního pacienta, musíme lůžko vybavit antidekubitární matrací. Postranice jsou na našem oddělení součástí každého lůžka. Polohování imobilních pacientů v rámci prevence dekubitů bychom měli dodržovat během dne po 2 hodinách a v noci po 3 hodinách s využitím různých polohovacích pomůcek (molitany, klíny, polštáře, polohovací hadi,...) pro odlehčení predilekčních míst. Dle potřeby pacienta polohujeme přes den i v častějších intervalech.

Monitorování

Pacienta po uložení na lůžko napojíme na centrální monitor, na kterém 24 hodin denně sledujeme jeho tepovou frekvenci, krevní tlak, EKG křivku, saturaci, počet dechů a popřípadě arteriální či centrální žilní tlak. Dále u těchto pacientů sledujeme stav vědomí, psychomotorický neklid a další příznaky onemocnění. Nesmíme opomenout i na laboratorní výsledky amyláz a lipáz, které pravidelně dle ordinací lékaře odebíráme. Po operačním výkonu sledujeme stav drénů, bolestivost, stav kůže, sliznic, prokrvení a účinky podávaných léků. V neposlední řadě monitorujeme také diurézu (hodinová diuréza nebo na našem oddělení měřená á 3 hodiny), bilanci tekutin a odpad z drénů.

Osobní hygiena

Pacienti z počátku úkony osobní hygieny zvládají s malou dopomocí sestry; v rámci zachování co nejvyššího stupně soběstačnosti, necháme pacienta, aby si při hygieně, provedl co nejvíce výkonů sám. Později při psychomotorickém neklidu a následně nutné lékové sedaci a rozvíjejícím se komplikacím vykonáváme u těchto pacientů kompletní hygienickou péči. U dlouhodobě ležících bychom měli věnovat zvýšenou pozornost predilekčním oblastem a místům, kde, může dojít ke vzniku opruzenin (třísla, kožní převisy, pod prsy,...). K hygienické péči neodmyslitelně patří i péče o dutinu ústní, kterou vytíráme několikrát denně pomocí tamponů, vatových štětiček nebo malých pěnových houbiček namočených v Borglycerinu nebo Stopanginu. Rty můžeme ošetřovat kalciovou masťou. Po hygieně je vhodné, abychom promazali záda masážní emulzí a riziková místa ošetřili ochrannými krémy.

Vyprazdňování

U pacientů s AP zajišťujeme vyprazdňování moči pomocí permanentního močového katétru, díky kterému můžeme sledovat denní diurézu. Každý den také sledujeme vyprazdňování stolice; k vyprázdnění by mělo dojít minimálně jedenkrát za tři dny; přihlédneme-li k omezenému příjmu potravin, musíme vzít pravidelnost vyprazdňování stolice za méně frekventovanou, než během běžného příjmu potravin. Vyskytnou-li se na oddělení dlouhodobě imobilní pacienti s permanentním únikem především řídké stolice, zakládáme u nich po konzultaci s lékařem rektální katétre ActiFlo, který je v rektu upevněn balónkem (vhodný je i na formovanější stolici, katétre

lze proplachovat, i jím eventuelně podávat některé léky). Tento rektální katétr necháváme zavedený po dobu až 29 dnů.

Hydratace a výživa

Zajištění dostatečného množství tekutiny u pacienta s AP řešíme nejčastěji pomocí intravenózních infuzí krystaloidními roztoky. Nejen že tak kryjeme ztráty tekutin, ale zároveň dodáváme pacientovi potřebné minerály, jako je kalium, natrium a další. Dle potřeby je navíc přidáváme do příslušných infuzí. Pacientovi obvykle podáváme infuze 10% glukózy, dále Ringerův, Hartmanův eventuálně Darrowův a fyziologický roztok v různých kombinacích.

Pacientům s AP ve většině případů zavádíme ve spolupráci s lékařem **centrální venózní kanylu (CVK)**, díky které můžeme zajistit intenzivní dodávání tekutin, živin a minerálů do organismu. CVK je po plošné desinfekci místa zavedení s bezpečnostním lemem a místním znecitlivění 1% Mesocainem zavedena buď cestou pravé podklíčkové žíly (vena subclavia) nebo vnitřní krční (hrdelní) žíly (vena jugularis). Po zavedení a ošetření CVK si u pacienta vyměříme nultý bod a změříme hodnotu centrálního venózního tlaku. 2 hodiny po zavedení CVK provádíme RTG snímek pro vyloučení pneumotoraxu či jiného poranění hrudních orgánů. Denní dodávka iontových roztoků je individuální, běžně se pohybuje v rozmezí 6 až 10 litrů. Toto množství postupně redukuje ve spolupráci s ošetřujícím lékařem a v závislosti na zdravotním stavu a laboratorních výsledcích.

V prvních dnech AP trvale **vyloučíme běžný perorální příjem**. Příjem tekutin hradíme parenterálně (nitrožilně). V případě neustupujícího zvracení zavedeme **nasogastrickou sondu** a sledujeme množství a vzhled obsahu. U pacientů s AP existuje určitý dietní vzorec, který se snažíme při realimentaci dodržovat. Pacient má nastavenou tzv. **pankreatickou dietu**, která je tvořena 4 stádii.

V **1. stádiu (S/PI)** má pacient zcela umělou výživu - přísně nic per os. Další potravinové přísady v dietě určí individuálně lékař dle stavu pacienta a výsledku amyláz a lipáz. Postupně u pacienta při nerozvíjejících se komplikacích můžeme podávat pouze vlažný čaj po lžičkách (MAREČKOVÁ, 2003).

V **2. stadiu (S/PII)** dostane pacient během 3 až 5 dnů k parenterální výživě ještě perorální stravu, která obsahuje **20 - 40 g bílkovin** a **150 - 160 g sacharidů**. K čaji přidáváme vodové netučné suchary a později i starší pečivo (rohlíky, housky). K obědu nebo k večeři můžeme pacientovi dát třeba jablečné pyré. Postupně rozšiřujeme výběr

potravin o malé množství mléka, které přidáváme do omáček, dále můžeme volit mezi bramborovou, krupicovou nebo rýžovou kaší. Množství mléka postupně zvyšujeme. Pokrmy mírně solíme. Stravu podáváme 5x denně (HAVLÍKOVÁ, 2008).

Pro **3. stádium (S/PIII)** je typické, že dieta je dále **obohacena o 50 - 60 g bílkovin, 20 - 30 g tuků, 250 g sacharidů**. Strava je zpočátku kašovitá a rozšířená o zeleninové pyré. Postupně zařazujeme nearomatické nedráždivé kompoty, banány, ovocné šťávy, těstoviny, netučný tvaroh a netučné mléčné výrobky, med i piškoty. Z masa je vhodné přidávat i libová telecí a kuřecí masa bez kůže. Potraviny jsou zpracovány dušením, později i pečením. K zahuštění je vhodná nasucho opražená mouka. Koncem období přidáváme do hotových pokrmů malé množství čerstvého másla (asi 5 g). Mírně solíme, dále můžeme kořenit sekanou petrželkou, koprem; na okyselení používáme citrónovou šťávu (HAVLÍKOVÁ, 2008).

Na **4. stádium (S/PIV)** se přechází okolo 3. týdne onemocnění. Tato strava by měla mít realimentační charakter a měla by **obsahovat asi 70 - 80 g bílkovin, 35 - 50 g tuků**. Postupně zvyšujeme dávku tuku do pokrmů – používáme čerstvé máslo nebo kvalitní rostlinný olej do hotových pokrmů nebo již můžeme použít máslo jako pomazánku na pečivo. Výběr masa rozšíříme o libové hovězí, netučné ryby či šunku (HAVLÍKOVÁ, 2008).

Spánek

Spánek je pro všechny velmi důležitý, slouží k odpočinku a regeneraci sil. Všem pacientům musíme zajistit vhodné prostředí pro kvalitní spánek dostatečnou úpravu lůžka, polohu v lůžku a klidné prostředí. Pacienti s AP mají spánek narušený bolestí a hledáním úlevové polohy. Proto před spánkem pacientům aplikujeme silnější analgetika opiátového typu (Dipidolor), aby alespoň na chvíli usnuli a odpočinuli si. Lékům „na spaní“ (Diazepam, Stilnox,...) se snažíme vyhýbat co nejdéle. Podáváme je až dle ordinací lékaře a spíše na zklidnění.

Bolest

Bolest u pacientů s AP je ve většině případů doprovázena nucením na zvracení nebo i samotným zvracením, avšak bez pocitu úlevy. Pacienti hledají úlevovou polohu; úlevou jim je až poloha na všech čtyřech (klečící Mohamedán). Nezbytnou součástí je intenzivní analgezie - vyvarovat se ale musíme použití Morfinu, který zvyšuje tonus Oddiho svěrače. K tišení bolesti využíváme analgetika typu Dipidolor v podkožním

podání po 6 - 8 hodinách v kombinaci s nitrožilním podáním Novalginu v mezidobí. Nejsou-li tyto analgetika dostačující, můžeme dle ordinací lékaře přejít na kontinuální nitrožilní podávání Sufenty forte. Zvládání bolesti bez podání medikamentů, zajištěním vhodné polohy, odvedením pozornosti, tichým a klidným prostředím je u probíhajících akutních pankreatitid téměř neúspěšné a neúčinné.

Psychosociální potřeby

Ke každému pacientovi bez rozdílu pohlaví či onemocnění přistupujeme zcela profesionálně a snažíme se uspokojovat jeho bio - psycho - sociální a i spirituální potřeby. Snažíme se u pacientů zajistit pocit bezpečí a jistoty, získat si jejich důvěru. Stejnou péči se snažíme zajistit u rodinných příslušníků, dle kompetencí podáváme informace nebo je odkazujeme na ošetřujícího lékaře, který jim sdělí potřebné informace o zdravotním stavu. Po celou dobu hospitalizace plně respektujeme potřeby a pocity pacienta a snažíme se jej v léčbě podporovat.

