

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍ  
PANKREATITIDOU

Bakalářská práce

KOMIHOVÁ SABINA

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Praha 2014

Schválení

## **ABSTRAKT**

KOMIHOVÁ, Sabina. *Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD. Praha 2014. 61 str.

Bakalářská práce se zabývá onemocněním slinivky břišní. Akutní pankreatitida je velmi závažné onemocnění, velmi podceňované ze strany pacientů. Onemocnění často může končit smrtí. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části se popisuje onemocnění, vznik onemocnění, příznaky, diagnostika, metody léčení.

V praktické části je demonstrován ošetrovatelský proces pacienta s touto chorobou a nejčastější ošetrovatelské diagnózy spojené s chorobou.

Práce má sloužit k pochopení onemocnění, k uvědomění si závažnosti stavu. Má přimět pacienty ke změně životního stylu.

Práce je doplněno o doporučení pro praxi, ze které mohou využít informace: pacient, rodina, ošetrovatelský personál.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Akutní pankreatitida. Pacient. Ošetrovatelský proces. Životní styl.

## **ABSTRACT**

KOMIHOVÁ, Sabina. *Nursing process for Patients with Acute Pancreatitis*. College of Nursing, o. p. s. Target title: Bachelor (Bc.). Thesis supervisor: PhDr. Hana Belejová, PhD. Prague 2014. 61 pgs.

The thesis deals with a pancreatic disease. The acute pancreatitis is very serious disease which is underestimated by the patients and no treatment can cause death. The Bachelor's thesis is divided into two parts. The first part is theoretical, this part describes the disease, an onset of the disease, the symptoms, the diagnostics and the methods of treatment.

The second part is practical. The nursing process for patients with acute pancreatitis and the most common diagnoses are demonstrated in this part of thesis.

The thesis is identified for understanding disease and to notification the risks. The thesis should get people to change their lifestyle.

Recommendations for practice and the helpful information for a patient, a family and the nursing staff are included in the annexes.

## **KEYWORDS**

Acute Pancreatitis. Patient. Nursing process. Life style.

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci na téma *Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou* jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou všechny citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce.

Jako autor uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že v souvislosti s vytvořením této bakalářské práce jsem neporušil autorská práva třetích osob, zejména jsem nezasáhl nedovoleným způsobem do cizích autorských práv osobnostních a/nebo majetkových a jsem si plně vědom následků porušení ustanovení § 11 a následujících zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, včetně možných trestněprávních důsledků vyplývajících z ustanovení části druhé, hlavy VI. díl 4 Trestního zákoníku č. 40/2009 Sb.

V Praze dne 31. 5. 2014

.....

(podpis autora)

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji vedoucímu bakalářské práce paní PhDr. Haně Belejové, PhD. za účinnou metodickou, pedagogickou a odbornou pomoc a další cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

V Praze dne 31. 5. 2014

.....

(podpis autora)

# OBSAH

<b>Seznam zkratk</b>	<b>11</b>
<b>Úvod</b>	<b>10</b>
<b>1 Akutní pankreatitida</b>	<b>11</b>
1.1 Historie akutní pankreatitidy .....	11
1.2 Epidemiologie .....	13
1.3 Etiologie .....	13
1.4 Symptomatologie žaludeční .....	14
1.5 Diagnostika .....	15
1.5.1 Diagnostika laboratorní .....	16
1.5.2 Diagnostika – zobrazovací metody .....	16
1.5.3 Diagnostika – endoskopické metody .....	17
1.6 Léčba .....	17
1.6.1 Léčba konzervativní .....	18
1.6.2 Léčba endoskopická .....	18
1.6.3 Chirurgická léčba .....	18
1.7 Komplikace AP .....	19
1.8 Prognóza .....	21
<b>2 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou</b>	<b>22</b>
<b>3 Ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou</b>	<b>24</b>
3.1 Ošetrovatelský proces .....	24
<b>4 Doporučení pro praxi</b>	<b>60</b>

<b>5 Závěr</b>	<b>62</b>
<b>Literatura</b>	<b>63</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>66</b>



## **SEZNAM ZKRATEK**

AP – akutní pankreatitida

ARO – anesteziologicko resuscitační oddělení

ATB - antibiotika

CT – počítačová tomografie

CVK – centrální venózní katetr

EPT – endoskopická papilosfinkterotomie

ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

EV – enterální výživa

GIT – gastrointestinální trakt

CHP – chronická pankreatitida

IGEK IMP – interní gastroenterologická klinika intenzivní metabolická péče

NGS – nazogastrická sonda

NJS – nazojejunální sonda

NZLP – nelékařský zdravotnický personál

PC – personální computer

PV – parenterální výživa

RTG – rentgen

TK – krevní tlak

USG – ultrasonografie

VAS – vizuální analogová škála bolesti

OS – dieta čajová

## ÚVOD

Jako téma bakalářské práce jsme zvolili ošetrovatelský proces u pacienta s akutní pankreatitidou. Toto téma bylo zvoleno na základě pracovních zkušeností na jednotce intenzivní metabolické péče gastroenterologické kliniky ve Fakultní nemocnici Brno.

Akutní pankreatitida je velmi závažné zánětlivé neinfekční onemocnění slinivky břišní. I přes ohromný pokrok v diagnostice a terapii, mortalita zůstává stále vysoká. Nemocných stále přibývá. Dle průběhu nemoci rozdělujeme pankreatitidu na lehkou akutní pankreatitidu a těžkou akutní pankreatitidu.

S příčinami onemocnění se setkáváme téměř denně v běžném životě, mohou to být například dietní chyby, kterým velice nahrává dnešní životní styl, nadměrná konzumace alkoholu, nebo nejčastější příčina cholelitiáza.

Diagnostika se odráží od klinického obrazu pacienta, jsou využívány převážně zobrazovací metody, laboratorní vyšetření a skórovací systémy. Hlavním úkolem diagnostiky je zjistit a stanovit závažnost onemocnění, etiologii a následnou terapii.

Léčba akutní pankreatitidy se liší na základě závažnosti. U lehké pankreatitidy postačí konzervativní léčba s dietním omezením, kdežto těžká pankreatitida si často žádá chirurgický zákrok. Rekonvalescence je náročná a hlavně záleží na přístupu pacienta.

Na celkový stav pacienta má velký vliv psychický stav. Protože pacient převážně v akutní fázi trpí silnými bolestmi, je téměř závislý na zdravotním personálu. Důležitou roli zde sehrává co nejrychleji odstranit dyskomfort pacienta a zajistit psychickou podporu.

Cílem této práce je demonstrovat ošetrovatelský proces pacienta s tímto onemocněním. Poukázat na časté problémy, nabídnout možné řešení.

# 1 AKUTNÍ PANKREATITIDA

Akutní pankreatitida představuje v třetím tisíciletí stále větší problém, převážně v civilizačních zemích. Nemocných s AP mírně stoupá v důsledku vzrůstající potřeby konzumovat alkohol, ale i v důsledku přetrvávajících chyb ve stravování.

Terapií AP se zabývají téměř všechny větší chirurgické pracoviště v ČR. V posledních dvaceti letech diagnostiku AP ovlivnily dvě převratné zobrazovací metody: ultrasonografie (USG) a výpočetní tomografie (CT).

Metody napomáhají stanovit přesnou anatomickou diagnostiku, stanovují rozsah onemocnění a posléze přesně cílenou terapii.

Díky novým diagnostickým metodám se změnil i přístup léčby. Dříve se téměř každá forma pankreatitidy řešila chirurgicky, ovšem dnes se častou využívá konzervativního přístupu. Stejně tak tomu je s užíváním antibiotik. Léčba antibiotiky je dnes zdrženlivější než tomu bylo dříve.

Přes všechny nové objevy za posledních dvacet let visí nad tímto onemocněním stále mnoho otázek. To vede lékaře k dalšímu bádání a zcela jistě revoluční pokroky se teprve dostaví (Kostka, 2006).

## 1.1 Historie akutní pankreatitidy

Onemocnění AP je zřejmě staré jako lidstvo samo. V roce 323 př. n. l. v Babyloně zemřel jeden z největších vládců tehdejšího světa Alexander Veliký. Zemřel v pouhých 33 letech. Publikací o jeho smrti bylo mnoho, velmi se spekulovalo o příčině. Vzhledem k jeho bujarému životu, který vedl, se mohlo právě jednat o AP. Nasvědčují tomu i historicky doložené příznaky chvíli před jeho smrtí. Příznaky nasvědčují, že se jednalo o nekrotizující pankreatitidu se sepsí a orgánovým selháním.

Řecký lékař Galenos (2. st. n. l.) popsal pankreas jen jako žlázovité těleso, jehož funkcí byla ochránit velké retroperitoneální cévy.

Římský lékař Bartheolomeo Eustachio (1500 – 1574) jako první zobrazil pankreas.

Anatomické nedostatky vedly k tomu, že choroby pankreatu byly spekulativní. Lékaři si nebyli jistí, zda projevy nemoci patří tomuto orgánu.

V 17. století bylo století velkých objevů v oblasti anatomie, fyziologie a patologie. Amsterodamský lékař Nicolaas Tulp (1593 – 1649) se zapsal do historie patologickým popisem onemocnění pankreatu. Nicolaas Tulp je zvěčněn na slavném Rembrandově obraze s názvem *Anatomie doktora Tulpa*.

Abraham Vatera poprvé (1684 – 1751) demonstroval funkční spojení mezi žlučovými a pankreatickými vývody.

Orgán dostal pojmenování slinivka břišní, zasloužil se o to frankfurtský lékař Samuel Thomas Soemmering. V literatuře bylo pojmenování poprvé publikováno v roce 1769.

18. století nepřineslo žádné závratné objevy, nedošlo k dalšímu pokroku. Byly publikovány jen jednotlivé zprávy nebo literární přehledy.

Počátek 19. století byl zajímavější v ohledu na AP. Proběhly první pokusy o rozdělení pankreatitidy. První klasifikace pankreatitidy od Christiana Freidricha Harlesse z roku 1812. Harles dále rozdělil pankreatitidu na akutní, subakutní a chronickou. Zařadil i nové příznaky: prudká žízeň, zástava pasáže stolice, tlak v oblasti žaludku, bolesti v zádech, bolesti zhoršující se po jídle, nechutenství.

V roce 1844 Gustav Valentin objevil vliv pankreatické šťávy na štěpení cukrů. Paul Langerhans (1847 – 1888) popsal shluklé kulaté buňky, které dodnes po něm nazýváme Langerhansonovy ostrůvky.

Koncem 19. století narůstá příval informací o pankreatu, například: Justus von Mering a Oskar Minkovski zjistil v roce 1890, že po totální pankreatektomii vznikne diabetes mellitus. V anglicky mluvících zemích je považován za průkopníka v bádání o nemoci Reginald Huber Fitz (1843 – 1913). Položil základy bádání ve své práci z roku 1899. Doplnil patologickoanatomické nálezy a vytvořil klasifikaci choroby, kde rozeznal tři základní typy: forma hemoragická, supurativní a gangrenózní. Také s koncem 19. století dochází k rozvoji chirurgie pankreatu. První operace pankreatické cysty proběhla v budově německé univerzity v Praze v roce 1882 Carlem Gussenbauerem.

Český chirurg Rudolf Jedlička (1869 – 1926) se velmi zasloužil o rozpoznání pankreatických pseudocyst a jejich chirurgické řešení, které zpracoval do své práce. Spolu s Antonim Juraszem se stali prvními, kteří provedli pseudocystogastrostomii.

K rozvoji poznání choroby se zasloužili mnozí čeští lékaři. Z internistů zejména Karel Herfort (1906 – 2000), byl považován za zakladatele československé pankreatologie. Jeho žák Přemysl Frič v sedmdesátých letech 20. století zavedl nové diagnostické metody – pankreozymín-sekretinový test. Z chirurgů se problematikou zabýval Vladimír Vojtíšek (1916 – 1988), jeho oblíbené téma na přednáškách byla alkoholová pankreatitida. Další významní lékaři v této problematice: chirurg Marie Pešková, Jan Šváb, Jan Leffler – autor monografie o AP (Kostka, 2006).

## **1.2 Epidemiologie**

Onemocnění má v zemích Evropy a severní Ameriky vzestupný směr. Je to podmíněno hlavně vyšší konzumací alkoholu a vysoce kalorických jídel, především jídel s vysokým obsahem živočišných tuků.

Onemocnění AP se pohybuje mezi 11 – 23 případy na 100 000 obyvatel za 1 rok (Evropa, severní Amerika). Ve 20 % případech se jedná o akutní stav. Výskyt se v % liší podle území. Například v muslimské Malajsii alkohol jako spouštěč AP zcela chybí, naopak je to v jižní Africe, zde 83 % pankreatitid způsobuje právě alkohol. Rozdíl výskytu AP je i pohlaví, ženy jsou 3 krát častěji postiženy, než muži (Kostka 2006).