Kvalita života

Pro zhodnocení a popsání kvality života pacientů s akutní pankreatitidou a kvality života všeobecně, musíme vycházet z důsledného vyšetření a poznání pacienta (anamnéza,...) a z pacientových bio - psycho - sociálních a i spirituálních potřeb. Nezbytné je, abychom také věděli, co to vlastně kvalita života je. Je to jakýsi určitý pojem nebo hodnota života, která zahrnuje tělesnou, duševní a pracovní pohodu. Základem pro určení míry kvality života je uspokojení potřeby pohybu a aktivity, která velmi úzce souvisí se soběstačností. Jsme-li mobilní, můžeme se o sebe do určité míry postarat a uspokojit si jednotlivé potřeby sami. Jakýkoliv deficit v aktivitě snižuje naši soběstačnost a my se tak stáváme více a více závislí na pomoci druhých, což vede k deficitům v kvalitě života. Pro výsledek kvality života je nejvhodnější porovnat, jaký byl zdravotní stav pacienta před tím, než začal pozorovat příznaky onemocnění a poté, do jaké míry aktuální zdravotní stav změnil jeho život. Akutní pankreatitida může člověka zasáhnout nečekaně z plného zdraví, nejčastěji po dietní chybě. Do té doby nemusí člověk pozorovat žádné příznaky, které by jej směřovaly k nutnosti hospitalizace. V prvních dnech průběhu AP je kvalita života omezena v důsledku úporných bolestí břicha doprovázených zvracením bez pocitu úlevy. Dojde-li k včasnému lékařskému zásahu, může se po několika dnech vrátit kvalita života pacienta do původních kolejí avšak s určitými omezeními. Nastane-li však další rozvoj

příznaků a komplikací (progrese) s nutností dlouhodobé hospitalizace a i následně operace, je pacient zcela odkázán na pomoc ošetřujícího personálu a kvalita života je tak velmi omezena.

Edukace

Výchova ke zdraví (edukace) je neodmyslitelnou součástí komplexní ošetrovatelské péče o kteréhokoliv pacienta. Každý pacient vyžaduje individuální přístup v edukaci, a proto při edukaci vycházíme z důkladného poznání pacienta z cílové oblasti, ve které se vyskytl problém. Edukační proces provádí jak lékař během hospitalizace, tak i před propuštěním do domácí péče. To samé platí i pro sestry, které jsou s pacientem ve styku téměř celý den. Je nezbytně důležité, aby sám pacient pochopil závažnost svého zdravotního stavu. Lékař (potažmo sestra) pacienta informuje o onemocnění, o typu vyšetření, které mu budou po dobu hospitalizace prováděny. Nezbytným bodem edukace u AP je změna dietního režimu, který musíme pacientovi důkladně vysvětlit i s možnými riziky jeho nedodržení. Mezi stěžejní body patří přísný zákaz alkoholu, smažené pokrmy na přepalovaném oleji, uzené ryby, nakládaná masa, kořeněné pokrmy, dochucovadla, čerstvé pečivo. Přednost by měl dát spíše nízkotučným potravinám, libovým masům, ovoci a zelenině bez jader a slupek. Metodu přípravy potravin je vhodné volit dušení a vaření, než smažení. Nezapomeneme mimo jiné pacienta poučit o potřebě tišení bolesti, která je u AP velmi intenzivní a je tak nutná silná analgetizace příslušnými léky.

Z našeho oddělení chirurgické JIP pacienty přímo domů nepropouštíme, překládáme je na standardní lůžková oddělení, kde jsou následně edukováni před propuštěním domů o jednotlivých režimových opatřeních. Pacienti s vyléčenou AP jsou před propuštěním do domácí péče poučeni hlavně o dodržování životosprávy (přísnému vyhýbání se alkoholu a tučným jídlům. Dále je pacient poučen o pravidelných kontrolách u svého obvodního lékaře a neprodleném vyhledání lékařské pomoci, dojde-li k jakémukoliv zhoršení jeho zdravotního stavu.

Domácí péče

Akutní pankreatitida má velmi špatnou prognózu. I přes to pacientům doporučujeme při propuštění do domácí péče, aby se důsledně vyhýbali nadměrnému konzumování alkoholu, tučným a smaženým jídlům a omezili nadměrně kořeněná jídla. Základní prevencí je dobrá životospráva a zdravý životní styl. Podcenit by také neměli

jakékoliv jiné onemocnění slinivky břišní u členů rodiny a při výskytu prvních příznaků by neměli váhat s návštěvou svého ošetřujícího lékaře.

3 Ošetrovatelský proces u pacientky s akutní pankreatitidou

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: P. J.	Pohlaví: žena
Datum narození: 1954 (20. 3. 2013 - exitus)	Věk: 59
Adresa trvalého bydliště: Blansko	RČ: 540000/0000
Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna 111	Datum přijetí: 4. 3. 2013
Vzdělání: středoškolské ukončené maturitou	Zaměstnání: nyní nezaměstnaná, dřívější povolání švadlena
Stav: vdaná, 3 děti (syn a 2 dcery)	Státní příslušnost: ČR
Kontaktní osoby k podávání informací: manžel	Typ přijetí: neodkladné
Oddělení: chirurgická JIP	Ošetřující lékař: MUDr. S. J.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Silně mě bolelo několik dní břicho a opakovaně jsem zvracela.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Pancreatitis acuta necrotica, haemoragica

Medicínské diagnózy vedlejší:

Colica biliaris, Pancreatopathia, Diabetes mellitus na izulinu

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 150/90	Výška: 170 cm
P: 80/min (nepravidelný)	Hmotnost: 83 kg
D: 26	BMI: 28,7
TT: 36,7 °C	Pohyblivost: přivezena na lehátku
Stav vědomí: při vědomí, orientovaná	Krevní skupina: 0 Rh+

Nynější onemocnění:

Pacientku již 2 dny intenzivně bolí břicho (bolesti kolikovitě propagující se do bederní krajiny, palpační bolestivost břicha s maximem okolo pupku. Poklep po celém břiše bubínkový, bolestivý, opakovaně zvracela, bez zimnice, subicterus sklér. Pacientka je přijatá přes chirurgickou příjmovou ambulanci na chirurgickou jednotku intenzivní péče pro opakované silné zvracení bez pocitu úlevy a intenzivní bolesti

břicha propagující se do bederní krajiny a palpační bolestivosti okolo pupku. Dva dny před hospitalizaci připravovala občerstvení na rodinnou oslavu (prý ochutnávala pomazánku).

Informační zdroje:

rozhovor s pacientkou, chorobopis pacientky, pohmat, pohled

ANAMNÉZA

• **Rodinná anamnéza:**

Matka: zemřela v 83 letech zřejmě stářím

Otec: dlouho se prý léčil se srdcem, po dlouhé nemoci zemřel v 79 letech

Sourozenci: nemá

Děti: 3 děti (syn a dvě dcery) - zdravé; pouze běžné nemoci

• **Osobní anamnéza:**

Překonané onemocnění: v dětství plané neštovice, St. p. APPE, trojnásobný by - pass srdce, ICHS chronická

Chronické onemocnění: léčí se s cukrovkou (DM na inzulínu)

Hospitalizace a operace: hospitalizovaná v nemocnici již byla, na přesné datum si nevzpomíná, podstoupila operaci, kdy jí byl proveden trojnásobný by - pass srdce a APPE

Úrazy: kromě běžných v průběhu dětství žádné vážné nebyly

Transfúze: při předešlých hospitalizacích

Očkování: běžná dětská povinná očkování

• **Léková anamnéza**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Betaloc	tbl	SR 200	½ - 0 - 0	beta-blokátor
Accuzide	tbl	20 mg	1 - 0 - 0	antihypertenzivum
Sortis	tbl	10 mg	0 - 1 - 0	hypolipidemikum
Milurit	tbl	100 mg	1 - 0 - 0	antiuraticum
Godasal	tbl	100 mg	0 - 1 - 0	antikoagulancium

- **Alergologická anamnéza**

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: prach, roztoči

- **ABUSUS**

Alkohol: občasná konzumace - pivo, červené víno (oslavy, ...)

Kouření: už nekouří, v mládí kouřila asi 10 cigaret denně

Káva: 2x denně - černá

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

- **Gynekologická anamnéza**

Menarche: asi od 13 - 14 let, pravidelná

Poslední menstruace: asi před 14 lety

Porody: 2 (1. porod - dvě dcery - dvojčata, 2. porod - syn)

Aborty: 0

Poslední gynekologická prohlídka: přesně si nevzpomíná

Samovyšetřování prsou: prováděla; nyní již bez pravidelnosti

- **Sociální anamnéza:**

Stav: vdaná

Bytové podmínky: panelový byt 3+1

Vztahy, role, a interakce

v rodině: žije s manželem v panelovém bytě, bez výrazných společenských konfliktů; pouze klasické rodinné problémy, které však společnými silami vždy zvládli, se sousedy mají dobrý vztah, syn a dcery je pravidelně navštěvují

mimo rodiny: sama pacientka působila v první den hospitalizace, trochu nejistě, ale na otázky se snažila odpovídat srozumitelně a věcně, problémy se snaží řešit společnými silami s manželem, nebo se jim snaží vyhýbat

Záliby: luštění křížovek, vyšívání, občas četba

Volnočasové aktivity: vnoučata, domácí zvířata, poslech hudby a v televizi pořady o vaření

- **Pracovní anamnéza**

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení: nyní nezaměstnaná, dříve pracovala jako švadlena

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: důchodový věk - sepsána žádost a zažádáno o přiznání starobního důchodu

Vztahy na pracovišti: nekonfliktní povahy, se spolupracovníky vycházela dobře

Ekonomické podmínky: vedena na úřadu práce; dle pacientky podprůměrné ekonomické podmínky

- **Spirituální anamnéza**

Religiozní praktiky: ateistka.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 4. a 5. 3. 2013

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Bolesti hlavy nemívám, snad pouze ojediněle.“	Hlava normocefalická, bez deformit, pokleповě nebolestivá, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, diplopie, hybné všemi směry, nosí brýle na dálku, subikterus sklér, oči, nos, uši bez výtoku, slyší dobře, jazyk sušší, plazící se středem, chrup sanován, problémy s polykáním nemá, výstupy n. trigeminu nebolestivé, cití na obličeji bez poruch, krk souměrný, bez deformit, náplň krčních žil nezvětšena, pulzace na a. carotis hmatná oboustranně.