Mortalita onemocnění se mění podle stavu pacienta, pohybuje se mezi 4 – 10 %, u pacientů s těžkou formou až 30% a u pacientů, kde se vyskytují infekční komplikace, tak mortalita může dosahovat až 60 – 80 % (Lukáš, Žák, 2007).

## **1.3 Etiologie**

AP může vyvolat řada etiologických faktorů. Nejčastější typy AP jsou alkoholová, idiopatická a biliární. Nezávisle na příčině dochází k řadě patofyziologickým jevům, které vedou k samonatrávení slinivky břišní vlastními enzymy.

## Typy AP

- **Biliární** – klasická AP, po odstranění příčiny onemocnění odezní bez patologických změn.
- **Alkoholická** – po dlouhodobém užívání alkoholu dojde k patologickým změnám.
- **Idiopatická** – to jsou případy, kdy jasná příčina není známa, ani po podrobném vyšetření.
- **Iatrogenní** – při operaci, po ERCP/EPT.
- **Po léková.**
- **Metabolická** – hyperlipoproteinémie, sekundární hyperlipémie (jaterní cirhóza, chronický alkoholismus, gravidita).
- **Hormonální** - hyperparathyreóza, gravidita, laktace.
- **Po traumatech** – při úrazu v oblasti dutiny břišní může dojít k poškození slinivky břišní (Kostka 2006).

## 1.4 Symptomatologie žaludeční

Vzhledem k umístění slinivky břišní není symptomatologie specifická. AP patří mezi akutní příhody břišní. K subjektivním projevům patří především bolest, nauzea, zvracení, dochází i k zástavě a střevní peristaltiky.

- **Bolest** je základní příznak. Začíná několik hodin po spouštěcím faktoru, což 80% je nejčastěji cholelitiáza a alkohol. Bolest se stupňuje, vrcholu dosahuje za 30 – 60 minut po začátku pociťování bolesti. Bolest pak má trvalý charakter a může přetrvávat několik hodin až dnů. Bolest pacienti lokalizují v oblasti epigastria a v okolí pupku. Zhoršuje se v poloze na zádech, pacienti zaujímají fetální polohu na boku - dostavuje se mírná úleva. Bolest je mnohdy naprosto zničující. Po požití jídla či tekutin bolest více zesiluje.

- **Nauzea** a zvracení patří také k základním příznakům AP. V prvních fázích je zvracení spíše reflexní, později je způsobenou žaludeční a střevní parézou. Rychle dochází ke změnám vodního a minerálního hospodářství (hypovolémie, hypokalémie). V takovéto fázi je vhodné zavést žaludeční sondu s doplňování tekutin je nutné.
- **Zástava střevní peristaltiky** a distenze břicha jsou zcela obvyklé u AP. Distenzi břicha zhoršují opiátová analgetika.
- **Teplota** je běžná v akutní fázi, je výrazem reakce organismu na zanícený pankreas. Teplota kolísá kolem 38 – 38,5 °C, v sepsi dosahuje 39 – 40 °C.
- **Dušnost** je způsobena distenzí břicha, bránice je vytlačena vzhůru. Respirační selhání je obvyklejší než infekce a sepse.
- **Ikterus** nepatří mezi typické příznaky AP. Zanícená hlava pankreatu tlačí na společný žlučovod.
- **Oběhové změny** – u lehčích forem je přítma pouze tachykardie, TK kolísá. U těžkých forem TK stoupá, dochází k tachykardii a ke zrudnutí v obličeji. Může se rozvíjet šok, který následně vede ke zhroucení oběhu.

**Kromě uvedených příznaků může docházet k patogenetickým změnám:**

**Greyovo – Turnerovo znamení** – šedavé až žluté ekchymózy na bocích,

**Cullenovo znamení** – promodrávání a ekchymózy kolem pupku,

**Halsteadovo znamení** – mramorování kůže břicha,

**Foxovo znamení** – ekchymózy pod třísky (Kostka, 2006).

## 1.5 Diagnostika

Pro správnou a přesnou diagnostiku je předpoklad pečlivě odebraná anamnéza a fyzikální vyšetření.

### 1.5.1 Diagnostika laboratorní

Laboratorní vyšetření tvoří základ diagnostiky. Důležité je stanovení pankreatických ioenzymů amylázy v séru a v moči → téměř vždy jsou hodnoty zvýšené.

- **Jaterní testy** – bývají zvýšené u biliární pankreatitidy,
- **CRP** – signalizuje přítomnost zánětu, kritická hodnota 120 mg/l v prvních 48 hodinách,
- **KO** – leukocytóza u těžkých zánětů,
- **Hladina minerálů v séru** – poukazuje na stav vnitřního prostředí,
- **Urea, kreatinin** – stav renálních funkcí,
- **Krevní plyny** – upozorňují na možný rozvrat vnitřního prostředí při šoku,
- **Celková bílkovina a albumin** – vypovídají o stavu stavu výživy organismu,
- **Glykémie** – zvýšená při poruše sekrece inzulínu (Lukáš, Žák, 2007).

**Ronsonova kritéria** – 11 faktorů, které určují hranici mezi lehkým a těžkým průběhem:

**Při přijetí:** věk nad 55 let, leukocyty na 16 000/ mm<sup>3</sup>, glykémie nad 11,0 mmol/l, LDH v séru nad 350 U/l (5,83 mmol/l), AST více než 250 U/l (4,16 mmol/l).

**Po 48 hodinách:** pokles hematokritu o více než 10 %, vzestup N urey o více než 5 mg/dcl (2,0 mmol/l), pokles sérového kalcia pod 2 mmol/l, pokles paO<sub>2</sub> pod 60 mm Hg (8 kPa), base deficit větší než 4 mmol/l, sekvestrace tekutin větší než 6 l (Kostka, 2006).

### 1.5.2 Diagnostika – zobrazovací metody

- **Počítačová tomografie** - klíčová zobrazovací metoda v diagnostice AP, v kombinaci s aplikovanou kontrastní látkou. Poskytuje cenné údaje o stavu slinivky břišní, o stupni poškození, o přítomnosti komplikací.



- **Nativní snímek břicha a hrudníku** – RTG patří k vstupním vyšetřením.
- **Ultrasonografie** – neinvazivní vyšetření, lze provést u každého pacienta. Vyšetření limituje náplň střeva, provádí se pokud možno nalačno. Význam má hlavně v diagnostice u biliární pankreatitidy, kde odhalí kameny ve žlučníku a společném žlučovodu.

### 1.5.3 Diagnostika – endoskopické metody

- **ERCP** – diagnosticko-terapeutické vyšetření žlučového systému a slinivky břišní. Invazivní metoda, nejspolehlivější při odhalování nádorového onemocnění pankreatu. Vyšetření se provádí pomocí duodenoskopu s laterální optikou. Vyšetření je prováděno na specializované klinice a příslušnou vyšetřovnou. Na vyšetřovně musí být k dispozici endoskopické pomůcky, RTG přístroj (využíván ke skiagrafii). Tým se sestavuje z lékaře, dvou sester a jednoho radiologického pracovníka.
- **Indikace** – onemocnění slinivky břišní (pankreatických vývodů), obstrukční ikterus, stenózy žlučových cest, iatrogenní poškození žlučových cest, těžká biliární a chronická pankreatitida,
- **Kontraindikace** – nemožnost navazující terapie, nesouhlas a nespolupráce pacienta, stenózy v orofaciální oblasti, oběhová nestabilita pacienta, těžké poruchy vnitřního prostředí,
- **Komplikace** – akutní pankreatitida a cholanoitida, stenózy papily, hemobilie, biliární peritonitida, alergická reakce, perforace vyšetřovaného orgánu, masivní krvácení, kardiovaskulární komplikace, infekční kontaminace (Holubová, Novotná, Marečková, 2013).

## 1.6 Léčba

V první řadě je pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče, monitorují se životní funkce: krevní tlak, pulz, teplota, diuréza a centrální žilní tlak.

### 1.6.1 Léčba konzervativní

- **Volumoresuscitace** – základ konzervativní terapie, aplikuje se velké množství parenterální cestou (5 – 15 l), zlepšuje mikrocirkulaci a zabraňuje rozvoji šoku.
- **Analgetická léčba** – nejčastěji se používá tramadol, eventuálně spasmolytika.
- **Vyloučení příjmu potravy** – nic per os, zavádí se NGS na odsání žaludečního obsahu.
- **Výživa** – v akutní fázi se podává pouze parenterální výživa, později se přechází na enterální výživu pomocí NJS
- **Antibiotika** – aplikují se při infekčních komplikacích, z pravidla se podávají širokospektrá ATB.
- **Protišoková léčba** – podává se ve velmi závažných stavech, kde dochází k rozvoji šoku a následnému selhání orgánů.

### 1.6.2 Léčba endoskopická

Urgentní endoskopie se provádí u pacientů s AP, kteří mají známky obstrukce žlučových cest. Proveďte se ERCP, pokud je nalezen konkrement, provádí se endoskopická papilofinkterotomie (EPT), dojde k uvolnění žlučového systému.

### 1.6.3 Chirurgická léčba

Kdy přistoupit k chirurgickému řešení je velmi obtížné načasovat. Hlavní indikací jsou infikované nekrózy pankreatu. Nekrózy zhoršují klinický stav pacienta, pacient nereaguje na konzervativní léčbu.

Infikované nekrózy narůstají po prvním týdnu onemocnění a maximální výskyt nekrotů po třetím týdnu. K průkaznosti se používá CT s kombinací kontrastní látky.

Další indikací pro chirurgický zákrok jsou lokální komplikace AP, pankreatický absces, symptomatický pankreatická pseudocysta, ischemie okolních orgánů (Lukáš, Žák, 2007).

### **Chirurgické techniky:**

- **Nekrektomie** – odstranění ložiska infikované nekrózy spojená s drenáží a laváží.
- **Konvenční drenáž** – laparotomický přístup k pankreatu, nefrektomie a následně gravitační drenáž. Tato metoda se používá již od roku 1963 i přes operační mortalitu 30 – 60 %. Je častá pooperační infekce až sepse.
- **Lavážní techniky** – zavede se lavážní drén a dutina břišní se uzavře. Tato technika je velmi oblíbená, slouží k vyplavování volných nekrotických a má četné variace. K proplachům se používá fyziologický roztok. Slabší přívodný drén je zaveden do omentální burzy a silnější odvodné drény po obou stranách břicha a Douglasova prostoru. Metoda je velmi přínosná u středně těžké pankreatitidy (Kostka 2006).

## **1.7 Komplikace AP**

AP doprovází řada komplikací, k řešení problému je zapotřebí odborníků ze svého oboru (anesteziolog, chirurg, internista, rentgenolog).

### **Akutní komplikace AP:**

- **Krvácení** – z arodovaných kapilár a malých žil, běžně doprovází těžkou formu AP, protože jsou nejméně odolné vůči účinku pankreatických proteáz a lipáz. Toto krvácení nevyžaduje chirurgický zákrok, krevní ztráty se doplňují krevními transfúzemi. Aroze větších žil vede k masivnějšímu krvácení a zde je chirurgický zákrok nezbytný. Pro pacienta i pro chirurga je zákrok náročný. Tepenné krvácení v průběhu AP je vzácné.

Krvácení do GIT je velmi závažný stav, příčinou bývá peptický vřed, erozivní gastritida, nebo jícnové varixy.

- **Ischémie a infarzace** – ischémie střeva v průběhu AP je velmi závažná, může vést až perforace. Zánět se šíří z pankreatu do okolí, nejčastěji zasahuje levý

tračník. Diagnostika je obtížná, protože symptomy poukazují hlavně na probíhající AP.

- **Perforace** – je vzácná, obvykle nepřesahuje 1 – 3 %.
- **Žilní trombóza** – nejčastěji postihuje lineální, portální, horní mezenterickou a zřídka renální žílu. V léčbě se volí spíše konzervativní postupy: antikoagulancia, trombolýza, popřípadě balónková dilatace.
- **Obstrukce GIT** – způsobena šířením zánětu. Postihuje levý kolon. Úplná obstrukce je výjimečná. Léčba chirurgická – resekce střeva a u těžkých stavů stomie.