Hrudník a dýchací systém	<p>„Občas se při zvýšené námaze zadýchám, jinak ne. Bolesti na hrudi nyní nemám.“</p>	<p>Hrudník souměrný, bez deformit, bez srdečního vyklenutí, prsa bez tvarových odchylek, bez výtoku. Poslechově dýchání čisté, alveolární, bez pískotů a vrzotů, šelesty, počet dechů 26/min. Saturace bez kyslíku 88 % - 93 %, s kyslíkem až 99 %.</p>
Srdcovo-cévní systém	<p>„Léta se léčím se srdcem, mám po trojnásobném by - passu srdce.“</p>	<p>Srdeční rytmus pacientky je nepravidelný (80/min), avšak dobře hmatný na a. radialis na obou HKK, Tlak 150/90 - na CHJIP měřený á 1 hodinu 24 hodin denně. DKK bez otoků a známek flebotrombózy, lýtka nebolestivá, pulzace dobře hmatná Z příjmové ambulance zavedena růžová PVK na LHK, téhož dne zavedena CŽK cestou v. subclavia lat. dx.</p>
Břicho a GIT	<p>„Břicho mě bolí skoro celé, hlavně při pohmatu. Na stupnici 0 (žádná bolest) - 10 (maximum) je to 7. Problémy s trávením nemám, v posledních dnech jsem ale zvracena a neměla jsem na nic chuť. Nyní už je to se zvracením snad lepší. S vyprazdňováním problémy nemám, na stolici chodím pravidelně každý den ráno, nebo každý druhý den; jsem už tak naučená.“</p>	<p>Břicho nad niveau, palpačně bolestivé s maximem v epigastriu a také okolo pupku, poklep po celém břiše bubínkový a bolestivý, jinak bez hmatné rezistence. Peristaltika lehce slyšitelná. Tapotment negativní, játra mírně zvětšená, bez výrazného vyklenutí. Žilní kresba na břiše nepatrná. Pravé hypogastrium - zhojená jizva po APPE.</p>

Močovo-pohlavní systém	<p>„Doma jsem s močením problémy neměla, někdy jsem chodila častěji, asi podle toho, kolik jsem toho ten den vypila. Teď mám zavedenou hadičku na čůrání, takže mám pocit, že se mi chce pořád na záchod, ale vše je prý v pořádku.“</p>	<p>Ústí zavedení PMK do močové trubice nejeví známky zánět, pravidelně dezinfikováno. PMK pro měření hodinové diurézy (porce okolo 150 - 200 ml), moč je tmavší barvy bez makroskopických známek hematurie.</p>
Kostrovo-svalový systém	<p>„Při chůzi na delší vzdálenost používám francouzskou hůl, jinak doma chodím bez ní. Při větší zátěži nebo změně počasí mě bolí levá kyčel. S obvodním lékařem jsem domluvená, že by se měl ten kloub co nejdříve vyměnit. Křeče ve svalech nemívám.“</p>	<p>Aktivní hybnost všech končetin ve všech směrech s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu a věku, aktivní pohyby HKK a DKK na lůžku, polohuje se sama dle potřeby. Hybnost krční páteře v normě, končetiny bez tvarových deformit, částečně omezená hybnost levé DKK pro občasnou bolestivost. Na lůžku se zvládne posadit. Napětí svalového aparátu v normě, bez spasmů a atrofií, DKK bez otoků.</p>
Nervovo-smyslový systém	<p>„Dnes je pondělí 4. března 2013, jsem hospitalizovaná v Boskovicích v nemocnici. Slyším dobře, nosím ale brýle na dálku, chodím na pravidelné oční kontroly. Prsty mě nebrní.“</p>	<p>Pacientka orientovaná místem, časem, osobou i prostorem, při příjmu na oddělení spolupracovala, klidná, bez psychomotorického neklidu. Slyší dobře, nosí pouze brýle na dálku, čich, chuť, hmat bez patologie. Zornice izokorické reagující na osvit, hybné všemi směry.</p>

Endokrinní systém	„Už několik let se léčím s cukrovkou, píchám si inzulín. O problémech se štítnou žlázou nevím, zřejmě žádné nemám.“	Diabetes mellitus závislý na inzulínu - dle hodnot glykémie aplikováno požadované množství HMR. Štítná žláza nebolestivá, nezvětšená, patologické projevy poruch endokrinního systému nepozorovány.
Imunologický systém	„Jsem alergická na prach a roztoče, občas se u mě vyskytne silnější rýma, léky na podporu imunity už neužívám, dříve ano.“	Lymfatické uzliny v normě, nezvětšeny, nebolí, tělesná teplota v normě 36,7 °C, nynější stav zatím bez zjevného infektu.
Kůže a její adnexa	„Při česání mi trochu víc padají vlasy, používám šampon na posílení objemu, o nehty pravidelně pečuji, po koupeli používám tělové mléko a krém na ruce.“	Kůže bez patologických defektů, bledšího zbarvení, zvýšený počet mateřských znamének v oblasti beder - ta klidná, kožní turgor v normě - bez známek dehydratace, prsty bez tvarových odchylek, nehty upravené. Bez chybění části těla. Celkový vzhled odpovídá věku pacientky.

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacientka při rozhovoru působí klidně, na dotazované otázky se snaží odpovídat přiléhavě a srozumitelně. Při vyšetření spolupracuje.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Kvůli cukrovce musím držet dietu, hlídám si stravování, snažím se jíst pětkrát až šestkrát denně. Za tu dobu už vím, co smím a co nesmím a kolik toho můžu sníst.“	Nelze objektivně posoudit, nebyl jsem s pacientkou doma.
	V nemocnici	„Pokyny, které mám ohledně stravování, se snažím dodržovat, problémy s jídlem nemám, sním vše, co dostanu, někdy část porce vrátím. Chuť k jídlu mám.“	Výška 170 cm a váže 83 kg - BMI (28,7) - nadváha, během hospitalizace se u pacientky měnil dietní režim, dle vývoje zdravotního stavu. Při příjmu měla dietu nic per os. <i>(změny dietního systému jsou uvedeny v celkovém hodnocení)</i>
Příjem tekutin	Doma	„Pitný režim se snažím dodržovat, vždycky se snažím, alespoň litr a půl vypít, někdy vypiju víc, někdy míň. Piju spíše obyčejnou vodu a 2x denně černou kávu, poslední dobou jsem ji omezila.“	Nelze objektivně posoudit, nebyl jsem s pacientkou doma.

Příjem tekutin	V nemocnici	„V nemocnici dostávám kapačky, a pokud můžu pít, tak piju hořký čaj, ten mi ale moc nechutná, ale nedá se nic dělat.“	Příjem tekutin je u pacientky z větší části hrazen parenterálně ve formě infuzí (Plasmalyte, Ringer, Glukóza,...).
Vylučování moče	Doma	„S močením obtíže nemám, občas chodím častěji, jak jsem již uváděla; podle toho, kolik vypiju.“	Nelze objektivně posoudit, nebyl jsem s pacientkou doma.
	V nemocnici	„Občas mám nucení na močení, ale to bude zřejmě tou hadičkou, co mám.“	Pacientka má zavedený močový katétr č. 16, kterým se měří hodinová diuréza. Porce moči se pohybují okolo 150 - 200 ml), moč je tmavší barvy bez makroskopické hematurie, MM/24 hod (+/- 4 000 ml).
Vylučování stolice	Doma	„Mám naučený režim vyprazdňování a snažím se ho dodržovat. Naposledy jsem byla včera (3. 4. 2013).“	Nelze objektivně posoudit, nebyl jsem s pacientkou doma.

Vylučování stolice	V nemocnici	„Zřejmě budu trávit většinu času na lůžku, takže nebude nic moc pohyb, trochu se bojím o zácpu, ale budu se snažit o pravidelnost.“	Problémy s vyprazdňováním stolice pacientka zatím nemá.
Spánek a bdění	Doma	„Ráda si pospím, není u mě problém si pospat i během dne, spát chodím kolem 21. hodiny, někdy dřív, někdy později. Poslední dobou jsem špatně spala, kvůli bolestem.“	Nelze objektivně posoudit, nebyl jsem s pacientkou doma.
	V nemocnici	„Mám menší obavu z toho, že nebudu moci usnout, protože tu jsou i jiní pacienti, kolem kterých musíte chodit a neznámé prostředí, možná budu někdy potřebovat prášek na spaní.“	Pacientka se snažila přes noc alespoň chvíli spát, když byl spánek narušený okolními ději, občas také pospávala během dne, když byla možnost, většinou usínala v poloze na zádech, dle potřeby jí byly dle lékaře podány léky na spaní (Diazepam 5).

Aktivita a odpočinek	Doma	„Doma se musíme s manželem starat o několik domácích zvířat, takže pohybu máme někdy hodně, občas mě omezují bolesti levé kyčle. Pokud jsem unavená, odpočnu si u poslechu hudby, nebo si sednu do křesla a na chvíli zavřu oči.“	Nelze objektivně posoudit, nebyl jsem s pacientkou doma.
	V nemocnici	„Od lékaře mám nařízený klidový režim, snažím se ho dodržovat, když mě to celodenní ležení moc nebaví.“	Pacientka má kvůli zdravotnímu stavu nařízený klidový režim, v rámci lůžka je zatím téměř soběstačná. Dle potřeby pospává i během dne. Dnes večer sledovala TV.
Hygiena	Doma	„Sprchuji se každý den, většinou večer před spaním, mám ráda teplejší vodu.“	Nelze objektivně posoudit, nebyl jsem s pacientkou doma. Lze usuzovat, že i doma byla úroveň hygieny v pořádku - upravený zevnějšek.