#### **Pozdní komplikace AP:**

- **Pankreatická píštěl** – není častá, ale může se vyskytnout po nekrosectomii a drenáži infikovaného ložiska v pankreatu. Mnohem častěji je u chronické pankreatitidy. Píštěl může zasahovat do peritonea, retroperitonea i mimo dutinu břišní. Diagnostikuje se odebráním ascitu, pleurální tekutiny. Je přítomna zvýšená hladina amyláz. Léčba je konzervativní, zavede se NGS, nic per os, pouze parenterální výživa a aplikují se antisekretorika – somatostatin. Chirurgická léčba je indikována pouze v případě, že konzervativní selže.
- **Pseudocysta pankreatu** – ohraničená kolekce pankreatické šťávy, ohraničení je tvořeno granulační a fibrózní tkání. Vzniká z důvodu AP, pankreatického traumatu nebo CHP. Pseudocysty se dělí na akutní a chronické, jejich rozlišení je zásadní, neboť určuje onemocnění slinivky (AP, nebo CHP). Vznik pseudocytů trvá zhruba čtyři týdny po prvních příznacích onemocnění. Léčba pseudocytů je neoperační a operační.
- **Neoperační postupy** – pozorování a čekání, perkutánní aspirace tenkou jehlou, kontinuální katéetrová drenáž, endoskopické drenáže (cystogastrostomie, cystoduodenostomie, transpapilární stentáž a drenáž).
- **Operační postupy** - zevní drenáž, vnitřní drenáž (pseudocystogastrostomie, pseudocystoduodenostomie, pseudocystojejunostomie), pankreatická resekce, laparoskopické výkony (Kostka, 2006).

## 1.8 Prognóza

U většiny případů AP (80 %) mají mírnější průběh. Stav pacientce zlepšuje po několika dnech hospitalizace za pomoci konzervativní léčby. Zbýlých 20 % představují závažné stavy, ohrožující život pacienta. Jedná se o nekrotizující pankreatitidy. Jejich mortalita je 10 – 30 %. O prognóze se dá uvažovat až po 48 hodinách po hospitalizace. Nejvíce napomáhá stanovit prognózu po CT vyšetření. Pro další stanovení prognózy bylo vypracováno mnoho skórovacích systémů (Glasgow, Ransonova kritéria, APACHE skóre). Tyto skórovací systémy mohou určit pravděpodobný vývoj onemocnění. V praxi se velmi často využívá laboratorního vyšetření. Laboratorní parametr CRP určuje průběh onemocnění, vzestup hladiny nad 120 mg/l během prvních 48 hodin svědčí o těžké AP (Lukáš, Žák, 2007).

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

Pacienti s akutní formou pankreatitidy bývají hospitalizováni na jednotkách gastroenterologické kliniky. Tato klinika je vybavena lékaři specialisti, proškoleným týmem sester, potřebnými diagnostickými pomůckami a diagnostickými přístroji. Dle stavu může být pacient operován a následně přeložen na chirurgické oddělení či ARO, pokud pacient není v bezprostředním ohrožení života, přeloží se zpět na gastroenterologickou kliniku, kde se popřípadě následně učí používat enterální pumpu k enterální výživě.

### **Pohybový režim**

Pacient je umístěn na lůžko, které je řádně vybavené. Pacient trpí silnými bolestmi, které mu neumožňují téměř žádný pohyb, snaží se nalézt úlevovou polohu. V poloze na zádech se bolest zhoršuje, proto zaujímá polohu na boku s pokrčenými koleny a dostává i.v. léky od bolesti. Ve fázi, kdy je pacient schopný pochybu není nijak zvlášť omezený.

### **Monitorování**

Monitorují se fyziologické funkce TT, TK, P – u akutní pankreatitidy má pacient sklon k tachykardii a zvýšené teplotě. Sleduje se výdej moče za 24 hodin, stolice, vomitus. Pacient v prvotní fázi nic per os, aby nedošlo k dalšímu dráždění slinivky, sleduje se dodržování opatření, pokud pacient opatření nedodrží, je sestrou i lékařem znovu poučen o režimu. Monitoruje se váha, otoky končetin, popřípadě odvod břicha. Sleduje se stupeň bolesti.

### **Výživa**

Nic per os, pacient dostává parenterální výživu, sestra podává speciální AIO vaky naředěné přímo konkrétnímu pacientovi. Dle stavu pacienta a slinivky bývají nejprve povoleny tekutiny omezeny do litru, dle tolerance bez omezení, sestra vede bilance tekutin. Pacient dostává sipping Nutridrink, Fresubin a jiné dle možností pracoviště. Pro další výživu se pacientovi zavádí nazoenterální sonda. S enterální výživou se začíná

postupně po malých dávkách s pomalou rychlostí. Pacient nemusí sondu, nebo výživu tolerovat. Sondu může vyzvracet, po výživě se může cítit plně, může ho bolet břicho, výjimečná není ani častá řídká stolice.

### **Vyprazdňování**

Sestra sleduje odchod stolice a plynů, sleduje množství, charakter, barvu, příměsi popřípadě bolest při vylučování, vše zaznamenaná a při změnách informuje lékaře. Sleduje se množství moči, pacient sbírá pravidelně moč za 24 hodin pro biochemické vyšetření.

### **Hygienická péče**

Ve fázi, kdy je pacient paralyzován bolestí, sestra dopomáhá pacientovi při hygieně na lůžku. V lepším stavu je pacient schopen se obstarat sám. Sestra pravidelně mění ložní prádlo, dbá na pacientovu čistotu a čistotu jeho okolí.

### **Spánek**

Kvalitu spánku značně narušuje bolest. Sestra podává analgetika dle ordinace lékaře. Po podání analgetik většinou pacient na chvíli zaspí bolest. Sestra zajistí pacientovi vhodné podmínky pro spánek a sleduje jeho fyziologické funkce během spánku (Kapounová, 2007).

## **3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU**

### **3.1 Ošetřovatelský proces**

Ošetřovatelský proces sběr informací, plánovaná a systematická činnost, pomocí které poskytujeme péči pacientovi. V ošetřovatelském procesu využíváme několik kroků, které jdou v logickém a systematickém pořadí. Každý krok je u každého pacienta individualizován a aktualizován dle stavu pacienta.

#### **1. Posuzování**

Sběr informací, který se provádí záměrně a systematicky. Posuzování pacienta začíná vstupním pohovorem a trvá po celou dobu hospitalizace. Informace se mohou získávat přímo od pacienta, nebo od osoby doprovázející pacienta, od rodiny, sestra sama vyzporuje informace, dále ze zdravotní dokumentace. Všechny získané informace sestra zdokumentuje. K získávání informací napomáhají metody jako je rozhovor, pozorování, fyzikální vyšetření sestrou.

#### **2. Diagnostika**

Diagnostika se opírá hlavně o pacientovi objektivní a subjektivní příznaky a potřeby. Každý pacient má rozdílné problémy, rozdílné potřeby, proto je individuální přístup naprosto nevyhnutelný. V tomto kroku se zpracovávají informace a stanovují se ošetřovatelské diagnózy. Diagnózy jsou aktuální a potencionální. Diagnózy se mohou měnit dle stavu pacienta po dobu hospitalizace.

#### **3. Plánování**

V tomto kroku se plánují postupy, které vedou k dosažení cíle. Plánování je systematické. Zde se využívají zpracované informace o pacientovi. Sestra stanovuje intervence s cíly. Cíle mají být reálné. Na plánování se podílí jedna nebo celý tým sester, sám pacient a další členové zdravotnického personálu.



#### **4. Realizace**

Realizace znamená, aplikování stavených intervencí na pacienta v rámci ošetrovatelské péče. V realizaci se vykonávají ošetrovatelské činnosti zaměřeny na dosažení cílů. Sestra vede záznam o realizaci, zaznamenává intervence prováděné v určitém čase a jejich efekt.

#### **5. Hodnocení**

Sestra opět sleduje pacienta, hodnotí efekt stanovených intervencí. Pokud bylo dosaženo žádoucího cíle, není třeba dále pokračovat v intervencích. Pokud bylo cíle dosaženo částečně, sestra pokračuje v plánu. Zda cíle dosaženo nebylo, je nutno přehodnotit stanovené intervence, popřípadě přehodnotit cíl (Sysel, Belejová, Masár, 2011).

## IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

<b>Jméno a příjmení :</b> Mgr. O. A.	<b>Pohlaví:</b> muž
<b>Datum narození:</b> -----	<b>Věk:</b> 35
<b>RČ:</b> 000000/0000	<b>Číslo pojišťovny:</b> 211
<b>Vzdělání:</b> vysokoškolské	<b>Zaměstnání:</b> student
<b>Stav:</b> svobodný	<b>Státní příslušnost:</b> ČR
<b>Datum přijetí:</b>	<b>Typ přijetí:</b> přeložen
<b>Oddělení:</b> Interní gastroenterologická klinika	<b>Ošetřující lékař:</b> MUDr. R. K.

**Důvod přijetí udávaný pacientem:** Po vypití několika piv a nějakého vína se mi udělalo zle, břicho mě pobolívá už déle jak týden. Nevypil jsem víc než obvykle. Bolesti do hodiny byly naprosto nesnesitelné. Myslel jsem, že je to můj konec. Zvracel jsem, když už jsem neměl co, bolest zesílila a bolelo mě silně i v zádech. Kamarád mě přivezl do nemocnice, brali mi krev, měřili tlak, teplotu, dali mi léky, po kterých se mi ulevilo jen velmi málo, nebyl jsem schopen pořádně vnímat doktora a sestry. Asi do hodiny mě převezli na oddělení. Za 14 dní mě operovali.

**Medicínská diagnóza:** Idiopatická akutní pankreatitida

**Medicínská diagnóza vedlejší:** Úzkostně depresivní stavy, Abúzus alkoholu

## VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

<b>Tk:</b> 130/80 mmHg	<b>Výška:</b> 186,0 cm
<b>P:</b> 95/min	<b>Hmotnost:</b> 96,0 kg
<b>D:</b> 17/min	<b>BMI:</b> 27, 7
<b>TT:</b> 36,9 °C	<b>Pohyblivost:</b> omezená
<b>Stav vědomí:</b> lucidní, orientován	<b>Krevní skupina:</b> B+

**Nynější onemocnění:** Pacient s akutní pankreatitidou – toxonutritivní etiologie  
2.1. přijat na IGEK IMP. Provedeno CT břicha – obraz těžké pankreatitidy, postižená převážně hlava pankreatu, s možnými nekrózami, rozsáhlé, neohrazené tekutinové kolekce peripankreaticky. Prosáknutí i podél distálního jícnu v mediastinu. Nastavená standardní terapie – PV, ATB Tazocin – pro nárůst PCT změněny ATB na Meronem. Podávány analgetika. Nastaven inzulinový režim pro stresový DM. 5.1.2014 zavedena NJS – poloha upravena endoskopicky. 6.1.2014 start EV, 8.1.2014 extrakce sondy pacientem. Sonda znovu zavedena, kontrolována RTG, opět podávána EV.

Oběhově a ventilačně pacient stabilní. Při vědomí, lucidní, spolupracuje. Informován o svém zdravotním stavu v celém rozsahu. Dle psychiatrického konzilia – úzkostně depresivní porucha. 14.1.2014 kontrolní CT břicha, kde progrese nálezu, zvětšená peripankreatická kolekce, zasahuje až do malé pánve. NJS vyzvracel, další nezaváděna pro nález v břiše, zavedena NGS na spád (pravá nosní dírka) – odvádí hojně žaludeční šťávy.

Dle chirurgického konzilia indikace k operační revizi a drenáži. Pacient s výkonem souhlasí, souhlasy podepsal. Před výkonem hematologické konzilium, dle doporučení těsně před odjezdem na sál podán Dicynone 2amp i.v. ATB středisko doporučilo posílení ATB terapie: Meronem, Ampicilin, Metronidazol. Po zákroku přeložen na ARO.

16.12.2014 provedena nefrektomie, evakuace abscesu, laváž. Pooperační péče na ARO. Výkon bez komplikací, po celou dobu pacient oběhově stabilní. Zahájena enterální nutrice, upravena ATB léčba, pacient bez rozvoje orgánového selhání.

**Informační zdroje:** zdravotnická dokumentace, pacient, lékař, sestry.

## ANAMNÉZA

### Rodinná anamnéza:

Bezvýznamná.

### Osobní anamnéza:

*Chronická onemocnění* - deprese, panické ataky, abúzus alkoholu,

*Hospitalizace* - v 16 letech,

*Operace* - předešlé nejuje,

*Úrazy* - poúrazový subkapsulární hematom ledviny v 16 letech,

*Transfúze* – nejuje,

*Alergie* – nejuje.

### Farmakologická anamnéza:

#### V předchorobí

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Escitalopram	Tableta	20 mg	1-0-0	Antidepressivum
Betaloc	Tableta	50 mg	1-0-0	Antihypertenzivum
Controloc	Tableta	40 mg	1-0-0	Antiulcerózum

### Abúzy:

*Alkohol* - pivo 4x denně, občas víno, tvrdý alkohol nejuje,

*Kouření* - stop kuřák 12 let,

*Káva* - 2x denně,

*Léky* - pouze dle ordinace praktického lékaře,

*Jiné drogy – 0.*

**Rodinná anamnéza:**

*Stav* - rodina úplná, jeden bratr,

*Bytové podmínky* - Bydlí v bytě sám,

*Vztahy, role, interakce v rodině* - rodina za pacientem dochází pravidelně, vztahy mají dobré, pacient je občas k rodině odměřený, cítí se být pod tlakem, protože rodina si přeje, aby změnil životní styl, který pacientovi vyhovuje, i přes to má od rodiny naprostou podporu.

*Záliby* - čtení historických knih, návštěvy pamětihodností, cestování, sport ho nebaví.

**Pracovní anamnéza:**

*Vzdělání* – vysokoškolské,

*Pracovní zařazení* – osoba samostatně výdělečně činná,

*Ekonomické podmínky* – vyhovující.

**Spirituální anamnéza:**

Pacient věří jen sám v sebe, s žádným náboženstvím nekonvertuje.

Posouzení fyzického stavu ze dne 23.1.2014

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJETIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Hlava a krk</b>	<i>„Momentálně mě hlava nebolí, jen když jsem velmi unavený. Krk bolí jen, když jsem po ránu přeleželý.“</i>	Lebka mezocefalického tvaru, hlava na poklep nebolestivá. Pohyb neomezen. Vlasová pokrývka bez odchylky. Obličej je symetrický, kůže růžová, bez patologických změn, bez otoků. Obočí symetrické, oční víčka bez otoků, oční štěrbinu symetrické, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé všemi směry, spojivky jsou růžové, skléry anikterické, zornice jsou okrouhlé, izokorické, reagují na osvit, rohovka je průhledná. Nos přiměřené velikosti a tvaru, volně průchodný bez sekrece, NGS v pravé nosní dírci. Rty jsou symetrické, růžové hladké, vlhké. Sliznice dutiny ústní růžová, bez patologických změn. Jazyk plazí ve střední čáře, růžový, vlhký. Dásně růžové, pevné. Chrup vyvinutý. Ušní boltce přiměřené velikosti, zevní zvukovod bez výtoku. Tvar a délka krku jsou přiměřené tělesnému habitu. Struma nehmatná. Náplň žil v normě.

<p><b>Hrudník a dýchací cesty</b></p>	<p><i>„Dýchá se mi celkem dobře, jen když mám bolesti, je to horší. Když se chci nadechnout bolest je horší, ale teď je to dobrý. Hrudník mě nebolí, ani jsem ho neměl nikdy zraněný.“</i></p>	<p>Hrudník je symetrický, při dýchání se rovnoměrně rozvíjí. Eupnoe je normální, frekvence 17vdechů za minutu, fremitus pectoralis je fyziologické na obou stranách. Poklep plný, jasný. Poslechově v normě, trubicovité dýchání slyšitelné.</p>
<p><b>Břicho a GIT</b></p>	<p><i>„Břicho mě bolí, když se chci posadit, zvlášť kolem těch drénů. Když ležím v klidu, je to dobrý. Plyny odchází. Na stolici chodím tak 1x denně.“</i></p>	<p>Břicho je v úrovni hrudníku. Pupek je vtažený s typickou lokalizací. Břicho na pohmat měkké, palpačně citlivé, hmatné tekutinové kolekce v levém mezigastriu – hůře prohmatné. Játra a slezina nehmatné. Drény odvádí minimální množství, do 2 ml za 24/hodin, sekret z drénu zkalený, proto nadále ponechány. Kůže v okolí drénů klidná. Operační rána hojící se per primam. Stehy prozatím ponechány. Peristaltika pozitivní, plyny odchází, tolice 1x denně, dnes ano.</p>
<p><b>Močový a pohlavní systém</b></p>	<p><i>„Dnes mi vytáhli hadičku, na malé jsem už byl. Žádný problém.“</i></p>	<p>Dnes extrakce PMK, bez známek infekce. Po vytažení PMK, již močil, bez dysurií. Moč sbírá za 24 hodin – odpady v moči. Diuréza dostatečná (1250 ml/ den). Genitál nebolestivý, bez patologických změn.</p>

<b>Kosterní a svalový systém</b>	<i>„Nikdy jsem nic zlomeného neměl. Trochu mě bolí záda, ale to mam asi z toho ležení. Cítím se bolavý, ale pořád ležím, tak je to pochopitelné.“</i>	Pacient v pohybu mírně omezen bolestí při vertikalizaci. Deformity kloubů a páteře nejsou přítomny. Chůze nejistá, možné riziko pádu, ↑ dohled nutný. Rehabilitace zajištěna
<b>Endokrinní systém</b>	<i>„Nikdy jsem problém se štítnou žlázou nebo s cukrovkou neměl. V rodině se cukrovka nevyskytuje.“</i>	Struma nehmatná, nezvětšená, nebolestivá. Stresový DM – intensifikovaný insulinový režim.
<b>Imunologický systém</b>	<i>„O žádných alergiích nevím.“</i>	Pacient si není vědom nějakých alergií, sliznice růžové, bez patologických změn.
<b>Kůže a její adnexa</b>	<i>„Kožní problémy nemám, žádná vyrážka. Jen malé modráky na rameni po vpiších léku na ředění krve.“</i>	Vzhled kůže fyziologický růžový, bez cyanózy, ikteru. Jizva na břiše růžovočervená. Okolí drénů bez zčervenání. Drobné hematomy na pažích po aplikaci antikoagulnc. Kůže pružná.



Aktivity denního života			
		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování	Doma	<p>„Jak se stravujete doma?“</p> <p><i>„Moc nepřemýšlím nad tím co jím, jím na co mám chuť. Nemám čas si doma vařit, často využívám rychlé občerstvení. Mám rád ryby i zeleninu, ale nejsem vybíravý.“</i></p>	Nemohu posoudit.
	V nemocnici	<p>„Tady jím co mi dáte, takže nic, dáváte mi jen výživu hadičkou a do žíly.“</p>	<p>Pacient má naordinovanou dietu OS+EV+PV. Enterální výživa Nutrison Multi Fibre 100 ml/h. Parenterální výživa Nutriflex Peri 1500 ml/24 hodin. Výživu pacient toleruje, nemá pocit hladu, jen mu chybí přijímat jídlo ústy. Chuť k jídlu má. Riziko nedodržení diety v domácím prostředí.</p>
Příjem tekutin	Doma	<p>„Pitný režim dodržuji asi 2 litry za den, mám rád ovocné šťávy různých příchutí a minerálky. Kávu si dávám 2x denně. Tvrdý</p>	Nemohu posoudit.

		<i>alkohol nepiju, jen pivo a víno, množství jak kdy.</i>	
	<b>V nemocnici</b>	<i>„Tady piju jen hořký čaj a neperlivou vodu, vypiju jen asi 1,5 litru. Víc nepotřebuju. Alkohol mi chybí.“</i>	Bilance tekutin u pacienta se vede denně. Denní příjem 1500 ml. Tekutiny přijímá bez problémů. Vyjadřuje chuť po alkoholu, ale ovládá se. Dietní režim dodržuje.
<b>Vylučování moče</b>	<b>Doma</b>	<i>„S močením nemám problém, nic mě netrápí, ani v poslední době jsem nic nepozoroval. Takže vše v pořádku“</i>	Nemohu posoudit.
	<b>V nemocnici</b>	<i>„Tady s močením taky nemám problém, jen nemůžu jít kdy chci, musím zavolat sestře, aby mě odpojila, v noci močím do bažanta.“</i>	U pacienta probíhá sběr moči za 24 hodin. Močení je bez problémů. Moč fyziologická. Za 24 hodin vymočil 1250 ml.
<b>Vylučování stolice</b>	<b>Doma</b>	<i>„Dobry, maximálně 2x denně.“</i>	Nemohu posoudit.
	<b>V nemocnici</b>	<i>„Není to jako doma, chodím každý den, nebo ob den, stolice je spíše řidčejší, ale bez problému.“</i>	Pacient chodí na stolici pravidelně, stolice je světle hnědá bez příměsí.

<b>Spánek a bdění</b>	<b>Doma</b>	<i>„Chodím spávat později. Spím tak 5 – 6 hodin. V noci se občas vzbudím. Sny si nepamatuji. Cítím se odpočatý.“</i>	Nemohu posoudit
	<b>V nemocni</b>	<i>„Nemůžu večer usnout, tady spím i přes den, abych si zkrátil čas, v noci mám bolesti Usnu až kolem druhé v noci. Ráno se mi nechce vstávat na hygienu.“</i>	Pacient je přes den buzen a veden k bdění – aktivizován, přesto je spaví. V noci má spánek mělký, je snadno probudný. Cítí se být odpočatý, ale i přes to se zhoršil jeho psychický stav.
<b>Hygiena</b>	<b>Doma</b>	<i>„Preferuji sprchu než koupel.“</i>	Nemohu posoudit
	<b>V nemocnici</b>	<i>„Chodím se každý den sprchovat.“</i>	Pacient provádí hygienu každý den. K činnosti je veden sestrou, vlastní iniciativa chybí. Do koupelny dojde sám i hygienu provádí sám.
<b>Samostatnost</b>	<b>Doma</b>	<i>„Jsem samostatný, žiju sám, musím se o sebe postarat.“</i>	Nemohu posoudit.
	<b>V nemocnici</b>	<i>„Jsem napojený na infúze, občas si zavolám sestru.“</i>	Pacient je v rámci lůžka samostatný. Sestru volá jen na odpojení od setů.

<b>Posouzení psychického stavu</b>			
		<b>Subjektivní údaje</b>	<b>Objektivní údaje</b>
<b>Vědomí</b>		<i>„Vnímám.“</i>	Pacient lucidní.
<b>Orientace</b>		<i>„Jsem orientovaný.“</i>	Rámcově orientován (jen drobné nepřesnosti).
<b>Nálada</b>		<i>„Není to úplně ono.“</i>	Lehčí pokles nálady.
<b>Paměť</b>	<b>Staropaměť</b>	<i>„Jo, vybavím asi vše, nemám problém.“</i>	Pacient si pamatuje. Vybavuje si velmi rychle bez delšího přemýšlení.
	<b>Novopaměť</b>	<i>„Myslím, že taky dobrý.“</i>	Pacient si pamatuje dobře, s drobnými nepřesnostmi.
<b>Myšlení</b>		<i>„Myslím, že to jde.“</i>	Koherentní, bez bludů.
<b>Sebehodnocení</b>		<i>„Vím co jsem udělal špatně, pokusím se o změnu.“</i>	Pacient si uvědomuje svůj problém, přislíbil o uvažování o následné PAL.
<b>Vnímání zdraví</b>		<i>„Fyzické zdraví jsem doted' bral jako samozřejmost. Proto jsem se tak choval.“</i>	Pacient ví jaké onemocnění má a co vše bude obnášet jeho udržení zdraví. Uvědomuje si jaký bude následek jeho nedodržení.

<b>Vnímání zdravotního stavu</b>	<i>„O nemocnění vnímám jako životní lekci, která mi má otevřít oči, abych se nad sebou zamyslel.“</i>	Pacient projevuje obavy z budoucnosti. Není si jist zvládnutím PAL. Ale motivaci podle jeho slov má.
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>	<i>„Vadí mi bolesti, ale naštěstí ustupují, vadí mi hadice v břiše a jedna v nose.“</i>	Reakce mírně negativní, psychický náhled je horší. Mívá depresivní stavy a pokles nálady.
<b>Reakce na hospitalizaci</b>	<i>„Začínám se těšit domů, všichni jsou tu hodní, ale chybí mi moje postel.“</i>	Pacient mírné známky hospitalismu.
<b>Adaptace na onemocnění</b>	<i>„Na onemocnění se nadá snad zvyknout, teď už se dá snášet.“</i>	Pacient si urovnává myšlenky ohledně změny životního stylu.
<b>Projevy jistoty a nejistoty (strach, úzkost, obavy, stres)</b>	<i>„Mám strach, že to nezvládnou, jsem ve stresu, rodina mi promlouvá do duše, cítím velkou zodpovědnost.“</i>	Pacient trpí depresivní úzkostí.
<b>Zkušenosti předcházejících hospitalizací(iatropatogenie, srororigenie)</b>	<i>„V nemocnici jsem už hodně dávno, tenkrát mi pomohli,“</i>	Hospitalizace proběhla bez poškození.