Hygiena	V nemocnici	„Každé ráno mi donesou lavor s vodou a dvě žínky, snažím se hygienu zvládnout sama, záda mi ale umývá sestra. Uvítala bych spíše sprchu, ale nejsem tu sama, komu musí pomáhat mnohem víc.“	Při hygieně pacientka zatím nepotřebuje výraznější pomoc, pouze s umytím zad a donesením pomůcek. Pravidelně je pacientce vyměňováno i ložní prádlo.
Samostatnost	Doma	„Doma jsem se snažila věci zvládat sama nebo s manželovou pomocí, vždycky se to nějak zařídilo a udělalo, občas nám pomohly děti.“	Nelze objektivně posoudit, nebyl jsem s pacientkou doma.
	V nemocnici	„Snažím se o co největší samostatnost, nechci být na někom zcela závislá, i když chápu, že jsou stavy, kdy je to nezbytné.“	Pacientka je zatím v rámci lůžka téměř soběstačná, snaží se nám pomáhat a spolupracovat s námi.

Poznámky k aktivitám denního života:

V průběhu hospitalizace docházelo dle vývoje zdravotního stavu k nutným změnám v dietním systému pacientky. Tyto změny uvádím v celkovém hodnocení pacientky.

Posouzení psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí	„Vnímám vše, tak jak je, nevím jak jinak na tuhle otázku odpovědět.“	Při vědomí (GCS 15)
Orientace	„Vím, kde jsem a kolikátého je, jsem orientovaná.“	Pacientka je plně orientovaná místem, časem, osobou i prostorem.

Nálada		„Nevím, jak to se mnou bude dál, takže mám teď náladu takovou nic moc.“	Pacientka udává nejistotu z vývoje onemocnění.
Paměť	Staropaměť	„Hodně si pamatuju věci z dřívějších let, kolikrát víc, než z nynějška.“	Výbavnost zážitků a věcí z minulosti je bohatá.
	Novopaměť	„Nemám větší problémy se zapamatováním si něčeho, buď si to zapamatuju, nebo si to napíšu, když je to moc důležité.“	Výbavnost není nikterak narušena. Pamatuje si.
Myšlení		„Někdy přemýšlím, jak se mají děti, nebo co bude dál, musím se přiznat, že na svůj věk mi ještě ledacos dochází.“	Myšlení je logické, otázky chápe, odpovídá přiléhavě a věcně, řeč je plynulá.
Temperament		„Manžel říká, že jsem choleric, co musí mít vše, teď hned.“	Pacientka je něco mezi sangvinikem a cholericem. První den při rozhovoru působila trochu nejistě.
Sebehodnocení		„Na hodnocení mě samotné, tu jsou ostatní lidé, sama sebe nedokážu přesně ohodnotit, nenacházím vhodná slova.“	Pacientka sebe nedokázala přesně ohodnotit. Působila vcelku vyrovnaným dojmem a jako člověk, který ví, co chce.

Vnímání zdraví	„Nyní to nestojí za nic, jsem v nemocnici. Zdraví je pro mě to nejcennější.“	Pacientka se snaží veškerá nařízení a doporučení od nemocničního personálu dodržovat, váží si svého zdraví, nyní jí vadí okolnosti, kvůli kterým byla náhle hospitalizována.
Vnímání zdravotního stavu	„Chtěla bych být co nejdřív doma, ale vidím to na delší dobu.“	Pacientka vyjádřila slovní obavu z dlouhodobé hospitalizace, nebere nemoc na lehkou váhu.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Nikdy se mi tohle ještě nestalo, takže mám obavy, co bude dál, ty bolesti břicha mě přepadly z nenadání.“	Pacientka neví, co bude dál, nikdy to ještě nezažila. Má obavy z neznámého.
Reakce na hospitalizaci	„Nic jiného mi nezbývalo, bolesti byly nesnesitelné, vůbec se to nelepšilo.“	Odpovídající na zdravotní stav.
Adaptace na onemocnění	„Tak nějak jsem Vám to už všechno řekla, bylo to rychlé, na ty bolesti se nedá zvyknout, je to něco co mě docela omezuje.“	Pacientka se těžko bude adaptovat na nynější onemocnění, bude nutný komplexní ošetřovatelský přístup a podpora rodiny.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Mám obavy, to by asi každý.“	Pacientka vyjádřila slovní obavu z dlouhodobé hospitalizace a také neví, co s ní bude dál.

Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Hospitalizovaná jsem v minulosti již byla, takže vím, jak to v nemocnici chodí, ovšem s tímto stavem zkušenosti nemám.“	Zkušenosti s hospitalizací již má.
--	--	------------------------------------

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Pokud mi rozumíte, tak myslím, že problémy s vyjadřováním nemám.“	Pacientka správně artikuluje, řeč je bez patologie, slovní zásoba je bohatá, částečně ovlivněná nynějším zdravotním stavem.
Komunikace	Neverbální	„Někdy je potřeba něco vysvětlit rukama, slova někdy nestačí.“	Rozhovor s pacientkou byl doprovázen i neverbální komunikací, gesta, mimika. Oční kontakt v pořádku.
Informovanost	O onemocnění	„Lékař v příjmové ambulanci mě o mém zdravotním stavu informoval v rychlosti, více mi tu pověděl ošetřující lékař, doufám, že to tak hrozné nebude.“	Pacientka je o svém zdravotním stavu dostatečně informována, pokud neví, zeptá se.
Informovanost	O diagnost. metodách	„Zatím jsem toho moc nepodstoupila, to přijde časem. S něčím už mám zkušenosti; rentgen.“	Pacientka byla a po dobu hospitalizace bude dostatečně informována o dg. metodách.

	O léčbě a dietě	„Na dietu kladl lékař velký důraz, budu ji muset přísně dodržovat.“	Pacientka byla dostatečně poučena od lékaře a ošetřujících sester - informacím rozumí.
	O délce hospitalizace	„Dle toho, co mi lékař sdělil, tak se hospitalizace může protáhnout, což bych nerada, přesně mi to ale neřekl.“	Přesná délka hospitalizace není možná pacientce sdělit - variabilitnost průběhu onemocnění.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Žena“	Žena 59 let. Role je ovlivněna aktuálním zdravotním stavem.
	Sekundární (související s rodinou a společenským i funkcemi)	„Manželka, pacient?“	Manželka, matka, babička. Role jsou zcela naplněny.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Nevím, co odpovědět.“	Pacientka se snaží co nejlépe zadaptovat, i když je to těžké. Ráda luští křížovky, občas vyšívá a čte knížky.

MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT:

Ordinovaná vyšetření:

Přístrojová vyšetření: RTG srdce, plic, EKG, UZ, CT

Vyšetření krve ze dne 4. 3. 2013 (CHJIP)

Biochemie - ABR, Na, K, Cl, urea, kreatinin, CRP, amyláza, AST, ALT, glykémie

Hematologie - KO

Výsledky:

Biochemie:	hodnota	norma
ABR (odchyly od normy)		
pH	7,5	7,36 - 7,44
pCO ₂	4,69 kPa	4,8 - 6,4 kPa
pO ₂	6,3 kPa	10,4 - 14,3 kPa
BE	4,9	-2 - 2
Na	141mmol/l	137 - 146 mmol/l
K	3,7 mmol/l	3,8 - 5,0 mmol/l
Cl	100 mmol/l	97 - 108 mmol/l
urea	10,1 mmol/l	2,8 - 8,0 mmol/l
kreat	124 mmol/l	44 - 110 mmol/l
CRP	349	0 - 5
amyláza	1,1 ukat/l	0,42 - 1,92 ukat/l
AST	2,03 ukat/l	0,1 - 0,7 ukat/l
ALT	0,62 ukat/l	0,1 - 0,8 ukat/l
Glykémie	R: 10,9 mmol/l (4 j HMR), P: 7,1 mmol/l (0 j HMR) V: 9,4 mmol/l (0 j HMR) norma 3,9 - 5,6 mmol/l	

Hematologie:	hodnota	norma
Krevní obraz		
Ery	4,7 x 10 ¹² l	4,3 - 5,9 x 10 ¹² l
Leuk	12,1 x 10 ⁹ l	3,8 - 9,6 x 10 ⁹ l
Hb	133 g/l	135 - 175 g/l
Hk	0,4	0,4 - 0,5
Tromb	143 x 10 ⁹ l	150 - 450 x 10 ⁹ l

Konzervativní léčba:

Dieta: Při příjmu NPO.

Pohybový režim: Při příjmu na CHJIP pacientka téměř soběstačná, v závislosti na zdravotním stavu nutný klidový režim.

RHB: Zpočátku aktivní polohování a rehabilitace HKK a DKK na lůžku.

Výživa: Po většinu doby hospitalizace byla výživa parenterální.

Medikamentózní léčba:

- **Per os:**

Betaloc SR 200	½ - 0 - 0
Accuzide 20 mg	1 - 0 - 0
Sortis 10 mg	0 - 1 - 0
Milurit 100 mg	1 - 0 - 0
Godasal 100 mg	0 - 1 - 0
Diazepam 5 mg	0 - 0 - 0 - 1 (d.p.)

- **Intravenózní** (*upravovány dle zdravotního stavu a potřeby*)

Quamatel 1 amp i. v. á 12 hod.	12 - 24
Degan 1 amp i. v. á 8 hod.	8 - 16 - 24
Dipidolor při bolestivosti s. c. á 8 hod.	
Novalgin 2,0 ml i. v. á 6 hod.	
Furosemid Forte 1 amp kontinuálně na 2 ml/hod.	
Syntophyllin 2 amp kontinuálně na 1,2 ml/hod.	
Tiapridal 5 amp ve 20 ml FR kontinuálně na 2 ml/hod	
Augmentin 1,2 g á 8 hod.	

INFUZE

PL 1 000 ml + 40 ml 7,45% KCl - 250 ml/hod

Glukoza 500 ml 10%

Ringer 1 000 ml

Neonutrin 10%

Oliclinomel N7

- **Subkutánně**

Zibor 3500j. s. c. á 24 hod. 20:00

HMR dle glykémie (později kontinuálně i. v.)

Dipidolor při bolestivosti s. c. á 8 hod.