<b>Posouzení sociálního stavu</b>			
		<b>Subjektivní údaje</b>	<b>Objektivní údaje</b>
<b>Komunikace</b>	<b>Verbální</b>	<i>„S komunikací nemám problémy, hovořím i několika cizími jazyky.“</i>	Pacient je komunikativní, bez řečových vad, problémy specifikuje přesně.
	<b>Neverbální</b>	<i>„Při komunikaci používám gesta.“</i>	Při komunikaci se pacient soustředí, udržuje oční kontakt, komunikaci doplňuje mimikou.“
<b>Informovanost</b>	<b>O onemocnění</b>	<i>„Lékaři mě informují o všem o onemocnění, o tom co mě čeká v budoucnu a co je potřeba dělat.“</i>	Pacient je srozuměn o onemocnění, o diagnostických a léčebných metodách i o prognózách a následné rekonvalescenci.
	<b>O diagnostických metodách</b>	<i>„Lékař mi vysvětlí o co jde, sestry mi popřípadě dají k přečtení dokumenty, vždy vím co mě čeká.“</i>	Pacient o metodách informován od lékaře. Sestrou je pacient připravován k vyšetření. Předány edukační karty.
	<b>O léčbě</b>	<i>„Jsem informován od svého ošetřujícího lékaře.“</i>	Pacient je informován lékařem. Pacient má vždy prostor na dotazy

			ohledně následující léčby. Sestrou je edukován o manipulaci s enterální pumpou.
<b>Sociální role</b>	<b>Primární</b>	<i>„Svůj věk vnímám bez nějakého problému, onemocnění postihuje lidi v téměř každém věku.“</i>	V této oblasti bez problému
	<b>Sekundární</b>	<i>„Samotou netrpím. Každý den zammou chodí rodina a s přáteli komunikuju přes internet.“</i>	Spíše introvertní typ, má rád soukromí. Necítí se být osamělý.
	<b>Terciální</b>	<i>„Koníčků moc nemám, veškerý čas věnuji studiu a kamarádům. Tady na studium nemám náladu.“</i>	Většinu dne pracuje na PC, nebo pospává.

## Medicínský management ze dne 23.1.2014

**Ordinovaná vyšetření:** EKG, CT břicha, chirurgické konzilium, psychiatrické konzilium.

**Laboratorní vyšetření:** Biochemické, hematologické, mikrobiologické.

### Výsledky vyšetření

**EKG** – rytmus sinusový, AS pravidelná, HR 85, osa +30st, PQ 200ms, QRS 80ms, bez známek AKL.

**CT břicha** – baze plicních křídel bez infiltrací, bez ložisek, bez výpotku. Bránice je normálně utvářena, její postavení je správné. V místě žlučníku menší kolekce (30 mm) volné tekutiny.

**Chirurgické konzilium** – břicho měkké, palpačně citlivé, hmatné tekutinové kolekce v levém mezigastriu. Drény odvádí minimální množství (2 ml), sekret zkalený. Rána se hojí per primam. Stehy ponechány. Peristaltika pozitivní.

**Psychiatrické konzilium** – při mírném třesu HKK podat Diazepam 10 mg, dávkovat dle stavu, Dbát na dostatečnou hydrataci, navržena PAL.

### Biochemické vyšetření

Metoda	Výsledek	Jednotky	Referenční mez	Hodnocení
Urea	4,7	mmol/l	1,7 – 8,3	V normě
Kreatinin	68	umol/l	59 - 104	V normě
Na (sodík)	138	mmol/l	136 - 145	V normě
K (draslík)	4,4	mmol/l	3,5 – 5,1	V normě
Cl (chloridy)	102	mmol/l	98 - 107	V normě
Ca (kalcium)	2,46	mmol/l	2,0 – 2,75	V normě



<b>P (fosfor)</b>	0,94	mmol/l	0,7 – 1,5	V normě
<b>Mg (hořčík)</b>	0,79	mmol/l	0,7 – 1,0	V normě
<b>Bilirubin celkový</b>	8,3	umol/	2,0 – 21,0	V normě
<b>ALT (alaninaminotransferáza)</b>	0,55	μkat/l	0,17 – 0,6	V normě
<b>AST (aspartátaminotransferáza)</b>	0,69	μkat/l	0,17 – 0,6	Zvýšené
<b>GGT (glutamyltransferáza)</b>	2,77	μkat/l	0,08 – 0,6	Zvýšené
<b>ALP (fosfatáza alkalická)</b>	1,36	μkat/l	0,58 – 1,74	V Normě
<b>Lipáza</b>	4,23	μkat/l	Do 3,0	Zvýšené
<b>Albumin</b>	30,9	g/l	32 - 45	Snížené
<b>Glukosa</b>	7,3	mmol/l	3,9 – 5,6	Zvýšené
<b>C-reaktivní protein</b>	13,0	mg/l	Do 5,8	Zvýšené

### Hematologické vyšetření

<b>Metoda</b>	<b>Výsledek</b>	<b>Jednotky</b>	<b>Referenční mez</b>	<b>Hodnocení</b>
<b>Leukocyty</b>	12,7	$\times 10^9/l$	4 - 10	Zvýšené
<b>Erytrocyty</b>	3,94	$\times 10^{12}/l$	4 – 5,9	Snížené
<b>Hemoglobin</b>	131	g/l	130 - 176	V normě
<b>Hematokrit</b>	0,37	l/l	0,39 – 0,5	Snížené
<b>Trombocyty</b>	182	$\times 10^9/l$	150 - 300	V normě
<b>Protrombinový čas (INR)</b>	1,04	s	0,80 – 1,20	V normě
<b>Aktivní parciální tromboplastický čas (aPTT)</b>	33,4	s	24 - 38	V normě

## **Mikrobiologické vyšetření odebráno 24.1.2014**

### **Kultivační vyšetření stolice:**

Aerobní kultivace – negativní,

Kultivace na obligátní střevní patogeny – negativní,

Kultivace na *Yersinia enterocolitica* – negativní,

Kultivace na *Campylobacter* – negativní.

### **Hemokultura z CVK:**

Aerobní kultivace – negativní,

Anaerobní kultivace – negativní.

### **Hemokultura z periferie:**

Aerobní kultivace – negativní,

Anaerobní kultivace – negativní.

### **Kultivační vyšetření moče:**

Močová infekce mikroskopicky neprokázána.

### **Léčba:**

**Dieta:** OS + enterální výživa (Nutrison Multi Fibre – 100ml/hod,1000/den).

**Pohybový režim:** chodící.

**RHB:** rehabilitační terapeut.

**Medikamentózní léčba 23.1.2014:**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Meronem	Prášek pro inekční roztok i.v.	1 g	06-18	antibiotikum
Ampicilin	Prášek pro inekční roztok i.v.	1 g	08-12-16-20-24-04	antibiotikum
Sufentanil Torrex	Čirý roztok i.v.	5 ug/ml	kontinuálně	Opioidní anestetikum
Ringerfundin	Čirý roztok i.v.		06	Elektrolyt
Perfalgan	Čirý roztok i.v.	1 g	06-14-22	Analgetikum, antipyretikum
Novalgin	Čirý roztok i.v.	2 g	10-22	Analgetikum, antipyretikum
Helicid	Prášek pro injekční roztok i.v.	40 mg	18	Antiulcerózum
Degan	Čirý roztok i.v.	10 mg	1-1-1	Prokinetikum, antiemetikum
Fraxiparine multi	Čirý roztok s.c.	0,4 ml	10-22	Antitrombotikum, antikoagulans
Lexaurin	Tableta p.o.	1,5 mg	1-0-1	Anxiolytikum
Escitalopram	Tableta p.o.	20 mg	1-0-0	Antidepresivum
Egilok	Tableta p.o.	12,5 mg	1-0-0	Antihypertenzivum
Hypnogen	Tableta p.o.	10 mg	0-0-0-1	Hypnotikum
KCL	Tableta p.o.	6,75 mmol	1-0-0	Kaliový přípravek
Nutrison Multi Fibre	NGS	1000 ml/den 60ml/hod		Enterální výživa

## **Situační analýza**

23.1.2014 přeložen na IGEK IMP, pacient při vědomí, orientovaný, spolupracuje, mírně algický, klidově eupnoe, afebrilní. Na břicho sterilně krytá rána se stehy v horní polovině. Zavedeny 3 břišní drény in situ. EV podávána do NGS. 24.1.2014 zaveden CVK – v. jugularis, kontrola RTG – funkční.

Pacientovi nutná pomoc pro bolest břicha a v okolí drénů. Bolest VAS 2 – 5. Podávány analgetika. Dietní režim OS + EV, nutno zajistit vhodnou výživu, sledovat dodržování dané diety. Péče o NGS, zajistit funkčnost. Péče o pacientovu operační ránu, edukovat o verbalizaci. Pacientův psychický stav je zhoršený, zajistit psychickou podporu. Má problémy s usínáním v závislosti na psychický stav. U pacienta momentálně riziko pádu, při chůzi je nejistý, občas se mu točí hlava, potřebuje pomoc a dohled. Zajištěním žilního vstupu se u pacienta zvedá riziko vzniku infekce.

## **Stanovení ošetrovatelských diagnóz ze dne 23.1.2014 a uspořádání dle priority**

### **Seznam aktuálních sesterských diagnóz**

1. Akutní bolest břicha z důvodu pooperačního stavu, projevující se slovním vyjádřením, vyhledávání úlevové polohy.
2. Porucha integrity kůže z důvodu operační rány a břišního drénu, projevující se citlivostí v okolí ran.
3. Změna dietního režimu z důvodu onemocnění slinivky břišní, projevující se zavedením zavedením NGS + aplikace enterální výživy.
4. Změna vzhledu kůže z důvodu aplikací léků a odběrů krve, projevující se hematomy.
5. Změna psychického stavu z důvodu zhoršeného fyzického stavu a hospitalizace projevující se neklidem a nervozitou.
6. Deficit sebepéče z důvodu bolesti projevující se sníženou soběstačností.
7. Nespavost z důvodu změny psychického stavu, projevující se únavou.

### **Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

1. Nausea z důvodu aplikace EV.
2. Riziko vzniku infekce z důvodu a) operační rána b) břišní drén c) CVK.
3. Riziko pádu z důvodu nejistoty při chůzi.
4. Deficit informací z důvodu vyšetření.

<p><b>1 Akutní bolest břicha z důvodu pooperačního stavu, projevující se slovním vyjádřením, vyhledávání úlevové polohy.</b></p>
<p><b>Cíl:</b> Pacient nebude pociťovat bolest břicha.</p>
<p><b>Priorita:</b> střední.</p>
<p><b>Výsledná kritéria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacient zná a umí použít stupni VAS do 30 min,</li> <li>- pacient bude znát metody zmírňující bolest do 1 hodiny,</li> <li>- pacient verbalizuje úlevu do 1 hodiny.</li> </ul>
<p><b>Plán ošetrovatelských intervencí:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnot' rozsah bolesti, lokalizuj místo bolesti, zjisti charakter, intenzitu, délku trvání, zhorčující faktory (sestra)</li> <li>- zhodnot' bolest na stupnici VAS (sestra)</li> <li>- edukuj pacienta s úlevovými metodami (sestra)</li> <li>- sleduj fyziologické funkce (sestra)</li> <li>- aplikuj léky od bolesti (sestra)</li> <li>- sleduj účinnost léků a informuj lékaře (sestra)</li> </ul>
<p><b>Realizace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7:30 – pacient edukován o škále VAS a úlevových polohách,</li> <li>- 7:00,9:30,12:30,17:30 – bolest zhodnocena, zaznamenána,</li> <li>- 9:00, 12:00, 17:00 – aplikovány analgetika i.v. dle ordinace lékaře,</li> </ul>

<p>- 7:00 – 19:00 – sledovány, zaznamenány fyziologické funkce.</p>
<p><b>Hodnocení po 1 hodině:</b></p> <p>Pacient chápe stupnici VAS, udává bolest 5 na stupnici. Podány analgetika. Pacient verbalizuje mírnou úlevu. Pacientovi doporučena úlevová poloha na levém boku. Cíl splněn částečně, pokračovat nadále v intervencích.</p>
<p><b>Hodnocení po 12 hodinách:</b></p> <p>Udává bolesti v místě operační rány a v okolí drénů. Pacient na analgetika reagoval pozitivně, bolesti přicházely po několika hodinových intervalech. Pacient hodnotí bolesti mírnější. Bez analgetik prozatím nevydrží. Cíl prozatím nesplněn, nutno pokračovat v naplánovaných intervencích.</p>
<p><b>Hodnocení po 3 dnech:</b></p> <p>Pacient se cítí lépe, bolesti jsou mírnější intenzity. Analgetika převedeny z i.v. formy na tablety p.o. Záznam bolesti stále veden. Cíl splněn částečně, nadále pokračovat v intervencích.</p>
<p><b>Hodnocení po 7 dnech:</b></p> <p>Bolesti se pohybují na stupnici 0 – 3. Analgetika podávány p.o. Reakce pozitivní. Pacient udává mírné bolesti po vertikalizaci. Cíl splněn částečně, stále nutné pokračovat v stanovených intervencích.</p>

## **2. Porucha integrity kůže z důvodu operační rány a břišního drénu, projevující se citlivostí v okolí ran.**

**Cíl:** hojení per primam.

**Priorita:** střední.

### **Výsledná kritéria:**

- rána bude čistá a klidná do 3 dnů,
- pacientovi ustoupí bolesti na základě hojící se rány do 7 dnů,
- pacient zná komplikace hojení ran do 1 hodiny.