- **Jiná**

Oxygenoterapie (8 - 10 l/min O₂ maskou)

Chirurgická léčba:

Během hospitalizace byla nutná i chirurgická léčba s dvěma následnými revizemi dutiny břišní (popsáno v celkovém hodnocení).

SITUAČNÍ ANALÝZA:

59letá pacientka P. J. přijata dne 4. 3. 2013 v dopoledních hodinách přes chirurgickou příjmovou ambulanci na chirurgickou jednotku intenzivní péče pro opakované silné zvracení bez pocitu úlevy a intenzivní bolesti břicha propagující se do bederní krajiny a palpační bolestivosti okolo pupku.

Dle slov pacientky ji 2 dny intenzivně bolelo břicho, tyto bolesti jí „vystřelovaly“ až do zad. Při příjmu na oddělení byla pacientka při vědomí, spolupracovala, orientována místem, časem, osobou i prostorem, bez psychomotorického neklidu. Po napojení na centrální monitor byly změřeny fyziologické funkce - TK: 150/90, P: 80/min, D: 26/min, saturace bez O₂ 86 %, s O₂ až 99 %. Břicho palpačně bolestivé s maximem okolo pupku. Poklep po celém břiše bubínkový, bolestivý, peristaltika lehce slyšitelná, opakovaně zvracela, bez zimnice. Při pohledu byl patrný subicterus sklér a bledost kůže.

Z příjmové ambulance měla pacientka zavedenu PVK. Téhož dne zaveden pacientce ještě PMK pro sledování hodinové diurézy a také CVK pro parenterální výživu, kterou měla pacientka po většinu doby hospitalizace. Při příjmu měla pacientka dietu nic per os.

Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

Aktuální sesterské diagnózy:

1. **Akutní bolest břicha** z důvodu probíhajícího onemocnění slinivky břišní, projevující se slovním vyjádřením pacientky, kdy ji na stupnici 0 - 10 (10 - maximum, 0 - žádná bolest) hodnotí číslem 7, zaujímáním úlevové polohy, neverbálními projevy pacientky při polohování a nutnosti aplikací analgetik.

2. **Porušená tkáňová integrita** z důvodu nutnosti odstranění hemoragického obsahu z dutiny břišní při akutní hemoragické pankreatitidě, projevující se viditelnou operační ránou na břicho.

3. **Nauzea** z důvodu probíhající akutní pankreatitidy, projevující se počátečním nechutenstvím, zvracení a neschopností přijmout jakoukoliv potravu.

4. **Deficit sebepečce při koupání a hygieně, při oblékání a úpravě zevnějšku a při vyprazdňování** z důvodu silných bolestí, klidového režimu a závažnosti zdravotního stavu, projevující se nutnou dopomocí druhé osoby s donesením umyvadla a umytím zad při hygieně a neschopností si dojít do koupelny, dopomocí při otáčení, oblékání a nutností donést podložní mísu při potřebě vyprazdňování stolice. (během hospitalizace i komplexní ošetrovatelskou péčí v oblasti hygieny, úpravy zevnějšku, polohování a vyprazdňování).

5. **Úzkost** z důvodu změny zdravotního stavu, projevující se slovním vyjádřením pacientky na nejistotu průběhu hospitalizace a zdravotního stavu v dalších dnech.

6. **Zhoršená pohyblivost na lůžku** z důvodu bolestí, projevující se obtížemi uváděnými pacientkou při změnách polohy ze strany na stranu.

7. **Zhoršená schopnost se přemístit** z důvodu klidového režimu pro probíhající onemocnění, projevující se neschopností si dojít do koupelny, na WC a opustit lůžko.

Potenciální sesterské diagnózy

1. **Riziko infekce** z důvodu invazivních vstupů a operační rány na břicho.

2. **Riziko imobilizačního syndromu ve všech oblastech** z důvodu upoutání na lůžko a závažného zdravotního stavu.

3. **Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin** z důvodu parenterální výživy a invazivních výkonů.

4. **Riziko poškození** z důvodu zmatenosti, falešných vjemů a změny mobility.

5. **Riziko zácpy** z důvodu nedostatečné tělesné aktivity, změny prostředí, nevhodné polohy při vyprazdňování a narušení pravidelnosti defekace.

Vzhledem k omezenému rozsahu bakalářské práce demonstruji řešení sesterských diagnóz, které mají momentálně nejvyšší výpovědní hodnotu.

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Akutní bolest břicha z důvodu probíhajícího onemocnění slinivky břišní, projevující se slovním vyjádřením pacientky, kdy ji na stupnici 0 - 10 (10 - maximum, 0 - žádná bolest) hodnotí číslem 7, zaujímáním úlevové polohy, neverbálními projevy pacientky při polohování a nutnosti aplikací analgetik.</p>
<p>Cíl: snížit bolest</p>
<p>Priorita: střední (zhoršuje zdraví)</p>
<p>Výsledné kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pacientka dokáže ihned zaujmout úlevovou polohu při atace bolesti.- Pacientka bude poučena o pravidelnosti a možnostech tišení bolesti - ihned při příjmu.- Bolest bude snížena na stupnici VAS z čísla 7 na číslo 5 po podání analgetika do 30 minut.- Pacientka slovně vyjádří účinek analgetik do 1 hodiny po podání.- U pacientky dojde k vymizení bolesti nejpozději do odchodu domů.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dle míry soběstačnosti dopomoz pacientce v zaujímání úlevové polohy (Fowlerova poloha se zvýšenými DKK) - sestra u lůžka.- Edukuj pacientku o možnostech analgetizace a o možnosti kdykoliv požádat o léky od bolesti a nutnosti každou změnu bolesti hlásit - sestra u lůžka.- Podávej léky dle ordinací lékaře (Dipidolor, Novalgin) a dle bolestí pacientky, sleduj jejich účinky (pozitivní i negativní - nevolnost) a zaznamenávej je do dokumentace - sestra u lůžka.- Sleduj u pacientky během hospitalizace dle hodnotících škál pro bolest její intenzitu a charakter bolesti - sestra u lůžka.- Pozoruj neverbální projevy pacientky (mimika,...) a výkyvy fyziologických funkcí (hypertenze, tachykardie) a patologické hodnoty hlas lékaři - sestra u lůžka.
<p>Realizace:</p> <ul style="list-style-type: none">- 9:00 - pacientka verbalizovala bolesti břicha o hodnotě číslo 7 dle VAS.- 9:01 - kontrola fyziologických funkcí (TK: 137/86, P: 104, tt: 36,7 °C).- 9:02 - aplikována dle ordinací lékaře 1 amp. Dipidoloru s. c. - sestra u lůžka.

- 9:04 - doporučena úlevová poloha a pro lepší psychické pohodlí podán kyslík - sestra u lůžka.

- 9:40 - kontrola intenzity bolesti (sestra u lůžka) - pacientka uvádí mírnou úlevu od bolesti, nadále bolest hodnotí číslem 5.

- 10:30 - pacientka vyžaduje léky od bolesti - bolest na stupnici 0 - 10 hodnotí číslem 6.

- 10:35 - po konzultaci s ošetřujícím lékařem podána 1 amp. 2ml Novalginu i. v. - sestra u lůžka.

- 10:50 - kontrola intenzity bolesti (sestra u lůžka) - pacientka uvádí mírnou úlevu - nyní bolest hodnotí číslem 5.

Dále se pokračovalo v naplánovaných intervencích. Analgetika byla pacientce podávána v časových intervalech u Dipidoloru á 8 hodin a u Novalginu á 6 hodin. Dle míry bolesti i častěji.

Hodnocení:

- Pacientka zprvu aktivně zaujímala úlevovou polohu, později bylo nutné jí dopomáhat.

- Pacientka byla ihned při příjmu poučena o analgetizaci - informacím rozuměla, dle potřeby léky od bolesti vyžadovala.

- Snížení bolesti z původní hodnoty 7 na hodnotu 5 se podařilo po aplikaci Dipidoloru dosáhnout - pacientka slovně vyjádřila mírnou úlevu.

- Analgetika byla pacientce podávána s ohledem na frekvenci a intenzitu bolestí, jejich účinky byly pravidelně sledovány - po aplikaci pociťovala pacientka mírnou úlevu, avšak k vymizení bolesti nedošlo.

Cíl se podařilo splnit, až na poslední bod, kde mělo dojít k vymizení bolesti nejpozději do odchodu domů. Pacientka během hospitalizace zemřela.

Sesterská diagnóza:

Porušená tkáňová integrita z důvodu nutnosti odstranění hemoragického obsahu z dutiny břišní při akutní hemoragické pankreatitidě, projevující se viditelnou operační ránou na břiše.

Cíl: operační rána se bude hojit per primam

Priorita: střední (zhoršuje zdraví)

Výsledné kritéria:

- Po dobu hospitalizace nedojde k zavlečení infekce do operační rány.

- Operační rána bude pravidelně kontrolována a dle potřeby asepticky ošetřována.

- Pacientka si nejpozději do 4 hodin po operaci osvojí chování ve prospěch hojení rány a prevenci komplikací (dodržování klidového režimu, opatrné pohyby na lůžku, spolupráce při převazech,...).

- U pacientky budou po dobu hospitalizace tišeny doprovodné příznaky spojené s porušenou tkáňovou integritou (bolest v operační raně).

Plán intervencí:

- Dle škály pro hodnocení rány popiš její velikost, tvar, hloubku, bolestivost, okolí rány, přítomnost infekce - sestra u lůžka.

- Při převazu rány postupuj asepticky - lékař, sestra u lůžka.

- Zvol vždy vhodné pomůcky, které budou při převazu potřeba - sestra u lůžka.

- Při převazu zhodnoť ránu a okolí, zda nejeví známky zánětu - sestra u lůžka.

- Při komplikacích (infekce, masivní krvácení, rozpad rány,...) konzultuj stav s ošetřujícím lékařem - sestra u lůžka.

- Ránu a okolí udržuj v čistotě, sterilně krytou - sestra u lůžka.

- Krytí udržuj čisté a suché a v pravidelných intervalech nebo dle aktuální potřeby je asepticky měň za nové - sestra u lůžka.

- U zavedených drénů sleduj množství a charakter odpadu - sestra u lůžka.

- Asepticky pečuj o zavedené drény - sestra u lůžka.

- Dle ordinace lékaře proved' kontrolní odběr krevního obrazu - sestra u lůžka.

Realizace:

- **8. 3. 2013 v 11:30** pacientka přivezena z operačního sálu, operační rána na břiše sterilně krytá, bez výrazného prosakování, v dutině břišní 2 drény s hemoragickým obsahem napojené na sběrný sáček - ústí drénů sterilně kryto - sestra u lůžka.

- 11:45 - pacientka poučena o klidovém režimu po operaci a o podávání analgetik dle její potřeby - pacientka informace chápe - sestra u lůžka.

- 12:00 - op. rána bez výrazného prosaku, palpačně citlivá, drény s minimálním odpadem - lékař, sestra u lůžka - sestra u lůžka.

- 13:00 - mírné prosáknutí obvazu op. rány - navázání další vrstvy krytí, drény s minimálním odpadem - sestra u lůžka.

- 14:00 - op. rána klidná, bez výrazného prosaku nové vrstvy obvazu, paplačně citlivá - sestra u lůžka.

- 18:00 - proveden kontrolní odběr krve pro kontrolu krevního obrazu, stěžejní hodnoty hlášeny ošetřujícímu lékaři (Hb: 108 g/l, Ery: $3,7 \times 10^{12}$ l, Hk: 0,38) - sestra u lůžka

- 18:30 - kontrola op. rány - bez výrazného prosaku, množství odpadu z drénů přiměřené (levý: 100 ml, pravý 10 ml) - sestra u lůžka.

- 18:40 - (předání pacientky noční službě) - sestra u lůžka

9. 3. (6:15) - po ranní hygieně op. rána asepticky převázána - okraje rány růžové, bez známek infekce, stehy pevné, provedena lokální dezinfekce op. rány a i ústí drénů, následně vše kryto sterilními čtverci - sestra u lůžka.

Nadále se pokračovalo v naplánovaných intervencích s pravidelnou kontrolou a převazy operační rány a tišením bolesti (viz diagnóza akutní bolest). 10. 3. operační revize dutiny břišní (stehy rozpuštěny). 13. 3. druhá revize dutiny břišní (stehy opět rozpuštěny), navíc zaveden 3. drén vlevo - stejné intervence jako u předešlých až do dne 20. 3. 2013, kdy pacienta zemřela.

Hodnocení:

- Po dobu hospitalizace operační rána nejevila viditelné známky infekce.

- Operační rána byla pravidelně kontrolována a dle potřeby asepticky ošetřována a převazována.

- Pacientka byla také poučena o klidovém režimu po operaci (všem informacím rozuměla) a při převazech se zprvu snažila pomáhat a spolupracovat.

- Doprovodné příznaky (bolest v operační ráně,...) byly dle potřeby tišeny příslušnými analgetiky.

- Hodnoty kontrolního krevního obrazu byly pod normou, avšak prozatím nevyžadovaly dle lékaře transfuzi krve.

Cíl nelze považovat za splněný, jelikož operační rána (stehy) byly několikrát rozrušeny pro opakované revize. Kritérium se po dobu hospitalizace splnit podařilo.

Sesterská diagnóza:

Riziko zácpy z důvodu nedostatečné tělesné aktivity, změny prostředí, nevhodné polohy při vyprazdňování a narušení pravidelnosti defekace.

Cíl: nedojde k zácpě

Priorita: střední (zhoršuje zdraví)

Výsledné kritéria:

- Pacientka se bude po dobu hospitalizace vyprazdňovat pravidelně, frekvence a konzistence stolice bude v mezích normy a nedojde tak ke vzniku zácpy.

- Frekvence vyprazdňování bude u pacientky po dobu hospitalizace pečlivě sledována.
- Při vzniku zácpy se nejpozději do druhého dne ve spolupráci s lékařem zaujmou účinná opatření k vyprázdnění (podání glycerinového čípku, Lactulozy, nálevu,...).
- Pacientce bude ihned zajištěna intimita při vyprazdňování na lůžku.

Plán intervencí:

- Zjisti, jak často se pacientka doma vyprazdňuje a zda má nějaké obtíže při vyprazdňování - sestra u lůžka.
- Dle potřeby (pokud pacientka nemůže chodit) zajisti podložní mísu, aby se pacientka mohla vyprázdnit - ošetřovatelka, sestra u lůžka.
- Zajisti intimitu při vyprazdňování na lůžku a následně důkladnou hygienu po vyprázdnění - ošetřovatelka, sestra u lůžka.
- Věnuj pozornost barvě, zápachu, konzistenci, množství a frekvenci vyprazdňování stolice - jakékoliv odchylky hlas lékaři (příměs krve,...) - sestra u lůžka.
- Dle potřeby zajisti podání vhodného projímadla (glycerinový čípek nebo Lactuloza) - sestra u lůžka.
- Pouč pacientku také o dostatku tekutin (možno i teplejších) a vhodných potravinách (může-li jíst a pít) na podporu střevní mikroflóry (vláknina, jogurty, zavařeniny,...) - lékař, sestra u lůžka, nutriční terapeut.
- Dbej na včasnou a vhodnou aktivizaci pacientky (cviky na lůžku, zatínání svalů hýždí,...) - fyzioterapeut, sestra u lůžka.

Realizace:

- **4. 3. 2013 (15:00)** zjištěna od pacientky anamnéza ohledně vyprazdňování (pacientka má naučený určitý režim, snaží se o pravidelnost, naposledy byla 3. 4., stolice formovaná - sestra u lůžka.
- pomůcky pro vyprázdnění (podložní mísa, čisticí pěna, ubrousky) přichystány pro potřebu u lůžka - ošetřovatelka
- 18:40 - pacientka dnes zatím na stolici nebyla, předáno noční směně - sestra u lůžka.
- **5. 3. 2013 (10:30)** - pacientka již na parenterální výživě - stolice dnes byla, pacientka sama na potřebu upozornila, stolice formovaná, bez příměsí krve; po vyprázdnění následovala toaleta po stolici, intimita pacientky zajištěna postranními plentami, stolice zaznamenána do dokumentace - ošetřovatelka, sestra u lůžka.
- 17:00 - opět toaleta po stolici, pacientka sama na potřebu upozornila, stolice však řidšího charakteru, ale bez příměsí krve, provedena důkladná toaleta po stolici

a ošetření konečníku, následně záznam do dokumentace a upozornění lékaře při večerní vizitě - sestra u lůžka.

- Během noční služby byla pacientka ještě dvakrát na stolici, stolice průjmovitá; zaznamenáno do dokumentace - sestra u lůžka

- **Od 6. 3. 2013** se u pacientky objevovaly průjmovité stolice několikrát denně - nadále se pokračovalo v naplánovaných intervencích (intimita, hygiena, záznam,...), postupně během hospitalizace bylo nutné dát pacientce plenu, jelikož nebyla schopna včas na potřebu vyprazdňování upozornit a docházelo k úniku stolice do lůžka - ošetřovatelka, sestra u lůžka.

Hodnocení:

- Po dobu hospitalizace nedošlo ke vzniku zácpy, pouze k nepravidelnému vyprazdňování stolice, která kvůli parenterální výživě byla po většinu hospitalizace spíše průjmovitá, než formovaná.

- Při každém vyprazdňování byla pacientce zajištěna intimita a následně důkladná hygiena konečníku.

- Pacientka má z domu naučený určitý režim vyprazdňování, který byl ovšem během hospitalizace narušen.

- Úkony pro řešení zácpy nebyly nutné.

Cíl lze považovat za splněný, avšak nadále bylo nutné pokračovat v naplánovaných intervencích, jelikož pacientka trpěla průjmy.

Celkové hodnocení:

Pacientka P. J. byla na naše oddělení chirurgické jednotky intenzivní péče přijata pro bolesti břicha, které ji trápily 2 dny, navíc zvracela a nedocházelo k úlevě. Při příjmu pacientka spolupracovala, byla orientována všemi směry, bez psychomotorického neklidu. Během hospitalizace byly 24 hodin denně sledovány její fyziologické funkce, které nevykazovaly až na poslední dva dny, kdy docházelo k výkyvům převážně pulzů a saturace výrazné abnormality.

Během 17 dnů, které u nás byla pacientka hospitalizována, podstoupila **8. 3. 2013 operaci** slinivky břišní (evakuace hemoragického obsahu s následnou drenáží – vloženy 2 široké drény - levý a pravý, během operace byl vložen do dutiny břišní igelit kvůli předpokládané nutnosti revize). Odpad z drénů: L: 100 ml, P: 10 ml od doby zavedení (hemoragický charakter). Oběhově stabilní: TK 116 – 132/60 – 85, P: 73 – 92/min,

SpO₂ s kyslíkem 99 %, MM 5300 ml/24 hod. Následně byly nutné **dvě revize dutiny břišní dne 10. 3.** (odpad z drénů: L: 250 ml/24 hod P: 150 ml/24 hod) a **13. 3. 2013.** Při druhé revizi byl pacientce navíc zaveden třetí drén, kvůli velkému množství krevních koagul sahajících až po bránici (odpad drénů: L1: 150 ml/ 24 hod, L2: 200 ml od doby zavedení, P: 100 ml/24 hod.).

Při večerní kontrole glykémie ze dne **8. 3. 2013** nasazen HMR kontinuálně 20j HMR do 20 ml FR na 4 ml/hod pro večerní glykémii 18,7. Následující den byla glykémie ráno 15,4 - ponecháno na 4 ml/hod, polední glykémie 8,2 – 3 ml/hod, v 14:00 – 7,8 – 2 ml/hod, večerní glykémie 10,8 – 3 ml/hod, v 21:00 – 9,1 - rychlost ponechána).