### **Plán ošetrovatelské péče:**

- ošetřuj ránu asepticky a dle ordinace lékaře (sestra),
- asistuj lékaři při převazu rány (sestra),
- zajisti vhodné podmínky pro hojení rány (sestra),
- ved' dokumentaci hojení ran (sestra),
- zajisti biologický materiál z rány dle ordinace lékaře (sestra),
- pouč pacienta o hojení ran (lékař, sestra).

### **Realizace:**

- 7:30 převaz rány včetně drénů u hygieny, pacient poučen o hojení rány,
- 11:00 kontrola rány chirurgem,
- 13:00 převaz drénů,
- 15:00 záznam do dokumentace o převazech.



**Hodnocení po 1 hodině:**

Rána ošetřena, převázána lékařem. Rána klidná, bolestivé okolí na pohmat. Okolí drénů zarudlé bolestivé bez sekrece. Pacient poučen o problematice hojení ran, převážně o možných komplikacích. Cíl splněn částečně, pokračovat v intervencích.

**Hodnocení po třech dnech:**

Okolí drénu zarudlé, bolestivější při manipulaci. Operační rána klidná, ošetřeno dle ordinace lékaře – desinfekce (Braunol), přikryt sterilním krytím, rána neprosakuje, stehy extrahovány ob steh. Cíl splněn částečně, pokračovat v intervencích.

**Hodnocení po týdnu:**

Okolí drénů mírně bolestivé, kůže bez zarudnutí, drény ponechány z důvodu kalné sekrece, svedeny na spád. Operační rána klidná, nebolestivá, stehy vytaženy. Desinfekce+ krytí. Cíl splněn částečně, nutno pokračovat v intervencích.

**3. Změna dietního režimu z důvodu onemocnění slinivky břišní, projevující se zavedením nazoenterální sondy + aplikace enterální výživy.**

**Cíl:** Pacient bude dodržovat dietní režim.

**Priorita:** střední.

**Výsledná kritéria:**

- pacient bude poučen o důležitosti dodržování dietního režimu do 2 hodin,
- pacient bude tolerovat výživu do 1 dne,
- pacient bude znát a umět manipulovat s enterální pumpou do 3 dnů,
- NGS zůstane funkční po celou dobu hospitalizace.

**Plán ošetrovatelské péče:**

- edukuj pacienta o dietním režimu (lékař, sestra),
- pouč pacienta o manipulaci s enterální pumpou, předej edukační materiály, proved' záznam o edukaci pacienta (sestra),
- nacvičuj aplikaci EV s pacientem (sestra),
- kontroluj dodržování dietního režimu (sestra),
- kontroluj stav NGS, pravidelně proplachuj, ošetřuj místo zavedení (sestra),
- kontroluj pacienta – toleranci výživy (lékař, sestra).

**Realizace:**

- 7:00 – aplikována enterální výživa dle ordinace lékaře,
- 8:00 – předány materiály o aplikaci EV,
- 9:00, 13:00, 17:00 – sonda proplachována roztokem Aqua 20 ml,
- 10:00 – okolí sondy ošetřeno, přelepeno, zaznamenáno,
- 12:00 – proveden nácvik aplikace EV.

**Hodnocení po 1 dni:**

Pacientova sonda funkční, průchodná bez problémů, místo zavedení ošetřeno dle ordinace lékaře, místo nebolestivé. Pacientovi vysvětlen dietní režim lékařem u vizity, pacient dodržuje a toleruje. Předány edukační materiály. Cíl splněn částečně, nutno pokračovat v intervencích.

**Hodnocení po 3 dnech:**

NGS funkční, průchodná, ošetřena, pacient sám dokáže napojit výživu a spustit pumpu. Při manipulaci s proplachem nutná dopomoc. Dietní režim dodržuje. Cíl splněn, přesto nadále pokračovat v intervencích.

**Hodnocení po týdnu:**

Pacient dodržuje dietní režim. O výživu si napojí sám bez dohledu, s pumpou manipuluje sám. Nutná kontrola nastavení pumpy a průchodnosti sondy. Intervence splněny, není nutné nadále pokračovat.

**4. Změna vzhledu kůže z důvodu aplikací léků a odběrů krve, projevující se hematomy.**

**Cíl:** Kůže bude mít fyziologický vzhled.

**Priorita:** nízká.

**Výsledná kritéria:**

- aplikace léků bude dodržována dle standardu nepřetržitě,
- kůže bude pravidelně ošetřena dle ordinace lékaře 1x denně,
- kůže bude hodnocena jednou za 12 hodin.

**Plán ošetrovatelských intervencí:**

- aplikuj správně léky, proved' správně odběry (sestra),
- ošetři kůži dle ordinace lékaře (sestra),
- udržuj kůži v čistotě (sestra),
- kontroluj vzhled kůže a proved' záznam (sestra).

**Realizace:**

- 6:00 odebrána pacientovi krev z periferie,
- 8:00 pacientova kůže ošetřena, kontrola celkového vzhledu kůže,
- 13:00 pacient si kůži ošetřil sám,
- 18:00 aplikovány léky s.c.,
- 19:00 kůže znovu ošetřena dle ordinace lékaře.

**Hodnocení po 12. hodinách:**

Hematomy v oblasti stehna přetrvávají. Ošetřeny heparoid mastí. Hematomy nebolestivé, pacient sám promazává vaselinou v průběhu dne. Sledovány, zaznamenány. Cíl nesplněn, nutné pokračovat v daných intervencích.

**Hodnocení po 3 dnech:**

Hematomy stále přetrvávají. Léky aplikovány dle standardu. Pacient ošetřuje sám na vyzvání sestry. Hygiena zajištěna denně. Každých 12 hodin provedeno hodnocení včetně záznamu.. Cíl splněn částečně, pokračovat v daných intervencích.

**Hodnocení po týdnu:**

Hematomy menší, světlejší zabarvení,ustupují. Kůže ošetřena dle ordinace. Hodnocení provedeno. Pacientova kůže i nadále nemá fyziologický vzhled. Cíl splněn částečně, pokračovat v intervencích.

**5. Změna psychického stavu z důvodu zhoršeného fyzického stavu a hospitalizace projevující se neklidem a nervozitou.**

**Cíl:** Zlepšit pacientovi fyzický stav.

**Priorita:** střední.

**Výsledná kritéria:**

- bude zajištěna psychická podpora do 24 hodin,
- pacient bude aktivizován přes den do 2 dnů,
- pacient verbalizuje zlepšení stavu do 1 týdne.

**Plán ošetrovatelských intervencí:**

- zajisti psychickou podporu pacientovi (lékař, sestra),
- zajisti pacientovi RHB dle ordinace lékaře (sestra),
- aktivizuj pacienta (sestra),
- podávej antidepresiva dle ordinace lékaře (sestra).

**Realizace:**

- 7:00 pacient provedl hygienu, podány léky dle ordinace lékaře,
- 9:00, 14:00 pacient rehabilituje s fyzioterapeutem,
- 15:00-18:00 návštěva rodinných příslušníků, pacient povzbuzován rodinou,
- Po celý den zajištěna psychická podpora od NLZP,
- 17:00 proveden záznam do dokumentace a psychickém stavu pacienta.

**Hodnocení po 24 hodinách:**

Pacient depresivní se špatnou náladou, nahlíží velmi pesimisticky na svůj zdravotní stav. Má strach z budoucnosti. Je spavý. Psychická podpora zajištěna formou konverzace. Léky podány. Cíl splněn částečně, pokračovat nadále v intervencích.

**Hodnocení po 3 dnech:**

Psychický stav pacienta nadále špatný. Necítí se dobře, nebaví ho čtení, PC a po návštěvě je spíše rozrušený. Zajištěný rehabilitační pracovník, který dochází k pacientovi 2x denně. Psychická podpora trvá. Medikace dodržena. Cíl splněn částečně, stále pokračovat v intervencích.

**Hodnocení po 1 týdnu:**

Pacientův psychický stav má zlepšující se tendenci. V dopoledních hodinách nálada lepší, postupem odpoledne nálada klesá. Pacient se fyzicky cítí mnohem lépe, rehabilituje několikrát denně. Přes den nespí, je aktivnější. Psychická podpora stále trvá. Léky podány dle ordinace lékaře. Cíl splněn částečně, nutno pokračovat v intervencích.

**6. Deficit sebepěče z důvodu bolesti projevující se sníženou soběstačností.**

**Cíl:** Pacient bude samostatný.

**Priorita:** střední.

**Výsledná kritéria:**

- Bude zajištěna dopomoc dle potřeb pacienta po celý den,
- Pacient zvládne ranní hygienu sám do 2 dnů,
- Pacient bude samostatný do 1 týdne,
- Pacient bude rehabilitovat 2x denně.

**Plán ošetrovatelských intervencí:**

- Dopomáhej pacientovi (sestra, sanitář),
- Aktivizuj pacienta (sestra, sanitář),
- Sleduj stupeň závislosti – Brthelův test (sestra),
- Zajisti pacientovi pomůcky k sebepěči (sestra, sanitář).

**Realizace:**

- 7:00 pacient provedl ranní hygienu.
- 9:00, 14:00 pacient rehabilituje s fyzioterapeutem.
- Po celý den sledovány pacientovi pokroky v rámci soběstačnosti.
- Dopomoc zajištěna po celý den,



**Hodnocení po 24 hodinách:**

Pacient nezvládá sám hygienu. Hygiena prováděna na lůžku s dopomocí sestry. Sebevěče je na nízké úrovni, pohyblivost pro bolest je minimální. Pacientovi instalováno k lůžku signalizační zařízení. Potřebuje dopomoci s vyprazdňováním, provádění hygieny, oblékání. Analgetika podávána dle ordinace lékaře. Cíl nesplněn, nutno pokračovat v intervencích.

**Hodnocení po 3 dnech:**

Pacient s dopomocí provede hygienu v koupelně. Nutno stále dopomáhat. Horní polovinu těla obleče pacient sám. Při vyprazdňování stále potřebuje dopomoci, sám se nepřesune na toaletu. Rehabilituje s fyzioterapeutem zatím pouze v rámci lůžka. Přes den aktivizován četbou. Provedený záznam sebevěče. Cíl splněn částečně, nutno pokračovat ve stanovených intervencích.

**Hodnocení po 1 týdnu:**

Pacient sám dojde do koupelny, u hygieny nepotřebuje dohled či dopomoc. Na toaletu si zajde sám. S rehabilitačním pracovníkem chodí po schodech, s rodinou se prochází po oddělení. Bolesti stále tlumeny analgetiky. Pacient vyžaduje pouze mírnou dopomoc, v rámci lůžka nezávislý na sestře. Cíl splněn částečně, vyhodnotit nové intervence a pokračovat v diagnóze.

**7. Nespavost z důvodu změny psychického stavu, projevující se únavou.**

**Cíl:** Pacient se bude po spánku cítit odpočatý.

**Priorita:** střední.

**Výsledná kritéria:**

- Pacient bude přes den aktivizován do 1 – 2 dnů,
- Psychická podpora po celou dobu hospitalizace,
- Pro spánek budou vytvořeny optimální podmínky každý večer do konce hospitalizace,
- Pacient nebude mít problém s usínáním do 3 dnů.

**Plán ošetrovatelských intervencí:**

- Aktivizuj pacienta přes den (sestra, fyzioterapeut, rodina),
- Zajisti vhodné podmínky pro spánek pacienta (sestra, sanitář),
- Podej medikaci – analgetika, hypnotika (sestra),
- Zajisti psychickou podporu (lékař, sestra, rodina).

**Realizace:**

- 7:00 – 18:00 pacient aktivizován – komunikace, procházka s fyzioterapeute a s rodinou, veden k bdění přes den,
- 20:00 – večerní hygiena u pacienta,
- 21:30 – příprava prostředí a pacienta ke spánku,
- 22:00 – podány léky dle ordinace lékaře.

**Hodnocení po 24 hodinách**

Pacient nemůže usnout i přes medikaci. Bolí ho břicho. Analgetika podány dle rozpisu od lékaře. Pacient usíná na 3 hodiny. V 5:00 ráno už nemůže usnout. Leží se zavřenými očmi, ale nespí. Vyjadřuje obavy z budoucnosti, psychická podpora od sestry. Přes den pacient unavený. Cíl nesplněn, nutno pokračovat v intervencích.

**Hodnocení po 4 dnech:**

Pacient usíná až v 1:00. Komunikuje přes PC s přáteli, říká, že ho to uklidňuje. Nálada je o poznání pozitivnější. Spí bez probuzení do 6:15. Chce ještě spát, nechce se mu provádět ranní hygiena. Cítí se být odpočatý, ale strach z otázky – co dál, ho neustále sužuje. Svůj stav začíná chápat jako životní lekci. Cíl splněn částečně, nutno pokračovat v intervencích.