14. 3. 2013 se pacientka cítila se lépe, bolesti břicha podstatně menší, kůže a skléry mírně ikterické, peristaltika slyšitelná. Oběhově stabilní: TK 130/70 P: 86/min, SpO₂ s kyslíkem 98 %, MM 4800 ml/24 hod, odpad drénů: L1: 100 ml/ 24 hod, L2: 150 ml/24 hod, P: 50 ml/24 hod, glykémie: R) 6,4 - 0,5ml/h, P) 7,2 – 0,5ml/hod, V) 7,5 - ponecháno, 21:00 – 7,3 – ponecháno.

Dietní systém pacientky se pod dobu hospitalizace měnil v závislosti na zdravotním stavu. Výživu však měla pacientka po většinu doby hrazenou parenterálně do CVK. Od diety „nic per os“ a hořký čaj po lžičkách, bylo možné přejít i na pankreatickou dietu.

Během dalších dnů hospitalizace se však její zdravotní stav měnil, postupně začínal lehký psychomotorický neklid s občasnou dezorientací - nutná restriční opatření pomocí “paciček na HKK” a podáváním kontinuálně 5 amp Tiapridalu na 2 ml/hod jako prevence sebepoškození a vytažení invazivních vstupů. Především v druhé polovině hospitalizace se zdravotní stav pacientky měnil a měnila se i tak míra soběstačnosti v jednotlivých sledovaných oblastech. Výsledek Barthelova testu ze dne přijetí na oddělení byl 80 bodů (lehká závislost). Po operaci byl výsledek Barthelova testu 35 bodů (vysoká závislost). Pacientka byla závislá na pomoci druhé osoby, hygienu sama nezvládla a bylo nutné jí dopomáhat při polohování.

Okolo 16. dne hospitalizace se začal zdravotní stav pacientky rapidně zhoršovat, docházelo k výrazným výkyvům pulsu (tachykardie, arytmie) a poklesům saturace doprovázeným změnami vědomí, pacientka nekomunikovala, bez reakce na podněty, medikamentózní léčba téměř bez efektu. Z čehož vplynuly i následující dvě diagnózy; a to **akutní zmatenost** z důvodu hromadění metabolitů v organismu (metabolické poruchy), projevující se dezorientací, neschopností reálného myšlení a častým

psychomotorickým neklidem. A také **neefektivní tkáňová perfuze kardiopulmonální** z důvodu progresse onemocnění, projevující se hyposaturací, změnami dechové frekvence, hodnotami ABR mimo normu a postupným srdečním selháváním.

Dne 20. 3. V 9:25 po neúspěšné resuscitaci, kdy byla u pacientky zahájena KPR, a byly pacientce podány 4 ampule Adrenalinu, následně upadla do komatu a nastala asystolie, pacientka zemřela.

Doporučení pro praxi

V posledních letech i přes znatelný rozvoj zdravotnictví (nové přístroje, postupy) je i léčba akutní pankreatitidy velmi citlivým problémem, který vyžaduje rychlé jednání a hlavně podrobnou znalost onemocnění, z níž vyplývají organizační opatření, která jsou základem úspěšné léčby.

Důležitou roli v péči o pacienta hrají zdravotní sestry. Ty jsou s pacientem téměř 24 hodin denně a jsou tak jedním ze spojovacích článků, které informují u účinku dané léčby, která může být u akutní pankreatitidy dosti zdlouhavá. Pacienti i po ukončení hospitalizace a návratu do běžného života, nechtějí-li se do nemocnice vrátit, musí dodržovat přísná omezení; hlavně dodržování diety s vyloučením některých potravin zcela ze svého jídelníčku a vyhýbání se alkoholu.

Mohlo by se s trochou nadsázky říct, že problematika akutní pankreatitidy zůstává i nadále pro lékaře jakousi výzvou. Pro svůj neobyčejně variabilní průběh od bezproblémového, kdy během několika dnů dojde k plné úpravě, až po těžký stav vyžadující intenzivní a nákladnou péči včetně opakovaných operací a s následnými dlouhodobými komplikacemi.

Všeobecná doporučení pro pacienta:

- Podpora zdravého myšlení; zájem o podporu a udržení zdravého života.
- Vyhýbat se nadměrné fyzické a psychické námaze.
- Dodržovat zásady zdravé životosprávy.
- Nebát se vyhledat a požádat o lékařskou pomoc.
- Pravidelná dispenzarizace.
- Pravidelně užívat ordinované léky.
- Kontakt s osobou se stejnou diagnózou (zkušenosti, doporučení,...).

Všeobecná doporučení pro rodinu:

- Podporovat a pozitivně motivovat pacienta po celou dobu hospitalizace.
- Přizpůsobení celé rodiny stravovacího režimu (je-li to možné).
- Nevyčleňovat nemocného ze společenského kolektivu.
- Trpělivost všech členů rodiny.
- Podpora soběstačnosti pacienta.
- Nepřetěžovat pacienta fyzickými a psychickými požadavky.

Všeobecná doporučení pro sestry (zdravotníky):

- Edukovat nemocného a i jeho rodinu o zdravém životním stylu (výživě a zdravé životosprávě).
- Poskytovat pacientům praktické rady, vysvětlení, zodpovídat otázky, kterým nerozumí a být jim oporou po celou dobu hospitalizace.
- Získat si pacientovu důvěru, být mu oporou.
- Pomáhat všem členům rodiny a pacientovi se vyrovnávat se stresem.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou. Akutní pankreatitida je velmi závažné onemocnění s velmi špatnou prognózou, které nesmíme podceňovat. Může začínat nenápadně a vygradovat až v nejhorší možný způsob - úmrtí pacienta.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a definovat informace o akutní pankreatitidě a seznámit s nimi širokou veřejnost. O problematice akutní pankreatitidy jsme se dověděli spoustu zajímavých a nových informací. Studováním odborné literatury jsme získali nebývalý pohled na tuto problematiku. Zpracováním teoretické části práce, jsme nabyli značné vědomosti v oblasti péče o pacienta s akutní pankreatitidou, které byly později využity v praxi na našem oddělení chirurgické jednotky intenzivní péče v Boskovicích a také při vypracování praktické části. V neposlední řadě bylo našim cílem vypracovat ošetrovatelský proces, kde jsme dle anamnézy a fyzikálních vyšetření stanovili diagnózy, naplánovali cíle, intervence a následně provedli realizace s konečným hodnocením cílů. Všechny cíle práce, které jsme si stanovili, byly splněny.

Většina lidí, vyskytnou-li se u nich první příznaky počínající pankreatitidy, nevyhledají svého lékaře a snaží se všemožnými domácími přípravky tyto problémy zahnat, nebo jen zmírnit, do té doby, než budou opravdu nuceni vyhledat lékařskou pomoc. Drží diety, užívají léky proti bolesti v nadměrných dávkách nebo jen leží, čekají a doufají, že to přejde. V některých případech navštíví „vyhlášeného léčitele“ s vidinou brzkého vyléčení, které ovšem stojí nemalou finanční částku. Lékařskou pomoc vyhledají až tehdy, kdy se dostaví kruté bolesti břicha a poruchy elektrolytové rovnováhy v důsledku enormního zvracení.

Pacienti s akutní pankreatitidou to už od příjmové ambulance nemají lehké. Pro některé může být velkým stresovým spouštěčem přísný zákaz jídla a pití. Zdravotnický personál chápe toto omezení jako nezbytné. Ovšem pro pacienta toto omezení není lehké, zejména když se již cítí lépe. Většina pacientů nechápe odepření příjmu potravy a jídla na tak dlouhou dobu. Ale naštěstí je tato překážka řešena podáváním dostatečného množství infuzí. Pacient musí dodržovat přísný klidový režim, což je pro některé dosti omezující. Všechna tato nařízení a omezení pacient musí

přijmout. Velké množství pacientů při léčbě a různých omezení spolupracuje, zejména pro vidinu zmírnění příznaků či uzdravení. Jako pozitivum všech omezení a nařízení pacienti vítají časté podávání analgetik, která alespoň na chvíli uleví od úporných bolestí. Avšak negativa stále převládají. Pacient podstupuje řadu vyšetření, pravidelně je mu odebírána krev, jezdí na mnohá vyšetření a vyžaduje-li si to jeho zdravotní stav, musí i na operační sál. Z mnohých výkonů, vyšetření, zákroků je natolik frustrovaný, plný nejistot, obav ze svého zdravotního stavu a z budoucnosti. Všechny tyto nové prožitky není schopen zvládat sám. Pro pacienta v tu chvíli existuje „jen jeden svět“ ohraničený bílými zdmi a místo zvuku ptáků a hlasů členů rodiny jsou mu jedinou kulisou pípající monitory, dávkovače a pumpy. V této fázi je důležitá opora zdravotnického personálu a rodiny. Popřípadě je vhodné kontaktovat psychologa. Horší případ nastává, je-li velmi neklidný, dezorientovaný a musí být kurtován, aby sám sebe neohrozil. A právě v těchto chvílích je potřeba, abychom zasáhli my - zdravotní sestry. Udělali si čas a věnovali se pacientovi, promluvili si s ním byť jen o tom, jaké je venku počasí. Alespoň tak na chvíli ho odpoutáme od všech problémů souvisejících s hospitalizací. Proto by i nadále měl být pacient tou jedinou a nejvyšší prioritou zdravotnického personálu.

Detailní zaměření do problematiky akutní pankreatitidy nám přineslo jak teoretické znalosti, tak i praktické dovednosti, jež nám v budoucnu budou ku prospěchu při našem zaměstnání či publikaci v některém z odborných časopisů.

Z komplexního hlediska je vhodné již v zárodku cíleně působit a předcházet vzniku možných komplikací správnou životosprávnou a pohybem. Celkově vzato v souvislosti s nezdravou stravou většiny lidí, která vede k mnoha zdravotním komplikacím a dalším obtížím, je na místě tento výrok: „Mnoho jídel způsobuje mnoho chorob.“ (Lucius Annaeus Seneca).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABRAHAMS, Peter, 2006. *Rodinná encyklopedie zdraví: Charakteristiky, příčiny, prevence a léčba nejčastějších poruch zdraví*. Praha: OTTOVO NAKLADATELSTVÍ, 256 s. ISBN 80-7360-296-2.