**Hodnocení po 10 dnech:**

Pacient se cítí vcelku dobře, přes den je aktivní, chodí s rodinou po chodbě, je čilý a pozitivní. Přes den spí jen hodinu okolo 12 hodiny. Cítí mnohem více síly. Obavy ze zdravotního stavu má stále, ale chce se uzdravit. Přemýšlí jak změnit životní styl. Večer ulehá kolem 23 hodiny. Hypnotika stále užívá. Spí do rána klidně, 2x se vzbudí na moči, ale hned usíná. Ráno má sílu. Cítí se být odpočínutý. Cíl splněn, není nutné pokračovat v intervencích.

## 4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě sestavení ošetrovatelského procesu a sběru informací o pacientovi, se stanovilo toto doporučení pro praxi. Pro pacienta, pro jeho rodinu a pro ošetřující personál.

### **Pro pacienta:**

- Nepodceňujte bolest a zvracení
- Vyhledejte okamžitě lékařskou pomoc
- Dodržujte dietní režim stanovený lékařem
- Přísná abstinence alkoholu a tučných jídel
- Změna životního stylu nutná
- Chodte na pravidelné kontroly
- V případě nutnosti, vyhledejte pomoc psychologa

### **Pro rodinu:**

- Nepodceňujte zdravotní stav vašeho blízkého
- Buďte mu oporou
- Poznejte onemocnění a vše co obnáší
- Podporujte ho v navrácení do běžného života
- Podílejte se na jeho uzdravení
- Pomozte mu najít cestu k dodržování opatření

### **Pro ošetřující personál:**

- Nebagatelizujte pacientovu bolest
- Zajistěte komplexní ošetřování pacienta
- Podporujete pacienta i rodinu
- Informujte pacienta a rodinu dle kompetencí
- Edukujte pacienta a rodinu o správném životním stylu
- Zaznamenávejte a hodnotěte pacientův zdravotní stav

U pacientů s AP, je velice důležité dodržovat správný životní styl. Velké procento pacientů má zvýšený příjem tuků a hlavně alkoholu. U těchto pacientů je edukace velmi důležitá. Často po opuštění nemocničního zařízení se vrací k běžnému životu, který žili v minulosti, stoupá tak riziko recidivy. Je potřeba pacienta namotivovat popřípadě se jim mohou nabídnout další možnosti, jako například léčení alkoholové závislosti.

Většina pacientů odchází domů s EV. Je tedy nutné, aby se naučili ovládat enterální pumpy v nemocnici. Edukací provádí setra, je tedy nutné, aby sama setra znala velice dobře funkce a ovládání enterálních pump a další postupování – péče o sondu, proplachování, manipulace s enterálním setem. U edukace je důležitá zpětná vazba, setra musí zkoušet dovednosti pacienta, musí přistupovat s trpělivostí a chápat, že každý pacient má rozdílné schopnosti.

Je vhodné edukovat i rodinu. Rodina vytváří největší část podpory. Je dobré, aby rodina podporovala a zároveň sledovala životní styl pacienta a aktivně se podílela na jeho uzdravování.

## 5 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo získat co nejvíce informací o onemocnění akutní pankreatitida, o ošetřování pacienta s tímto onemocněním a o potřebách pacienta. Tyto informace následně ucelit a logicky uspořádat. Získané informace by se mohly poskytovat studentům zdravotnických škol, ale i pacientům.

Práce byla psána ve formě ošetřovatelského procesu. Nejvíce informací jsem získala od ošetřujících lékařů, pacienta a ze zdravotnické dokumentace. S pacientem se komunikovalo velmi dobře, byl otevřený o přímý, nedělalo mu problém bavit se o svých problémech. Rodina se velmi snažila mu pomáhat. Jak pacient tak rodina vyslovovaly obavy z budoucnosti. Pacient se bál návratu do běžného života a byl si téměř jist, že bez další pomoci to nezvládne.

Práce je členěna do několika částí. V první části je popsáno onemocnění od historie až po techniky léčení. Tato část napomáhá seznámit se s onemocněním. Další část specifiká ošetřovatelské péče jsou zaměřeny na pacienta a jeho problémy. Třetí část ošetřovatelský proces pacienta s akutní pankreatitidou, popisuje skutečného pacienta se skutečnými problémy a starostmi, které doprovází onemocnění. Tato část se zaměřuje na pacientovy bio-psycho-sociální potřeby. Poslední část nabízí doporučení pro praxi jak pro ošetřující personál, tak pro pacienta i jeho rodinu. Doporučení vznikly na základě ošetřovatelského procesu.

Dále práce poukazuje na stravování mimo nemocniční prostory, vyzdvihuje důležitost stravování. Pro pomoc s manipulací s enterální pumpou je zpracován návod na domácí použití.

## LITERATURA

1. BUREŠ, Jan. *Gastroenterologie 2006: collectio novissima*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006, 286 s. Trendy v medicíně. ISBN 80-725-4598-1.
2. HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 267 s. Sestra (Mladá fronta), sv. 3. ISBN 978-802-0428-066.
3. JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 192 s. ISBN 978-807-3672-102.
4. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s., [16] s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.
5. KEIL, Radan. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012, 86 s. ISBN 978-802-4619-705.
6. KOHOUT, Pavel. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 2004, 174 s. ISBN 80-734-5023-2.
7. KOHOUT, Pavel, Marie LIŠKOVÁ a Olga MENGEROVÁ. *Onemocnění slinivky břišní - dieta pankreatická*. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2007, 132 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. 3. ISBN 978-80-903820-3-9.
8. KŘEMEN, Jaromír, Eva KOTRLÍKOVÁ a Štěpán SVAČINA. *Enterální a parenterální výživa: fotografický atlas systematické a topografické anatomie*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 139 s. ISBN 978-802-0420-701.
9. KUŽELA, Lubomír a Tamara STARNOVSKÁ. *Diety při onemocnění slinivky břišní: recepty, rady lékaře : nové recepty*. 1. vyd. Praha: Sdružení MAC, 2005, 31 s. Diety pro nejčastější choroby, sv. 29. ISBN 80-867-8307-3.
10. KOSTKA, Rodomil. *Akutní pankreatitida: komplexní přístup*. Praha: Galén, 2006, 233 s. ISBN 80-726-2427-X.

11. LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 256 s. ISBN 978-807-2626-922.
12. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 380 s. ISBN 978-802-4717-876.
13. MOKRÁ, Alena, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ. *Zdravá strava pro oslabenou slinivku: chutné recepty na každý den*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2009, 31 s. Sestra (Mladá fronta), sv. 3. ISBN 978-80-251-2872-5.
14. ROHEN, Johannes W, Chihiro YOKOCHI a Elke LÜTJEN-DRECOLL. *Anatomie člověka: fotografický atlas systematické a topografické anatomie*. 6. vyd. Praha: Triton, c2008, xii, 532 s. ISBN 978-80-7387-131-4.
15. SYSEL, Dušan, Hana BELEJOVÁ, Oto MASÁR a Zuzana SYSLOVÁ. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu: chutné recepty na každý den*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2011, 280 s. Librix.eu, sv. 3. ISBN 978-80-263-0001-4.
16. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 400 s., xvi s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4744-346.
17. ŠPIČÁK, Julius. *Akutní pankreatitida*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 216 s. ISBN 80-247-0942-2.
18. ŠVÁB, Jan. *Náhlé příhody bříšní*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, viii, 205 s. ISBN 978-80-246-1394-9.
19. ZAMRAZIL, Václav a Terezie PELIKÁNOVÁ. *Akutní stavy v endokrinologii a diabetologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 177 s. ISBN 978-807-2624-782.
20. ZAVORAL, Miroslav a Johana VENEROVÁ. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 212 s. Vnitřní lékařství, sv. 8. ISBN 978-807-2549-023.



### Článek v tištěném časopisu

1. BĚLUNEK, Pavel. Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení. *Florence*. Roč. 5, č. 11, s.17 – 20 ISSN 1801 – 464 X
2. DUŠKOVÁ, Martina, Ivana PONIKELSKÁ. Úloha sestry v komplexní péči o nemocného s akutní pankreatitidou na JIP. *Sestra*. Roč. 11, č. 3, s. 50 ISSN 121-0404
3. HVOZDIČOVÁ, Alena, Kateřina STOLÍNSKÁ. Péče o pacienta s akutní pankreatitidou na JIP. *Sestra*. Roč. 20, č.12, s. 77-79 ISSN 1210 – 0404
4. SALÁČOVÁ, Eva, Jiřina TLÁŠKOVÁ. Péče o pacienta s akutní pankreatitidou. *Florence*. Roč. 2, č.5, s. 22-23 ISSN 1801-464X

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – Rešerš	I
PŘÍLOHA B – Schválení sběru informací ve Fakultní nemocnici Brno	III
PŘÍLOHA C – Hodnocení bolesti ve Fakultní nemocnici Brno	VI
PŘÍLOHA D – Stravovací zásady při onemocnění slinivky břišní	VII
PŘÍLOHA E – Enterální pumpa Flocare Infinity	IX
PŘÍLOHA F – Enterální pumpa Abbott FreeGo	X

## PŘÍLOHA A



### OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

AN: bmc11001263 DT: 10.2.2011  
TI: Péče o pacienta s akutní pankreatitidou na JIP  
AU: Hvozdovičová, Alena - Stolinská, Kateřina  
AD: Metabolická JIP, Interní klinika FN, Ostrava  
CI: Sestra, Roč. 20, č. 12 (2010), s. 77-79, ISSN 1210-0404 - Lit.: 2  
LA: čeština RT: 3 - článek  
AB: Akutní forma zánětu slinivky břišní představuje závažný zdravotní problém vyžadující maximální nasazení celého zdravotnického týmu a intenzivní ošetrovatelskou péči. Ukutné bolesti provázející toto onemocnění spolu s nemožností běžného stravování vedou k psychické dekompenzaci pacienta, která znesnadňuje spolupráci pacienta se zdravotnickým personálem.

AN: bmc10022243 DT: 21.9.2010  
TI: Léčba akutní pankreatitidy  
AU: Špičák, Julius, 1952-  
AD: IKEM, Klinika hepatogastroenterologie, Praha  
CI: Lékařské listy, Roč. 59, č. 11 (2010), s. 23-27  
LA: čeština RT: 3 - článek

AN: bmc10009340 DT: 20.4.2010  
TI: Pancreatitis acuta, necrotisans  
AU: Hampl, Zdeněk  
AD: Lázeňská lékařská služba první pomoci, Karlovy Vary  
CI: Lékařské listy, Roč. 58, č. 1 (2010), s. 33-34  
LA: čeština RT: 3 - článek

AN: bmc10007437 DT: 30.3.2010  
TI: Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s akutní pankreatitidou na interním oddělení  
AU: Bělunek, Pavel  
AD: Nemocnice ve Frýdku-Místku p.o., Interní oddělení, Interna III  
CI: Florence, Roč. 5, č. 11 (2009), s. 17-20, ISSN 1801-464X - Lit.: 9  
LA: čeština RT: 3 - článek

AN: bmc07008769 DT: 4.7.2007  
TI: Je třeba dát prostor sebemotivačním snahám seniora  
AU: Klevetová, Dana - Weisová, Hana  
AD: Geriatrická klinika VFN, Praha, CZ  
CI: Sestra v diabetologii, Roč. 3, č. 1 (2007), s. 43-45, ISSN 1801-2809  
LA: čeština RT: 3 – článek  
AN: bmc07006535 DT: 17.5.2011  
TI: Náhlé příhody břicha ve stáří I = Acute abdomen in old age - I  
AU: Weber, Pavel - Dítě, Petr, 1941- - Kala, Zdeněk, 1960- - Kubešová, Hana, 1957-  
AD: Klinika interní, geriatric, ošetrovatelství a praktického lékařství, LF MU a FN, Brno, CZ  
CI: Česká geriatrická revue, Roč. 5, č. 1 (2007), s. 18-23, ISSN 1214-0732 - Lit. 28  
LA: čeština, angličtina RT: 3 - článek

AN: bmc06013171 DT: 4.12.2006  
TI: Péče o pacienta s akutní pankreatitidou  
AU: Salačová, Eva - Tlášková, Jiřina  
AD: JIP, 1. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, CZ  
CI: Florence, Roč. 2, č. 5 (2006), s. 22-23, ISSN 1801-464X  
LA: čeština RT: 3 - článek

AN: bmc07001357 DT: 5.2.2007  
TI: Akutní pankreatitida - kazuistika: XII. dny intenzivní medicíny. Kroměříž 2005, 8.-10. června  
AU: Čmuhová, M.  
AD: ARK, FTNsP, Praha, CZ  
CI: Ročenka intenzivní medicíny, (2005), s. 263-265  
LA: čeština RT: 3 - článek

AN: bmc04000225 DT: 12.2003  
TI: Akutní pankreatitida a komplikace u pacienta s akutní pankreatitidou: Sesterská sekce  
AU: Hojačová, D. - Sieberová, I.  
AD: Nemocnice, ARO, Jablonec nad Nisou, CZ  
CI: Ročenka intenzivní medicíny, (2003), s. 290-294  
LA: čeština RT: 3 - článek

## PŘÍLOHA B

ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH VÍCI A  
PERSONALISTIKY (OOPVP)  
Vedoucí útvaru:  
JUDr. Alena Tobiášová, MBA  
tel.: 532 232 108, fax: 532 232 293  
e-mail: atobias@fnbrno.cz

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO  
Jihlavská 20, 625 00 Brno  
tel: 532 231 111

Fakultní nemocnice Brno Jihlavská 20, BRNO 625 00 Oddělení organizace řízení	
31. 01. 2014	
Ev. č.:	Vytřizuje: <i>kyrlová</i>
Č.j.: <i>2014/23579</i>	Počet l.př.:

523



### ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

#### Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: *SABINA KOMIČKOVÁ* *S. KOMIČKOVÁ*  
Datum narození: *22. 9. 1989* Telefon: *723 36 18 64* E-mail: *s.komickova@fnbrno.cz*

Adresa pro doručení dat:

Přesný název školy/fakulty: *VYŠKOLA ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V TRÁZKĚ*  
Obor studia: *VEŠROBECNÍ MEDICINA*

Forma studia:  prezenční  kombinovaná

Žadatel ve FN Brno koná odbornou praxi:

ANO na útvaru: ..... v termínu od: ..... do: .....  
NE

Žadatel je zaměstnancem/osobou blízkou zaměstnanci FN Brno:

ANO Útvar/Jméno zaměstnance FN Brno: *IGEKI IMP; SABINA KOMIČKOVÁ*  
NE

Téma závěrečné práce: *DIAGNOSTICKÝ PROCES V PACIENTA S  
AKUTNÍ PANKREATITIDOU*

Požadavek na (zaškrtněte):

Dotazníková akce  pro pacienty FN Brno  pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů: .....

Termín sběru dat: od: ..... do: .....

5-292/13/3

Útvar, kde bude dotazníková akce probíhat: .....  
Výpis ze zdravotnické dokumentace....

Předpokládaný počet dat (počet prohlednuté zdravotnické dokumentace):

..... 1-2 dokumentace .....

Termín sběru dat: od: 15.8.2014 ..... do: 30.4.2014 .....

Útvar, kde bude sběr dat probíhat: IGEK IMP .....

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti):

**Ostatní (statistická data)**

Rozsah sledovaného období: .....

Termín sběru dat: od: ..... do: .....

Útvar, kde bude sběr dat probíhat: .....

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti):

**Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?:** ANO  NE

**Poučení:**

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zavazuje se zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Datum:

Podpis: [Podpis]

**Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:**

Zaevidováno na OOR dne: 31.7.2014 ..... pod číslem: 2014/13549/743200-523 .....

Návrh výše úhrady za sběr dat/poskytnutí informace ..... Kč

**Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:**

souhlas - útvar: IGEK .....

nesouhlas - útvar: .....

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne 31.7.2014 .....

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: 14.2.2013 útvaru: IGEK na pozici: ved. pacient .....

V Brně dne 31.7.2014 .....

[Podpis]  
Fakultní nemocnice Brno  
Jihlavská 20, 625 00, Brno  
referent/vedoucí OOR

**Vyjádření vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno**

Vyjádření v elektronické dtb. Žádosti o sběr dat

Komentář vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno k žádosti: .....

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Žadateli odeslána informace o (ne)schválení žádosti dne ..... 3.2.2014 .....

Medicínskému/nemedicínskému útvaru žádost postoupena dne ..... 3.2.2014 .....

**V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:**

souhlas žadatele s placenou službou

nesouhlas žadatele s placenou službou,  
požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno

fakturou na účet FN Brno

Částka ..... připsána na účet FN Brno dne: .....

Požadovaná data medicínského/nemedicínského útvaru doručena na OOŘ .....

Požadovaná data postoupena

převzal žadatel osobně dne ..... v počtu .....

Převzal: .....  
(podpis žadatele)

Fakultní nemocnice Brno  
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Žádost uzavřena dne: ..... 3.2.2014 .....

.....  
podpis vedoucího/referenta OOŘ

# PŘÍLOHA C



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO  
Jihlavská 20, 625 00 Brno  
tel: 532 231 111

Útvar nelékařské péče  
Vedoucí útvaru:  
Mgr. Erna Mičudová  
tel.: 532 233 208, fax: 543 211 185  
e-mail: emicudova@fnbrno.cz

## Záznam hodnocení bolesti

štítek

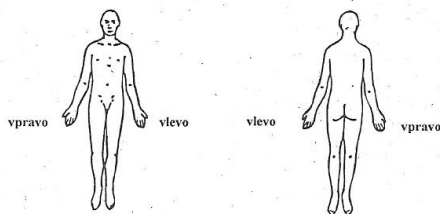
Pacientův popis bolesti, lokalizace.....

Co bolest zhoršuje.....

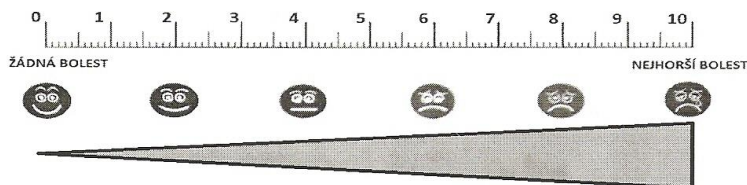
Co bolest zmírňuje.....

### Lokalizace bolesti

Vyznačte v obrázku místa, kde pociťujete bolest. Označte každé místo písmenem A, B, C...



### Grafický záznam hodnocení bolesti





## PŘÍLOHA D

### STRAVOVACÍ ZÁSADY PŘI ONEMOCNĚNÍ SLINIVKY

Pankreatická dieta je velmi individuální záležitostí, mění se podle laboratorních výsledků a podle závažnosti onemocnění slinivky. V prvních fázích je dieta velmi přísná, která se velmi pomalu rozvolňuje na základě uzdravování.

#### **Postupy stravování:**

- V počáteční fázi se doporučují jídla bez masa a bez sýrů, při dalším pokroku, tedy v další fázi se může pozvolně přidávat sýr a následně až pokrmy s masem, pokud, tolerance je dobrá, pacient může pozvolně konzumovat jídla obsahující tuk.

**Bílý cukr** – je vhodné co nejméně požívat rafinovaný řepný cukr, Sladká jídla se raději vynechávají, nebo se nesladí, nesladí se ani medem, ani fruktózou. Vhodná je lékořice pro svou nasládlou chuť.

**Pečivo** – důležité je, vyhýbat se bílému kynutému pečivu. Vhodné pečivé hledáme ve zdravé výživě, jako například: extrudované, pufované nebo kváskové pečivo.

**Tuky** – tělo tuky potřebuje, proto se volí ty nejkvalitnější, za studena lisované: panenské oleje z oliv, slunečnicový, sezamový, z ořechů, mandlí. Nepoužívají k tepelným úpravám pokrmů. S dávkování oleje je nutné být obezřetný.

**Ořechy** – ořechy, mandle a jiná semínka mohou představovat potíže, malé množství nemusí být škodlivé. Absolutně nevhodné jsou solené arašídy.

**Nápoje** – absolutně vyloučit alkohol, následně ledové nápoje a všechny doslazované nápoje, nesou vhodné ani nápoje sycené bublinkami. Černou kávu velmi omezit, odvodňuje a může podráždit trávení. Příjem tekutin je velmi důležitý, doporučují se 2 – 3 litry vody. Vhodné tekutiny: voda, zelený čaj, bylinkové čaje, obilné kávy.

**Maso** – žádné uzeniny (ani dietní šunka). Maso omezit jen na dietní drůbeží a rybí, králík. Velmi omezeně vepřové: kýta, kotleta.

**Mléko** – kravské mléko nevhodné, zahleňuje a hůře se tráví. Jako náhrada je vhodné kozí. Mléčné výrobky jen dietní bez cukru: bílý jogurt, měkký, polotučný tvaroh, sýry do 30 %.

**Vejsce** – Smažená a míchaná vejce je dobré vyřadit z jídelníčku natrvalo. Vejce jíst jen velmi dobře uvařená. Žloutek ne více jak jeden kus denně, bílky neomezeně. Vhodný výrobek z bílků *Šmakoun*, dostanete v každé prodejně se zdravou výživou.

**Zelenina** – vhodné jsou brambory a nenadýmavá zelenina: mrkev, petržel, dýně, patison, jemně nastrohaná červená řepa, rajčatový protlak, špenát, hlávkový salát.

**Ovoce** – dobře vyzrálé a nenadýmavé druhy ovoce. Jablka, nektarinky, broskve, mandarinky, pomeranč, banán, maliny, rybí. Kompoty, marmelády, džemy – pozor na přidaný cukr. Nejsou vhodné zrníčka.

**Koření** – zelené natě, kopr, pažitka, petrželka, majoránka, bazalka, kmín, vanilka, citrónová tráva, sůl.

### **Nevhodné potraviny:**

**Maso** – tučná masa: vepřový bůček, krkovice, kačena, husa, zvěřina, skopové, vnitřnosti.

**Mléčné výrobky** – s vysokým obsahem tuku: šlehačka, smetana, plísňové sýry.

**Vejsce** – jako samostatný pokrm

**Tuky** – zakázané jsou přepalované tuky, smažená jídla, sádlo, škvarky, majonézy, tatarsky.

**Luštěniny** – nevhodné jsou všechny druhy luštěnin: čočka, fazole, hrách, sója.

**Zelenina** – nadýmavá zelenina: čerství hrášek, mladá fazolka, pórek, kedlubna, ředkvičky, cuketa, květák. Naprosto nevhodné: česnek, cibule, čerstvá paprika.

**Ovoce** – nedozrálé ovoce, tuhé s tvrdou slupkou a zrníčky, příliš kyselé.

## PŘÍLOHA E

### ENTERÁLNÍ PUMPA – FLOCARE INFINITY

#### Zapojení:

- Set se napojí na výživu a následně nasadí do pumpy. Návod je na obalu setu.
- Stisknout tlačítko *ON*.
- Aby výživa naplnila celý set, zmáčkne se *FILL SET* po dobu 2 sekund. Pumpa se automaticky zastaví.



Zdroj: autor

#### Nastavení dávky:

- Tlačítko ml/h se nastaví rychlost výživy, která je naordinovaná od lékaře (např. 75ml/hod), množství se nastaví pomocí tlačítek + a –
- *VOL=DOSE* označuje množství výživy, které má vykapat v jedné dávce. Dávka je opět předepsaná od lékaře (např. 1250 ml)
- Tlačítkem *INFO* se může sledovat již vykapané množství.

#### Spuštění výživy:

- Zmáčkne se tlačítko *START* a na displeji se objeví obloučky, které se otáčejí kolem slova run.
- Výživu lze pozastavit tlačítkem *STOP*, pokud bude výživa pozastavena po dobu 3 minut, pumpa bude upozorňovat zvukovým signálem.

#### Vynulování paměti:

- Nejprve se pumpa nastaví do pozastaveného režimu *STOP*.
- Zvolíme parametr, který se bude mazat, *INFO*, *VOL=DOSE*, nebo ml/h a stiskne se tlačítko *CLR*.
- Pumpa bude nastavená v kontinuálním režimu.
-

## PŘÍLOHA F

### ENTERÁLNÍ PUMPA – ABBOTT FREEGO

#### Zapojení:

- Set se zapojí do výživy a zasadí se do pumpy. Návod je na obalu setu.
- Kolečko se otočí do polohy *SET RATE*, *SET DOSE* nebo *HOLD* a podržíte tlačítko kapky na naplnění setu. Na displeji se objeví *PRIMING* (probíhá plnění). Pumpa se po naplnění setu automaticky zastaví.



#### Nastavení dávky:

Zdroj: autor

- Kolečko se otočí do polohy *SET DOSE*. Nastaví se množství požadované dávky. Množství dávky je předepsané od lékaře (např. 1250 ml).
- Množství se ovládá šipkami nahoru, dolů.
- Kolečko v poloze *SET RATE* se nastaví rychlost výživy. Rychlost je opět předepsaná od lékaře (např. 75ml/hod). Opět ovládáme šipkami nahoru, dolů.

#### Spuštění výživy:

- Pro spuštění výživy se ovládací kolečko nastaví do polohy *RUN*.

#### Kontrola objemu výživy:

- Kolečko v poloze *VOL FED* ukazuje již vykapané množství.

#### Vynulování paměti:

- Poloha kolečka v poloze *CLEAR VOL* se vždy vymaže údaj o množství vykapané výživy.