BUREŠ, Jan a Jiří HORÁČEK, 2003. *Základy vnitřního lékařství*. 1.vyd. Praha: Galén, 870 s. ISBN 80-7262-208-0.

ČAPOV, Ivan a Jan WECHSLER, a kol., 2001. *Drény a jejich využití v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 180 s. ISBN 80-247-0228-2.

DÍTĚ, Petr, a kol., 2005. *Akutní stavy v gastroenterologii*. 1.vyd. Praha: Galén, 314 s. ISBN 80-7262-305-2.

DUŠKOVÁ, Martina a Ivana PONIKELSKÁ, 2001. *Úloha sestry v komplexní péči o nemocného s akutní pankreatitidou na JIP*. Sestra, Praha: Strategie. **11**(3), 50 s. ISSN 1210-0404.

FERKO, Alexander, a kol., 2002. *Chirurgie v kostce, vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 596 s. ISBN 80-247-0230-4.

HRABOVSKÝ, Jaromír a Jan KUBAČÁK, 2001. *Chirurgie pro 3. ročník SZŠ*. 1. vyd. Praha: Scienta medica, 54 s. ISBN 80-85526-78-6.

HVOZDIČKOVÁ, Alena a Kateřina STOLINSKÁ, 2011. *Péče o pacienta s akutní pankreatitidou na JIP*. Sestra. Praha: Mladá fronta a. s. **20**(12), 77 - 79. ISSN 1210-0404.

KOHOUT, P., M. LIŠKOVÁ a O. MENGEROVÁ, 2007. *Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická*. 1. vyd. Praha: Forsapi, s.r.o. 128 s. ISBN 978-80-903820-3-9.

- KOSTKA, R., 2006. *Akutní pankreatitida*. Praha: Galén, 233 s. ISBN 80-7262-427.
- LANGMEIER, M. a kol., 2009. *Základy lékařské fyziologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
- LEFFLR, J., 2000. *Chirurgie akutní pankreatitidy*. BULLETIN HPB, časopis České společnosti, HPB chirurgie., Praha: ETC. **8**(1) 32 s. ISSN 1210-6755.
- LUKÁŠ, K. a kol., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
- MAREČKOVÁ, O.; PATLEJCHOVÁ, E a M. HOVORKOVÁ, M., 2003. *Dieta při vleklém onemocnění slinivky břišní*. 2. vyd. Praha: Triton, 75 s. ISBN 80-7254-412-8.
- MAREK, J. a kol., 2005. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 3.vyd. Praha: Grada, 502 s. ISBN 80-247-0839-6.
- MARSHALL, J. B., 1993. *Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, University of Missouri School of Medicine, Columbia, US (Akutní pankreatida. Review s důrazem na nejnovější vývoj)*, JAMA. **1**(9), 733-740, ISSN: 0098-7484.
- MIKŠOVÁ, Z. aj., 2005. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- NEJEDLÁ, M., H. SVOBODOVÁ a A. ŠAFRÁNKOVÁ, 2004. *Ošetrovatelství III/1 pro 3. Ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 245 s. ISBN 80-7333-030-X.
- NĚMCOVÁ, Jitka, a kol., 2012. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea. 114 s. ISBN 978-80-904955-5-5.

SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun. 280 s. ISBN 978-80-263-0001-4.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství III*. Praha: Grada, 211 s. ISBN 80-247-1777-7.

ŠPIČÁK, Julius, 2005. *Akutní pankreatitida*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 216 s. ISBN 80-247-0942-2.

ŠPIČÁK, Julius, 2010. *Léčba akutní pankreatitidy*. Zdravotnické noviny, příloha Lékařské listy. Praha: Mladá fronta a. s. **59**(11) 23 s. ISSN 0044-1996.

ŠPIČÁK, Julius, a kol., 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. 1.vyd. Praha: Grada, 444 s. ISBN-13: 978-80-247-1783-8.

ŠPINAR, Jindřich, a kol., 2008. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 1.vyd. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-1749-4.

ŠVÁB, Jan, 2007. *Náhlé příhody bříšní*. 1. vyd. Praha: Galén, 205 s. ISBN 978-80-7262-485-0.

WORKMAN, Barbara a Clare BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sestry*. 1. vyd. Z angl. orig. přel. Marie Zvoníčková. Praha: Grada. 259 s. ISBN 80-247-1714-X

ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL a kol., 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1.vyd. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.

ZADÁK, Zdeněk, 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha : Grada, 544 s. ISBN 978-80-247-2844-5.

ZAZULA, Roman, a kol., 2006. *Ročenka intenzivní medicíny*. Praha : ARK 1.LF UK a FTN, 140 s. ISBN 80-239-7259-6

ZEMAN, Miroslav, et al., 2001. *Speciální chirurgie*. 1.vyd. Praha 5 : Galén, 575 s. ISBN 80-7262-093-2

INTERNETOVÉ ODKAZY:

Akutní pankreatitida. ZAZULA, Roman, 2005. *Medicína pro praxi*. Solen © 4/2005. [online]. Praha: ARK Fakultní Thomayerova nemocnice [cit. 2012-10-04] Dostupné z <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2005/04/03.pdf>

DUŠEK, Ladislav, a kol., 2005. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Masarykova univerzita, [cit. 2013-3-15]. Dostupné z <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=regionprehled&diag=C25&zobrazeni=map&incmor=inc&vypocet=w&pohl=&vek od=1&vek do=18&obdobi od=2000&obdobi do=2010&stadium=&t=&n=&m=&pt=&pn=&pm=&t=&n=&zije=&umrti=&lecba>

HAVLÍKOVÁ, Renata, 2008. *Výživa při onemocnění slinivky břišní*. [online]. [cit. 2012-10-03]. Dostupné z <http://www.lecivyzyva.estranky.cz/clanky/vyziva-pri-onemocneni-slinivky-brisni.html>

ŠTEFÁNEK, Jiří, 2008. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK* [online]. [cit. 2011-08-27]. Aplastická anémie. Dostupné z <http://www.stefajir.cz/?q=akutni-pankreatitida-zanet-slinivky-brisni>

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, a kol., 2009. *Velký lékařský slovník* [online]. [cit. 2013-03-01]. Vaterova (vaterská) papila. Dostupné z <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/vaterova-vaterska-papila>

KUČERA, Radek, 2005 - 2006. *ABZ slovník cizích slov* [online]. [cit. 2013-03-01]. Dostupné z <http://slovník.abz.cz>

CareCentre (nemocniční informační portál; verze 3.1). *Statistika z roku 2012: Výskyt akutní pankreatitidy v boskovické nemocnici za rok 2012* [cit. 2013-3-26].

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rešerše

Příloha B – Povolení k nahlédnutí do dokumentace

PŘÍLOHA A - Rešerše



**MORAVSKÁ
ZEMSKÁ
KNIHOVNA**

Moravská zemská knihovna v Brně
Kounicova 65a, 601 87 Brno
www.mzk.cz

tel. +420 541 646 111 ústředna
fax +420 541 646 100
mzk@mzk.cz

Vážený pan
Jiří Barva
Sportovní 1435/8
571 01 Moravská Třebová

Váš dopis značky / ze dne

Naše značka

Vyřizuje / linka

V Brně dne

17.10.2012

Vážený pane Barvo,
posílám formulář průvodní list k vypracované rešerši.
S pozdravem

Marie Matoulková
Marie Matoulková

REŠERŠE

Název rešerše:

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

Klíčová slova:

Akutní pankreatitida. Ošetrovatelská péče. Pacient. Slinivka. Konzervativní a chirurgická léčba

Žadatel:

Barva Jiří, Sportovní 1435/8, Moravská Třebová 571 01, j.barva@seznam.cz

Informační prameny:

Databáze: Bibliomedica čechoslovaka (BMC)
Medvik
Katalog MZK – knihy
Souborný katalog - knihy
Závěrečné práce - Theses
EBSCO
Science Direct

Časové vymezení dokumentů:

Od r. 2002

Jazykové vymezení dokumentů:

Čeština, angličtina

Druh dokumentů

Knihy, články, závěrečné a diplomové práce

Jméno zpracovatele:

Ing. Marie Matoulková

Datum vypracování:

17.10.2012

Rozsah:

1,5 hod. strojového času	240,-
1x CD	15,-
poštovné	14,-
celkem	269,-

IČ 00094943
DIČ CZ00094943

KB BRNO-MĚSTO
č.ú. 98832621/0100

PŘÍLOHA B - Povolení k nahlédnutí do dokumentace

Žádost o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace / o pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace

Já Barva Jiří Dis narozen/a: 4. 10. 1989
bytem: Moravská Třebová, Sportovní 8, 571 01
telefon: 731 385 665 číslo občanského průkazu: 113184061
e-mail: J.Barva@seznam.cz

Žádám o:

- nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě
 o pořízení zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě
 nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o tomto pacientu:
 o pořízení zdravotnické dokumentace vedené o tomto pacientu:

Podmanická Jarmila, 1954 osobně / personál
jméno a příjmení pacienta, datum narození pacienta, vztah k pacientovi 7 dárce / pracovník lékařské péče
Požaduji zpřístupnit zdravotnickou dokumentaci vedenou na pracovišti (oddělení, datum) Nemocnice Boskovice s.r.o.:
CHIRURGICKÁ JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE

V případě výpisu, opisu nebo kopie zdravotnické dokumentace žádám o:

- pořízení veškeré zdravotnické dokumentace
 pořízení těchto částí zdravotnické dokumentace:

Výpis, opis nebo kopie zdravotnické dokumentace:

- převzmu osobně
 požaduji zaslat na výše uvedenou adresu

Zavazuji se uhradit náklady spojené s pořízením vyžádaného výpisu, opisu nebo kopie zdravotnické dokumentace dle aktuálního ceníku placených služeb Nemocnice Boskovice s.r.o a dále případné poštovné. Beru na vědomí, že kopie dokumentace budou vydány až po zaplacení.

V Boskovicích dne: 15. 11. 2012 Barva
podpis žadatele*

zakřížkujte Váš požadavek

*podpis musí být úředně ověřen, je-li žádost zaslána poštou

24. 2. 2013

Podmanická Jarmila